

*Zielgruppenorientierte Übermittlung krankheitsbezogener  
Informationen an Versicherte  
der Gesetzlichen Krankenversicherung*

**Dissertation  
zur Erlangung des Grades  
Doktor der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Dr. rer. pol.)**

**am Fachbereich Sozialwissenschaften  
der Universität Osnabrück**

**im Februar 2003**

vorgelegt von

**Alice Börgel**

## **ERKLÄRUNG**

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer, als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen sind, sind als solche kenntlich gemacht.

Köln, im Februar 2003

Alice Börgel

# INHALTSÜBERSICHT

---

## INHALTSÜBERSICHT

INHALTSÜBERSICHT .....	I
INHALTSVERZEICHNIS .....	III
ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....	VIII
TABELLENVERZEICHNIS .....	X
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....	XI
<b>1</b>	<b>EINLEITUNG.....1</b>
1.1	Hintergrund.....1
1.2	Beschreibung und Abgrenzung des Themas .....2
1.3	Zielsetzung und Vorgehensweise.....3
<b>2</b>	<b>STELLUNG DES VERSICHERTEN IM SYSTEM DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG.....6</b>
2.1	Interessenskonflikte im System der Gesetzlichen Krankenversicherung.....6
2.2	Besonderheiten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen.....11
2.3	Exkurs: Zwischen Eigenverantwortung und Alleingelassenwerden - Zu möglichen Risiken zunehmender Kundenorientierung im Gesundheitswesen.....26
<b>3</b>	<b>POLITISCHE UND RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR PATIENTENINFORMATIONEN .....28</b>
3.1	Rolle der Patienteninformationen in der Strukturreform 2000 .....28
3.2	Aufklärung und Beratung durch Krankenkassen im Sozialgesetzbuch I.....29
3.3	Aufklärung und Beratung durch Krankenkassen im Sozialgesetzbuch V .....32
3.4	Prävention und Selbsthilfe im Sozialgesetzbuch V.....33
3.5	Verbraucher- und Patientenberatung im Sozialgesetzbuch V.....35
<b>4</b>	<b>BEDARF UND ANGEBOT VON GESUNDHEITSINFORMATIONEN.....36</b>
4.1	Informationsbedarf, Informationsangebot und Selbstbestimmung in der Arzt-Patienten-Beziehung.....36
4.2	Faktoren, die den Bedarf an gesundheitlichen Informationen beeinflussen.....43
4.3	Spezifikation des gesundheitlichen Informationsbedarfs aus Sicht der Versicherten und des Versicherers .....54
4.4	Krankenkassen als Informationsanbieter für Patienten und Versicherte .....61
4.5	Die neue Rolle der Krankenkassen aus Sicht ihrer Versicherten .....61

# INHALTSÜBERSICHT

---

4.6	Abstrakte Informationsbedarfsanalyse aus Sicht der Krankenkasse und ihrer Versicherten .....	65
4.7	Für Krankenkassen relevante Bereiche des Informations„tri“lemmas .....	70
<b>5</b>	<b>QUALITATIVE ANFORDERUNGEN AN KRANKHEITSBEZOGENE INFORMATIONEN .....</b>	<b>72</b>
5.1	Aspekte der Informationsqualität.....	72
5.2	Qualitätssicherung von krankheitsbezogenen Informationen .....	74
<b>6</b>	<b>INFORMATIONSKANÄLE UND MEDIEN FÜR KRANKHEITSBEZOGENE INFORMATIONÜBERMITTLUNG AUS SICHT DER KRANKENKASSEN.....</b>	<b>99</b>
6.1	Kommunikationsprozess .....	99
6.2	Mediaplanung im Zusammenhang der zielgruppenorientierten Informationsübermittlung durch Krankenkassen.....	101
6.3	Mediennutzungsverhalten bei gesundheitlichen Themen.....	105
6.4	Vorstellung und Bewertung einzelner Medien und Informationskanäle aus Sicht von Krankenkassen.....	123
<b>7</b>	<b>ZIELGRUPPENORIENTIERUNG UND MARKTSEGMENTIERUNG DURCH KRANKENKASSEN.....</b>	<b>153</b>
7.1	Marktsegmentierung und Zielgruppenbildung .....	153
7.2	Verwendung von Marketingprinzipien durch Krankenkassen .....	161
7.3	Zielgruppenidentifikation einer Gesetzlichen Krankenkasse .....	183
<b>8</b>	<b>BEISPIELE FÜR ZIELGRUPPENORIENTIERTE INFORMATIONÜBERMITTLUNG AN DIE IDENTIFIZIERTEN ZIELGRUPPEN AUS SICHT DER KRANKENKASSE .....</b>	<b>200</b>
8.1	Zielgruppenorientierte Informationsübermittlung an die Versichertengruppe der KHK-Erkrankten .....	200
8.2	Zielgruppenorientierte Informationsübermittlung an die Versichertengruppe der Osteoarthrose-Erkrankten.....	220
8.3	Zielgruppenorientierte Informationsübermittlung an die Versichertengruppe der schwangeren Frauen.....	230
<b>9</b>	<b>SCHLUSSBETRACHTUNG .....</b>	<b>240</b>
9.1	Bewertung und Ausblick .....	240
	LITERATURVERZEICHNIS .....	244

# INHALTSVERZEICHNIS

---

## INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSÜBERSICHT .....	I
INHALTSVERZEICHNIS .....	III
ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....	VIII
TABELLENVERZEICHNIS .....	X
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....	XI
<b>1</b>	<b>EINLEITUNG.....1</b>
1.1	Hintergrund.....1
1.2	Beschreibung und Abgrenzung des Themas .....2
1.3	Zielsetzung und Vorgehensweise.....3
<b>2</b>	<b>STELLUNG DES VERSICHERTEN IM SYSTEM DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG.....6</b>
2.1	Interessenskonflikte im System der Gesetzlichen Krankenversicherung.....6
2.2	Besonderheiten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen.....11
2.2.1	Umgang mit Knappheit im privaten Bereich.....11
2.2.2	Umgang mit Knappheit im Gesundheitswesen .....13
2.2.3	Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen aus Sicht der Versicherten .....16
2.2.4	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch einen nicht autonomen Versicherten.....19
2.2.5	Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch einen autonomen Versicherten.....23
2.3	Exkurs: Zwischen Eigenverantwortung und Alleingelassenwerden - Zu möglichen Risiken zunehmender Kundenorientierung im Gesundheitswesen.....26
<b>3</b>	<b>POLITISCHE UND RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR PATIENTENINFORMATIONEN .....28</b>
3.1	Rolle der Patienteninformationen in der Strukturreform 2000 .....28
3.2	Aufklärung und Beratung durch Krankenkassen im Sozialgesetzbuch I.....29
3.3	Aufklärung und Beratung durch Krankenkassen im Sozialgesetzbuch V .....32
3.4	Prävention und Selbsthilfe im Sozialgesetzbuch V.....33
3.5	Verbraucher- und Patientenberatung im Sozialgesetzbuch V.....35

# INHALTSVERZEICHNIS

---

<b>4</b>	<b>BEDARF UND ANGEBOT VON GESUNDHEITSINFORMATIONEN.....</b>	<b>36</b>
4.1	Informationsbedarf, Informationsangebot und Selbstbestimmung in der Arzt-Patienten-Beziehung.....	36
4.2	Faktoren, die den Bedarf an gesundheitlichen Informationen beeinflussen.....	43
4.2.1	Problemorientiertes und Interessensorientiertes Informationsverhalten .....	43
4.2.2	Spezifische Faktoren und der Bedarf an Gesundheitsinformationen .....	45
4.2.2.1	Übersicht über die Faktoren, die den Bedarf an Gesundheitsinformationen beeinflussen .....	45
4.2.2.2	Lebensalter .....	45
4.2.2.3	Geschlecht .....	48
4.2.2.4	Bildungsgrad .....	48
4.2.2.5	Gesundheitsstatus.....	51
4.2.2.6	Zusammenfassende Darstellung der Faktoren, die den Bedarf an Gesundheitsinformationen bestimmen .....	53
4.3	Spezifikation des gesundheitlichen Informationsbedarfs aus Sicht der Versicherten und des Versicherers.....	54
4.4	Krankenkassen als Informationsanbieter für Patienten und Versicherte .....	61
4.5	Die neue Rolle der Krankenkassen aus Sicht ihrer Versicherten .....	61
4.6	Abstrakte Informationsbedarfsanalyse aus Sicht der Krankenkasse und ihrer Versicherten .....	65
4.7	Für Krankenkassen relevante Bereiche des Informations„tri“lemmas .....	70
<b>5</b>	<b>QUALITATIVE ANFORDERUNGEN AN KRANKHEITSBEZOGENE INFORMATIONEN.....</b>	<b>72</b>
5.1	Aspekte der Informationsqualität.....	72
5.2	Qualitätssicherung von krankheitsbezogenen Informationen .....	74
5.2.1	Kategorien der Qualitätssicherung von krankheitsbezogenen Informationen...	74
5.2.2	Qualitätsanforderungen an den Inhalt .....	75
5.2.2.1	Discern Kriterien .....	75
5.2.2.2	Ziele der Publikation .....	76
5.2.2.3	Zielerreichung der Publikation.....	77
5.2.2.4	Relevanz der Informationen.....	77
5.2.2.5	Informationsquellen .....	78
5.2.2.6	Quantitative Aussagen.....	79
5.2.2.7	Aktualität von Informationen .....	79
5.2.2.8	Ausgewogene und unbeeinflusste Informationen.....	80
5.2.2.9	Zusätzliche Informationsquellen .....	82
5.2.2.10	Wirkungsweisen von Behandlungen .....	82
5.2.2.11	Alternative Behandlungen.....	83
5.2.2.12	Risiken von Behandlungen.....	84
5.2.2.13	Unsicherheiten bei medizinischen Fragestellungen .....	85
5.2.2.14	Vollständige und richtige Informationen über Krankheitsbilder, Therapien und Diagnoseverfahren.....	86

# INHALTSVERZEICHNIS

---

5.2.3	Qualitätsanforderungen an Form und Darstellung .....	88
5.2.3.1	Layout .....	88
5.2.3.1.1	Schriftgröße und Zeilenabstand .....	88
5.2.3.1.2	Verwendung von Graphiken .....	88
5.2.3.2	Textverständlichkeit .....	89
5.2.3.3	Struktur .....	90
5.2.3.4	Ansprache der Zielgruppen .....	92
5.2.4	Qualitätsanforderungen an Integration und Distribution .....	93
5.2.4.1	Zeitlicher Aspekt .....	93
5.2.4.2	„Vertriebswege“ von Informationsmaterial .....	94
5.2.4.3	Einbindung von Informationsmaterial in den Behandlungsprozess .....	96
5.2.5	Qualitätsanforderungen an den Herstellungsprozess .....	96
5.2.5.1	Recherche .....	96
5.2.5.2	Patienten als Experten für Patienteninformationen .....	97
5.2.5.3	Einbindung verschiedener Gesundheitsprofessionen .....	97
5.2.5.4	Wahl der Medien .....	98
<b>6</b>	<b>INFORMATIONSKANÄLE UND MEDIEN FÜR KRANKHEITSBEZOGENE INFORMATIONSÜBERMITTLUNG AUS SICHT DER KRANKENKASSEN.....</b>	<b>99</b>
6.1	Kommunikationsprozess .....	99
6.2	Mediaplanung im Zusammenhang der zielgruppenorientierten Informationsübermittlung durch Krankenkassen.....	101
6.2.1	Übertragbarkeit der Prinzipien der Mediaplanung in Konsumgütermärkten auf die Anforderungen der zielgruppenorientierten Informations- übermittlung durch Krankenkassen .....	101
6.2.2	Kriterien der Informationsübermittlung und des Medieneinsatzes.....	103
6.3	Mediennutzungsverhalten bei gesundheitlichen Themen.....	105
6.3.1	Mediennutzungsverhalten bei persönlichen gesundheitlichen Problemen .....	105
6.3.1.1	Überblick über das Mediennutzungsverhalten bei persönlichen gesundheitlichen Problemen .....	105
6.3.1.2	Altersspezifische Betrachtung des Mediennutzungsverhaltens bei persönlichen gesundheitlichen Problemen .....	109
6.3.1.3	Geschlechtsspezifische Betrachtung des Mediennutzungsverhaltens bei persönlichen gesundheitlichen Problemen .....	110
6.3.1.4	Nutzergruppen von Infolines.....	111
6.3.2	Mediennutzungsverhalten bei allgemeinen gesundheitlichen Themen .....	114
6.3.2.1	Überblick über das Mediennutzungsverhalten bei allgemeinen gesundheitlichen Themen.....	114
6.3.2.2	Geschlechtsbezogenes Mediennutzungsverhalten bei allgemeinen gesundheitlichen Themen.....	117
6.3.2.3	Altersbezogene Betrachtung des Mediennutzungsverhaltens in Bezug auf allgemeine gesundheitliche Themen.....	119
6.4	Vorstellung und Bewertung einzelner Medien und Informationskanäle aus Sicht von Krankenkassen.....	123
6.4.1	Zur Verfügung stehende Medien .....	123

# INHALTSVERZEICHNIS

---

6.4.2	Fernsehen als Medium für krankheitsspezifische Informationen .....	124
6.4.3	Tageszeitungen als Medium für krankheitsspezifische Informationen.....	127
6.4.4	Kundenzeitschriften und Gesundheitsmagazine als Medien für krankheitsspezifische Informationen.....	128
6.4.5	Broschüren als Medium für krankheitsspezifische Informationen .....	130
6.4.6	Medizinische Sachbücher als Medium für krankheitsspezifische Informationen .....	132
6.4.7	Radio als Medium für krankheitsspezifische Informationen .....	133
6.4.8	Vorträge als Medium für krankheitsspezifische Informationen .....	135
6.4.9	Internet als Medium für krankheitsspezifische Informationen.....	135
6.4.10	Gesundheitskurse als Medium für krankheitsspezifische Informationen.....	141
6.4.11	CD-ROM als Medium für krankheitsspezifische Informationen.....	142
6.4.12	Video als Medium für krankheitsspezifische Informationen .....	143
6.4.13	Persönliche Beratungsgespräche zu krankheitsspezifischen Themen .....	144
6.4.14	Telefonische Beratung / „Infolines“ zu krankheitsspezifischen Themen .....	146
6.4.15	Zusammenfassende Beurteilung der Eignung verschiedener Informationskanäle zur Übermittlung zielgruppenorientierter krankheitsspezifischer Informationen aus Sicht von Krankenkassen.....	149
<b>7</b>	<b>ZIELGRUPPENORIENTIERUNG UND MARKTSEGMENTIERUNG DURCH KRANKENKASSEN.....</b>	<b>153</b>
7.1	Marktsegmentierung und Zielgruppenbildung .....	153
7.1.1	Ziele und Aufgaben der Marktsegmentierung und Zielgruppenbildung.....	153
7.1.2	Anforderungen an Segmentierungskriterien.....	154
7.1.3	Kriterien der Marktsegmentierung .....	157
7.2	Verwendung von Marketingprinzipien durch Krankenkassen .....	161
7.2.1	Besondere Herausforderungen des Marketing für Non-Profit Unternehmen..	165
7.2.2	Pro und Contra Marktsegmentierung in der GKV .....	168
7.2.3	Übertragung des Konzepts der Marktsegmentierung auf die Erfordernisse der zielgruppenorientierten, krankheitsbezogenen Informationen .....	171
7.2.3.1	Datenlage der Krankenkassen zur Identifikation von Segmentierungskriterien.....	174
7.2.3.2	Konzept der sukzessiven Segmentierung mit der Entlassungsdiagnose als wesentliches Segmentierungsmerkmal.....	179
7.3	Zielgruppenidentifikation einer Gesetzlichen Krankenkasse .....	183
7.3.1	Datensatzbeschreibung .....	183
7.3.2	Versichertenstruktur der Krankenhausfälle.....	184
7.3.3	Segmentierung anhand der Entlassungsdiagnose .....	189
7.3.3.1	Fallzahlen je Entlassungsdiagnose .....	189
7.3.3.2	Stationäre Behandlungskosten je Entlassungsdiagnose.....	191
7.3.3.3	Kosten der ambulanten ärztlichen Behandlung je Diagnose.....	192
7.3.4	Portfolio-Analysen der Entlassungsdiagnosen.....	194
7.3.4.1	Portfolio-Analyse der zehn häufigsten Entlassungsdiagnosen.....	194
7.3.4.2	Portfolio-Analyse der zehn Entlassungsdiagnosen mit den höchsten Gesamtkosten .....	197
7.3.4.3	Zusammenfassung der Ergebnisse der Portfolio-Analysen .....	198



# INHALTSVERZEICHNIS

---

<b>8</b>	<b>BEISPIELE FÜR ZIELGRUPPENORIENTIERTE INFORMATIONSPÜBERMITTLUNG AN DIE IDENTIFIZIERTEN ZIELGRUPPEN AUS SICHT DER KRANKENKASSE .....</b>	<b>200</b>
8.1	Zielgruppenorientierte Informationsübermittlung an die Versichertengruppe der KHK-Erkrankten .....	200
8.1.1	Darstellung des inhaltlichen Informationsbedarfs von Patienten mit Koronarer Herzkrankheit .....	200
8.1.1.1	Vielschichtiger Informationsbedarf bei Koronarer Herzkrankheit.....	200
8.1.1.2	Definition der KHK.....	200
8.1.1.3	Ätiologie und Risikofaktoren der KHK .....	201
8.1.1.4	Diagnostik der KHK .....	202
8.1.1.5	Therapie der KHK.....	202
8.1.1.6	Besondere Risiken bei der Behandlung der KHK und der sich daraus ergebende spezielle Informationsbedarf von KHK-Patienten.....	204
8.1.2	Zielgruppe der KHK-Erkrankten.....	208
8.1.3	Medien, durch die die Zielgruppe der KHK-Erkrankten aus Sicht der Krankenkasse erreichbar sind .....	209
8.1.4	Einsatz der identifizierten zielgruppenspezifischen Informationskanäle durch Krankenkassen.....	215
8.2	Zielgruppenorientierte Informationsübermittlung an die Versichertengruppe der Osteoarthrose-Erkrankten.....	220
8.2.1	Darstellung des inhaltlichen Informationsbedarfs von Patienten mit Osteoarthrose.....	220
8.2.1.1	Das Krankheitsbild „Osteoarthrose“ .....	220
8.2.1.2	Behandlungsmöglichkeiten der Osteoarthrose .....	221
8.2.1.3	Beurteilung der zur Verfügung stehenden Informationen für Osteoarthrose-Erkrankte der Beispielkrankenkasse .....	223
8.2.2	Zielgruppe der Osteoarthrose-Erkrankten.....	224
8.2.3	Mediennutzung der Zielgruppe der Osteoarthrose-Erkrankten und Einsatz der zielgruppenspezifischen Informationskanäle durch Krankenkassen .....	226
8.3	Zielgruppenorientierte Informationsübermittlung an die Versichertengruppe der schwangeren Frauen.....	230
8.3.1	Inhaltlicher Informationsbedarf bei Schwangerschaft und Geburt .....	230
8.3.2	Zielgruppe der schwangeren Frauen .....	232
8.3.3	Mediennutzung und Erreichbarkeit von schwangeren Frauen .....	233
8.3.4	Einsatz der identifizierten zielgruppenspezifischen Informationskanäle durch Krankenkassen.....	236
<b>9</b>	<b>SCHLUSSBETRACHTUNG .....</b>	<b>240</b>
9.1	Bewertung und Ausblick .....	240
	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>244</b>

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<b>Abbildung 1:</b>	Dreiecksverhältnis zwischen Versicherten, Krankenkassen und Leistungserbringern.....	6
<b>Abbildung 2:</b>	Spannungsfeld der Versicherten in der GKV .....	10
<b>Abbildung 3:</b>	Interessen- und Zielkonflikte im Gesundheitswesen .....	11
<b>Abbildung 4:</b>	Der Umgang mit Knappheit im privaten Bereich .....	12
<b>Abbildung 5:</b>	Das Auseinanderfallen von Bedürfnis, Finanzkraft und Nachfrage .....	15
<b>Abbildung 6:</b>	Ineffektive Nutzung der Ressourcen durch nicht autonome Versicherte.....	22
<b>Abbildung 7:</b>	Der Patient als Koproduzent seiner Gesundheit .....	23
<b>Abbildung 8:</b>	Stufen zur Patienten-Autonomie .....	24
<b>Abbildung 9:</b>	Informationsbedarf auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit ...	36
<b>Abbildung 10:</b>	Models of clinical decision-making .....	39
<b>Abbildung 11:</b>	The Toronto Consensus Statement on the Relationship between Communication Practices and Outcomes.....	42
<b>Abbildung 12:</b>	Interesse am Thema Gesundheit oder gesundheitsbewussten Verhalten .....	46
<b>Abbildung 13:</b>	Altersstruktur bei Krankenhaus-Inanspruchnahme 1999 .....	47
<b>Abbildung 14:</b>	Zusammenhang zwischen Lebensalter, Geschlecht, Bildungsgrad, Gesundheitszustand und dem Bedarf/Interesse an gesundheitlichen Informationen. ....	53
<b>Abbildung 15:</b>	Interessenkongruenz zwischen Versichertem und Versicherer in bezug auf primär-präventive Informationen .....	55
<b>Abbildung 16:</b>	Interest in the Topic Cardiovascular Diseases .....	56
<b>Abbildung 17:</b>	Interessenkongruenz zwischen Versichertem und Versicherer in Bezug auf krankheitsbezogene Informationen.....	59
<b>Abbildung 18:</b>	Der sich im Laufe des Lebens ändernde Bedarf an gesundheitlichen Informationen und die damit verbundenen Zielsetzungen.....	60
<b>Abbildung 19:</b>	Traditionelle und neue Aufgaben/Eigenschaften von Krankenkassen.....	64
<b>Abbildung 20:</b>	Informations„tri“lemma .....	65
<b>Abbildung 21:</b>	Die für Krankenkassen relevanten Bereiche des Informations „tri“lemmas.....	70
<b>Abbildung 22:</b>	Schematische Darstellung der Informationsübermittlung.....	99
<b>Abbildung 23:</b>	Schematisches Beispiel für die Übermittlung gesundheitlicher Informationen für die Zielgruppe KHK-Erkrankter .....	100
<b>Abbildung 24:</b>	Anruferstatistik des Herz-Kreislauf-Telefons der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks .....	113
<b>Abbildung 25:</b>	Nutzungsfrequenzen verschiedener Medien bei gesundheitlichen Themen.....	114
<b>Abbildung 26:</b>	Bevorzugte Anbieter von Gesundheitsinformationen im Internet .....	137
<b>Abbildung 27:</b>	Zielsetzung der Marktsegmentierung.....	154
<b>Abbildung 28:</b>	Übertragbarkeit des Konzepts der Marktsegmentierung auf die Problemstellung einer Krankenkasse.....	173

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

---

<b>Abbildung 29:</b> Datenzusammenführung bei den Gesetzlichen Krankenkassen laut SGB V .....	176
<b>Abbildung 30:</b> Sukzessive Segmentierung bei Krankenkassen .....	182
<b>Abbildung 31:</b> Altersstruktur der aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten der Beispielkrankenkasse.....	185
<b>Abbildung 32:</b> Anzahl der Krankenhausfälle im Vergleich zu den durch Krankenhausaufenthalte verursachten Kosten pro Altersgruppe .....	186
<b>Abbildung 33:</b> Anzahl von Patienten im Vergleich zu den verursachten Leistungen bei niedergelassenen Allgemeinärzten in Punkten .....	187
<b>Abbildung 34:</b> Portfolio-Analyse der zehn häufigsten Entlassungsdiagnosen im Verhältnis zu den durch die Diagnosen verursachten Kosten der Beispielkrankenkasse.....	195
<b>Abbildung 35:</b> Portfolio-Analyse der zehn teuersten Entlassungsdiagnosen im Verhältnis zu der Anzahl der Diagnosen der Beispielkrankenkasse .....	197
<b>Abbildung 36:</b> Prozentuale Verteilung der stationären KHK-Fälle des Zeitraums 1997 bis zum zweiten Quartal 1999 der Beispielkrankenkasse in Bezug auf Altersgruppen und Geschlecht .....	208
<b>Abbildung 37:</b> Zielgruppenorientierter Medieneinsatz für KHK-Erkrankte der Beispielkrankenkasse.....	219
<b>Abbildung 38:</b> Prozentuale Verteilung der stationären Osteoarthrose-Fälle des Zeitraums 1997 bis zum zweiten Quartal 1999 der Beispielkrankenkasse in Bezug auf Altersgruppen und Geschlecht .....	225

# TABELLENVERZEICHNIS

---

## TABELLENVERZEICHNIS

<b>Tabelle 1:</b>	Main Sources of Health Information.....	106
<b>Tabelle 2:</b>	Frequency of consulting different sources in consequences of health complaints last year .....	107
<b>Tabelle 3:</b>	Nutzung von Informationsquellen je Alterskategorie .....	109
<b>Tabelle 4:</b>	Geschlechtsspezifische Nutzung der Informationskanäle bei gesundheitlichen Problemen.....	110
<b>Tabelle 5:</b>	Geschlechtsbezogenes Mediennutzungsverhalten in Bezug auf allgemeine gesundheitliche Themen.....	117
<b>Tabelle 6:</b>	Altersbezogenes Mediennutzungsverhalten in Bezug auf allgemeine gesundheitliche Themen.....	119
<b>Tabelle 7:</b>	Entwicklung des prozentualen Anteils der über 60jährigen deutschen Internetnutzer in Bezug auf ihren Anteil an der Gesamtbevölkerung .....	139
<b>Tabelle 8:</b>	Beurteilung ausgewählter Informationskanäle in der Übersicht.....	152
<b>Tabelle 9:</b>	Zusammenfassung der Vor- und Nachteile der verschiedenen Gruppen von Segmentierungskriterien .....	160
<b>Tabelle 10:</b>	Datenlage der Krankenkassen in Bezug auf sozio-demographische Kriterien .....	178
<b>Tabelle 11:</b>	Die zehn häufigsten Entlassungsdiagnosen einer Krankenkasse im Zeitraum von 1997 bis zum zweiten Quartal 1999.....	189
<b>Tabelle 12:</b>	Diagnosenhäufigkeit der Beispielkrankenkasse im Vergleich zur Diagnosenhäufigkeit in Deutschland 1999 .....	190
<b>Tabelle 13:</b>	Fallzahlen und Kosten für Krankenhausbehandlung je Diagnose im Zeitraum von 1997 bis zum zweiten Quartal 1999 der Beispielkrankenkasse .....	191
<b>Tabelle 14:</b>	Die kostenaufwendigsten Diagnosen in Allgemeinärztlichen Praxen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein im ersten Quartal 2001 .....	193
<b>Tabelle 15:</b>	Zusammenfassung der Ergebnisse der Portfolio-Analysen .....	198
<b>Tabelle 16:</b>	Vor- und Nachteile des Einsatzes eines Informations-Gutscheins von Krankenkassen im niedergelassenen Bereich.....	216

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
ARD	Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliches Zentralstelle Qualitätssicherung
BGBI	Bundesgesetzblatt
BKK	Betriebskrankenkasse
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CABG	Coronary Artery Bypass Graft
CATCH	Citizen's Advisory System Based on Telematics for Communication and Health
CD-ROM	Compact Disc Read Only Memory
CIS	Cancer Information Service
CRP	C-reaktives Protein (Entzündungsparameter)
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
EBM	Evidence Based Medicine
EKG	Elektrokardiogramm
Et Al	Et alii
EU	Europäische Union
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
http	Hypertext transfer protocoll
HIV	Human immunodeficiency virus
ICD	International Classification of Diseases
KHK	Koronare Herzkrankheit
Pdf	Portable Document Format
PKV	Private Krankenversicherung
PTCA	Perkutane Transluminale Koronare-Angioplastie
QOL	Quality of Life
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat
URL	Uniform Resource Locator
VdAK	Verband der Angestellten Krankenkassen
WWW	World Wide Web
ZDF	Zweites Deutsches Fernsehen

## 1 EINLEITUNG

### 1.1 Hintergrund

Die Notwendigkeit einer grundlegenden Reform der Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) in Deutschland wird immer deutlicher. Während die Beitragssätze aufgrund der demographischen Entwicklung und der Situation auf dem Arbeitsmarkt einerseits und dem medizinischen Fortschritt andererseits kontinuierlich steigen, gelingt es nicht, systemimmanente Unwirtschaftlichkeiten zu beseitigen. Die Situation wird durch Anspruchsdenken in Bezug auf medizinische Möglichkeiten und die Verteidigung von Partikularinteressen bestimmt. Es zeichnet sich ab, dass die weitgehende Vollversicherung der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgegeben werden muss, zugunsten eines Systems von Grund- und Zusatzleistungen. Vor diesem Hintergrund werden fortdauernd Möglichkeiten zur Steigerung der Effizienz im Zusammenhang mit der Leistungserstellung sowie einer Qualitätsverbesserung der Prozesse, der Strukturen und Ergebnisse intensiv diskutiert und ansatzweise zur Lösung gebracht.

Seit der GKV-Gesundheitsreform 2000 hat diese Diskussion auf der politischen Ebene einen neuen Schwerpunkt hinzugewonnen: den Patienten. Die Stärkung der Patientenrechte ist politisch gewollt und schlägt sich in den Änderungen des Sozialgesetzbuches V (SGB V) zum Teil nieder. Die Änderungen des Sozialgesetzbuches V messen der Patientenberatung und -information große Bedeutung bei. Der Patient wird stärker als Beteiligter bei der medizinischen Leistungserstellung und der Nutzung von Ressourcen des gesetzlichen Gesundheitswesens wahrgenommen. Es liegt die Hypothese oder Hoffnung zu Grunde, dass ein informierter Patient bewusster handelt und dadurch die Effizienz der medizinischen Leistungserstellung gesteigert wird.

Obwohl das Sozialgesetzbuch den Gesetzlichen Krankenkassen eine tragende Rolle bei der Versicherteninformation und Patientenberatung zugewiesen hat, sind die Aktivitäten der Krankenkassen zum großen Teil nicht durch systematisches Vorgehen geprägt und nutzen Erkenntnisse des Social Marketing und der wissenschaftlichen Forschung nur geringfügig.

Vor diesem Hintergrund entstand die Idee zu dieser Arbeit: Durch die Anwendung welcher Konzepte und Maßnahmen können Krankenkassen effizient krankheitsbezogene Informationen zielgruppenorientiert zur Verfügung stellen?

## 1.2 Beschreibung und Abgrenzung des Themas

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die Möglichkeiten der effizienten Informationsübermittlung von krankheitsbezogenen Informationen durch Krankenkassen. Schwerpunkt der Betrachtung ist die Frage, durch welche Ansätze und durch welche Methoden die Informationsübermittlung von Krankenkassen verbessert werden kann.

Als krankheitsbezogene Informationen werden Informationen verstanden, die der Patient benötigt, um eine bereits eingetretene Krankheit zu bewältigen. Diesem Ansatz liegen die Konzepte der Compliance, des Empowerment und des High Involvement zu Grunde.

Die Arbeit fußt auf drei Thesen:

1. Es besteht im Sinne des High Involvement ein hohes aktives Interesse an krankheitsbezogenen Informationen.
2. Durch Informationen kann eine selbstbestimmte und bewusste Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gefördert werden (Empowerment).
3. Selbstbestimmung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen steigert die Qualität der Behandlung und die Zufriedenheit der Patienten.
4. Informationen steigern die Compliance. Compliance verbessert die Qualität der Leistung. Bessere Qualität von Gesundheitsleistungen bedeutet volkswirtschaftlich höhere Effizienz.

Als Zielgruppen von Krankenkassen werden jene Versichertengruppen definiert, die von einer Krankheit betroffen sind und die so einen besonderen Nutzen von krankheitsbezogenen Informationen haben. Die Übermittlung von primärpräventiven Informationen an gesunde Versicherte wird nicht behandelt, weil auf diese die Konzepte des High Involvement und der Compliance nicht zutreffen.

Informationen, die auf Primärprävention ausgerichtet sind, haben i.d.R. Verhaltensänderungen oder -bestärkungen zum Ziel. Dieser Bereich wird in der Public Health Forschung behandelt. Deshalb wird auch nicht die Frage untersucht, wie Informationen inhaltlich gestaltet sein müssen, um eine Verhaltensänderung zu bewirken. Die Schnittmenge zwischen Pädagogik und Gesundheitsförderung wird nicht diskutiert.

## 1.3 Zielsetzung und Vorgehensweise

Die vorliegende Arbeit beleuchtet den *Aspekt der Informationsübermittlung* im Rahmen der Beratungsfunktion von Gesetzlichen Krankenkassen. Das Recht und die Notwendigkeit vollständiger Informationen als unabdingbar vorausgesetzt, wird behandelt, *wie* Patienten bzw. Versicherten effektiv Informationen durch ihre Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden können. Es wird herausgearbeitet, dass Krankenkassen ihre beratende Funktion effizienter wahrnehmen können, wenn eine sorgfältige Auswahl der Zielgruppen erfolgt und wenn die Medien und Informationskanäle eingesetzt werden, die von den Zielgruppen präferiert werden.

Vor diesem Hintergrund lassen sich die Ziele der vorliegenden Arbeit wie folgt beschreiben: Anhand von Konzepten und Forschungsergebnissen aus unterschiedlichen Bereichen wird dargestellt:

- a) wieso Gesundheitsinformationen im weiteren Sinn und krankheitsbezogene Informationen im engeren Sinn für den Einzelnen und unter volkswirtschaftlichem Aspekt wichtig sind,
- b) dass die zur Zeit einem Versicherten/Patienten zur Verfügung stehenden Information in vielerlei Hinsicht ungenügend sind,
- c) dass die Gesetzlichen Krankenversicherungen prädestiniert sind als Anbieter von krankheitsbezogenen Informationen,
- d) dass für eine effiziente Übermittlung von krankheitsbezogenen Informationen das Konzept der Marktsegmentierung und Zielgruppenorientierung anzuwenden ist und dass dabei das Mediennutzungsverhalten bzw. der Einsatz von Informationskanälen, die für bestimmte Zielgruppen relevant sind, zu beachten ist.

Die Identifizierung von Zielgruppen und deren Mediennutzungsverhalten wird beispielhaft anhand von Daten einer Krankenkasse durchgeführt. Auf den Ergebnissen aufbauend wird für drei Zielgruppen jeweils ein Konzept der Informationsübermittlung (geeigneter Medienmix) herausgearbeitet.

Die Arbeit ist in acht Kapitel untergliedert.



Zunächst werden in Kapitel 2 die wesentlichen Beteiligten im Gesundheitswesen und deren zum Teil divergierende Interessenslagen dargestellt. In diesem Zusammenhang werden die Unterschiede zwischen einer autonomen, selbstbestimmten Kaufentscheidung des Individuums und einer nicht autonomen Entscheidung eines Versicherten/Patienten im Gesundheitswesen beschrieben. Vor diesem Hintergrund werden die Auswirkungen von Fremdbestimmung auf die Effizienz von Gesundheitsdienstleistungen behandelt.

Das Kapitel 3 setzt sich mit den gesetzlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen der für Patientenunterstützung und Patienteninformationen relevanten Sozialgesetzbücher I und V auseinander.

In Kapitel 4 werden das Ungleichgewicht von Bedarf und Angebot krankheitsbezogener Informationen anhand von Forschungsergebnissen dargestellt. Bei der Beschreibung des Bedarfs an Gesundheitsinformationen wird das von VAN DER RIJT entwickelte Konstrukt des problem- und interessenorientierten Informationsverhaltens zu Grunde gelegt. Verschiedene Faktoren, die den Bedarf an Gesundheitsinformationen determinieren, werden beschrieben. Diese Darstellungen werden vervollständigt durch Ausführungen, die darlegen, welche Rolle Gesetzliche Krankenversicherungen bei der Aufhebung des beschriebenen Ungleichgewichts zukommen kann. Dabei wird auf das Interesse der Krankenkassen an qualitativ hochwertigen Gesundheitsinformationen für ihre Versicherten eingegangen.

Das Kapitel 5 beschäftigt sich ausschließlich mit Qualitätsanforderungen an krankheitsbezogene Informationen. Die hohe Qualität von Informationen ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Informationen für Versicherte von Nutzen sein können.

In Kapitel 6 wird auf das Mediennutzungsverhalten in Bezug auf Gesundheitsinformationen eingegangen. Darüber hinaus werden unterschiedliche Informationskanäle und ihre Eignung zur Übermittlung krankheitsbezogener Informationen durch eine Krankenkasse vorgestellt.

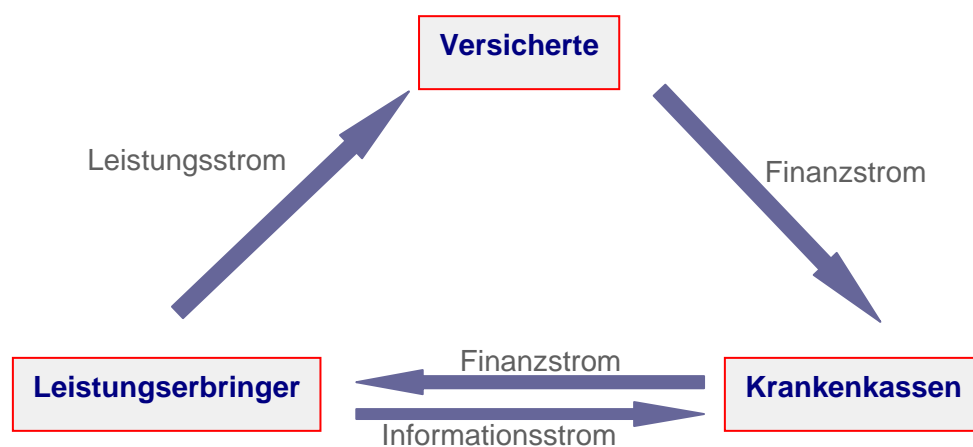
Das Kapitel 7 greift das Konzept der Marktsegmentierung und Zielgruppenbildung auf und behandelt deren Übertragbarkeit auf die Belange Gesetzlicher Krankenversicherungen. Anhand von Daten einer Beispielkrankenkasse werden exemplarisch Zielgruppen identifiziert.

Daraufhin werden in Kapitel 8 die identifizierten Zielgruppen und deren spezifischer krankheitsbezogener Informationsbedarf soweit wie möglich näher beschrieben, ihr Mediennutzungsverhalten in Bezug auf gesundheitliche Fragen untersucht und anhand dieser Feststellungen die Implikationen für die Informationsübermittlung der Beispielkrankenkasse dargestellt.

## 2 STELLUNG DES VERSICHERTEN IM SYSTEM DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

### 2.1 Interessenskonflikte im System der Gesetzlichen Krankenversicherung

Der Kern des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland ist durch ein Dreiecksverhältnis zwischen Leistungserbringern, Krankenkassen und Versicherten geprägt.



**Abbildung 1:** Dreiecksverhältnis zwischen Versicherten, Krankenkassen und Leistungserbringern  
Quelle: Eigene Darstellung

Zwischen diesen bestehen verschiedene Leistungs-, Finanz- und Informationsströme, die zum überwiegenden Teil gesetzlich geregelt sind. Die vorhandenen Regelungen haben das Globalziel, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, aufbauend auf einem Solidarsystem, zu sichern.<sup>1</sup> Diesem Ziel sind die einzelnen Beteiligten durch § 1 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) verpflichtet.

Allerdings haben die Beteiligten neben dem gesetzlich vorgegebenen Ziel zum Teil stark konkurrierende Einzelinteressen. Diese Einzelinteressen entwickeln nicht unerhebliche Zentrifugalkräfte, die einer effizienten Ressourcenallokation und der Erhaltung, Förde-

---

<sup>1</sup> Vgl.: § 1 Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988, (BGBl. I, S. 2477), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen und zur Änderung anderer Gesetze vom 27. April 2002 (BGBl. I S. 14671).

rung und Wiederherstellung der Gesundheit der Versicherten entgegenwirken. Die unterschiedlichen Einzelinteressen der Beteiligten werden im Folgenden kurz dargestellt.

- *Gesetzliche Krankenversicherung*

Das Sozialgesetzbuch V gibt vor:

*„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“<sup>2</sup>*

Dieses Ziel darf aber nicht mit allen Mitteln angestrebt werden, sondern ist vor allen Dingen dem Gebot der Beitragssatzstabilität unterworfen.<sup>3</sup>

Gleichzeitig gilt für die Leistungen der GKV das Wirtschaftlichkeitsgebot, das auch im SGB V verankert ist:

*„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“<sup>4</sup>*

Die Gesetzlichen Krankenkassen befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen der Forderung, die § 1 Sozialgesetzbuch V an sie stellt und dem je nach politischer Konstellation bzw. politischem Zeitpunkt mit starker Vehemenz vertretenen Grundsatz der Beitragssatzstabilität sowie dem rasanten medizinischen Fortschritt auf der einen Seite und der demographischen Entwicklung auf der anderen Seite.<sup>5</sup>

Darüber hinaus verfolgen Krankenkassen auch eigenwirtschaftliche Ziele, die nicht wie bei Privaten Krankenversicherern (PKV) in Gewinnerzielung im engeren Sinne bestehen, sondern sich in der Bestandssicherung der Institution manifestieren.<sup>6</sup> Diese Bestandssicherung wird als Selbstzweck neben gesetzlichen Zielen verfolgt.

---

<sup>2</sup> § 1, Absatz 1, Satz 1 Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988, a.a.O.

<sup>3</sup> Vgl.: § 71, Absatz 1, Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988, a.a.O.

<sup>4</sup> § 12, Absatz 1, Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988, a.a.O.

<sup>5</sup> Um diesen beiden Polen gerecht werden zu können, sind vermutlich andere Handlungsspielräume und eine andere Dynamik von Aktion und Reaktion notwendig als dies zur Zeit in der GKV möglich ist.

- *Leistungserbringer*

Noch stärker ausgeprägt ist der Zielkonflikt bei den *Leistungserbringern*. Sie sind wie die Krankenkassen dem Wirtschaftlichkeitsgebot unterworfen, haben gesetzlich definierte Aufgaben (z. B. Dritter Abschnitt SGB V „Leistungen zur Verhütung von Krankheiten“ und Fünfter Abschnitt SGB V „Leistungen bei Krankheit“) und unterliegen teilweise einem beruflichen Ehrenkodex bzw. beruflichen Selbstverständnis. Auf der Ebene der Leistungserbringer ist die Erreichung mikroökonomischer Ziele (Einkommenssteigerung) häufig kontraproduktiv zu der makroökonomischen Optimierung (effiziente Ressourcenauslokalisation) und führt zu Effizienzminderungen des Gesamtsystems.

Als Beispiel seien Doppeluntersuchungen im niedergelassenen Bereich genannt. Das zum gegenwärtigen Zeitpunkt geltende System der Einzelleistungsvergütung setzt Anreize zur Mengenausweitung, die nur durch eine Gruppenbudgetbegrenzung eingeschränkt werden. Durch Mengenausweitung kann vordergründig und kurzfristig die persönliche Einkommenssituation innerhalb des Budgetbereichs verbessert werden. Um einer massiven Ausweitung der Einzelleistungen und der damit verbundenen starken Kostensteigerung entgegen zu wirken, gilt für niedergelassene Ärzte einer Kassenärztlichen Vereinigung eine Budgetbegrenzung. Die Erbringung und Abrechnung von Leistungen führt nur bis zum Erreichen des Gesamtbudgets zu einer Erlösoptimierung des Einzelnen. Durch die Budgetbegrenzung und die damit verbundene Degression der Einzelerlöse gelingt es nur bis zu einem gewissen Maß, eine Leistungsausweitung im ambulanten Bereich zu vermeiden.

Ähnlich verhält es sich mit der Bettenauslastung von Krankenhäusern. Für das einzelne Krankenhaus ist eine hohe Auslastung ein Teil seiner Existenzberechtigung. Das Erlösolumen wird z.T. durch die Zahl der abrechenbaren Behandlungstage vergrößert.<sup>7</sup> Für das Gesamtsystem aber sind alle Leistungen, die unberechtigtweise im Krankenhaus erbracht werden, sehr teuer und bedeuten eine Verschwendung vorhandener Ressourcen.

---

<sup>6</sup> Krankenkassen sind per Gesetz als rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts zu gründen. Vgl.: § 4, Abs. 1, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988, a.a.O.

<sup>7</sup> Wobei die hier beschriebene Monokausalität durch die Abrechnung von Fallpauschalen, den Erlösausgleich und die Aktivitäten des Medizinischen Dienstes immer mehr an Wirksamkeit verliert.

- *Versicherte, Bürger, Patienten*

Differenzierter gestaltet sich der Interessenkonflikt der *Versicherten*. Versicherte einer Gesetzlichen Krankenkasse vereinigen mehrere Rollen sowie Erwartungen an das System der Gesetzlichen Krankenversicherung in einer Person.

Als *Bürger* besteht ein abstraktes Interesse an der Sicherstellung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen und leistungsfähiger Versorgungsstrukturen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Hier stehen Aspekte des sozialen Friedens und ethische Motive im Vordergrund.<sup>8</sup> Dieses Interesse spiegelt sich in der Regel in der politischen Willensbildung wieder und hat seinen Ausdruck u.a. im zitierten § 1 des Sozialgesetzbuches V gefunden.

*Versicherte* hingegen haben ein konkretes Interesse an geringen Beitragssätzen und einem günstigen Verhältnis zwischen Beiträgen und Versicherungsschutz/Leistungsangebot. Es existieren sehr unterschiedliche Auffassungen darüber, was als günstiges Verhältnis eingeschätzt wird. Bis zum tatsächlichen Eintritt des Krankheitsfalles haben günstige Beiträge das stärkere Gewicht, wie Umfragen bei Kassenwechslern belegen.<sup>9</sup>

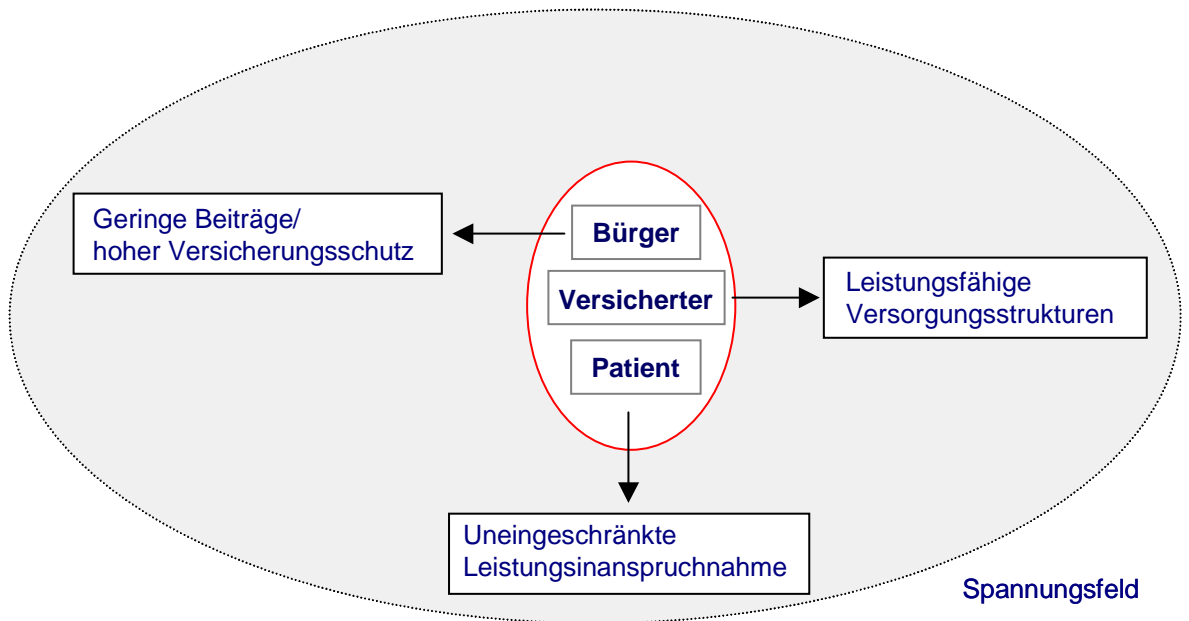
Der *Patient* hingegen ist angesichts des Krankheitsfalles vorrangig an einer umfassenden medizinischen Versorgung interessiert, deren Inanspruchnahme nicht reglementiert ist. Zu diesem Zeitpunkt treten aus der Sicht des Einzelnen volkswirtschaftliche Kosten der Vorhaltung von hochwertigen medizinischen Versorgungsstrukturen in den Hintergrund.<sup>10</sup>

Die folgende Abbildung zeigt den vielfältigen Interessenskonflikt, dem ein Versicherter in seinen verschiedenen Rollen ausgesetzt ist.

---

<sup>8</sup> Die Aspekte des sozialen Friedens gehen auf die Tradition der Bismarckschen Sozialgesetzgebung zurück und sind immanenter Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems.

<sup>9</sup> Vgl.: BKK Bundesverband (Hrsg.): *Versichertenerwartungen*. April 1999, unveröffentlichte Studie, S. 2.



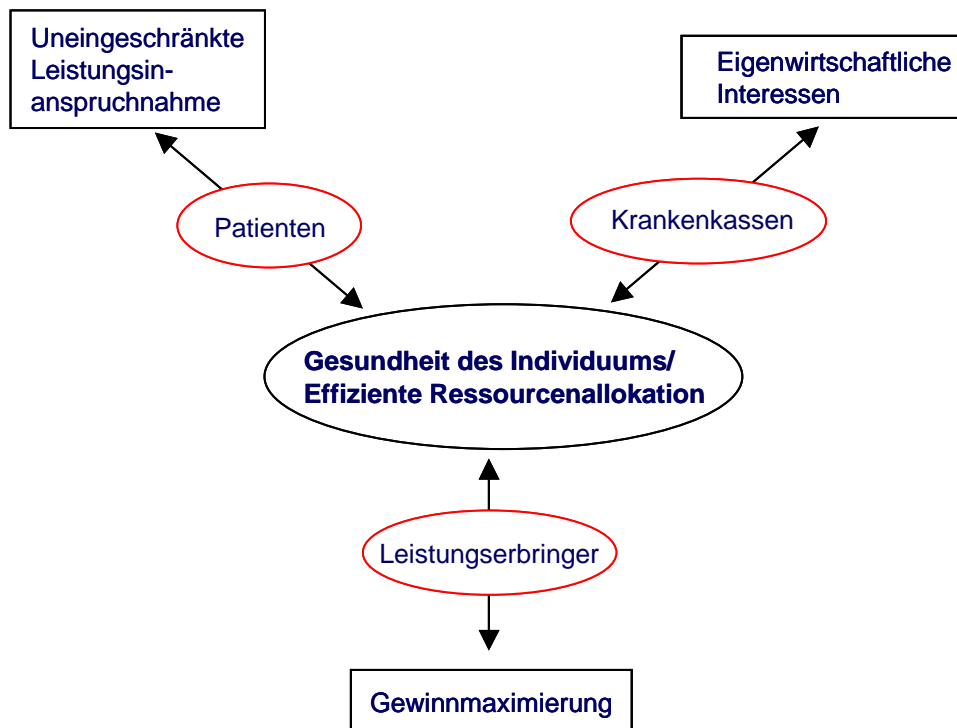
**Abbildung 2:** Spannungsfeld der Versicherten in der GKV  
Quelle: Eigene Darstellung

- *Zentrifugalkräfte im Gesundheitswesen*

Die folgende Abbildung zeigt eine Zusammenfassung der dargestellten Interessenkonflikte der Beteiligten im Gesundheitswesen: In der Mitte befindet sich das gesetzlich vorgegebene Globalziel und außen sind beispielhaft die Einzelinteressen der Beteiligten genannt. Die dargestellten Interessenkonflikte verursachen zum Teil erhebliche Zentrifugalkräfte, die einer optimalen Ressourcenallokation im Gesundheitswesen entgegen wirken.

---

<sup>10</sup> Vgl.: Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H.: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Baden-Baden: Nomos 1999, S. 15.



**Abbildung 3:** Interessen- und Zielkonflikte im Gesundheitswesen  
Quelle: Eigene Darstellung

Die Reformversuche der Vergangenheit konzentrierten sich v.a. auf Leistungserbringer und deren Anreizsysteme. Bei den Versuchen, Ordnung in das System zu bringen und Anreize so zu setzen, dass die das System schwächenden Kräfte an Einfluss verlieren, wird oftmals derjenige vernachlässigt, dem das System dienen soll: der Versicherte und Patient.

## 2.2 Besonderheiten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen

### 2.2.1 Umgang mit Knappheit im privaten Bereich

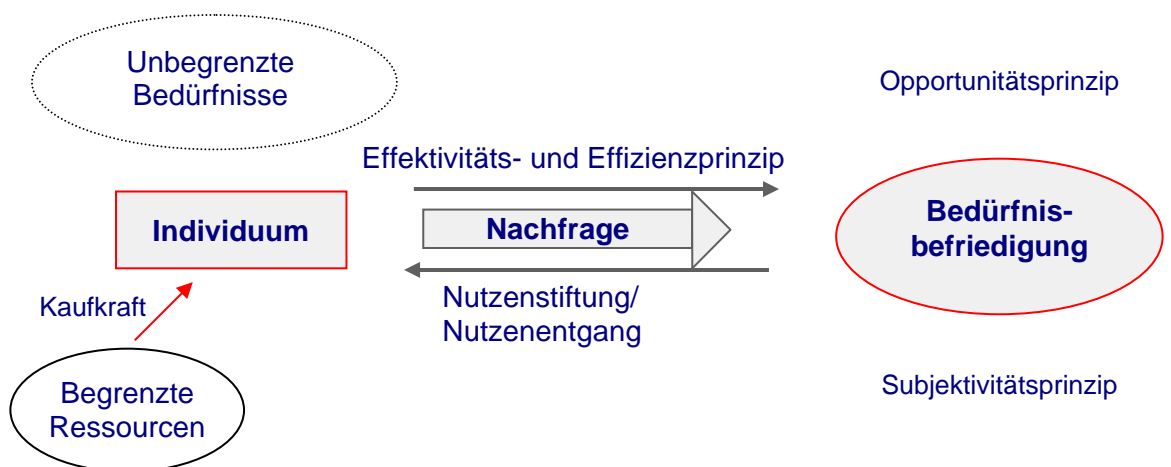
Das Marktgeschehen im privatwirtschaftlichen Bereich wird dadurch bestimmt, dass Nachfrage, Bedürfnis und Finanzkraft in einer Person vereint sind: In der Regel weiß jemand, dass er Schuhe braucht, welche Art von Schuh er möchte und bezahlt das ausge-



wählte Paar Schuhe.<sup>11</sup> Die Kaufentscheidung wird nach dem Effektivitäts- und Effizienzprinzip getroffen.<sup>12</sup> Dabei wird zwischen dem erwarteten Nutzen und der Höhe des zu zahlenden Preises eine Auswahl getroffen. Das Individuum entscheidet sich für das Gut, das seiner Meinung nach den größten Nutzen bei einem vorgegebenen Mitteleinsatz stiftet (Subjektivitätsprinzip).<sup>13</sup>

Diese Entscheidung liegt immer im Spannungsfeld zwischen der Unbegrenztheit der Bedürfnisse und der Begrenztheit der zur Verfügung stehenden Mittel. Für das Individuum bedeutet dies, dass die Entscheidung *für ein* Gut gleichzeitig immer auch eine Entscheidung *gegen ein anderes* Gut ist (Opportunitätsprinzip).<sup>14</sup> Trifft der erwartete Nutzen des Gutes, auf das die Entscheidung gefallen ist, nicht ein, trägt allein der Käufer die Folgen des Nutzenentganges.

Der Umgang mit Knappheit im privaten Bereich wird in der folgenden Graphik schematisch dargestellt.



**Abbildung 4:** Der Umgang mit Knappheit im privaten Bereich  
Quelle: Eigene Darstellung

<sup>11</sup> Vgl.: Rösler, A.: Die deutschen Universitätsklinika im Spannungsfeld ihrer Rahmenbedingungen. Frankfurt a. M.: Europäischer Verlag der Wissenschaften 1999, S. 34.

<sup>12</sup> Vgl.: Arnold, M.: Strategien zum Umgang mit Knappheit im Gesundheitswesen. In: Arnold, M./Lauterbach, K./Preuß, K.-J. (Hrsg.): Managed Care. Stuttgart: Schattauer 1997, S. 209.

<sup>13</sup> Vgl.: ebd.

<sup>14</sup> Vgl.: ebd.

### 2.2.2 Umgang mit Knappheit im Gesundheitswesen

Das Effektivitätsprinzip, das wesentlich zu einem wirtschaftlichen Umgang mit den begrenzten Ressourcen des Einzelnen beiträgt, funktioniert bei der Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen nicht, da sie durch ein Auseinanderfallen der Eigenschaften *Bedürfnis*, *Kaufkraft* und *Nachfrage* geprägt ist.

- *Bedürfnis*

Der Versicherte hat kein Bedürfnis nach spezifischen Leistungen, z. B. nach einer Operation, sondern sein Bedürfnis richtet sich nach „Gesundheit“.<sup>15</sup> Deshalb entscheidet sich ein kranker Mensch in der Regel nicht autonom für eine bestimmte Behandlung und wird so nicht zum direkten Nachfrager von Leistungen.

- *Nachfrage*

Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wird, nachdem der Versicherte Kontakt zu einem niedergelassenen Arzt aufgenommen hat (Primärnachfrage), nicht mehr durch den Versicherten sondern durch den Mediziner bestimmt, der aufgrund seiner systemimmanenten Legitimation und seines großen Wissensvorsprungs jede weitere Behandlung verordnet (Sekundärnachfrage). Das Subjektivitätsprinzip ist damit außer Kraft gesetzt. Der Versicherte weiß in der Regel nicht, welche Behandlung den größten Nutzen für ihn stiftet. Gleichzeitig ist der Mediziner Leistungsersteller, das heißt, dass er die Nachfrage nach dem Gut, das von ihm angeboten wird, selbst generiert.<sup>16</sup>

- *Kaufkraft*

Der Versicherte übt nicht unmittelbar Kaufkraft aus, sondern wird durch seine Krankenkasse vertreten. Da weder der Leistungserbringer noch der Versicherte Finanzträger der verursachten Leistung sind, trägt keiner der Genannten die finanziellen Folgen von

---

<sup>15</sup> Vgl.: Richard, S.: Qualitätssicherung und technologischer Wandel im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos 1993, S. 32.

Schlecht- oder Fehlleistung. Das Auseinanderfallen von Bedürfnis und Kaufkraft hat zur Folge, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Phänomene des „Moral Hazard“ und „Free Rider“ geprägt ist. Unter „Moral Hazard“ wird die wachsende Inanspruchnahme bei gleichzeitiger Vernachlässigung der persönlichen Schadensabwehr aufgrund des Versicherungsprinzips verstanden.<sup>17</sup> „Free Rider“ meint die Inanspruchnahmeausweitung, weil der Versicherte den potentiellen Nutzengewinn aus der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nicht gegen den Nutzengewinn durch die Inanspruchnahme anderer Leistungen abwägen muss.<sup>18</sup>

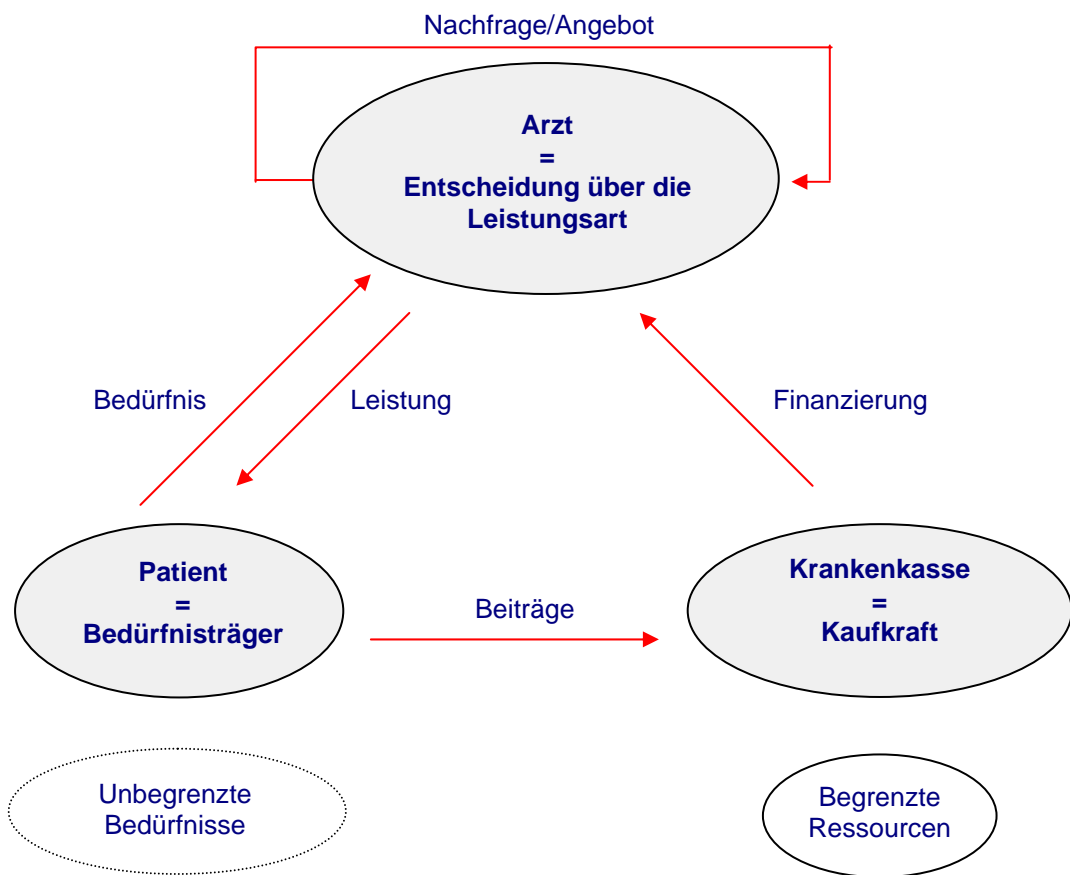
Das Auseinanderfallen von Bedürfnis, Kaufkraft und Nachfrage wird in der folgenden Abbildung schematisch dargestellt:

---

<sup>16</sup> Vgl.: Dierks, M./Schwartz, W./Walter, U.: Patienten als Kunden – Informationsbedarf und Qualität von Patienteninformation aus Sicht der Public Health-Forschung. In: Jazbinsek, D. (Hrsg.): Gesundheitskommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag 2000, S. 152.

<sup>17</sup> Vgl.: Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.): Chancen und Risiken von Managed Care. Stuttgart: Kohlhammer 1998, S. 7.

<sup>18</sup> Vgl.: Neuffer, A.: Managed Care. Bayreuth: P.C.O 1997, S. 50.



**Abbildung 5:** Das Auseinanderfallen von Bedürfnis, Finanzkraft und Nachfrage im Gesundheitswesen  
Quelle: Eigene Darstellung

Einen besonderen Stellenwert nehmen in diesem Zusammenhang die sogenannten Opportunitätskosten ein. Alle im Gesundheitswesen eingesetzten Ressourcen stehen anderen dem Kollektiv zugute kommenden Einsatzmöglichkeiten nicht mehr zur Verfügung. Die Wiederherstellung der Gesundheit eines Einzelnen kann sehr hohe Kosten verursachen, hat aber volkswirtschaftlich gesehen einen geringen Nutzen. Die Opportunitätskosten steigen erheblich, wenn die aufgewendeten Leistungen Schlecht- oder Fehlleistungen sind. Der Nutzen materieller Art dürfte bei einer alternativen Verwendung in Bereichen

des öffentlichen Lebens, besonders unter Einbeziehung des Zeitfaktors, beträchtlich größer sein (bspw. durch den Bau von Kindergärten<sup>19</sup>).<sup>20</sup>

Die Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen aus Sicht des Versicherten wird somit bestimmt durch:

- das Auseinanderfallen von Bedürfnis, Kaufkraft und Nachfrage und
- einem außer Kraft gesetzten Effektivitäts- und Effizienzprinzip.

### 2.2.3 Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen aus Sicht der Versicherten

„Jede Entscheidung ist so gut wie die ihr zugrunde liegende Information.“<sup>21</sup>

Diese Regel aus der allgemeinen Betriebswirtschaftslehre wird im Gesundheitswesen aus Sicht des Versicherten ad absurdum geführt, da das Leistungsgeschehen in hohem Maß durch Intransparenz gekennzeichnet ist. Ein Versicherter verfügt über keine objektiven Informationen, wenn er eine Entscheidung darüber treffen muss, welchen Arzt er konsultieren kann. Er weiß bspw. nicht, wie lange die Facharztausbildung des Arztes her ist, ob sich der Arzt regelmäßig weiterbildet, ob er Spezialgebiete hat, ob er bestimmte Behandlungen durchführt und mit welchem Erfolg er sie durchführt.

SALTMAN fasst diesen Mangel an Information treffend zusammen:

*„Why do we know more about the restaurant we eat in than about the hospital or physician we receive care from?“*<sup>22</sup>

Das Gleiche gilt für die Entscheidungssituation bei der Auswahl eines Krankenhauses: Der Versicherte weiß nichts über Komplikationsraten, Ausbildungsstand des ärztlichen und pflegerischen Personals oder besondere Behandlungsmethoden des Krankenhauses.

---

<sup>19</sup> Das Beispiel der Kindergärten wird vor dem Hintergrund verwendet, dass Kindergärten gleichsam solidarisch finanziert werden, auch wenn sie nicht aus dem gleichen „Topf“ finanziert werden wie Leistungen des Gesundheitswesens.

<sup>20</sup> Vgl.: Arnold, M.: Strategien zum Umgang mit Knappheit im Gesundheitswesen. A.a.O., S. 215.

<sup>21</sup> Vgl.: Heinen, E.: Grundfragen der entscheidungsorientierten Betriebswirtschaftslehre. München: Goldmann 1976, S. 18.

<sup>22</sup> Saltman, R. (Emory School of Public Health, Atlanta, USA): Mündliche Mitteilung anlässlich der Tagung „Citizen Participation“ am 4-5 Februar 1999 in Bonn. Veranstalter: School of Public Health der Universität Bielefeld.

Während diese „institutionelle“ Intransparenz im System der Gesetzlichen Krankenversicherung für Versicherte, Leistungserbringer und Krankenversicherungen in unterschiedlicher Ausprägung, aber insgesamt doch gleichermaßen gilt, herrscht auf der Ebene der Leistungserbringung zwischen Arzt und Patient zusätzlich eine einzigartig stark ausgeprägte Informationsasymmetrie. Der Arzt ist gesetzlich verpflichtet, den Patienten über den Verlauf der Erkrankung mit und ohne Behandlung, die Risiken der Behandlung und ihre Alternativen aufzuklären (sog. vor- und nachsorgende informationelle Begleitung).<sup>23</sup> Aber selbst wenn diese Informationen in der beschriebenen Weise und in vollem Umfang gegeben werden, ist der Versicherte vollkommen von der Qualität der Informationen abhängig und hat keine Kontrolle über den Gehalt der Information.

Letztendlich trifft der Arzt mehr oder weniger unabhängig die Entscheidung über Diagnostik und Behandlung.<sup>24</sup> Der Mediziner aber hat eigene Interessen:

*„Statt integrativer, die Autonomie der Betroffenen stärkender Hilfe, produziert der ökonomische Anreiz Mengenausweitung, Ring-Überweisungen, Irrwege durch Spezialistenpraxen und viele unnötige oder nicht problemgerechte Maßnahmen.“<sup>25</sup>*

Ob die Ergebnisse der Behandlung den erwarteten Ergebnissen entsprechen, kann aufgrund der Informationsasymmetrie nur der Arzt aus seiner Sicht entscheiden. Der Versicherte kann anhand seines subjektiven Wohlbefindens beurteilen, ob er mit dem Ergebnis zufrieden ist. Wenn er mit dem Ergebnis aber nicht zufrieden ist, stellt sich für ihn möglicherweise die Frage, ob er einen neuen Arzt aufsuchen soll. Mit diesem Schritt ist dann der „Kreislauf der Intransparenz“ geschlossen.<sup>26</sup>

Eine Untersuchung der Akzeptanz von Standardtherapien von niedergelassenen Fachärzten zeigte, dass längst nicht alle Ärzte die –überwiegend operativen- Therapien an sich selbst durchführen lassen würden, die sie ihren Patienten empfehlen und die anerkannte

---

<sup>23</sup> Vgl.: Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H.: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. A.a.O., S. 27.

<sup>24</sup> Vgl.: Murrhardter Kreis (Hrsg.): Das Arztbild der Zukunft. Gerlingen o.V. 1995, S. 95.

<sup>25</sup> Huber, E./Hungeling, G.: Medizinisch-ärztlicher Gutachtenteil. In: Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H.: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. A.a.O., S. 110.

<sup>26</sup> Wie groß das Bedürfnis nach Information ist zeigt die Nachfrage nach der Ärzteliste der Zeitschrift „Focus“. Jene Ausgabe war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung eine der auflagenstärksten.

„Lehrbuch-Meinung“ sind. Die Rolle des gut informierten Patienten würde, durch Mediziner wahrgenommen, zu einer anderen Nutzung der Ressourcen führen.<sup>27</sup>

Besonders kritisch ist diese Intransparenz vor dem Hintergrund der fortschreitend hochtechnisierten Medizin zu beurteilen. Mit den immer weiterreichenden Möglichkeiten steigt gleichzeitig das Risiko der Inanspruchnahme solcher Leistungen. Dies hat mit der zunehmenden technischen Komplexität der entsprechenden Leistungen, aber auch mit den relativ hohen Aufwendungen für die Information und die Abschätzung von Risiken zu tun. Die Versicherten/Patienten stehen den Herstellungsbedingungen von Gesundheitsleistungen in zunehmenden Maße unzureichend informiert gegenüber.<sup>28</sup> Die Beziehung zwischen Leistungserbringer und Patient sind durch drei Arten von *Verhaltensunsicherheit* geprägt:

- Unsicherheit bezüglich der Qualifikation des Leistungserbringers
- Unsicherheit in bezug auf Eignung und Qualität der verordneten Leistung
- Unsicherheit hinsichtlich der Eigeninteressen des Arztes

Das Verhältnis zwischen Leistungserbringer und Patient ist durch drei Arten von *Asymmetrien* gekennzeichnet:

- Asymmetrisch verteilte Informationen
- Ungleich verteilte Gestaltungskompetenzen
- Unterschiedliche Betroffenheit durch das (gemeinsam) angestrebte Ziel

Dieses durch Abhängigkeit geprägte Verhältnis zwischen Arzt und Patient wurde vom Sachverständigen Rat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen als „benevolenter Paternalismus“ bezeichnet<sup>29</sup>. Der Mediziner nimmt in diesen Strukturen die Rolle des mächtigen (allwissenden?) Vaters ein, der nur das Beste für sein Kind, in diesem Fall den Patienten, *will*, aber auch alleine bestimmt, was das Beste für den Patienten *ist*.

---

<sup>27</sup> Vgl.: Schwartz, F.W./Dörning, H./Bitzer, M./Grobe, T.: Akzeptanz von Standardtherapien bei niedergelassenen Fachärzten – Potentiale für die Qualitätssicherung? In: Die Krankenversicherung, 48. Jg., Nr. 3, 1996, S. 83.

<sup>28</sup> Vgl.: Badura, B./Schellschmidt, H.: Sozialwissenschaftlicher Gutachtenteil. In: Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H.: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. A.a.O., S. 47.

<sup>29</sup> Vgl.: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. Auszug aus dem Jahresgutachten 1992 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bonn: Eigendruck 1992, S. 48.

Grundlage dieses Paternalismus ist das vorherrschende bio-medizinische Paradigma, das den Patienten auf eine Körper-Maschine reduziert, deren Problem, die Krankheit, technisch lösbar erscheint und volkswirtschaftlich Schaden anrichtet.<sup>30</sup>

Allerdings verliert dies Konzept der Medizin vor dem Hintergrund der sich wandelnden Herausforderungen des Gesundheitswesens an Berechtigung, weil es negative Auswirkungen auf die Inanspruchnahme und Qualität von Leistungen hat.

### **2.2.4 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch einen nicht autonomen Versicherten**

Die mangelnde Autonomie und Verantwortung der Versicherten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen – u.a. verursacht durch mangelnde Informationen und durch Intransparenz des Systems – wirkt sich auf zwei Ebenen aus: auf der *quantitativen* und der *qualitativen* Ebene.

#### *Quantitative Ebene*

Das Auseinanderfallen von Bedürfnisträger und Finanzkraft führt tendenziell zu einer *erhöhten Inanspruchnahme* von Leistungen, da das Individuum die Leistungen nicht unmittelbar vergüten muss (Free-rider). Der Nutzengewinn aus Gesundheitsleistungen muss nicht mit einem Nutzengewinn aus dem Konsum anderer Leistungen abgewogen werden.<sup>31</sup> Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass ein „Mehr“ an Gesundheitsleistungen nicht zwangsläufig ein „Mehr“ an Gesundheit bedeutet. So liegen die Deutschen mit durchschnittlich 11 Arztkontakten pro Jahr im europäischen Vergleich weit vorne,<sup>32</sup> die durchschnittliche Lebenserwartung dagegen befindet sich im Mittelfeld.<sup>33</sup>

Andererseits wird auch der Effekt beschrieben, dass Versicherte, weil die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung pauschal und in ihrer Höhe nicht beeinflussbar vom Ge-

---

<sup>30</sup> Vgl.: Badura, B./Schellschmidt, H.: Sozialwissenschaftlicher Gutachtenteil. In: Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H.: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. A.a.O., S. 23.

<sup>31</sup> Vgl.: Neuffer, A.: Managed Care – Umsetzbarkeit des Konzeptes in Deutschland. A.a.O., S. 50.

<sup>32</sup> Vgl.: Bergmann, E./Kamtsiuris, P.: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. In: Das Gesundheitswesen, 61. Jg., 1999, Sonderheft 2, S. 138.

<sup>33</sup> Vgl.: Bundesamt für Statistik (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Wiesbaden: Metzler-Poeschel, 1998, S. 47.



halt abgezogen werden, durch extensive Leistungsanspruchnahme versuchen, die Beiträge „wieder hereinzuholen“.

Darüber hinaus wird das bereits in Kapitel 2.2 beschriebene Verhalten der Versicherten im Sinne des „moral hazard“ gefördert. Dieses Verhalten manifestiert sich darin, dass der Versicherte aufgrund des Versicherungsverhältnisses die Schadensabwehr vernachlässigt und den Leistungsanspruch gegenüber dem Versicherer ausdehnt.<sup>34</sup> Konkret bedeutet das, dass der Versicherte Risiken eingeht, die er ohne Versicherungsschutz nicht eingehen würde.

### *Qualitative Ebene*

Auf der qualitativen Ebene ist die Motivation eines Versicherten zu hinterfragen, der als Patient, als Leidender, Geduldiger, Diagnostik und Behandlung über sich ergehen lässt.

Da Gesundheitsleistungen Dienstleistungen sind, unterliegen sie auch einem Charakteristikum der Dienstleistungen: der Integration des externen Faktors.<sup>35</sup> Als externer Faktor der Dienstleistung gilt der Kunde. Da Dienstleistungen im engeren Sinne – d.h. die Mehrzahl der primären Leistungen im Gesundheitswesen – im uno-actu-Prinzip erbracht werden, ist ihre Qualität u.a. von der Bereitschaft, Fähigkeit und Offenheit des Kunden abhängig, der die Dienstleistung entgegennimmt.<sup>36</sup> Somit wird der Patient zum Koproduzent der Dienstleistung (Koproduktionsthese) und beeinflusst die Qualität der Dienstleistung in erheblichem Umfang.<sup>37</sup>

Aus diesem Zusammenhang lässt sich folgern, dass ein nicht informierter, nicht autonomer und wenig motivierter Patient die Qualität der medizinischen Dienstleistung, die an oder mit ihm erbracht wird, negativ beeinflusst. Es resultiert eine geringe Effektivität der erbrachten Leistung. Qualitätsmängel sind außerordentlich kostspielig. Ließe sich durch verstärkte Mitwirkung der Versicherten und Patienten die Versorgungsqualität verbessern, könnten dadurch erhebliche Einsparpotentiale erzielt werden. In der Medizin wird dieses Mitwirkungs-Moment des Patienten als Compliance bezeichnet.

---

<sup>34</sup> Vgl.: Karsch, C. Die Nachfrage nach Gesundheit. Wirtschaftspolitische Blätter, Nr. 6, 1993, o.S.

<sup>35</sup> Vgl.: Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing. Wiesbaden: Gabler 1995, S. 24.

<sup>36</sup> Vgl.: Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing. A.a.O., 61 f.

<sup>37</sup> Vgl.: Eichhorn, S.: Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Stuttgart: Kohlhammer 1997, S. 21 f.

Älteren Schätzungen zufolge ist mangelnde Compliance ein Problem, das bei 30 bis 60% aller Therapien den Behandlungserfolg gefährdet.<sup>38</sup> Nach Schätzungen der American Heart Association belastet mangelhafte Compliance die Volkswirtschaft der USA jährlich mit rund 100 Milliarden Dollar. Allein die Folgen nicht adäquater Tabletteneinnahme werden mit rund 8,5 Milliarden Dollar beziffert.<sup>39</sup>

Zu erschreckenden Ergebnissen kam eine Untersuchung in den 70er Jahren zu dem Wissensstand von Patienten über ihre medikamentöse Behandlung: 50% konnten nicht sagen, wie lange sie die verschriebenen Medikamente nehmen sollten, 26% kannten die verschriebene Dosierung nicht, 17% wussten nicht, wie oft sie das Medikament nehmen sollten, 23% kannten nicht die Wirkung von allen Medikamenten, die sie einnahmen.<sup>40</sup>

Der Sachverständigen Rat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen konstatiert in dem Gutachten 2000/2001, dass die „Aktiv/Passiv“-Problematik ursächlich für eine falsche Erwartungshaltung bei Patienten ist und bei der Behandlung chronischer Krankheiten zu kontraproduktiver Über-, Unter- und Fehlversorgung führt.<sup>41</sup> Die „Aktiv/Passiv“-Problematik ist dadurch gekennzeichnet, dass der (chronisch) Kranke als passiver Empfänger von medizinischen Leistungen betrachtet wird und seine eigenen Kräfte zur Krankheitsbewältigung vernachlässigt werden.

Als Beispiele für ineffiziente Ressourcennutzung aufgrund mangelnder Information und Einbindung des Patienten werden durch den Sachverständigen Rat mehrere Beispiele genannt:<sup>42</sup>

- Kostspielige Hörgeräte werden ohne entsprechendes Kommunikationstraining von vielen Patienten nicht eingesetzt („Schubladengeräte“).

---

<sup>38</sup> Vgl.: Becker, M./Maiman, L.: Strategies for enhancing patients compliance. In: Journal of Community Health, Vol. 6., No. 2, 1980, S. 113.

<sup>39</sup> Vgl.: American Heart Association: Hypertonie: Mangelhafte Compliance verursacht vermeidbare Zusatzkosten in dreistelligen Milliardensummen. Presseerklärung 9. November 1999. URL: [http://www.report-medizin.de/texte/ausgabe7/hypertonie\\_compl1.html](http://www.report-medizin.de/texte/ausgabe7/hypertonie_compl1.html), (Stand: Oktober 2001).

<sup>40</sup> Vgl.: Svarstad, B.: The Doctor-Patient Encounter: An Observational Study of Communication and Outcome. Unveröffentlichte Dissertation, Universität von Wisconsin, 1974. Zitiert nach: Becker, M./Maiman, L.: Strategies for enhancing patient compliance. A.a.O., S. 114.

<sup>41</sup> Vgl.: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001 - Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III. Deutscher Bundestag, Drucksache 14/6871 vom 31.08.2001, S. 37.

<sup>42</sup> Vgl.: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001 - Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. A.a.O., S. 217.

- Unzureichende Blutzuckereinstellung schlecht geschulter Diabetiker führt kurzfristig zu lebensbedrohlichen(!) Entgleisungen. Langfristig treten diabetische Spätkomplikationen auf (Augenschäden, schwerwiegende Durchblutungsstörungen der Zehen und Niereninsuffizienz).
- Verhaltensbezogene Maßnahmen zur Behandlung und Senkung des Risikos bei koronarer Herzkrankheit wie Bewegung, Diät, Nikotinabstinenz werden nur unzureichend geschult.
- Die Chronifizierung von Rückenleiden wird u.a. durch unzureichende Informationen über die schädlichen Auswirkungen von Fehlbelastung, Schonung und Ruhigstellung gefördert.

Ein bio-medizinisches Paradigma, das die Patienten-Arzt-Beziehung als benevolenten Paternalismus determiniert, generiert einen Abwärtstrend in der Effektivität der medizinischen Leistungen, da es nicht nur wesentliche Potentiale nicht nutzt, sondern auch notwendige Verantwortung und Kooperation des Patienten unterdrückt.



**Abbildung 6:** Ineffektive Nutzung der Ressourcen durch nicht autonome Versicherte  
Quelle: Eigene Darstellung

## 2.2.5 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch einen autonomen Versicherten

Sehr deutlich macht das folgende Zitat von DONABEDIAN die Rolle des Patienten im Leistungserstellungsprozess unter dem Aspekt der Koproduktionsthese:

*„I do not believe it is true that practitioners provide care and patients receive it. Rather, we should conceive of practitioners and patients as jointly engaged in the production of care [...] In part, the performance of patients depends on what practitioners have permitted them do and how well they have prepared them for the task. To extent assessing patient performance affords indirect evidence of the practitioner's contribution to that performance. But, patients are autonomous beings as well – persons who can, and do, govern their own care.“<sup>43</sup>*



**Abbildung 7:** Der Patient als Koproduzent seiner Gesundheit  
Quelle: Eigene Darstellung

Eine gute Compliance, also die Bereitschaft, Offenheit und Fähigkeit eines Patienten, an seiner Behandlung aktiv und fördernd teilzunehmen, kann nur erreicht werden, wenn der Patient über die Behandlung und ihre Alternativen ausreichend informiert ist, sich aktiv für eine Behandlung entscheidet, sich entsprechend für ihren Erfolg mitverantwortlich fühlt und in der Lage ist, Abweichungen zu erkennen.

Es wird davon ausgegangen, dass ein Patient, der in die Lage versetzt wird, „Koproduzent“ seiner Gesundheit zu werden, indem seine Verantwortung und Autonomie gefördert werden, die ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen effektiv nutzen wird.<sup>44</sup>

Der Sachverständigen Rat führt dazu aus:

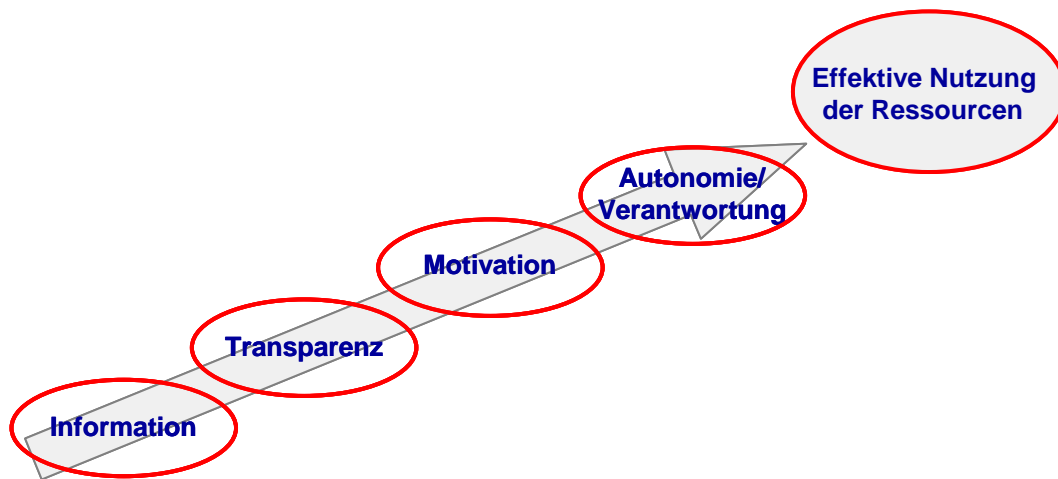
*„Die Krankheitsbewältigung und die Qualität der Versorgung chronisch Kranker hängen in einem entscheidenden Maße davon ab, wie es gelingt, den Patienten und seine Angehörigen als selbstver-*

---

<sup>43</sup> Donabedian, A.: Quality assurance in health care: consumers` role. In: Quality in Health Care, Vol. 1, 1992, S. 250.

<sup>44</sup> Vgl.: Øvretveit, J.: Informed Choice? Health service quality and outcome information for patients. In: Health Policy, Vol. 37, 1996, S. 77. Und: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 4.

antwortliche, informierte und kompetente „Nutzer“ von Gesundheitsleistungen in das Behandlungsmanagement einzubinden.“<sup>45</sup>



**Abbildung 8:** Stufen zur Patienten-Autonomie  
Quelle: Eigene Darstellung

Zu einer effektiven Nutzung der Ressourcen gehört selbstverständlich auch, dass bestimmte angebotene Leistungen nicht wahrgenommen werden. Erste Studien im deutschen Gesundheitswesen weisen z.B. darauf hin, dass die Akzeptanz hochinvasiver Leistungen mit besserer Kenntnis möglicher Risiken deutlich zurückgeht.<sup>46</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen:

- Der Patient ist Koproduzent medizinischer Dienstleistungen
- Die Qualität medizinischer Dienstleistungen wird maßgeblich von der Bereitschaft, Offenheit und Fähigkeit (Compliance) des Patienten mitbestimmt

---

<sup>45</sup> Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001 - Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. A.a.O., S. 217.

<sup>46</sup> Vgl.: Schwartz, F.W./Dörning, H./Bitzer, M./Grobe, T.: Akzeptanz von Standardtherapien bei niedergelassenen Fachärzten – Potentiale für die Qualitätssicherung? A.a.O., S. 83  
Coulter et al. verzeichneten nach einer detaillierten Informationsbereitstellung mittels interaktivem Video einen Rückgang der Entscheidungen für die operative Behandlung von benigner Prostata Hyperplasie. In dem Video wurden verschiedene Behandlungsalternativen gezeigt und es kamen auch Patienten zu Wort, die sich gegen die Empfehlung ihres Arztes entschieden. Und vgl.: Shepperd, S./Coulter, A./Farmer, A.: Using interactive videos in general practice to inform patients about treatment choices: a pilot study. In: Family Practice, Vol. 12, No. 4, 1995, S. 445.

- Information und Transparenz sind wesentliche Voraussetzungen, um Verantwortung und Autonomie des Versicherten zu fördern

## 2.3 Exkurs: Zwischen Eigenverantwortung und Alleingelassenwerden - Zu möglichen Risiken zunehmender Kundenorientierung im Gesundheitswesen

Wie in den vorangegangenen Kapiteln gezeigt wurde, gibt es gute Gründe, die Eigenverantwortung der Nutzer des Gesundheitswesens zu stärken. Diese Gründe reichen von ethischen Grundsätzen über die Verbesserung der Leistungsqualität bis zur ökonomisch-effizienten Ressourcennutzung.

Gerade vor dem Hintergrund des letzten Arguments darf die Stärkung der Kundenorientierung und die damit einhergehende Stärkung der Eigenverantwortung nicht missbraucht werden für eine Individualisierung, die die Inanspruchnahme/das Handeln im Gesundheitswesen zur reinen Privatsache macht.<sup>47</sup> An dieser Stelle sind viele Patienten und deren Angehörige ohne Hilfestellung im Sinne des Verbraucherschutzes überfordert. Insbesondere den Schutz von marginalen und vulnerablen Gruppen, die aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage sind, Eigenverantwortung zu übernehmen, gilt es zu gewährleisten.

Es ist auffallend, dass im Rahmen dieser Diskussion insbesondere Mediziner die Risiken des Empowerment der Patienten immer wieder herausstreichen. Allerdings sind Ärzte in dieser selbst ernannten Rolle als Patienten-Anwälte wenig glaubwürdig. Mediziner verlieren an Glaubwürdigkeit, weil massive ökonomische Interessen auf dem Spiel stehen. Es bleibt festzuhalten, dass die Stärkung von Souveränität und Eigenverantwortung der Patienten keine system- und politikentlastenden Individualisierungsstrategien<sup>48</sup> sein dürfen, sondern ein ganzes Bündel systematischer, diesen Prozess flankierender Maßnahmen erfordern.

Der Begriff der Solidargemeinschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung erhält dadurch eine neue Facette: Angesichts knapper werdender Ressourcen ist es eine solidarische Verpflichtung der Mitglieder dieser Gemeinschaft, die Eigenverantwortung des Ein-

---

<sup>47</sup> Vgl.: Dierks, M./Siebeneick, S./Röseler, S.: Patienten, Versicherte, Kunden – eine neue Definition des Patienten? In: Dierks, M./Bitzer, E./Lerch, M./Martin, S./Röseler, S./Schienkiewitz, A./Siebeneick, S./Schwartz, F.: Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195 im Auftrag des Instituts für Technologiefolgenabschätzung Baden-Württemberg, August 2001, S. 7. URL: <http://www.ta-akademie.de>, (Stand: Oktober 2001).

<sup>48</sup> Vgl.: Paquet, R.: Die Versicherten werden auf Trab gebracht – Soziale Krankenversicherung vor dem Systemwechsel. In: Sozialer Fortschritt, 45. Jg., Heft 11, 1996, S. 259.

zelen für die sinnvolle Verwendung der Ressourcen zu stärken und gleichzeitig den Schutz des Individuums nicht zu vernachlässigen.



## 3 POLITISCHE UND RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR PATIENTENINFORMATIONEN

### 3.1 Rolle der Patienteninformationen in der Strukturreform 2000

Die Rolle des Patienten und seiner Rechte hat in der Strukturreform 2000 und in der Politik der rot-grünen Bundesregierung deutlich an Bedeutung gewonnen. Bereits in der Einleitung zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) heißt es im ersten Absatz u.a.:

*„Ein sozial gerechtes Krankenversicherungssystem muss sich zudem verpflichtet wissen, die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Patientinnen und Patienten zu achten, ihre Eigenkompetenz zu stärken sowie ihnen einerseits überflüssige diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu ersparen, andererseits aber Defizite in der Versorgung zu beseitigen.“<sup>49</sup>*

Weiter heißt es in der Einleitung zum Referentenentwurf:

*„Die Versicherten werden unterstützt, sich im Gesundheitswesen zu orientieren und ihre Rechte wahrzunehmen, [...]“<sup>50</sup>*

Hier wird deutlich, dass neben der Stärkung der Patientenrechte im System der GKV auch die Verantwortung der Mitglieder der GKV gefordert wird. Angesichts einer zusehends angespannten finanziellen Lage im System der Gesetzlichen Krankenversicherung gewinnt der verantwortliche Umgang mit den begrenzten Ressourcen an Bedeutung. Verursacht wird die sogenannte „Finanzknappheit“ in der GKV durch die Anbindung des Gesamtbudgets an die Grundlohnsumme, die demographische Entwicklung und durch das Fortschreiten der medizinischen und medizin-technischen Möglichkeiten (Medikalisierungsthese). Bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird eine Steigerung des Beitragssatzes auf über 30% im Jahr 2040 antizipiert.<sup>51</sup> Diese Antizipation zeigt, dass bei der Leistungsanspruchnahme auch auf der Ebene der Versicherten und Patienten ein Umdenken dringend notwendig ist, um ei-

---

<sup>49</sup> Referentenentwurf zum Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (Stand: 25.05.1999). URL: <http://www.bmgesundheit.de/gesetze/sgb/begruendung/htm>, (Stand: Juli 1999). Hervorhebungen durch die Autorin.

<sup>50</sup> Vgl.: ebd.

<sup>51</sup> Vgl.: Oberdieck, V.: Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung?: demographische und medizintechnische Determinanten der Beitragssatzdynamik und ihre reformpolitischen Implikationen. Hamburg: Steer- und Wirtschaftsverlag, 1998, S. 135.

nen verantwortungsbewussten und ökonomisch effizienten Umgang mit den Ressourcen zu verwirklichen.

Neben den Änderungen im Sozialgesetzbuch, die in den folgenden Kapiteln vorgestellt werden, wurde auf Initiative der Bundesregierung im Juni 1999 eine Patientencharta durch die 72. Gesundheitsministerkonferenz verabschiedet. Das mit „Patientenrechte in Deutschland heute“ beschriebene Dokument ist in einem weitreichenden Konsens zwischen dem AOK Bundesverband, dem Arbeitskreis Gesundheit und Soziales der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder, der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände, der Bundesärztekammer, der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, dem Bundesministerium für Gesundheit, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Notgemeinschaft Medizingeschädigter e.V. und dem Verband der Deutschen Angestelltenkrankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. entstanden. Die Patientencharta beschreibt ausführlich die bestehende Gesetzeslage rund um die Patientenrechte und soll zur Stärkung der Position des Patienten im Gesundheitswesen beitragen.

Der Wille der Regierung, die Patientenrechte zu stärken, hat sich in § 20 SGB V „Prävention und Selbsthilfe“ und in § 65b „Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung“ niedergeschlagen.<sup>52</sup>

### **3.2 Aufklärung und Beratung durch Krankenkassen im Sozialgesetzbuch I**

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für Patienten-/Versicherteninformationen durch die gesetzlichen Krankenkassen werden durch § 13 und § 14 des Sozialgesetzbuches I (SGB I) und durch § 1 und § 20 des Sozialgesetzbuches V determiniert.

Während im Sozialgesetzbuch I grundsätzlich festgelegt wird, dass Aufklärung und Beratung zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen gehören, werden die möglichen Inhalte dieser Aufgaben im Sozialgesetzbuch V beschrieben.

Im Sozialgesetzbuch I, § 13 wird für alle Institutionen, die sich in diesem gesetzlichen Rahmen bewegen, die Aufgabe der *Aufklärung* aufgegriffen. Dort heißt es:

*„Die Leistungsträger, ihre Verbände und die sonstigen in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen sind verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über die Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch aufzuklären.“<sup>53</sup>*

Diese Aufklärungspflicht betrifft als „sonstige in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen“ auch die Gesetzlichen Krankenkassen. Sie sind verpflichtet, allgemein über Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch aufzuklären. Diese allgemeine Aufklärungspflicht interpretiert MÜHLENBRUCH als „Anknüpfungspunkt“ für einen weiterführenden Dialog zwischen der Krankenkasse und ihren Versicherten.<sup>54</sup> Ausgehend von den aus dem Versicherungsverhältnis resultierenden Leistungsansprüchen führt die Autorin aus, dass Krankenkassen diese Leistungsansprüche hinsichtlich anzulegender Qualitätsmaßstäbe konkretisieren können. Gemeint sind hiermit Aufklärungen

*„[...] wann eine Versorgung ausreichend ist, was zu der Versorgungsbeziehung zwischen Leistungserbringern und Patienten gehört und wie die Verwirklichung des Leistungserfolges gefördert werden kann.“<sup>55</sup>*

Diese Interpretation des Aufklärungsumfanges, der von Krankenkassen wahrgenommen werden kann, ist in Bezug auf die Stärkung der Patientenautonomie sehr weitreichend. Eine Aufklärung auf diesem Niveau würde die Autonomie der Patienten fördern. Allerdings sind diese Informationen auch bei den Krankenkassen in aller Regel noch nicht vorhanden.<sup>56</sup>

Neben der Aufklärung konkretisiert das Sozialgesetzbuch I die Funktion der Krankenkassen in Hinsicht auf *Beratung* in § 14:

---

<sup>52</sup> Vgl. hierzu auch eine Stellungnahme der AOK Niedersachsen: Drupp, M.: Krankenkassen als Gesundheitscoach?! In: Public Health Forum, Heft 28, 2000, S. 22.

<sup>53</sup> Hervorhebung durch die Autorin.

<sup>54</sup> Vgl.: Mühlenbruch, S.: Aufgaben und Befugnisse der Kranken- und Pflegekassen, S. 222. In: Francke, R./Hart, D.: Rechtswissenschaftlicher Gutachtenteil. In: Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H.: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. A.a.O., S. 222.

<sup>55</sup> Vgl.: ebd.

<sup>56</sup> Vgl.: Neuffer, A.: Managed Care – Umsetzbarkeit des Konzeptes in Deutschland. A.a.O., S. 106 f.

*„Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind.“*

Die genannte Beratung ist im Gegensatz zur Aufklärung aus dem vorhergehenden Paragraphen individuell ausgerichtet, was durch die Formulierung „Jeder hat Anspruch...“ zum Ausdruck kommt.

Der Anspruch auf Beratung kann einerseits vom Versicherten geltend gemacht werden, andererseits kann aber auch die Krankenkasse von sich aus beratend tätig werden. Entscheidend ist, dass ein konkreter Anlass zur Information besteht.<sup>57</sup> Als Anlass gelten besondere Beziehungen zwischen der Krankenkasse und dem zu Beratenden und dass ein Beratungsbedürfnis klar zu erkennen ist. In diesem Fall kann eine Krankenkasse z.B. von sich aus über Selbsthilfemöglichkeiten, besondere Therapieeinrichtungen oder -methoden beraten.

Durch die Vorstellung der Paragraphen § 13 und § 14 SGB I wird deutlich, dass die Krankenkassen vom Gesetzgeber den Auftrag erhalten haben, ihren Versicherten in allgemeinen und speziellen Fragen jene Informationen zur Verfügung zu stellen, die die Versicherten brauchen, um sich weitestgehend autonom im Gesundheitswesen bewegen zu können.

Diese Informationen erfüllen ihre Funktion auch, wenn sie keine Wertung enthalten, z.B. in Form von Ranglisten, deren Qualität in keiner Weise gesichert ist.<sup>58</sup> Eine patientenorientierte Darstellung vorhandener wissenschaftlicher Untersuchungen über Behandlungsmethoden oder Therapiealternativen würde bereits ein Maß an Transparenz verschaffen, an dem es gegenwärtig fehlt.<sup>59</sup>

Neben diesen allgemein auf Beratung, Aufklärung und Unterstützung der Versicherten ausgerichteten Paragraphen gibt es im Sozialgesetzbuch V drei Paragraphen, die in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind. Besonderes Gewicht hat der § 20 SGB V, der im

---

<sup>57</sup> Vgl.: Peters, H: Handbuch des Sozialversicherungsrechts. Bd. 1 Krankenversicherung. In: Schulz, B. (Hrsg.): Handbuch des Sozialversicherungsrechts. München: Beck, 1994, zu § 14 SGB I Rdn. 23.

<sup>58</sup> Vgl.: Barth, D.: Mediziner-Marketing. Heidelberg: Springer 1999, S. 506 ff.

<sup>59</sup> Vgl.: Mühlenbruch, S.: Aufgaben und Befugnisse der Kranken- und Pflegekassen. A.a.O., S. 235.

Rahmen der Strukturreform 2000 geändert worden ist und der den politischen Handlungswillen auf diesem Gebiet widerspiegelt.

### 3.3 Aufklärung und Beratung durch Krankenkassen im Sozialgesetzbuch V

Während die überwiegende Mehrzahl der Befragten auf die Frage, welche Informationsquellen sie zum Thema Gesundheit nutzen, antworten: „Hole mir Rat beim Arzt“<sup>60</sup>, kommen Krankenkassen nicht einmal unter die ersten zehn möglichen Informationsquellen.<sup>61</sup> Die Krankenkassen scheinen als Informationsquelle zum Thema Gesundheit (noch) nicht akzeptiert zu sein. Obwohl ihnen eine beratende und informierende Funktion laut § 1 Sozialgesetzbuch V vorgeschrieben ist:

*„[...] Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“<sup>62</sup>*

Die Unterstützung der Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems und bei der Hinführung zu gesunden Lebensverhältnissen gehört somit zu einer originären Aufgabe der Krankenversicherungen.

Allerdings ist in diesem Paragraph nicht aufgeführt, wie Aufklärung und Beratung durch die Krankenkassen erfolgen können und welchen Inhalt diese Informationen, Aufklärungen und Beratungen haben können oder sollen.

Trotz dieser mangelnden Konkretisierung haben die Gesetzlichen Krankenkassen diese Aufgabe zunehmend für sich erkannt und bieten gesundheitsfördernde Beratung in Form von Broschüren oder Websites an. Das zunehmende Informationsangebot der Kranken-

---

<sup>60</sup> 54% der 18-34jährigen, 60% der 35-54jährigen und 76% der 55-75jährigen geben die Kategorie „Hole mir Rat beim Arzt“ an.

<sup>61</sup> Vgl.: Hahne (1997), S. 16. In: Wasem, J./Güther, B.: Das Gesundheitssystem in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Neuss: Eigenverlag Janssen-Cilag GmbH 1998, S. 27. Die Primärquelle konnte trotz Kontaktaufnahme zu den Autoren nicht ausfindig gemacht werden.

<sup>62</sup> § 1 Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988, a.a.O. Hervorhebungen durch die Autorin.

kassen spielt eine entscheidende Rolle im Sinne einer zusätzlichen, attraktiven Serviceleistung als Wettbewerbsfaktor zwischen den Krankenkassen.<sup>63</sup>

Die Informationsfunktion der Krankenkassen sollte nicht als Konkurrenz zu der Informationsfunktion der Mediziner oder anderer Anbieter von Gesundheitsleistungen betrachtet werden. Vielmehr handelt es sich um eine „Wegweiser-Funktion“, die den Versicherten die Möglichkeit bietet, sich unabhängig vom Mediziner zu informieren, was im Sinne eines „independent decision-making“ als unabdingbar betrachtet wird.<sup>64</sup>

### 3.4 Prävention und Selbsthilfe im Sozialgesetzbuch V

Der im SGB V ehemals mit „Krankheitsverhütung“ betitelte § 20 wurde im Rahmen der Strukturreform 2000 vollständig neu formuliert. Kurzgefasst stellt sich der Inhalt des jetzt mit „Prävention und Selbsthilfe“ betitelten Paragraphen folgendermaßen dar:<sup>65</sup>

- Es besteht eine „Kann-Regelung“ für Informationsangebote der Krankenkassen über *allgemeine* Gesundheitsleistungen, wie z. B. regionale Sportvereine
- Eine finanzielle Beteiligung der Krankenkassen ist *nicht zulässig*, es sei denn, dass sich die Informationsangebote auf Selbsthilfegruppen beziehen, die in Zusammenhang mit Krankheiten bestehen, die in einem Verzeichnis enthalten sind, das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes und unter Beteiligung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes beschlossen wurde
- Die Ausgaben zur Wahrnehmung dieser Aufgaben dürfen 5 DM pro Jahr und Versicherten nicht überschreiten
- Über allgemeine Beratungsangebote hinaus sollen die Krankenkassen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich der Prävention und

---

<sup>63</sup> Vgl.: Volkswagen Betriebskrankenkasse: TR:M Mitgliederbindung. Unveröffentlichte Studie, München 1997, S. 17.

<sup>64</sup> Vgl.: Hope, T.: Evidence-based patient choice. In: Evidence-Based Medicine. March/April, 1999, S. 39.

<sup>65</sup> Vgl.: § 20 Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988, a.a.O. und Begründung zum Referentenentwurf zum Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (Stand: 25.05.1999.), a.a.O., o.S.

der Rehabilitation von Erkrankungen des definierten Leistungskataloges zum Ziel gesetzt haben

Durch diesen Paragraphen werden die möglichen Beratungsleistungen der Krankenkassen benannt. Allgemeine Beratungsleistungen *können* angeboten werden, wobei diese Beratung nicht finanziell unterstützt werden darf. Eine finanzielle Beteiligung ist nur vorgesehen, wenn die Beratungen primäre Prävention<sup>66</sup> der Krankheiten nach dem genannten Verzeichnis zum Ziel haben. Dieses von den Spitzenverbänden beschlossene Verzeichnis enthält folgende Krankheiten:<sup>67</sup>

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krankheiten des Skeletts, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes
- Tumorerkrankungen
- Allergische und asthmatische Erkrankungen, Atemwegserkrankungen
- Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Harntraktes
- Lebererkrankungen
- Hauterkrankungen
- Suchterkrankungen
- Krankheiten des Nervensystems
- Hirnbeschädigungen
- Endokrine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/Immundefekte
- Krankheiten der Sinnesorgane/ Hör-, Seh- und Sprachbehinderungen
- Infektiöse Krankheiten
- Psychische und Verhaltensstörungen / Psychische Erkrankungen
- Angeborene Fehlbildungen / Deformitäten und Behinderungen
- Chronische Schmerzen

---

<sup>66</sup> Definition der primären Prävention: den Eintritt eines Schadensfalls durch gezielte Maßnahmen verhindern oder verzögern. Im Gegensatz zu sekundärer und tertiärer Prävention. Begründung zum Referentenentwurf zum Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (Stand: 25.05.1999), a.a.O., o. S.

<sup>67</sup> Vgl.: Das Verzeichnis der Krankheitsbilder stammt aus einer persönlichen schriftlichen Mitteilung von Frau Niederbühl, Abteilung Leistungen des Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. an Alice Börgel vom 17. August 1999.

- Organtransplantationen

Die Länge und Ausführlichkeit dieser Aufzählung zeigt, dass nahezu alle Krankheiten in eine der genannten Kategorien fallen. Der neue Paragraph 20 SGB V hat somit den Weg für zielgruppenspezifische, an Krankheiten orientierte, gesundheitsfördernde Steuerung der Versicherten durch die Krankenkassen freigemacht.<sup>68</sup> Das bedeutet für die Krankenkassen, dass eine Beratung im Sinne der primären Prävention durchgeführt und auch entsprechend finanziert werden kann.<sup>69</sup>

### 3.5 Verbraucher- und Patientenberatung im Sozialgesetzbuch V

Durch den § 65b „Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung“ werden die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, jährlich mit insgesamt zehn Millionen DM Modellvorhaben zur Verbraucher- und Patientenberatung zu fördern. Ziel der förderungswürdigen Einrichtungen zur Verbraucher- und Patienteneinrichtung soll die

*„[...] gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten [...]“<sup>70</sup>*

sein.

Dieses Modellvorhaben ist im Mai 2001 angelaufen, in dem jene Einrichtungen durch das Bundesministerium für Gesundheit bekannt gegeben wurden, die als förderungswürdig eingestuft wurden.

---

<sup>68</sup> Vgl.: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001 - Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. A.a.O., S. 296.

<sup>69</sup> Vgl.: Interessant in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, dass der § 20 im noch den Titel „Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe“ hatte. Dadurch wird deutlich, dass der Gesetzgeber eine umfassende Information durch die Krankenkassen fördern will.

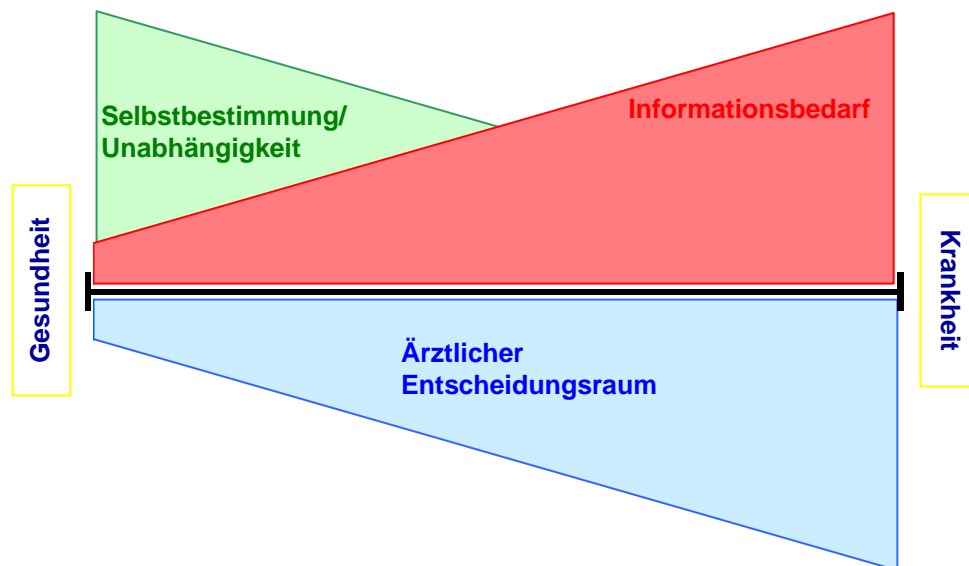
<sup>70</sup> Begründung zum Referentenentwurf zum Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (Stand: 25.05.1999), a.a.O., o. S.



## 4 BEDARF UND ANGEBOT VON GESUNDHEITSINFORMATIONEN

### 4.1 Informationsbedarf, Informationsangebot und Selbstbestimmung in der Arzt-Patienten-Beziehung

Auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit verhalten sich Selbstbestimmung des Patienten und Unabhängigkeit von ärztlichen Entscheidungen umgekehrt proportional zum Informationsbedarf und dem Zuwachs des ärztlichen Entscheidungsraums. Die folgende Abbildung stellt diesen Zusammenhang dar.



**Abbildung 9:** Informationsbedarf auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit  
Quelle: Eigene Darstellung

Je weiter sich ein Individuum auf dem Kontinuum im Bereich Krankheit befindet, desto größer ist sein Informationsbedarf bzgl. der Erkrankung, ihrer Folgen, der Behandlungsmöglichkeiten, etc. und desto mehr wächst in der traditionellen, paternalistischen Arzt-Patienten-Beziehung der Entscheidungsraum des Arztes.

Im krassen Gegensatz zu dem steigenden Informationsbedarf steht das Informationsangebot der Mediziner. Bei einer Befragung von knapp tausend Patienten zwischen 18 und 80 Jahren in Praxen niedergelassener Haus- und Fachärzte stuften 93% das Bedürfnis

nach umfassender und verständlicher Information als „sehr wichtig“ ein. Sehr zufrieden mit den erhaltenen Informationen zeigten sich jedoch nur 50% der Patienten.<sup>71</sup>

In einer Studie über Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung zum Gesundheitswesen wurden die vom Arzt erhaltenen Informationen als zu ungenau eingestuft. Von über eintausendachthundert befragten Personen gaben 20% an, dass ihr Hausarzt ihnen ihre Krankheit zu ungenau erklärt.<sup>72</sup> Diese quantitativen Messergebnisse werden untermauert durch zwei Zitate aus einer Studie aus Großbritannien:

*„If you want information, you have to ask for it, and you feel as though you are being a nuisance in doing so.“<sup>73</sup>*

*“[...] If you didn't know there were any side-effects you'd never ask.”<sup>74</sup>*

Aus einer neuseeländischen Studie, in der zweihundertvierundsiebzig Patienten von Krankenhausambulanzen nach ihrer Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen gefragt wurden, stammen folgende Zitate:

*„Doctors don't volunteer information. You can't ask questions if you don't know what questions to ask.“*

*„I find it hard to get a straight answer in simple English from the doctor.“<sup>75</sup>*

Neben dem subjektiven Empfinden, nicht genügend Informationen erhalten zu haben, zeigte eine Studie zum objektiven Kenntnisstand von Krebspatienten, dass nur 36% korrekt über ihre Diagnose und die Natur der Krankheit informiert waren.<sup>76</sup>

Durch die hier aufgeführten Ergebnisse und Zitate aus umfangreichen Studien zum Thema Patientenzufriedenheit mit den erhaltenen Informationen wird deutlich, dass es den

---

<sup>71</sup> Vgl.: Dierks, M./Schwartz, W./Walter, U.: Patienten als Kunden – Informationsbedarf und Qualität von Patienteninformation aus Sicht der Public Health-Forschung. A.a.O., S. 153.

<sup>72</sup> Vgl.: Emnid Institut GmbH & Co: emphasis Studie 1425. Der Patient im Mittelpunkt – Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung zum Gesundheitswesen der Zukunft. 1999. Im Auftrag von Janssen-Cilag GmbH. Unveröffentlichte Teilauswertung.

<sup>73</sup> Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 27.

<sup>74</sup> Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 30.

<sup>75</sup> Harris, J./Turnbull, A.: You can't ask if you don't know what to ask: a survey of the information needs and resources of hospital outpatients. In: New Zealand Medical Journal, Vol. 105, 1992, S. 200. Vgl. hierzu auch: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 8.

<sup>76</sup> Vgl.: Annunziata, M./Foladore, S./Magri, M./ Crivellari, D./Feltrin, A./Bildoli, E./Veronesi, A.: Does the information level of cancer patients correlate with quality of life?. In: Tumori, Vol. 84, 1998, S. 619.

Leistungserbringer im Gesundheitswesen auf unterschiedlichen Ebenen nicht gelingt, den Informationsbedarf ihrer Patienten befriedigend zu decken.<sup>77</sup>

Die Konsequenz der Koproduktionsthese und des hohen subjektiven Anteils bei der Beurteilung von medizinischen Ergebnissen (vgl. 2.2.4) ist, dass Patienten, die umfassend informiert werden oder stark in medizinische Entscheidungen einbezogen werden, zufriedener mit ihrer Behandlung sind, und dass durch eine hohe Compliance bessere Behandlungsergebnisse erzielt werden.

So zeigen bspw. die Ergebnisse einer Studie von FALLOWFIELD ET AL., dass Frauen mit Brustkrebs, deren behandelnde Ärzte einen partizipativen Behandlungsstil durchführten, weniger unter Depressionen litten.<sup>78</sup>

Interessant sind vor diesem Hintergrund die Ergebnisse einer italienischen Studie, die den Zusammenhang zwischen einem adäquaten Informationslevel in Bezug auf den Krankheitsstatus von Krebspatienten und der sog. „Quality of Life“ (QOL) untersuchten. Die Forscher konnten keine Beziehung zwischen einem adäquaten Informationsstand und der QOL nachweisen. Es zeigte sich aber, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit erhaltenen Informationen und der subjektiv empfundenen Lebensqualität gab.<sup>79</sup> Somit rückt der partnerschaftliche Umgang des Arztes mit dem Patienten in den Vordergrund.

Mangelnde Information über Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten ist die häufigste Quelle von Unzufriedenheit in der Patient-Arzt-Beziehung.<sup>80</sup> Das bedeutet aber nicht notwendigerweise, dass Patienten auf jeden Fall Entscheidungen über eigene medizinische Leistungsanspruchnahme alleine treffen wollen.<sup>81</sup>

---

<sup>77</sup> Vgl. dazu auch: Meredith, P./Emberton, M./Wood, C./Smith, J.: Comparison of patients' needs for information on prostate surgery with printed materials provided by surgeons. In: *Quality in Health Care*, Vol. 4, 1995, S. 18-23.

<sup>78</sup> Vgl.: Fallowfield, L./Hall, A./Maguire, G./Baum, M.: Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. In: *British Medical Journal*, Vol. 301, No. 6765, 1990, S. 575-580.

<sup>79</sup> Vgl.: Annunziata, M./Foladore, S./Magri, M./Crivellari, D./Feltrin, A./Bildoli, E./Veronesi, A.: Does the information level of cancer patients correlate with quality of life?. A.a.O., S. 622.

<sup>80</sup> Vgl.: Dierks, M./Schwartz, F./Walter, U.: Patienten als Kunden. A.a.O., S. 4 und Follmer, R.: Wie zufrieden sind die Kunden? Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der hessischen Bevölkerung. In: AOK Hessen (Hrsg.): *Qualität nachgefragt*. Tagungsband. Frankfurt am Main, 12. November 1998, S. 66 u. 70 und Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 27 ff.

<sup>81</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 11.

Der Schritt von Information über Partizipation zu alleiniger Verantwortung ist weiter als es auf den ersten Blick erscheint. In einer kanadischen Studie wollten lediglich 10% der Patienten die überwiegende Rolle bei der Entscheidung übernehmen, während 92% vollständig informiert werden und 69% an der Entscheidungsfindung teilnehmen wollten.<sup>82</sup> COULTER beschreibt verschiedene Stadien der Patientenpartizipation (Modell of clinical decision making), die sich zwischen den Polen „Professional choice“ und „Consumer choice“ befinden. „Professional choice“ ist dadurch gekennzeichnet, dass der Arzt allein entscheidet und der Patient der Entscheidung folgt. „Consumer choice“ bedeutet, dass der Arzt ausführlich informiert und der Patient entscheidet. Zwischen diesen Polen gibt es unterschiedliche Ausprägungen der Entscheidungsfindung im Arzt-Patient-Verhältnis. COULTER weist darauf hin, dass unterschiedliche klinische Situationen unterschiedliche Vorgehensweisen bedingen (z.B. Notfallsituationen versus elektive Eingriffe.)<sup>83</sup> Die folgende Abbildung schematisiert das Modell of clinical decision making.

<i>Professional choice</i>	<i>Professional-as-agent</i>	<i>Shared decision-making</i>	<i>Consumer choice</i>
Clinician decides, patient consents	Clinician elicits patient's views, then makes decision	Information shared, both decide together	Clinician informs, patients makes decision

**Abbildung 10:** Models of clinical decision-making  
Quelle: Coulter (1998)

Obwohl die Bereitschaft der Patienten, Entscheidungen ohne Empfehlung des Arztes zu treffen, gering ist, ist umfassende Information die Basis, die es Versicherten und Erkrankten ermöglicht, „ihren“ Weg im Gesundheitswesen zu finden. So konnte SEGAL nachweisen, dass bei Patienten mit chronischen Schmerzen, bei Diabetikern, Rheumatikern, Pati-

<sup>82</sup> Vgl.: Blanchard, C./Labrecque, M./Ruckdeschel, J./Blanchard, E.: Information and decision-making preferences of hospitalised adult cancer patients. In: Social Science and Medicine, Vol. 27, No. 11, 1998, S. 1139-1145. und: Sutherland H./Llewellyn-Thomas, H./Lockwood, G./Tritchler, D.: Cancer patients: their desire for information and participation in treatment decision. In: Journal of the Royal Society of Medicine, Vol. 82, No. 5, 1989, S. 260-263.

enten mit chronischen psychischen Problemen und Patienten, die an den Folgen einer schweren Kopfverletzung litten, durch eine verbesserte Informations- und Entscheidungsbeteiligung auch bessere gesundheitliche Ergebnisse realisiert wurden.<sup>84</sup>

Neben positiven physiologischen Effekten bewirken ausreichende Informationen auch gute psychologische Ergebnisse, weil sie Patienten helfen zu erkennen, dass ihre Probleme wahrgenommen und ernst genommen werden, weil sie ihnen das Gefühl geben, nicht allein gelassen zu werden, weil sie die Krankheitsbewältigung fördern und weil sie Vertrauen und das Gefühl von Kontrolle vermitteln können.<sup>85</sup>

Vorbereitende Informationen bei elektiver Totalendoprothese der Hüfte reduzieren Ängste und Depressionen während des Krankenhausaufenthaltes und verbessern die Wahrnehmung der Selbstbestimmung.<sup>86</sup>

Durch detaillierte Informationen kann mehr Sicherheit bei Behandlungsentscheidungen erreicht werden.<sup>87</sup> Eine Untersuchung von WRAGG ET AL. zeigte, dass Informationen, die detailliert auf Vor- und Nachteile eines Verfahrens (hier Hormonersatztherapie) eingingen, bei Patientinnen zu einer höheren Sicherheit bei der Ablehnung oder Akzeptanz des Verfahrens führte.<sup>88</sup>

COULTER ET AL fassen die Zielsetzungen von qualitativ hochwertigen Gesundheitsinformationen zusammen. Demnach sollen Informationen helfen:

- Krankheit zu vermeiden
- „Self-care“<sup>89</sup> zu unterstützen und voranzutreiben

---

<sup>83</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 10.

<sup>84</sup> Vgl.: Segal, L.: The Importance of Patient Empowerment in Health System Reform. In: Health Policy, 44. Jg., 1998, S. 31-44.

<sup>85</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 36.

<sup>86</sup> Vgl.: Gammon, J./ Mulholland, C.: Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on psychological coping outcomes. In: Journal of Advanced Nursing, Vol. 24., 1996, S. 303.

<sup>87</sup> Vgl.: Lerch, M./Dierks, M.L.: Gesundheitsinformation und -kommunikation als Basis für Patientensouveränität. A.a.O., S. 146 f.

Und: Shepperd, S./Coulter, A./Farmer, A.: Using interactive videos in general practice to inform patients about treatment choices: a pilot study. A.a.O., S. 445.

<sup>88</sup> Vgl.: Wragg, J./Robinson, E./Lilford, R.: Information presentation and decisions to enter clinical trials: a hypothetical trial of hormone replacement therapy. In: Social Science and Medicine. Vol. 51, No. 3, S. 62.

<sup>89</sup> In Ermangelung einer geeigneten Übersetzung wurde das englische Originalwort wiedergegeben, das in diesem Zusammenhang soviel besagt, wie Selbstbestimmung im

- Behandlungsentscheidungen zu unterstützen
- Die Effizienz von Behandlungsmaßnahmen zu erhöhen<sup>90</sup>

VODERMAIER und UNTCH fassen die Ziele, die durch ausführliche Informationen auf die individuelle Situation von Brustkrebs-Patientinnen abgestimmt sind, etwas weiter:<sup>91</sup>

- Verunsicherung aufgrund wenig umfassender Aufklärungsgespräche reduzieren
- Zufriedenheit mit der Behandlung erhöhen
- Arzt/Patienten-Beziehung verbessern
- Compliance während der Therapie erhöhen
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität erhöhen
- Psychische Befindlichkeit verbessern
- Krankheitsbewältigung unterstützen
- Unnötige Leistungsanspruchnahme vermeiden

Im Gegensatz zu der abstrakten Beschreibung möglicher Ziele, die durch Informationen erreicht werden können, berichteten Patienten der britischen Studie von COULTER ET AL über die Qualität vorhandener Informationsmaterialien, dass sie Informationen für verschiedene Zwecke benötigen und nutzen:

- *“to understand what is wrong,*
- *to gain a realistic idea of prognosis,*
- *to make the most of consultations,*
- *to understand the processes and likely outcomes of possible tests and treatments,*
- *to assist in self-care,*
- *to learn about available services and sources of help,*
- *to provide reassurance and help to cope,*
- *to help others understand,*
- *to legitimise help-seeking and concerns,*
- *to identify further information and self-help groups,*
- *to identify the “best” health care providers.”<sup>92</sup>*

---

Umgang mit der Erkrankung einerseits und die Fähigkeit, sich medizinisch-pflegerisch zu versorgen andererseits.

<sup>90</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients.A.a.O., Executive summary, S. IX.

<sup>91</sup> Vgl.: Vodermaier, A./Untch, M.: Teilhabe von Brustkrebspatientinnen an Therapieentscheidungen. In: Die Ersatzkasse, Heft 12, 2001, S. 475.

Insgesamt betrachtet zeigt sich, dass der Bedarf an Gesundheitsinformationen ungemein vielseitig ist und dass die behandelnden Mediziner diesem Bedarf in der Regel nicht gerecht werden. Auf einer internationalen Konferenz zu Arzt-Patienten-Kommunikation wurde „The Toronto Consensus Statement on the Relationship between Communication Practices and Outcomes“ von den Kongressteilnehmern verabschiedet.<sup>93</sup> Dieses „Statement“ beschreibt die Schwächen der Arzt-Patienten-Kommunikation nahezu umfassend und wird hier deshalb vollständig wiedergegeben.

- Communication problems in medical practice are both important and common.
- Patient anxiety and dissatisfaction is related to uncertainty and lack of information, explanation and feedback from the doctor.
- Doctors often misperceive the amount and type of information patients want.
- The quality of clinical communication is related to positive health outcomes.
- Explaining and understanding patient concerns, even when they cannot be resolved, results in a significant fall in anxiety.
- Greater participation by the patient in the encounter improves satisfaction and compliance and outcome of treatment.
- The level of psychological distress in patients with serious illness is less when they perceive themselves they have received adequate information.
- Beneficial clinical communication is feasible routinely in clinical practice and can be achieved during normal clinical encounters, without unduly prolonging them, provided that the clinician has learned the relevant techniques.

**Abbildung 11:** The Toronto Consensus Statement on the Relationship between Communication Practices and Outcomes  
Quelle: Simpson, 1991

---

<sup>92</sup> Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. London: King's Fund Publishing. 1998. Executive summary, S. XI.

<sup>93</sup> Vgl.: Simpson, M./Buckman, R./Stewart, M.: Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. In: British Medical Journal, Vol. 303, No. 6814, 1991, S. 1385-87.

## 4.2 Faktoren, die den Bedarf an gesundheitlichen Informationen beeinflussen

### 4.2.1 Problemorientiertes und Interessensorientiertes Informationsverhalten

Der Bedarf an gesundheitlichen Informationen und die Verarbeitung von zur Verfügung stehenden Informationen wird durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst.

Der Nutzung von (Massen)-Medien, um Informationen zu bekommen, liegen unterschiedliche theoretische Erklärungsmuster zu Grunde. Der klassische und ältere Ansatz wird als „medium-centered approach“ bezeichnet. Dabei wird von einer passiven, reagierenden Rolle des Individuums im Umgang mit Medien ausgegangen. Massenmedien werden nicht zielorientiert *genutzt*, sondern passiv *konsumiert*.<sup>94</sup>

Im Gegensatz dazu entwickelte sich der „reciever-centered approach“. Bei diesem Ansatz wird davon ausgegangen, dass das Individuum (Massen-) Medien aktiv nutzt, um eigene Informationsbedürfnisse zu erfüllen.<sup>95</sup> Konzeptualisierungen von Informationsbedürfnissen und Informationsverhalten spielen beim medium-centered approach keine Rolle, sie bilden aber einen zentralen Punkt im reciever-centered approach.<sup>96</sup> Aus diesem Grund liegt im Folgenden der reciever-centered approach zu Grunde.

Die Informationsbedürfnisse und das Informationsverhalten in bezug auf gesundheitliche Themen werden als aktiver oder zumindest bewusst gesteuerter Prozess des Individuums verstanden.

Vor dem Hintergrund des reciever-centered approach entwickelte VAN DER RIJT das Konzept des problemorientierten (problem-guided) und des interessensorientierten (interest-guided) Informationsverhaltens in bezug auf gesundheitliche Themen.<sup>97</sup> VAN DER RIJT benutzt einen Ansatz von ATKIN, der Informationsverhalten in zwei Kategorien einteilt. Die

---

<sup>94</sup> Vgl.: Donohew, L./Tipton, L.: A conceptual model for information seeking, avoiding and processing. In: Clark, P. (Hrsg.): New models for mass communication research. Beverly Hills: Sage Publications, 1973, S. 243-268. Und: Katz, E./Blumler, G. /Gurevitch, M.: Utilization of mass communication by the individual. In: Blumler, G./Katz, E. (Hrsg.): The uses of mass communication; current perspective on gratifications research. London: Sage Publications, 1974, S. 19-32.

<sup>95</sup> Vgl.: Katz, E./Blumler, G. /Gurevitch, M.: Utilization of mass communication by the individual. A.a.O., S. 19-32.

<sup>96</sup> Vgl.: Rijt, G. van der: Determinants of the Consumption of Health Information in the Media. In: The European Journal of Communication Research, Vol. 23, No. 3, 1998, S. 356.

<sup>97</sup> Vgl.: Rijt, G. van der/Need, Y.: Problem-guided and Interest-guided Information-seeking: Explaining Different Uses of a Health Information Device for Primary Schools and Day-care Centres. In: The European Journal of Communication Research, Vol. 21, No. 4, 1996, S. 419-431.



eine Kategorie ist determiniert durch die utilitaristische Aufnahme und Verarbeitung von Informationen, die eingesetzt werden, um spezifische Probleme zu lösen.<sup>98</sup> Die andere Kategorie des Informationsverhaltens ist geprägt durch einen nicht-instrumentalisierten Umgang mit Informationen. Das Informationsverhalten wird hauptsächlich von persönlichem Interesse geleitet und stimuliert.<sup>99</sup>

Entsprechend dieser Kategoriebildung von ATKIN gelang es VAN DER RIJT in zwei verschiedenen Studien nachzuweisen, dass auch der Umgang mit gesundheitlichen Informationen problem- oder interessenorientiert ist.<sup>100</sup>

Das problemorientierte Informationsverhalten wird dadurch stimuliert, dass es dem Individuum nicht gelingt, auftretende Gesundheitsprobleme durch das bereits vorhandene Gesundheitswissen zu beherrschen (knowledge gap). In diesem Fall beginnt eine sehr spezifische Suche nach gesundheitlichen Informationen, die dem Individuum nutzen, um diese Wissenslücke zu schließen. Informationsquellen des problemorientierten Informationsverhaltens sind durch hohe Spezifität gekennzeichnet. An erster Stelle werden der Arzt oder medizinische Sachbücher als Informationsquellen genutzt.<sup>101</sup>

Das interessenorientierte Informationsverhalten dagegen ist durch allgemeines Interesse an gesundheitlichen Themen bestimmt. Gründe für dieses Interesse sind oft beruflicher Art (Berufe im Gesundheitswesen) oder werden durch eine bestimmte soziale Rolle hervorgerufen. So kann bei Frauen, die Kinder haben und in einem familiären Kontext leben, i.d.R. ein hohes Interesse an gesundheitlichen Themen nachgewiesen werden.<sup>102</sup> Das interessenorientierte Informationsverhalten ist durch die routinierte unspezifische Informationsaufnahme geprägt. Durch das gleichbleibend hohe Interesse an gesundheitlichen

---

<sup>98</sup> Vgl.: Atkin, C.: Instrumental utilities and information seeking. In: Clarke, P.: New models for mass communication research. Beverly Hills: Sage Publications, 1973, S. 205-242.

<sup>99</sup> Vgl.: ebd.

<sup>100</sup> Vgl.: Rijt, van der G./Need, Y.: Problem-guided and Interest-guided Information-seeking: Explaining Different Uses of a Health Information Device for Primary Schools and Day-care Centres. A.a.O., S. 425 f.

Und: Rijt, van der G.: Health Complaints and the search for Health Information. In: The European Journal of Communication Research, Vol. 25, No. 2, 2000, S. 154 ff.

<sup>101</sup> Vgl.: Rijt, van der G.: Health Complaints and the search for Health Information. A.a.O., S. 144.

<sup>102</sup> Vgl.: Dürer, U./Moore, A./Schröder, M.: Citizen's Advisory System Based on Telematics for Communication and Health (CATCH II), Deliverable 2.1 Overall Report on User Needs. Part B: Results, Consequences and Conclusions. URL: <http://catch.cs.uni-magdeburg.de> (Stand: April 2000). S. 28f.

Und: Schnabel, P.: Public Health and Media. In: European Journal of Communication. Vol. 19, No. 2-3, 1994, S. 203.

Themen ist die Informationsaufnahme nicht auf bestimmte Themen beschränkt. Als Informationsquelle werden auch Massenmedien genutzt, weil die Informationssuche un-  
aufwendig ist.<sup>103</sup>

### **4.2.2 Spezifische Faktoren und der Bedarf an Gesundheitsinformationen**

#### **4.2.2.1 Übersicht über die Faktoren, die den Bedarf an Gesundheitsinformationen beeinflussen**

Durch die Unterteilung in problem- und interessenorientiertes Informationsverhalten in bezug auf gesundheitliche Themen können teilweise konträre Forschungsergebnisse zum Bedarf und Interesse an gesundheitlichen Themen erklärt werden. Vor diesem Hintergrund werden Faktoren beschrieben, die den Bedarf an gesundheitlichen Themen mitbestimmen und teils problemorientiert und teils interessenorientiert sind.

Der Bedarf an gesundheitlichen Informationen ist in erster Linie individuell ausgeprägt. Trotzdem gibt es einige allgemeingültige Zusammenhänge, die in Studien bestätigt wurden. Faktoren, von denen das Interesse und der Bedarf an gesundheitlichen Informationen abhängig ist, sind:

- Lebensalter
- Geschlecht
- Bildungsgrad
- Gesundheitsstatus

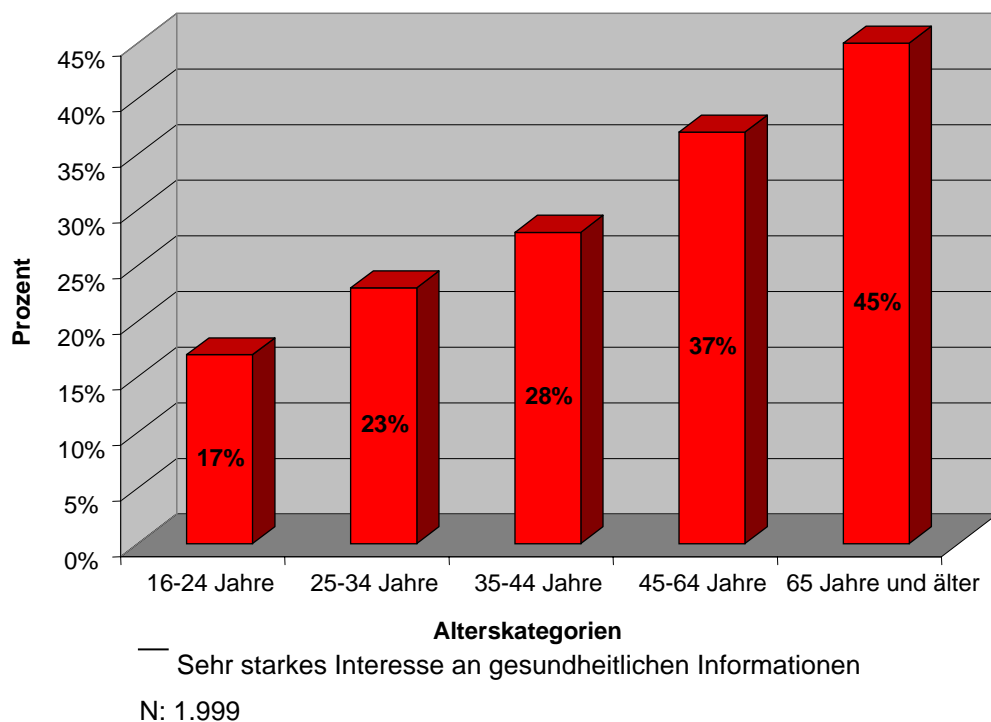
#### **4.2.2.2 Lebensalter**

Das allgemeine Interesse an gesundheitlichen Informationen ist in der ersten Lebenshälfte relativ gering und nimmt mit steigendem Alter zu. Eine Umfrage der AOK Hessen aus dem Jahr 1998 kam zu dem Ergebnis, dass 45% der Befragten, die 65 Jahre und älter wa-

---

<sup>103</sup> Vgl.: Rijt, van der G.: Health Complaints and the search for Health Information. A.a.O., S. 144.

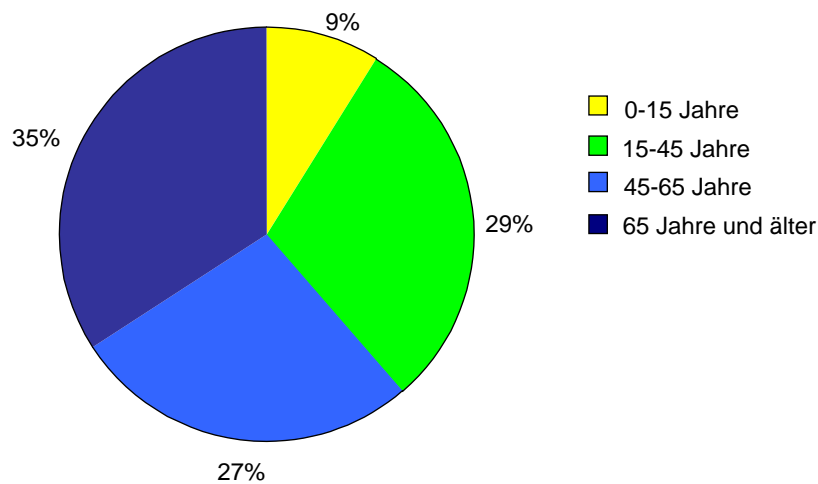
ren, ein sehr starkes Interesse am Gesundheit haben.<sup>104</sup> Auf die Frage: „Wie stark interessiert Sie persönlich das Thema Gesundheit oder gesundheitsbewusstes Verhalten?“, antworteten 45% in der Gruppe der über 65jährigen „sehr stark“. Das Interesse in den jüngeren Altersgruppen ist deutlich geringer. Von den 16-24jährigen stuften lediglich 17% ihr Interesse als sehr stark ein. Insgesamt wurden zweitausendzwei Menschen befragt. Die folgende Abbildung zeigt den jeweiligen Anteil an allen Altersgruppen, der sehr starkes Interesse äußerte.



**Abbildung 12:** Interesse am Thema Gesundheit oder gesundheitsbewussten Verhalten  
Quelle: Follmer, R. 1998. Unveröffentlichte Teilauswertung.  
Eigene Darstellung.

Das mit dem Alter steigende Interesse an gesundheitlichen Informationen kann in Zusammenhang mit dem statistisch steigenden Risiko, mit höherem Lebensalter zu erkranken, stehen. So besteht die größte Gruppe stationär behandelter Patienten aus 65jährigen und Älteren.

<sup>104</sup> Summe der Befragten in dieser Altersgruppe 372.



**Abbildung 13:** Altersstruktur bei Krankenhaus-Inanspruchnahme 1999  
Quelle: Bundesamt für Statistik (2001). Eigene Berechnung

Der hohe Informationsbedarf in höherem Lebensalter ist vermutlich problemorientiert und nicht interessenorientiert. Menschen in hohen Altersklassen geben zwar in verschiedenen Umfragen an, ein hohes Interesse an Gesundheitsthemen zu haben, sie akzeptieren aber in geringerem Maße andere Informationsquellen als den Arzt, wenn gesundheitliche Probleme vorliegen. So geben 42% der über 55jährigen in einer repräsentativen Studie an, dass sie keine zusätzlichen Informationen über ihre Krankheit wünschen als die, die sie von ihrem Arzt erhalten. In den Altersklassen bis 34 Jahre und zwischen 35 und 54 Jahren sagen das nur 26% bzw. 29% der Befragten.<sup>105</sup>

Auch in einer von der Europäischen Union geförderten Studie zur Implementation einer internetbasierten Informationsplattform bestätigt sich dieses Bild. Auf die Frage: „Woher beziehen Sie medizinische Fachinformationen, wenn Sie Fragen haben, die Ihre eigene Gesundheit betreffen?“, antworten 84% der über 60jährigen, dass sie solche Informationen

---

Vgl.: Follmer, R: Wie zufrieden sind die Kunden? Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der hessischen Bevölkerung. A.a.O., unveröffentlichte Teilauswertung.

<sup>105</sup> Vgl.: INRA Deutschland im Auftrag von Medvantis Medical Services GmbH: Repräsentativbefragung von 1.000 Personen ab 14 Jahren in Deutschland. 2001. Unveröffentlichte Teilauswertung.

von ihrem Arzt wünschen. Als andere Informationsquellen werden mit 29% Gesundheitsmagazine und mit 26% Broschüren angegeben.<sup>106</sup>

### 4.2.2.3 Geschlecht

Das Geschlecht hat eindeutigen Einfluss auf das Interesse an gesundheitlichen Informationen. So zeigt sowohl die o.g. Umfrage der AOK Hessen als auch eine weitere Umfrage einer Forschungsgruppe der Universität Magdeburg, dass Frauen dem Thema Gesundheit offener gegenüber stehen als Männer. 37% der Frauen in der Befragung der AOK beurteilen ihr Interesse am Thema Gesundheit als sehr stark, im Gegensatz zu nur 26% der befragten Männer.<sup>107</sup> Entsprechend geben 37% der befragten Frauen an, dass sie häufig Artikel zum Thema „Gesundheit“ lesen oder im Fernsehen Gesundheits-Beiträge sehen. Bei den Männer sagen dies nur 24%.<sup>108</sup>

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die o.g. Studie der Universität Magdeburg. Knapp 60% der befragten Frauen und nur 30,5% der befragten Männer geben an, dass sie medizinische Fachinformationen für sehr wichtig halten.<sup>109</sup>

### 4.2.2.4 Bildungsgrad

Der Einfluss des Bildungsgrads auf das Interesse an gesundheitlichen Informationen wird kontrovers diskutiert. Es gibt Studien, in denen auf allgemeine Themen bezogen nachgewiesen wurde, dass sich Nachrichten in Segmenten mit einem höheren sozioökonomischen Status schneller verbreiten und einen höheren Durchdringungsgrad haben

---

<sup>106</sup> Vgl.: Dürer, U./Moore, A./Schröder, M.: Citizen's Advisory System Based on Telematics for Communication and Health (CATCH II), The Results from Germany. A.a.O., unveröffentlichte Teilauswertung.

<sup>107</sup> Vgl.: Follmer, R: Wie zufrieden sind die Kunden? Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der hessischen Bevölkerung. A.a.O., unveröffentlichte Teilauswertung.

<sup>108</sup> Vgl.: Follmer, R: Wie zufrieden sind die Kunden? Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der hessischen Bevölkerung. A.a.O., unveröffentlichte Teilauswertung.

<sup>109</sup> Vgl.: Dürer, U./Moore, A./Schröder, M.: Citizen's Advisory System Based on Telematics for Communication and Health (CATCH II): Deliverable 2.1 Overall Report on User Needs. A.a.O., S. 29.

als in Segmenten mit einem niedrigeren sozio-ökonomischen Status.<sup>110</sup> Dieses Phänomen wurde Anfang der siebziger Jahre als „Knowledge Gap Effect“ beschrieben.<sup>111</sup> In den folgenden Jahren wurden verschiedene Untersuchungen mit sich zum Teil widersprechenden Ergebnissen durchgeführt.<sup>112</sup>

ETTEMA ET AL gelang es in bezug auf gesundheitliche Themen nachzuweisen, dass es zwar Unterschiede im Wissensniveau in Zusammenhang mit dem Bildungsgrad gibt, dass aber die *Motivation*, sich auf Grund einer akuten Erkrankung oder eines empfundenen Risikos gesundheitliches Wissen anzueignen, einen viel stärkeren Einfluss auf das Interesse an gesundheitlichen Informationen und die Aufnahmebereitschaft hat als der Bildungsgrad.<sup>113</sup> In der von ETTEMA durchgeführten Untersuchung wurde *vor* der Durchführung einer Gesundheitsinformations-Kampagne zum Thema Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen festgestellt, dass die Segmente mit einem höheren Bildungsgrad ein höheres Wissen über Risikofaktoren und deren Vermeidung hatten als Segmente mit einem niedrigen Bildungsgrad. *Nach* der Informationskampagne bestand das „knowledge gap“ nicht mehr zwischen den Segmenten mit unterschiedlichem Bildungsgrad, sondern zwischen Segmenten mit krankheits- oder persönlichkeitsbedingten unterschiedlichem Motivationsgrad.

Der Bildungsgrad hat einen Einfluss auf das allgemeine Interesse an gesundheitlichen Themen und infolgedessen ist das gesundheitliche Wissen in höher gebildeten Gruppen größer. Die krankheitsbedingte Motivation, sich zu informieren, ist aber vom Bildungsgrad weitgehend unabhängig.

Abweichend dazu ergab eine Befragung italienischer Krebspatienten, dass deutlich mehr Patienten, die eine längere Schulbildung genossen hatten, adäquat über ihren Krankheitszustand Bescheid wussten, als diejenigen, die über eine kürzere Schulbildung verfügten.<sup>114</sup>

---

<sup>110</sup> Vgl.: Ettema, J./Brown, J./Luepker, R.: Knowledge Gap Effects in a Health Information Campaign. In: Public Opinion Quarterly. Vol. 47, 1983, S. 517.

<sup>111</sup> Vgl.: Tichenor, P./Donohue, G./Olien, C.: Mass media and differential growth in knowledge. In: Public Opinion Quarterly. 34. Jg., 1970, S. 158-170.

<sup>112</sup> Vgl.: Ettema, J./Brown, J./Luepker, R.: Knowledge Gap Effects in a Health Information Campaign. A.a.O., S. 517.

<sup>113</sup> Vgl.: Ettema, J./Brown, J./Luepker, R.: Knowledge Gap Effects in a Health Information Campaign. A.a.O., S. 522-523.

<sup>114</sup> Annunziata, M./Foladore, S./Magri, M./ Crivellari, D./Feltrin, A./Bildoli, E./Veronesi, A.: Does the information level of cancer patients correlate with quality of life?. A.a.O., S. 620.

Im Stanford Five City Project<sup>115</sup> stellten Forscher ebenfalls einen positiven Zusammenhang zwischen dem Bildungsgrad und dem Niveau des gesundheitlichen Wissens fest. Weiter führten sie aus, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Bildungsgrad und der Fähigkeit gibt, das gesundheitsschädigende Verhalten zu ändern, wie das folgende Zitat zeigt:

*„Education is a consistent predictor of overall health orientation. Those with higher levels of formal education are not only more knowledgeable about health issues (as revealed by our previous analyses), but they are also more positively disposed toward health behaviour change.“*<sup>116</sup>

Ein weiterer Faktor, der einen positiven Zusammenhang zwischen Bildungsgrad und dem Niveau an Gesundheitswissen erklärt, ist der Zugang zu Informationen. So stellen HARRIS und HAMBURG fest:

*„Access to information, however, is even more empowering than information itself.“*<sup>117</sup>

In einer Befragung zu den Profilen von Nutzern eines canadischen „Health Information Support Telephone Service“ – einer in Nordamerika verbreiteten Art, Gesundheitsinformationen zur Verfügung zu stellen – wurde festgestellt, dass 73% der Nutzer dieses Angebots eine höhere Schulbildung hatten. Nur 20% der Nutzer verfügten über eine Basis-Schulbildung.<sup>118</sup> In dieser Befragung zeigten sich die weiblichen Anrufer in der Mehrzahl.<sup>119</sup> Eine amerikanische Studie, die sich ebenfalls mit der Nutzung von telefonischer Gesundheitsberatung beschäftigte, stellte fest, dass die Anrufer in der Mehrzahl älter wa-

---

<sup>115</sup> Das Stanford Five City Project war ein sehr groß angelegte Projekt, in dem die Wirkungen von Gesundheitsinformations-Kampagnen untersucht wurden. In Abständen von mehreren Jahren wurden mehrere Befragungswellen (n:4.214 und n: 1.225) durchgeführt.

<sup>116</sup> Vgl.: Rimal, R./Flora, J./Schooler, C.: Achieving Improvements in Overall Health Orientation. In: Communication Research, Vol. 26, No. 3, 1999, S. 343.

<sup>117</sup> Vgl: Harris, L./Hamburg, M.: Back to the Future: Television and Family Health-Care Management. In: Bryant, J. (Hrsg.): Television and the American family. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1990, S. 342.

<sup>118</sup> Vgl.: Bang, D./Farrar, S./Sellors, J./Buchanan, D.: Consumer Health Information Services: Preliminary Findings about Who is using them. In: Journal of Medical Systems, Vol. 22, No. 2, 1998, S. 106.

<sup>119</sup> Vgl.: ebd.

ren und eine höhere Schulbildung besaßen. Auch hier waren dreiviertel der Anrufer Frauen.<sup>120</sup>

Zusammengefasst läßt sich sagen, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen Bildungsgrad und dem Interesse an gesundheitlichen Informationen bzw. dem Niveau des gesundheitlichen Wissens gibt. Gleichzeitig führt die Motivation, sich bei Bildungsgrad. Krankheitseintritt zu informieren, zu vergleichbaren Wissensständen bei Gruppen mit unterschiedlichem

### 4.2.2.5 Gesundheitsstatus

Das Auftreten einer akuten Erkrankung ist einer der Faktoren, der sich am stärksten auf den Bedarf an gesundheitlichen Informationen auswirkt. Das Interesse an gesundheitlichen Informationen ist in diesem Fall deutlich problemorientiert. Wie in Kapitel 4.2.2.2 bereits erläutert, führt bereits ein höheres Risiko zu erkranken zu einem verstärkten Informationsbedarf.

Interessant ist dabei, dass in verschiedenen Studien nachgewiesen werden konnte, dass der Bedarf an gesundheitlichen Informationen allein durch die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen (Niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser) nicht gedeckt werden kann (siehe hierzu auch Kapitel 4.1). Im Folgenden werden einige Studienergebnisse genannt, die den Zusammenhang zwischen einer bestehenden Erkrankung und dem (nicht gedeckten) Bedarf an gesundheitlichen Informationen bestätigen.<sup>121</sup>

- 93% von eintausend befragten Patienten in Praxen niedergelassener Haus- und Fachärzte stufen ihr Bedürfnis nach umfassender und verständlicher Information als sehr wichtig ein. Nur 50% sind mit den von ihrem Arzt erhaltenen Informationen sehr zufrieden.<sup>122</sup>

---

<sup>120</sup> Vgl.: Freimuch, V./Stein, J./Kean, T.: The Cancer Information Service Evaluation: An Overview of Results. In: Searching for Health Information: The Cancer Information Service Model. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1989.

<sup>121</sup> Vgl. Meissner, H./Anderson, M./Odenkirchen, J.: Meeting Information Needs of Significant Others: Use of Cancer Information Service. In: Patient Education and Counseling, Vol. 15, 1990, S. 176.

<sup>122</sup> Vgl.: Dierks, M./Schwartz, W./Walter, U.: Patienten als Kunden – Informationsbedarf und Qualität von Patienteninformation aus Sicht der Public Health-Forschung. A.a.O., S. 152.



- 26% von eintausend telefonisch Befragten sagen, dass sie die Diagnose, die ihr Arzt stellt, nur zum Teil verstehen. 66% wünschen sich mehr Informationen über ihre Krankheit, als sie in der Regel im Gespräch mit einem Arzt erhalten.<sup>123</sup>
- Im Vorlauf einer Studie, die durch den National Health Service in Großbritannien durchgeführt wurde, um die Qualität von Informationsmaterial zu erheben, wurde die Unzufriedenheit der Patienten mit den erhalten Informationen wie folgt zusammengefasst:

*„Within all groups a few positive experiences of good communication with health professionals were reported. These were overshadowed, however, by substantial dissatisfaction with communication with health professionals. The overwhelming majority of focus group participants had wanted much more information about their condition and treatment than they were given.“*<sup>124</sup>

- In einer US-amerikanischen Studie wurden 14 verschiedene Themengebiete abgefragt, zu denen Patienten weitere Fragen haben könnten. Das Interesse an den einzelnen Gebieten wurde durch eine Fünf-Punkte Likert Skala abgefragt. Dadurch ergibt sich eine mögliche Einstufung des Informationsinteresses zwischen 14 und 70 Punkten. Das durchschnittliche Interesse manifestierte sich bei 64,9 Punkten und war somit extrem hoch.<sup>125</sup>
- In der bereits erwähnten Studie CATCH II ergibt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein einer Erkrankung und der Einschätzung, dass gesundheitliche Informationen wichtig sind. So schätzen in der Gruppe, die angibt, keine gesundheitlichen Probleme zu haben, lediglich knapp 40% gesundheitliche Informationen als sehr wichtig ein. In der Gruppe, die angibt, an ständigen gesundheitlichen Problemen zu leiden und Medikamente einnehmen zu müssen, werden gesundheitliche Informationen von knapp 67% der Befragten als sehr wichtig eingeschätzt.
- MEISSNER kommt in der Ergebnisdiskussion der Evaluation des US-amerikanischen Krebsinformationsdienstes, die einen extrem hohen Bedarf bei Angehörigen von

---

<sup>123</sup> Vgl.: INRA Deutschland im Auftrag der Medvantis Medical Services GmbH. Repräsentativbefragung von 1.000 Personen ab 14 Jahren in Deutschland. 2001. Unveröffentlichte Teilauswertungen.

<sup>124</sup> Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 26.

<sup>125</sup> Vgl.: Beisecker, A./Beisecker, T.: Patient Information-Seeking Behaviours when communication with Doctors. In: Medical Care, Vol. 28, No. 1, 1990, S. 22.

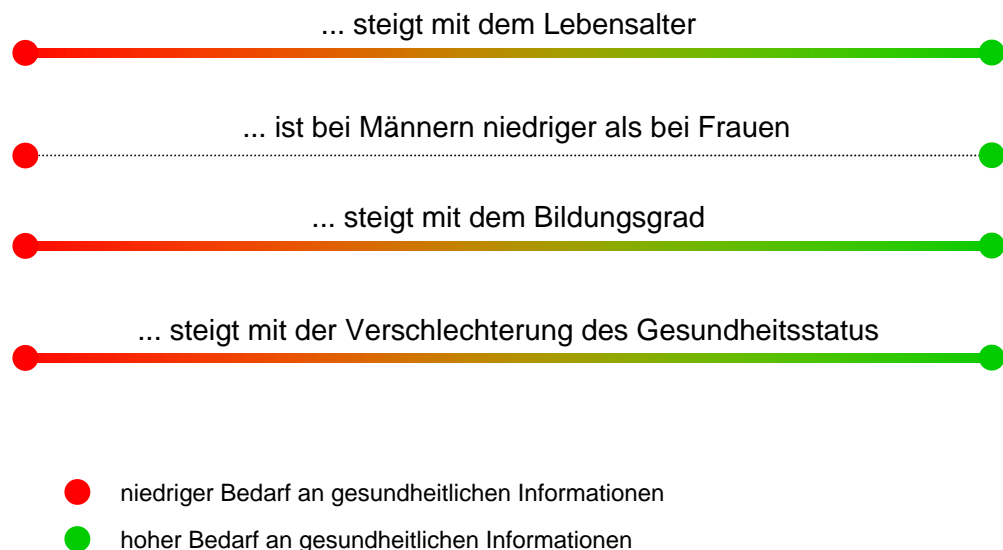
Krebspatienten an weiterführenden krankheitsspezifischen Informationen nachgewiesen hat, zu folgendem Schluss:

*„The large volume of questions regarding the disease, its treatment, and referral to other physicians may reflect the fact that relatives and friends of cancer patients often do not have an effective communicative link to the health care provider, and may thus feel they are not receiving sufficient information or are unsure of the implications and prognosis of the patients` illness.<sup>126</sup>*

#### 4.2.2.6 Zusammenfassende Darstellung der Faktoren, die den Bedarf an Gesundheitsinformationen bestimmen

In der folgenden Abbildung werden die Faktoren, die den Bedarf an gesundheitlichen Informationen bestimmen, zusammengefasst dargestellt.

##### Der Bedarf / das Interesse an gesundheitlichen Informationen ...



**Abbildung 14:** Zusammenhang zwischen Lebensalter, Geschlecht, Bildungsgrad, Gesundheitszustand und dem Bedarf/Interesse an gesundheitlichen Informationen.  
Quelle: Eigene Darstellung.

---

<sup>126</sup> Meissner, H./Anderson, M./Odenkirchen, J.: Meeting Information Needs of Significant Others: Use of Cancer Information Service. A.a.O., S. 176.

### 4.3 Spezifikation des gesundheitlichen Informationsbedarfs aus Sicht der Versicherten und des Versicherers

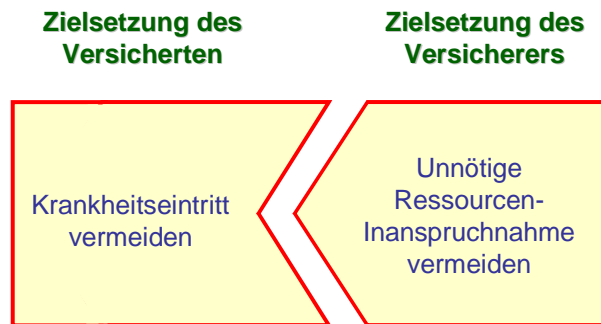
Mit dem im Laufe des Lebens steigenden Bedarf an gesundheitlichen Informationen ändern sich auch die Informationsinhalte, an denen gesteigertes Interesse besteht. Während in der ersten Lebenshälfte *präventive* Informationen im Vordergrund stehen, gewinnen in der zweiten Lebenshälfte krankheitsbezogene Informationen an Bedeutung.

In der ersten Lebenshälfte sind Informationen interessant, die dem Versicherten zu einer gesunden Lebensführung verhelfen (sog. Primäre Prävention). In Frage kommen dabei Themen wie gesunde Ernährung, Bewegungsförderung, Stressabbau und der Umgang mit Nikotin und Alkohol.

Die Zielsetzung des Versicherten und des Versicherers decken sich: Beide wollen einen Krankheitseintritt vermeiden: Der Versicherte, um seine körperliche Unversehrtheit zu erhalten, und der Versicherer, um unnötige Ressourcen-Inanspruchnahme zu vermeiden. Dabei wird die Frage aufgeworfen, inwiefern der einzelne Versicherte in der Gegenwart vermeintliche Einschränkungen in Kauf nimmt, deren Nutzen sich erst in der Zukunft zeigt. Erschwerend kommt hinzu, dass eine gesunde Lebensführung keine Garantie für Gesundheit bedeutet. Die Berücksichtigung dieser Problematik würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen und kann an dieser Stelle nicht erörtert werden. Deshalb wird von einer Interessenskongruenz zwischen Versicherten und Versicherer im Sinne des folgenden Zitats ausgegangen:

*„Exposure to campaign messages by itself, of course, cannot guarantee success if other mediators, such as audience characteristics, social and environmental facilities, and institutional factors constrain individuals' ability to change. Without the requisite exposure, however, campaigns have virtually no chance of success.“*<sup>127</sup>

Die folgende Abbildung schematisiert die Interessenskongruenz von Versicherten und Versicherer.

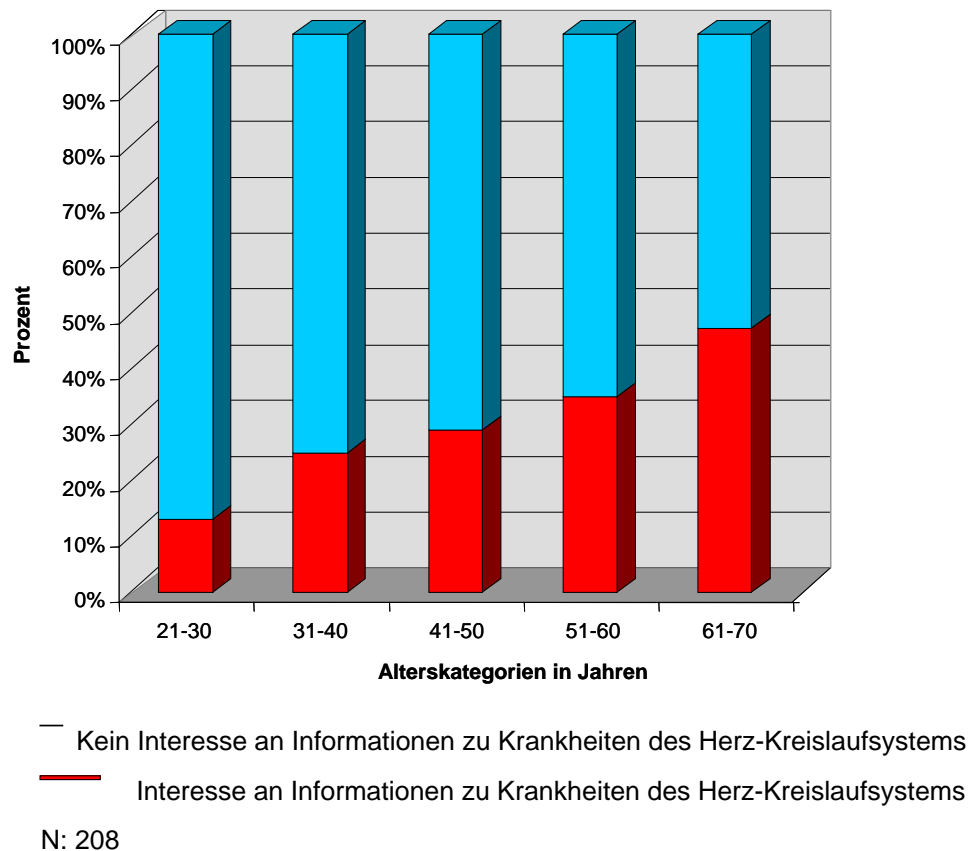


**Abbildung 15:** Interessenskongruenz zwischen Versichertem und Versicherer in Bezug auf primär-präventive Informationen  
Quelle: Eigene Darstellung

Mit steigendem Alter und dem damit verbundenen steigenden Risiko zu erkranken, wächst das allgemeine Interesse an Gesundheitsthemen und es werden vermehrt gesundheitliche Themen „konsumiert“. Es zeigt sich gleichzeitig auch, dass das Interesse an Informationen über solche Krankheiten steigt, die dafür bekannt sind, dass sie verstärkt im höheren Lebensalter auftreten. Die folgende Abbildung zeigt das Interesse an Themen über Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems in Zusammenhang mit dem Alter der Befragten.

---

<sup>127</sup> Rimal, R./Flora, J./Schooler, C.: Achieving Improvements in Overall Health Orientation. A.a.O., S. 322.



**Abbildung 16:** Interest in the Topic Cardiovascular Diseases  
 Quelle: Dürer, U. (1999)

Zu der primären Prävention kommt die sekundäre Prävention, die durch Vorsorgeuntersuchungen frühestmögliche Diagnose und Therapie von Krankheiten sicherstellen soll.<sup>128</sup> Die tertiäre Prävention hat das Ziel, bereits vorliegende Krankheiten zu begrenzen oder Krankheitsfolgen auszugleichen.<sup>129</sup> Hier liegt der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit. Es werden solche Informationen und deren Übermittlung betrachtet, die für Versicherte und Patienten relevant sind, wenn eine Krankheit bereits eingetreten ist. Diese Informationen unterscheiden sich von den primär-präventiven Informationen grundlegend dadurch, dass sie weniger einen gesundheitsfördernden, sondern mehr einen krankheitsbewältigenden Charakter haben. Durch diesen Schwerpunkt gerät die Thematik der Verhal-

<sup>128</sup> Vgl.: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch. Berlin: Walter de Gruyter. 255. Auflage. 1986. S. 1354.

<sup>129</sup> Vgl.: ebd.

tensteuerung im Sinne der primärpräventiven Gesundheitsförderung in den Hintergrund.

Die Zielsetzung des Versicherten besteht in höherem Lebensalter im Idealfall darin, das Risiko eines Krankheitseintritts zu vermeiden oder darin, bei vorhandener Erkrankung deren Folgen einzugrenzen und ein Maximum an möglicher Lebensqualität zu erreichen. Die Zielsetzung des Versicherers besteht darin, eine möglichst effiziente Ressourcennutzung des Versicherten zu gewährleisten. Das heißt v.a., dass der Versicherte in die Lage versetzt wird, seine Erkrankung (Anatomie und Physiologie), die Entstehung der Erkrankung (Ätiologie) und den weiteren Prozess der Erkrankung (Pathologie) zu verstehen.<sup>130</sup>

Im Sinne der in Kapitel 2.2.4 beschriebenen Koproduktionsthese sollen durch diese Informationen die Basis für Selbstbestimmung des Patienten und ausreichende Compliance im Behandlungsprozess geschaffen werden.

Weiter sollte der Versicherte darüber informiert werden, durch welche Interventionen die Krankheit weiter diagnostiziert und behandelt werden kann. Dazu gehören Informationen darüber

- welche Therapien möglich sind (procedural information),
- wie sich diese Therapien für den Patienten darstellen (sensory information),
- welche Ergebnisse erreicht werden können (effectiveness information),
- inwiefern bestimmte Behandlungen in Anspruch genommen werden können und
- über welche Qualifikation der Leistungserbringer verfügt, der eine bestimmte Diagnostik oder Therapie durchführt.<sup>131</sup>

Zielsetzung dieser behandlungsbezogenen Informationen ist es, dem Patienten zu ermöglichen, sich für die – in seinen Augen – optimale Therapie entscheiden zu können.

Interessant im Zusammenhang mit dem Informationsbedarf im Krankheitsfall ist ein Ergebnis der in Kapitel 4.1 bereits erwähnten neuseeländischen Studie zum Informationsbedarf von Krankenhausambulanz-Patienten. Dort wurde festgestellt, dass insgesamt

---

<sup>130</sup> Vgl.: Entwistle, V./Watt, I./Herring, J.: Information about Health Care Effectiveness. London: King's Fund Publishing. 1996. S. 35.

<sup>131</sup> Vgl.: Entwistle, V./Watt, I./Herring, J.: Information about Health Care Effectiveness. A.a.O., S. 35 f.

größere Zufriedenheit mit den Informationen über Behandlungen herrschte als mit den Informationen über die Krankheit selber.<sup>132</sup> So sagten 42% der Befragten, dass sie mehr Informationen über die bei ihnen diagnostizierte Krankheit wünschten. Knapp zehn Prozent weniger wünschten sich mehr Informationen über die vom Arzt vorgeschlagene oder durchgeführte Behandlung.<sup>133</sup> Die Forscher bieten eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis an:

*„This result is hardly surprising: when time is limited and compliance with the treatment is seen as important, staff are more likely to put their efforts into explaining what is often a fairly straightforward set of instructions.“*<sup>134</sup>

Und ein weiterer Umstand könnte dieses Ergebnis begründen: Behandlungsinformationen unterliegen i.d.R. detaillierten rechtlichen Auflagen, deren Nichtbeachtung für den Mediziner beträchtliche Folgen haben können.

Damit besteht auch im Krankheitsfall bzw. in höherem Lebensalter eine Interessenkongruenz bezüglich des Informationsbedarfs zwischen Versicherten und Versicherer. Der Versicherte will durch entsprechende Informationen seine Lebensqualität erhöhen bzw. erhalten, und der Versicherer will gewährleisten, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen effizient genutzt werden. Die effiziente Nutzung der Ressourcen kann auch bedeuten, dass sich der Versicherte im Behandlungsfall direkt an den richtigen Leistungserbringer wenden kann. „Richtig“ manifestiert sich in diesem Fall bspw. durch einen entsprechenden Spezialisierungsgrad<sup>135</sup> und adäquate Qualifikation. Entsprechend braucht der Versicherte/Patient nicht nur weiterführende Informationen über Krankheit und Behandlung, sondern auch Informationen über Behandlungsmöglichkeiten und Behandlungsorte. Gerade unabhängige Informationen über Institutionen, die entsprechende The-

---

<sup>132</sup> Der starke Bedarf an Informationen über die Krankheit selbst wird in folgenden Veröffentlichungen bestätigt: Marshall, J.: The information needs of patients with Crohn's disease. In: Patient Counseling and Health Education, 1979, S. 142-145. Und: National Multiple Sclerosis Society: Survey of information needs. In: MS Patient Service News, Vol. 21, No. 3, 1980, o.S. Und: Kempson, E.: Informing Health Consumers. Eigendruck 1987. S. 19.

<sup>133</sup> Vgl.: Harris, J./Turnbull, A.: You can't ask if you don't know what to ask: a survey of the information needs and resources of hospital outpatients. A.a.O., S. 200.

<sup>134</sup> Vgl.: Harris, J./Turnbull, A.: You can't ask if you don't know what to ask: a survey of the information needs and resources of hospital outpatients. A.a.O., S. 201.

rapien anbieten, sind im Sinne des Verbraucherschutzes und der Kundenorientierung von Bedeutung und werden i.d.R. nicht vom behandelten Arzt angeboten.

Die folgende Abbildung schematisiert diese Interessenkongruenz in Bezug auf sekundär- und tertiär-präventive Informationen sowie Informationen zu Gesundheitsdienstleistern.



**Abbildung 17:** Interessenkongruenz zwischen Versichertem und Versicherer in Bezug auf krankheitsbezogene Informationen  
Quelle: Eigene Darstellung

Es wurde auch festgestellt, dass sich der Informationsbedarf des Versicherten/Patienten auch während des Krankheitsverlaufs ändert. In einer britischen Follow-up Studie über den Informationsbedarf von Frauen mit Brustkrebs stellte sich heraus, dass sich mit der Zeit die Inhalte der Informationswünsche änderten, und dass sich auch der Zugang zu professionellen, persönlichen Informationsquellen aus Sicht der Frauen erschwerte. Das folgende Zitat demonstriert dies eindrucksvoll:

*„One year after the operation it really hit me. I cried all the time and felt really depressed. I couldn't do anything. It took that long for it to sink in. I really needed C to talk to (breast care nurse) when I was first diagnosed or I felt that I would go to pieces. I needed someone three months after the operation. I didn't get in touch with anyone, I thought they would think I was hypochondriac and putting it on.*

*The waiting time is long in the clinic and you never get to ask what you want. They're all too busy. I'm not the sort of person who would get in touch with anybody. They have better things to do. but if someone had got in touch with me I would have liked that. You feel as though your problems are so small.*

---

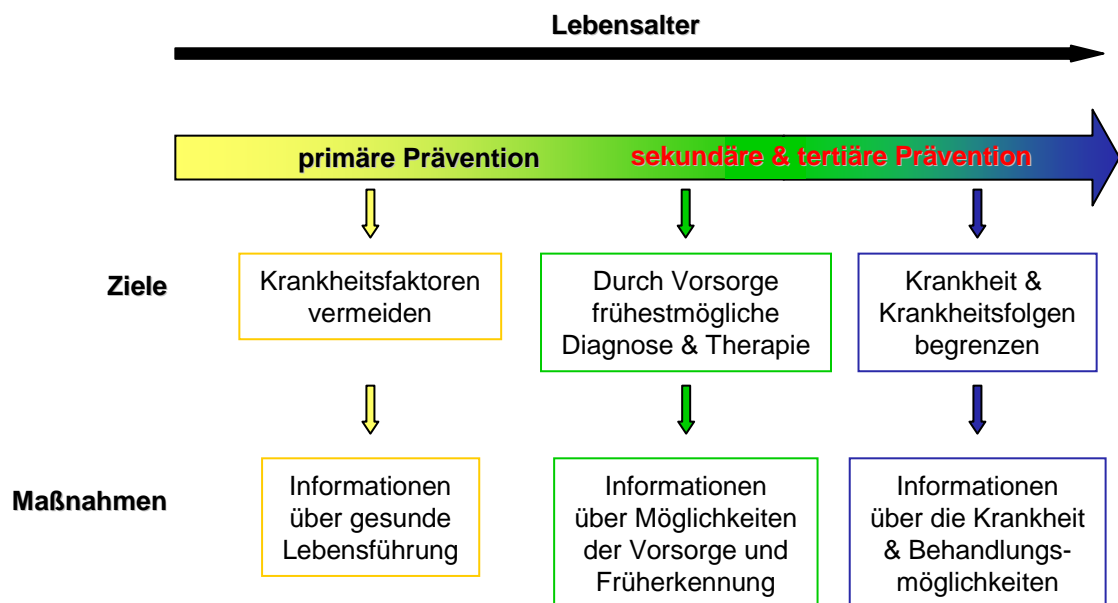
<sup>135</sup> Der Spezialisierungsgrad bedeutet nicht unbedingt eine höhere Spezialisierung, sondern die richtige Spezialisierung. So kann der Hausarzt als Allgemeinmediziner aus Sicht des Patienten und des Versicherers genau den richtigen Spezialisierungsgrad haben.



*It would have been really useful to have someone to talk to about all the little things that worry you. You don't feel that it's important enough. But if someone rang me then I would tell them my problems."*<sup>136</sup>

In diesem sehr persönlichen Bericht wird deutlich, dass das Informieren ein kontinuierlicher Prozess sein muss, der eine dauerhafte Präsenz der Informationsquellen und -ressourcen erfordert (vgl. hierzu auch Kap. 5.2.4).

Die folgende Graphik fasst den sich im Laufe des Lebens ändernden Informationsbedarf von Versicherten und Patienten sowie die damit verbundenen Zielsetzungen schematisch zusammen:



**Abbildung 18:** Der sich im Laufe des Lebens ändernde Bedarf an gesundheitlichen Informationen und die damit verbundenen Zielsetzungen.  
Quelle: Eigene Darstellung

<sup>136</sup> Luker, K./Beaver, K./Leinster, S./Owens, G.: Information needs and sources of information for women with breast cancer: follow-up study. In: Journal of Advanced Nursing. Vol. 23, 1996, S. 491.

### 4.4 Krankenkassen als Informationsanbieter für Patienten und Versicherte

### 4.5 Die neue Rolle der Krankenkassen aus Sicht ihrer Versicherten

Wie in Kapitel 3 gezeigt, ist die Unterstützung der Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens eine originäre, gesetzlich verankerte Aufgabe der Krankenkassen. Insbesondere die Einführung des Kassenwahlrechts 1996 hat einen entscheidenden Impuls dazu gegeben, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine Positionsbestimmung jenseits ihrer Rolle des „zahlenden Dritten“ vorgenommen haben. Ein wesentlicher Aspekt der neuen Marktorientierung der Krankenkassen besteht darin, zu eruieren, welche Leistungen und Aufgaben der GKV in den Augen der Versicherten als wichtig eingestuft werden.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die Versicherten „ihre“ Krankenkasse tatsächlich als Informationsanbieter für gesundheitliche Fragen akzeptieren, nutzen und diese Aufgabe als wichtig ansehen. Haben die Krankenkassen den Wandel von der Verwaltungskasse zur Gesundheitskasse auch in den Augen ihrer Versicherten bereits vollzogen?

Im Vordergrund der Fremdbetrachtung der Krankenkassen durch ihre Versicherten stehen in verschiedenen Studien Beitragssätze und Leistungsgewährung.

44% von weit über fünftausend Befragten geben an, dass der Beitrag das entscheidende Argument für einen Kassenwechsel war.<sup>137</sup> Solange keine Leistungen der Krankenkasse in Anspruch genommen werden, ist der monatliche, vom Bruttogehalt abgehende Krankenkassenbeitrag die einzige Kontaktstelle zur Krankenkasse und bestimmt somit die Außenwahrnehmung. Entsprechend wichtig ist diese „Eigenschaft“ der Krankenkasse für ihre Versicherten.

In einer Studie, die durch das wissenschaftliche Institut der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) durchgeführt wurde, wurde nach Eigenschaften gefragt, die die „ideale“ Krankenkasse ausmachen. „Großzügige Leistungsgewährung“ erreichte auf einer Skala von 1,0 bis 5,0 mit 4,6 den höchsten Wert.<sup>138</sup>

---

<sup>137</sup> Weitere Antwortmöglichkeiten: besseres Preis-/Leistungsverhältnis (13,1%), gemeinsame Kasse (6,6%), Erfahrung Ehepartner (5%), Betriebszugehörigkeit (4,7%), örtliche Nähe (4,7%). Vgl.: BKK Bundesverband (Hrsg.): Versichertenerwartungen 1998. Unveröffentlichte Studie. April 1999. S. 3.

<sup>138</sup> Vgl.: Zok, K.: Anforderungen an die Gesetzliche Krankenversicherung. Wissenschaftliches Institut der AOK. Bonn 1999. S. 23.

Ebenfalls mit den Erwartungen der Versicherten beschäftigte sich eine von der Janssen-Cilag GmbH in Auftrag gegebene Studie. Über zweitausend Teilnehmer wurden gefragt, welche Erwartungen an eine Krankenkasse sie als am wichtigsten einstufen. 78% der Befragten antworteten: „Ich erwarte von einer Krankenkasse/Krankenversicherung, dass sie alle ärztlichen Leistungen bezahlt.“<sup>139</sup>

Großzügige Leistungsgewährung und niedrige Beitragssätze bestimmen die Außenwahrnehmung der Krankenkassen und entsprechen der traditionellen Rolle der GKV. Nachdem die Rechte, die Kasse zu wechseln, ausgedehnt wurden und der Wettbewerb zwischen den Kassen gefördert wurde, gewinnen auch andere Eigenschaften an Bedeutung. Die Beratung der Versicherten in gesundheitlichen Fragen nimmt hier eine besondere Rolle ein, weil sie Serviceleistung und Steuerungsfunktion gleichzeitig sein kann.

In der bereits erwähnten Studie der Janssen-Cilag GmbH sagen 59% der Befragten, dass sich Krankenkassen als Vertretung der Versicherten verstehen. Hier wird deutlich, dass die Krankenkasse nicht nur als der „zahlende Dritte“ von ihren Versicherten wahrgenommen wird. Allerdings besteht hier eine Unsicherheit in der Ergebnisfunktion, da die Antwort bedeuten kann, dass *sich die Krankenkassen* als Vertreter der Versicherten sehen und nicht, dass *die Versicherten* die Krankenkassen in dieser Rolle sehen. Weiter sagen 74% (!) der über zweitausend Befragten, dass Krankenkassen auch eine Beratungsfunktion für Patienten haben.<sup>140</sup> Aber auch hier ist ein Unsicherheitsfaktor in der Aussagekraft dieses Ergebnisses, da in der gleichen Befragung nur 29% angeben, dass sie erwarten, dass ihre

---

<sup>139</sup> Weitere Antwortmöglichkeiten: Die Leistungen meiner Krankenkasse/Krankenversicherung haben sich verschlechtert (42%). Die gesetzliche Krankenversicherung sollte abgeschafft werden und jeder sollte selbst entscheiden können, ob er sich versichern möchte oder nicht (15%). Meine Beiträge zur Krankenkasse/Krankenversicherung sind zu hoch (56%). Die Krankenkasse/Krankenversicherung schränkt die Ärzte bei der Verschreibung von Arzneimitteln zu sehr ein (56%). Ich erwarte von einer Krankenkasse/Krankenversicherung, dass sie alle ärztlichen Leistungen bezahlt (78%). Ich erwarte von einer Krankenkasse/Krankenversicherung, dass sie die Arztrechnungen prüft (51%). Ich erwarte von einer Krankenkasse/Krankenversicherung, dass sie alle Arzneimittel bezahlt (68%). Ich erwarte von einer Krankenkasse/Krankenversicherung, dass sie ihre Verwaltungskosten senkt (45%).

Emnid Institut GmbH & Co: emphasis Studie 1425. Der Patient im Mittelpunkt – Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung zum Gesundheitswesen der Zukunft. 1999.A.a.O., unveröffentlichte Teilauswertung. S. 205.

<sup>140</sup> Vgl.: Emnid Institut GmbH & Co: emphasis Studie 1425. Der Patient im Mittelpunkt – Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung zum Gesundheitswesen der Zukunft.A.a.O., unveröffentlichte Teilauswertung. S. 200.

Krankenkasse sie umfassend in Gesundheitsfragen informiert.<sup>141</sup> Diese Ergebnisse zeigen eine Diskrepanz, die dadurch aufgelöst werden kann, dass von den Krankenkassen eher Beratung in versicherungstechnischen Angelegenheiten oder auch bei Fragen zur Auswahl von Ärzten oder Krankenhäusern erwartet wird. Wobei Beratung bei der Auswahl von Ärzten und Krankenhäusern genau die genannte Doppelfunktion von Service und Steuerung hat, die gleichzeitig Vorteile für die Krankenkasse und ihre Versicherten haben kann.

Korrespondierend zu den knapp 30%, die erwarten, dass ihre Krankenkasse sie berät, ist das Ergebnis einer repräsentativen Studie, die durch das INRA-Institut im Auftrag der Medvantis Medical Services GmbH durchgeführt wurde. Hier sind 28% der eintausend telefonisch Befragten der Meinung, dass Krankenkassen zusätzliche Informationen anbieten sollten zu denen, die sie von ihrem Arzt über eine Krankheit erhalten haben.<sup>142</sup> In diesem Ergebnis zeigt sich -die Darstellungen aus Kapitel 4.1 unterstützend-, dass der Informationsbedarf über die vom Arzt erhaltenen Informationen hinausgeht. 67% der Befragten geben an, dass sie zusätzliche Informationen durch einen Mediziner wünschen.<sup>143</sup> Entsprechend geben knapp 70% an, dass sie sich Beratung bzw. Betreuung durch medizinisches Fachpersonal ihrer Krankenkasse wünschen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Versichertenbefragung, die im Auftrag des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen und Ersatzkassen (VdAK) durchgeführt wurde.<sup>144</sup> Über 50% der Befragten betonen die Wichtigkeit einer medizinisch-therapeutischen Beratung durch einen medizinisch ausgebildeten Berater der Krankenkassen. Noch konkreter sind die Ergebnisse dieser Befragung in Bezug auf die gewünschten Beratungsinhalte:

- Ca. 70% der Befragten erwarten von ihrer Krankenkasse Therapieempfehlungen bei bestimmten Krankheiten.

---

<sup>141</sup> Vgl.: Emnid Institut GmbH & Co: emphasis Studie 1425. Der Patient im Mittelpunkt – Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung zum Gesundheitswesen der Zukunft. A.a.O., unveröffentlichte Teilauswertung. S. 208.

<sup>142</sup> Vgl.: INRA Deutschland im Auftrag von Medvantis Medical Services GmbH: Repräsentativbefragung von 1.000 Personen ab 14 Jahren in Deutschland. 2001. Unveröffentlichte Teilauswertung.

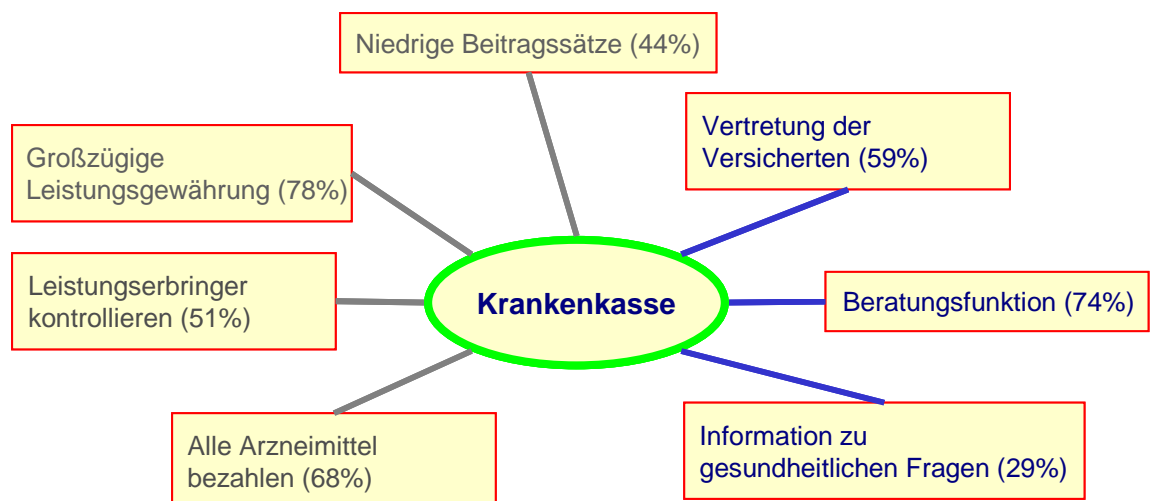
<sup>143</sup> Vgl.: INRA Deutschland im Auftrag von Medvantis Medical Services GmbH: Repräsentativbefragung von 1.000 Personen ab 14 Jahren in Deutschland. 2001. Unveröffentlichte Teilauswertung.

<sup>144</sup> Vgl.: Presseerklärung „Versichertenbefragung über Ermittlung von Versichertenpräferenzen zu integrierten Versorgungsformen/Disease-Management-Programmen“. 11. Februar 2002. URL: <http://www.vdakaev.de>, (Stand: März 2002).

- Ca. 60% wünschen sich von ihrer Kasse eine Beratung über geeignete Medikamente.
- 30% geben sogar an, dass sie es wichtig finden, vor einem Arztbesuch Gelegenheit zu einer diagnostisch-therapeutischen Beratung durch ihre Kasse zu bekommen.

Der VdAK interpretiert dahingehend, dass ein enormes Beratungs- und Informationsdefizit in medizinisch-therapeutischen Fragestellungen auf Seiten der Versicherten besteht.<sup>145</sup>

Die dargestellten Ergebnisse machen deutlich, dass Beratungsfunktion und Beratungskompetenz neben traditionellen Eigenschaften der Krankenkassen in den Augen der Versicherten und Patienten durchaus eine Rolle spielen und an Bedeutung gewinnen. Die folgende Abbildung stellt die Erwartungen an die Eigenschaften von Krankenkassen dar.



Graue Schrift und Linien: Traditionelle Aufgaben und Eigenschaften von Krankenkassen  
Blaue Schrift und Linien: Neue Aufgaben und Eigenschaften von Krankenkassen

**Abbildung 19:** Traditionelle und neue Aufgaben/Eigenschaften von Krankenkassen  
Prozentangaben aus verschiedenen Studien, siehe Text  
Quelle: Eigene Darstellung

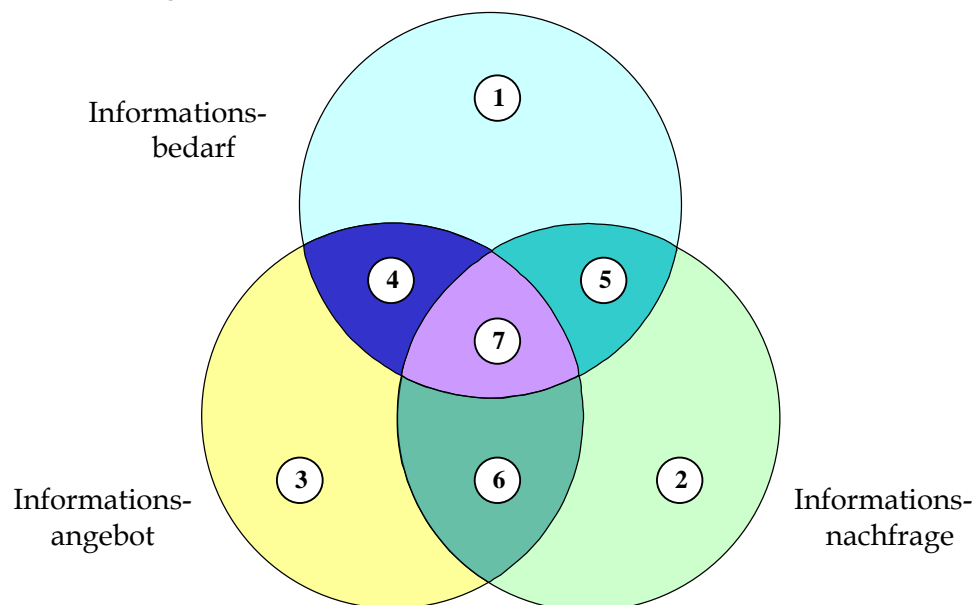
<sup>145</sup> Presseerklärung „Versichertenbefragung über Ermittlung von Versichertenpräferenzen zu integrierten Versorgungsformen/Disease-Management-Programmen“. A.a.O., o.S.

#### 4.6 Abstrakte Informationsbedarfsanalyse aus Sicht der Krankenkasse und ihrer Versicherten

Um Informationen zielorientiert und effizient zur Verfügung zu stellen, muss zunächst eine Informationsbedarfsanalyse durchgeführt werden. Dabei werden die verschiedenen Bereiche Informationsbedarf, Informationsangebot und Informationsnachfrage aus Sicht der Krankenkasse und ihrer Versicherten identifiziert.

Da die genannten Funktionen i.d.R. nicht deckungsgleich sind, entsteht bei der Informationsversorgung ein sog. Informations„tri“lemma.<sup>146</sup> Das Informations„tri“lemma zeichnet sich dadurch aus, dass die Bereiche Informationsbedarf, Informationsnachfrage und Informationsangebot nicht deckungsgleich sind. Ziel einer Informationsbedarfsanalyse ist es, nach der Identifikation der einzelnen Bereiche und deren Schnittmengen, Handlungsbedarf zur Optimierung der Informationsversorgung zu identifizieren und analysieren.

In der Abbildung 20 sind die verschiedenen Interessen in Form eines Informations„tri“lemmas dargestellt.

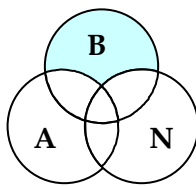


**Abbildung 20:** Informations„tri“lemma

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Büchi und Chrobok (1997)

<sup>146</sup> Vgl.: Büchi, R./Chrobok, R.: Organisations- und Planungstechniken im Unternehmen. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 1997, S. 187.

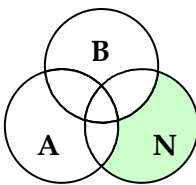
Das Informations„tri“lemma besteht aus den drei großen Bereichen: Informationsbedarf (B), Informationsnachfrage (N) und Informationsangebot (A) und deren Schnittflächen. Die Bedeutung der einzelnen Flächen wird im Folgenden kurz erläutert. Zielsetzung ist es, eine Deckung zwischen Informationsbedarf, -angebot und -nachfrage zu erreichen. Deshalb müssen diejenigen Informationen herausgearbeitet werden, die in der Schnittmenge 7 zu positionieren sind.



Der Bereich des **Informationsbedarfs (B)** zeichnet sich dadurch aus, dass die Informationen aus Sicht der Versicherten und aus Sicht der Krankenkasse notwendig und relevant sind, um den Versicherten eine optimale Versorgung zu ermöglichen (Vgl. Kap. 4.3). Da die Fläche aber keine Schnittmenge mit den Bereichen Informationsangebot oder -nachfrage hat, handelt es sich hierbei um Informationen, die zur Zeit weder von den Versicherten nachgefragt noch von der Krankenkasse angeboten werden.

Für den Bereich B gilt es nach der Bedarfsbestimmung, das entsprechende Angebot zu schaffen und die Nachfrage der Versicherten zu stimulieren.

Inhaltlich fallen in den Bereich des Informationsbedarfs bspw. Checklisten über Qualitätskriterien, die Versicherte bei der Auswahl von Leistungserbringern anwenden können.



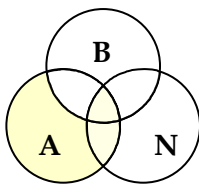
**Informationsnachfrage (N):** Die Fläche N „Informationsnachfrage“ ist dadurch gekennzeichnet, dass bestimmte Informationen von Versicherten nachgefragt werden, diese Informationen von der Krankenkasse aber nicht als relevant angesehen werden und deshalb auch nicht angeboten werden. Diese Informationen sind aus Sicht der Krankenkasse nicht zweckorientiert und für die Erfüllung ihrer Aufgaben und Ziele nicht relevant.

Hier kann es sich um Informationen über Heilmethoden handeln, deren Wirksamkeit nicht anerkannt oder nachgewiesen ist und deren Kosten nicht von der Gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden dürfen. Aus Sicht der Krankenkasse und im Sinne der Solidargemeinschaft ist es nicht effi-

ziert, für Informationen Ressourcen zu verwenden, obwohl sie von den Versicherten nachgefragt werden.<sup>147</sup>

Es ist häufig so, dass der subjektive Informationsbedarf eines Individuums i.d.R. größer ist als die aus Sicht des Anbieters objektiv zweckorientierten Informationen.<sup>148</sup>

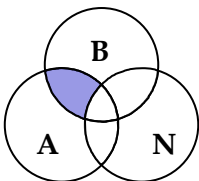
**Informationsangebot (A):** Die Fläche A „Informationsangebot“ ist dadurch charakterisiert, dass Informationen angeboten werden, diese aber weder nachgefragt werden, noch relevant sind.



Informationen, die in diese Kategorie fallen, sind häufig Informationen, die zu einem früheren Zeitpunkt einmal relevant waren und immer noch angeboten werden, obwohl kein Bedarf und keine Nachfrage mehr besteht. Dieses überflüssige Informationsangebot kann durch eine kritische Durchsicht identifiziert werden.

Da auch die Produktion von nicht notwendiger und nicht nachgefragter Information Kosten verursacht und Ressourcen verbraucht, sollten diese Informationen aus dem Informationsangebot der Krankenkassen herausgenommen werden.

Die Schnittmenge von **Informationsbedarf und -angebot** ist dadurch gekennzeichnet, dass die angebotenen Informationen notwendig und relevant sind, aber nicht nachgefragt werden.



Es handelt sich um Informationen, für die der Versicherte seine Krankenkasse noch nicht als mögliche Informationsquelle „entdeckt“ oder akzeptiert hat. Es kann sich aber auch um Informationen handeln, die relevant und

---

<sup>147</sup> Insbesondere für den Bereich alternativer Heilmethoden, deren Kostenübernahme nicht durch alle Krankenkassen erfolgt, ist es schwierig zu entscheiden, ob der Versicherte nicht sogar ein (Verbraucher)-Recht auf Informationen hat. Da die Möglichkeit besteht, dass sich ein Mensch für eine Behandlungsmethode entscheidet, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist und deren Kosten von der Krankenkasse nicht übernommen werden, ist es im Sinne der Selbstbestimmung nur konsequent auch Informationen über solche Heilmethoden anzubieten. Dagegen steht das Argument, dass jede Herstellung und Distribution von Information Kosten zu Lasten der Solidargemeinschaft verursacht.

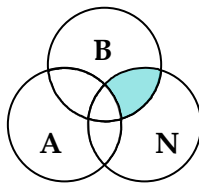
<sup>148</sup> Vgl.: Picot, A./Reichwald, R.: Informationswirtschaft. In: Heinen, E.: Industriebetriebslehre. Wiesbaden: Gabler, 1991, S. 275.



notwendig sind, die aber in einer so unzureichenden Qualität angeboten werden, dass für sie in *dieser Form* kein Bedarf und keine Nachfrage besteht. Beispiele dafür sind Broschüren, die für die Zielgruppe unverständlich sind, da sie von Experten für Experten geschrieben wurden.

Aufgabe der Krankenkasse ist es, die Informationen an die Versicherten in geeigneter Form zu übermitteln und die Nachfrage dafür zu wecken.

In der Schnittmenge von **Informationsbedarf** und **Informationsnachfrage** befinden sich Informationen, die notwendig sind, nachgefragt werden, aber von der Krankenkasse nicht angeboten werden.

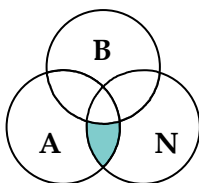


Hierbei kann es sich bspw. um umfassende krankheitsbezogene Informationen, die gesundheitsfördernde oder krankheitsbewältigende Aspekte, wissenschaftlich begründete Ergebnisse und Prognosen im Sinne der Evidence basierten Medizin (EBM) oder um Informationen über die Behandlung flankierende Angebote handeln.<sup>149</sup>

Diese Informationen sind leicht zu identifizieren, da hier bereits Nachfrage durch die Versicherten besteht, d.h., dass die Versicherten bereits wissen, welche Informationen sie benötigen.

Dieser Schnittmengenbereich von Informationsbedarf und -nachfrage hat eine große Bedeutung vor dem Hintergrund der effizienten Inanspruchnahme von Ressourcen durch die Versicherten.<sup>150</sup>

In der Schnittmenge von **Informationsnachfrage** und **Informationsangebot** werden Informationen angeboten und nachgefragt, die für die effiziente Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Sinne der Krankenkassen nicht notwendig sind.

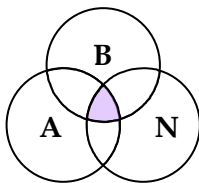



---

<sup>149</sup> Unter evidence based medicine wird "[...]der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.", verstanden. Vgl.: Sackett, D.: Editorial. In: Münchener Medizinische Wochenschrift, Vol. 139, No. 44, 1997, S. 644-645.

<sup>150</sup> Eine Employee Managed Care Corporation gibt an, durch ein spezielles Programm, das konsumenten-orientierte Informationen, Schulungen und Beratungen einschließt, konkrete Einsparungen erzielt zu haben. Vgl.: Longe, M./Thomas, K.: Consumer Health Resource Centers. Chicago: American Hospital Publishing, 1998, S. 5.

Auch wenn diese Informationen den subjektiven Wissensdurst von Versicherten stillen und damit evtl. zu einer verstärkten Kundenbindung beitragen, sollte überlegt werden, ob die für die Informationsbereitstellung verwendeten Ressourcen nicht sinnvoller eingesetzt werden können. Möglich ist auch, dass diese Informationen von anderen Anbietern in besserer Qualität angeboten werden können und dass die Krankenkasse auf diese Anbieter lediglich verweist, anstatt die Information selbst anzubieten.

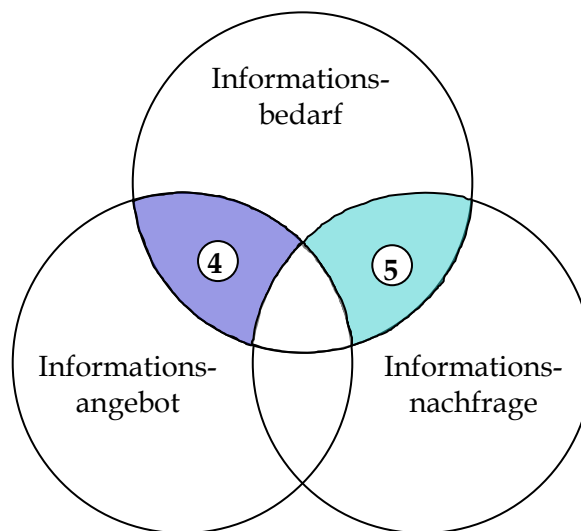


In der Schnittmenge von **Informationsbedarf, -angebot und -nachfrage** treffen Informationsbedarf, -angebot und -nachfrage aufeinander. Die Informationen sind notwendig und relevant, sie werden angeboten und nachgefragt. Es handelt sich hier v.a. um Informationen, für die die Versicherten ihre Krankenkasse traditionell als Informationsquelle anerkennen und in Anspruch nehmen. Bspw. sind dies Informationen über Zuzahlungsregelungen, Vorsorgeuntersuchungen und Auslandskrankenversicherungen.

Ziel der Krankenkasse sollte es im Sinne der Versichertensteuerung sein, diese Schnittmenge zu vergrößern und neben den verwaltungstechnischen Informationen auch Informationen zu Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung i.w.S. anzubieten.

#### 4.7 Für Krankenkassen relevante Bereiche des Informations„tri“lemmas

Von besonderer Relevanz für Krankenkassen sind die Schnittmengen 4 und 5. Der Bereich 4 ist dadurch gekennzeichnet, dass die angebotenen Informationen zweckorientiert sind, aber nicht nachgefragt werden. Im Bereich 5 werden notwendige Informationen, für die eine Nachfrage besteht, nicht angeboten.



**Abbildung 21:** Die für Krankenkassen relevanten Bereiche des Informations „tri“lemmas  
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Büchi und Chrobok (1997)

Diese beiden Bereiche sind kritisch. Auf der einen Seite (Bereich 4) werden wichtige Informationen angeboten, aber nicht nachgefragt. Das heißt, dass für die Produktion dieser Informationen Ressourcen eingesetzt werden, die keinen Gegenwert für die Krankenkassen oder ihre Versicherten schaffen und dass relevante Informationen nicht nachgefragt werden, die i.S. der Selbstbestimmung für die Versicherten wichtig sind.

Auf der anderen Seite werden wichtige Informationen, für die Nachfrage besteht, nicht angeboten (Bereich 5). Dieses Defizit kann zu Unzufriedenheit auf Seiten der Versicherten führen und bedeutet gleichzeitig, dass die Chance vertan wird, relevante Informationen, die eine effizientere Inanspruchnahme von Leistungen nachsichziehen könnte, anzubieten.

Um sich aus diesem Informations„tri“lemma zu befreien, sind folgende Maßnahmen nötig:

- Das vorhandene Informationsangebot muss nachfrageorientiert gestaltet werden.
- Nicht vorhandene, aber notwendige Informationen müssen identifiziert und angeboten werden.

Die weitere Arbeit soll die Frage beantworten, wie Krankenkassen ihren Versicherten Informationen nachfrageorientiert zur Verfügung stellen können.

Dem Begriff „Nachfragerorientierung“ liegt im Folgenden eine Interpretation der klassischen Definition der Nachfrageorientierung zugrunde. Während im klassischen Verständnis „Nachfrageorientierung“ wie folgt definiert wird:

*„Streben der Wirtschaftssubjekte, Güter i.w.S. zu erwerben.“<sup>151</sup>,*

wird hier eine Anpassung an die Aufgabenstellung der vorliegenden Arbeit vorgenommen und der Begriff so interpretiert: „Nachfrageorientierung in Bezug auf Gesundheitsinformationen bedeutet die konsequente Ausrichtung der Form der Informationsübermittlung an den Bedürfnissen der Zielgruppen.“

---

<sup>151</sup> Gabler-Wirtschaftslexikon. 14. Auflage, Wiesbaden: Gabler, 1997, (ohne Seitenangabe, CD-ROM)

## 5 QUALITATIVE ANFORDERUNGEN AN KRANKHEITSBEZOGENE INFORMATIONEN

*„Where is the knowledge we have lost in information?“  
T.S. Eliot*

### 5.1 Aspekte der Informationsqualität

Da jede Entscheidung nur so gut wie die ihr zu Grunde liegenden Informationen ist, ist die Qualitätssicherung von krankheitsbezogenen Informationen eine wichtige Voraussetzung, um Patienten zu Partnern im Behandlungsprozess werden zu lassen. Dies gilt unabhängig davon, ob sie handelnd oder teilhabend aktiv werden. Im Vordergrund steht die Selbstbestimmung des Patienten.

Die Qualität von Informationen spielt aufgrund des sich ständig vergrößernden und globaler (auch anonymer) werdenden Informationsangebotes eine immer wichtigere Rolle – nicht nur in Bezug auf Gesundheitsinformationen.<sup>152</sup> So zeigte eine Untersuchung von AUGUSTIN, bei der nach Problemen gefragt wurde, die die tägliche Arbeit am meisten behindern, dass Probleme der Informationsqualität bereits vor materiellen Qualitätsproblemen oder Problemen mit Material- und Anlageverfügbarkeit genannt wurden.<sup>153</sup>

Information ist wie die medizinische Leistung ein Erfahrungsgut. Das heißt, dass die Qualität der Information nur ex post beurteilt werden kann.

Als Informationsparadoxon wird der Sachverhalt beschrieben, dass der Wert von Informationen erst erkennbar ist, wenn die Information bereits akquiriert wurde.<sup>154</sup> Daher wird die Qualität von Informationen in der Regel mittelbar gemessen und es werden Bewertungskonstrukte geschaffen, die es ermöglichen, Informationen ex ante zu beurteilen.

Da der Wert der Information von der jeweiligen Zielsetzung des Informationssuchenden abhängig ist, hängt Informationsqualität im weitesten Sinne (ähnlich wie Dienstleistungsqualität) von der „Integration des externen Faktors“ ab (vgl. Kapitel 2.2.4).<sup>155</sup>

---

<sup>152</sup> Vgl.: Nohr, H.: Management der Informationsqualität. Arbeitspapiere Wissensmanagement Fachhochschule Stuttgart, Nr. 3, 2001. S. 5. URL: <http://www.iuk.hdmstuttgart.de/nohr/KM/KmAP/Informationsqualität.pdf>, (Stand: Juni 2002)

<sup>153</sup> Vgl.: Augustin, S.: Der Stellenwert des Wissensmanagement im Unternehmen. In: Mandel, H./Reinmann-Rothmeier, G. (Hrsg.): Wissensmanagement: Informationszuwachs – Wissensschwund? Die strategische Bedeutung des Wissensmanagements. München: Oldenbourg, 2000, S. 158. (159-168).

<sup>154</sup> Vgl.: Picot, A./Reichwald, R.: Informationswirtschaft. A.a.O., S. 260.

<sup>155</sup> Ein weiterführender Blick auf den externen Faktor bzw. zum Informationssuchenden zeigt, dass der objektive Informationsbedarf, also die Information, die konkret zur Erfüllung von

Da der Bezug zum Informationssuchenden zur Beurteilung von Informationsqualität entscheidend ist, soll hier folgende Definition von Informationsqualität herangezogen werden:

*„[...] Information quality is defined as information that is fit for use by information customers. In addition, an information quality dimension is defined as a set of information quality attributes that represent a single aspect or construct of information quality.“<sup>156</sup>*

Als Dimensionen der Qualität von Information können nach HEINRICH folgende herangezogen werden:<sup>157</sup>

- Aufgabenrelevanz und Zweckorientierung der Information
- Grad der Sicherheit, wahr zu sein
- Glaubwürdigkeit aufgrund vorhandener Erfahrungen
- Überprüfbarkeit der Information
- Aktualität der Information

Übertragen auf Gesundheitsinformationen werden die genannten Dimensionen wie folgt „unterfüttert“:

*Aufgabenrelevanz und Zweckorientierung der Information* sind (abhängig vom Individuum) dann gegeben, wenn die Informationen Selbstbestimmung des Erkrankten in dem von ihm bestimmten Rahmen ermöglichen.<sup>158</sup>

---

Aufgaben notwendig ist, in der Regel geringer ist als der subjektive Informationsbedarf, also die Informationsmenge, die das Individuum, meint zu brauchen.

Vgl.: Büchi, R./Chrobok, R.: Organisations- und Planungstechniken im Unternehmen. A.a.O., S. 187. Und Vgl.: Picot, A./Reichwald, R.: Informationswirtschaft. A.a.O., S. 275.

<sup>156</sup> Huang, K-T./Lee, Y./Wang, R.: Quality Information and Knowledge. New Jersey: Prentice Hall, 1999, S. 43.

<sup>157</sup> Vgl.: Heinrich, L.: Wirtschaftsinformatik: Einführung und Grundlegung. München: Oldenbourg, 1993, S. 122.

<sup>158</sup> In Zusammenhang mit der Zweckgebundenheit zeigt sich bspw., dass der Informationsbedarf und die Informationssuche bei der Erstdiagnose von Krebs sehr hoch ist und bei infausten Entwicklungen stark abnimmt. Diese Beobachtung wird dadurch erklärt, dass in einem terminalen Krankheitsstadium Informationen keinen wesentlichen Mehrwert bedeuten.

Vgl.: Meissner, H./Anderson, M./Odenkirchen, J.: Meeting Information Needs of Significant Others: Use of Cancer Information Service. A.a.O., S. 172. Und Vgl.: Gotay, C.: The experience of cancer during early and advanced stages: the views of patients and their mates. In: Social Science Medicine, Vol. 18, 1984, S. 605.

*Grad der Sicherheit, wahr zu sein*, kann bei Gesundheitsinformationen, insbesondere bei krankheitsbezogenen Informationen, dann hoch sein, wenn die Informationen entweder Ergebnisse evidenzbasierter Forschung sind, die derzeit den höchsten Grad an Qualitätssicherung von Gesundheitsinformationen darstellen, oder wenn die Informationen von anerkannten Experten oder vertrauenswürdigen Institutionen stammen.

*Glaubwürdigkeit aufgrund vorhandener Erfahrungen* kann durch eigene Erfahrung oder Erfahrungen Dritter erreicht werden. Mittelbar ist Glaubwürdigkeit zu erreichen, in dem der Informationsanbieter aufgrund seiner Reputation als glaubwürdig und vertrauenswürdig gilt. Allerdings gibt es keine Garantie dafür, dass ein Anbieter mit guter Reputation immer gute Informationsqualität liefert.<sup>159</sup>

Die *Überprüfbarkeit* von Gesundheitsinformationen, insbesondere medizinischer Information ist theoretisch gut, wenn auch mit hohem Aufwand verbunden. So können medizinische Informationen durch Forschungsergebnisse und Veröffentlichungen überprüft werden. Problematisch ist dabei, dass es sich um komplizierte Fachliteratur handelt, zu der zunächst überhaupt physisch Zugang geschaffen werden muss.

Die *Aktualität* von Gesundheitsinformationen kann durch das Datum der Veröffentlichung oder durch Angabe der Zeiträume, in denen das dargestellte medizinische Wissen entstand, belegt werden.

## **5.2 Qualitätssicherung von krankheitsbezogenen Informationen**

### **5.2.1 Kategorien der Qualitätssicherung von krankheitsbezogenen Informationen**

Die mangelnde Qualität von Patienteninformationen wurde in verschiedenen Untersuchungen bestätigt. COULTER ET AL fassen die Ergebnisse einer gemeinsamen Analyse von

---

<sup>159</sup> Vgl.: Nohr, H.: Management der Informationsqualität. A.a.O., S. 7.

Informationsmaterialien zu zehn verschiedenen Krankheitsbildern durch klinische Experten und Laien-Experten<sup>160</sup> wie folgt zusammen:

- „Patients want information about treatment options and outcomes even if they do not want to participate in treatment decisions – most don't receive it.
- The quality of most patient information materials is poor.
- Many materials contain inaccurate and out-of-date information.
- Few provided adequate information about treatment risks and side-effects.
- Topics of relevance to patients are omitted.
- Technical terms are not explained.
- Coverage of treatment options is incomplete.
- Uncertainties are ignored or glossed over.
- Information about treatment effectiveness is often missing or unreliable.
- Few materials actively promote shared decision-making.”<sup>161</sup>

Diese Aufzählung verdeutlicht, dass sich mangelnde Qualität von Patienteninformationen in unterschiedlichen Bereichen niederschlägt. Um die Qualität von Gesundheitsinformationen zu sichern oder zu erkennen, können die Anforderungen, die durch Informationen erfüllt werden sollten, in vier Kategorien eingeteilt werden:

- Qualitätsanforderungen an den Inhalt
- Qualitätsanforderungen an Form und Darstellung der Information
- Qualitätsanforderungen an Distribution und Integration der Information
- Qualitätsanforderungen an den Herstellungsprozess

### 5.2.2 Qualitätsanforderungen an den Inhalt

#### 5.2.2.1 Discern Kriterien

Das von der britischen Regierung herausgegebene White Paper, in dem Patientenorientierung und Patientenrechte für Großbritannien beschrieben werden, hat wesentliche Impulse für Forschung und Öffentlichkeitswirksamkeit gegeben. Von herausragender Bedeutung sind die Discern Kriterien, die in Kooperation der University of Oxford und des Londoner Imperial College of Science, Technology and Medicine entwickelt wurden und das erste standardisierte Instrument für die Beurteilung schriftlicher Patienteninformatio-

---

<sup>160</sup> Laie im Sinne medizinischer Professionalität und Experte im Sinne der umfangreichen Erfahrungen im Umgang mit einer Erkrankung.



nen aus Sicht des Verbrauchers darstellt.<sup>162</sup> Das Projekt wurde durch The British Library und NHS Research & Development finanziert. Unter wissenschaftlicher Leitung wurden in einem Expertengremium bestehend aus Fach- und Allgemeinärzten, Vertretern von Selbsthilfegruppen, Experten für Patienteninformationen, Verlegern medizinischer Laienliteratur, Medizinjournalisten, Patientenvertretern, einem Vertreter der Kampagne für Verständliches Englisch und einer Vertreterin des Zentrums für die Überprüfung und Verbreitung wissenschaftlicher Publikationen der britischen Nationalen Gesundheitsbehörde durch die Analyse bestehender Patienteninformationen und unter Hinzuziehung wissenschaftlicher Forschung gemeinsam Kriterien und deren einfache Anwendung entwickelt, die es jedem Verbraucher ermöglichen, die Qualität von Patienteninformationen zu beurteilen.

Der Bedeutung dieses Instruments entsprechend hat die deutsche Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) in Zusammenarbeit mit der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover das Discern-Handbuch übersetzt, bearbeitet und in Deutschland veröffentlicht.<sup>163</sup>

Im Folgenden werden die einzelnen Discern-Kriterien und ihre Bedeutung kurz erläutert.

### 5.2.2.2 Ziele der Publikation<sup>164</sup>

Am Anfang der Publikation sollten die Ziele genannt werden, die mit der Publikation erfüllt werden sollen. So kann der Leser erkennen, ob die Publikation für ihn relevant ist und alle von ihm benötigten Informationen erhält.

---

<sup>161</sup> Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. X.

<sup>162</sup> Vgl.: Discern: URL: <http://www.discern.org.uk/background.htm>, (Stand: Januar 2001), o.S.

<sup>163</sup> Vgl.: Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover/Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung: Discern.: URL: <http://www.discern.de>, (Stand: Juli 2002). Und: Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (Hrsg.): Das Discern-Handbuch. München: Zuckschwerdt, 2000.

<sup>164</sup> Vgl.: Discern. URL: <http://www.discern.org.uk>, (Stand: Januar 2001) o.S. Und: Und: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. XI.

### 5.2.2.3 Zielerreichung der Publikation<sup>165</sup>

Die Qualität der Publikation kann daran gemessen werden, ob alle zu Beginn beschriebenen Ziele erreicht wurden. Dieses Kriterium hilft dem Leser zu erkennen, ob er entgegen der ersten Einschätzung doch zusätzliche Informationen benötigt.

### 5.2.2.4 Relevanz der Informationen<sup>166</sup>

Patienteninformationen von hoher Qualität zeichnen sich dadurch aus, dass sie die Informationen vermitteln, die für betroffene Patienten von hoher Priorität sind. Wenig hilfreich ist die Beschreibung medizinischer Randthemen und von Inhalten, die „von Experten für Experten“ geschrieben sind. Auch die Darstellung von Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung, die für den individuellen Leser nicht umsetzbar sind, sind wenig zielführend. Prominente Beispiele sind Empfehlungen zur gesunden Ernährung, die in vielen Fällen den Leser aufgrund eingefahrener Verhaltensweisen und bestimmter Lebensumstände überfordern. Während dieses Kriterium auf den ersten Blick banal erscheint, zeigt die Analyse von Patienteninformationen, dass es durchaus nicht immer gelingt, Patienteninformationen inhaltlich und in der Darstellung Patientenbedürfnissen anzupassen.

Sogenannte „Individualisierte Informationen“ haben ein großes Potential im Bereich der Patienteninformation und Stärkung der Selbstbestimmung. Unter individualisierter Information wird die Anpassung der Informationsinhalte an den Gesundheitszustand des Nutzers und seine psychosozialen Bedingungen verstanden.<sup>167</sup>

Die digitale Datenverarbeitung und das Internet bieten hervorragende Möglichkeiten, um anhand von Abfragen zu Lebensumständen und Gewohnheiten, spezifische Informationspakete für den Ratsuchenden zu schnüren. Eine randomisierte Studie mit 347 Arbeitnehmern einer großen niederländischen Mineralöl Firma untersuchte den Einfluss von „Computer-Tailored“ Ernährungsinformationen. Eine Gruppe der Teilnehmer wurde zunächst nach ihren Essgewohnheiten befragt, die Ergebnisse der Befragung automatisiert

---

<sup>165</sup> Vgl.: Discern. URL: <http://www.discern.org.uk>, (Stand: Januar 2001), o.S.

<sup>166</sup> Vgl.: Discern. URL: <http://www.discern.org.uk>, (Stand: Januar 2001), o.S.

<sup>167</sup> Vgl.: Lerch, M./Dierks, M.L.: Gesundheitsinformation und -kommunikation als Basis für Patientensouveränität. In: Dierks, M./Bitzer, E./Lerch, M./Martin, S./Röseler, S./Schienkiewitz,

ausgewertet und anhand von Algorithmen spezifische Ernährungsinformationen zusammengestellt. Die Kontrollgruppe erhielt allgemeine Broschüren zu gesunder Ernährung, die nicht an die persönliche Situation des Lesers angepasst waren. Im Ergebnis zeigte sich, dass Personen, die die individualisierten Informationen erhalten hatten, insgesamt zufriedener mit der Information waren. Aber auch das Ernährungsverhalten hatte sich im Gegensatz zu der Kontrollgruppe deutlich verbessert.<sup>168</sup> BRUG ET AL folgern, dass medizinische Ratschläge, die sich konkret auf den Gesundheitszustand und die Lebenssituation der Patienten beziehen, offensichtlich eine größere Reichweite haben und wirkungsvoller sind als allgemeine Ratschläge.

Ein großer Vorteil der computerunterstützten Informationszusammenstellung ist, dass Informationen an individuelle Bedürfnisse angepasst werden können, ohne dass Personalkapazitäten gebunden werden.

Je individueller, an die Lebenssituation des Einzelnen Informationen angepasst werden können, desto bedeutsamer sind die Informationen.

### 5.2.2.5 Informationsquellen<sup>169</sup>

Informationsquellen lassen Rückschlüsse auf die Qualität der Informationen zu. Die Angabe der Informationsquelle ist eine mittelbare Möglichkeit, die es erlaubt, die Qualität von Informationen einzuschätzen. Dabei steht bspw. die Frage im Vordergrund, ob die Informationen von anerkannten Experten auf dem behandelten Gebiet stammen. Für Laien ist es allerdings schwierig, anhand von Personennamen oder Institutionsnamen zu beurteilen, ob es sich um eine wissenschaftlich hochrangige Person oder Institution handelt. Deshalb sind detaillierte Angaben, was die Autoren konkret als Experten ausweist, hilfreich.

---

A./Siebeneick, S./Schwartz, F.: Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt. A.a.O., S. 137.

<sup>168</sup> Vgl.: Brug, J./Steenhuis, I./Assema, P./Vries, H.: The Impact of Computer-Tailored Nutrition Intervention. In: Preventive Medicine, Vol. 25, 1996, S. 240.

<sup>169</sup> Vgl.: Discern. URL: <http://www.discern.org.uk>, (Stand: Januar 2001), o.S. Und: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. XI.

### 5.2.2.6 Quantitative Aussagen<sup>170</sup>

Auch wenn es sich um medizinische Informationen für Laien handelt, sollten die getroffenen Aussagen so weit wie möglich quantitativ belegt werden. Aussagen wie „Der Erfolg dieses operativen Eingriffs ist sehr gut,“ sind weniger von Nutzen als die Nennung von Studienergebnissen, die so lauten könnten: „80% der Studienteilnehmer gaben nach dem operativen Eingriff an, keine Beschwerden mehr zu haben.“ Dabei muss beachtet werden, dass Ergebnisse aus wissenschaftlich unsauber durchgeführten Studien eine falsche Sicherheit implizieren. Deshalb sollten Aussagen mit Zahlen unterlegt werden, die aus wissenschaftlich einwandfreien Studien stammen.

Quantitativ belegte Aussagen sind insbesondere im Rahmen von partizipativen Behandlungsstilen oder im die Autonomie des Patienten noch stärker berücksichtigenden „shared decision making“ wichtig. Je mehr der Patient die Entscheidung über seine Behandlung selbst treffen will, desto ausführlicher müssen ihm die Möglichkeiten dargestellt werden.

Eine weitergehende Forderung, die sich auf die Qualität der Studien bezieht, aus denen Schlussfolgerungen oder Ergebnisse dargestellt werden, ist die Forderung, den Evidence-Grad von Informationen darzustellen.<sup>171</sup>

### 5.2.2.7 Aktualität von Informationen<sup>172</sup>

Um die Aktualität der Informationen zu belegen, sollte nicht nur das Datum der Veröffentlichung der Patienteninformation angegeben werden, sondern auch das Datum der den Aussagen zu Grunde liegenden Forschung. Gerade vor dem Hintergrund des rasanten Wissenszuwachses in der medizinischen Forschung ist diese Anforderung an qualitativ hochwertige Patienteninformation evident (Vgl. auch Kapitel 5.2.2.14).

---

<sup>170</sup> Vgl.: Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover/Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung: Discern. A.a.O., o.S. Und: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. XI.

<sup>171</sup> Unter evidence based medicine wird “[...] gewissenhafte, ausdrücklich und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.”, verstanden. Vgl.: Sackett, D.: Editorial. In: Münchener Medizinische Wochenschrift, Vol. 139, No. 44, 1997, S. 644-645.

### 5.2.2.8 Ausgewogene und unbeeinflusste Informationen<sup>173</sup>

Informationen insbesondere über Behandlungsmöglichkeiten sollten nicht versuchen, den Leser zu beeinflussen. Die Darstellungsweise sollte informativ und „ehrlich“ sein.<sup>174</sup> Wenn nur eine Behandlungsmöglichkeit erläutert wird, muss zwingend darauf hingewiesen werden, dass die dargestellte Methode nicht die einzige ist. Den besten Beweis für die ausgewogene Darstellung von Behandlungsalternativen liefert die Prüfung durch eine unabhängige externe Organisation wie staatliche Stellen oder Selbsthilfegruppen.<sup>175</sup> Allerdings bedeutet allein die Abgabe der Informationen durch eine Selbsthilfegruppe nicht in jedem Fall ein Qualitätsmerkmal!

Eine unbeeinflusste Darstellung kann nicht angenommen werden, wenn die Herausgabe der Broschüre durch kommerzielle Unternehmen gesponsert wurde. Insbesondere pharmazeutische Unternehmen und Medizin-Technik-Hersteller versuchen, das von ihnen hergestellte Produkt positiv zu positionieren. Deshalb muss das Sponsoring von Informationen unbedingt angegeben werden, um den Leser darauf hinzuweisen, dass mögli-

---

<sup>172</sup> Vgl.: Discern. URL: <http://www.discern.org.uk>, (Stand: Januar 2001), o.S. Und: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. XI.

<sup>173</sup> Vgl.: Discern. URL: <http://www.discern.org.uk>, (Stand: Januar 2001), o.S.

<sup>174</sup> Vgl.: Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover/Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung: Discern. URL: [www.discern.de/hinweise/frage6.htm](http://www.discern.de/hinweise/frage6.htm), (Stand: Juli 2000), o.S.

<sup>175</sup> Ein gutes Beispiel dafür wie die Darstellung einer Behandlungsmöglichkeit nicht sein sollte liefert die deutsche Bearbeitung der Discern-Kriterien mit der folgenden Darstellung:  
*„Die angegebenen Erkenntnisquellen sind der Wissenschaftler, der das Behandlungsverfahren entwickelt hat und verkauft, und der Fall eines Patienten des Arztes, der „auf wundersame Weise“ geheilt wurde. Die einzige Erwähnung anderer Behandlungsalternativen ist die Feststellung, dass „alle anderen Behandlungsverfahren für diese Erkrankung von unannehmbaren Nebenwirkungen begleitet“ seien und bei Nicht-Behandlung der Erkrankung die Gefahr der „dauerhaften Entstellung“ bestünde. Die Suche des Patienten nach Heilung wird als „Tortur“ beschrieben. Sie habe ihn dazu veranlasst, andere Behandlungsverfahren auszuprobieren, die ihn „gezeichnet“ und „selbstmordgefährdet“ hinterlassen hätten. Das Behandlungsverfahren soll „nach wenigen Verabreichungen ein sensationelles und dauerhaftes Ergebnis ohne Risiken und Nebenwirkungen erzielen“. Der Autor empfiehlt die Behandlung als „für jeden geeignet“ und als „hoffnungsbringend für all diejenigen, die die Hoffnung aufgegeben haben, eine Erleichterung von dieser verheerenden und hässlichen Erkrankung zu finden“.*  
 Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover/Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung: Discern. URL: [www.discern.de/hinweise/frage6.htm](http://www.discern.de/hinweise/frage6.htm), (Stand: Juli 2002).

cherweise Interessen bestehen, bestimmte Behandlungsverfahren sehr gut dastehen zu lassen.<sup>176</sup>

In einer Untersuchung der Qualität von Informationen zu Mammographie Screening im Internet ergab, dass 5% der Websites, die zu diesem Bereich Informationen anbieten, von Herstellern mammographischen Equipments stammen.<sup>177</sup>

Alarmierend sind die Ergebnisse einer Untersuchung in 62 Berliner Praxen von Allgemeinärzten. Dabei wurden 260 in den Praxen erhältliche Informationsbroschüren analysiert. Es stellte sich heraus, dass 94% der Broschüren, die direkt vom Arzt an seine Patienten weitergeben werden, von pharmazeutischen Unternehmen stammen. Von dem zur Selbstbedienung in Wartezimmern ausliegenden Informationsmaterial stammen 83% von der Pharmazie, knapp 6% von unabhängigen, gemeinnützigen Institutionen und knapp 4% aus GKV-Quellen.<sup>178</sup> Vor dem Hintergrund, dass gerade der Hausarzt sehr großes Vertrauen bei seinen Patienten besitzt, muss der Einfluss nicht unabhängiger Informationen als erheblich eingeschätzt werden.

Der Einfluss eines Sponsors bezieht sich auch auf Forschungsförderung, so dass bei der Angabe von wissenschaftlichen Quellen oder Studien der Hinweis auf Interessenskonflikte nicht fehlen darf. Bei modernen wissenschaftlichen Veröffentlichungen gehört dieses Vorgehen zum Standard.<sup>179</sup> Es darf dabei nicht außer Acht gelassen werden, dass ohne kommerzielle Forschung die medizinisch-pharmazeutische Forschung nicht auf dem heutigen Stand wäre. Auch bedeutet allein die Tatsache, dass eine Studie oder eine Veröffentlichung durch die pharmazeutische Industrie gesponsert wurde, nicht unweigerlich, dass die darauf beruhenden Patienteninformationen von schlechter Qualität sind.<sup>180</sup>

---

<sup>176</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. XI.

<sup>177</sup> Vgl.: Tamm, E./Raval, B./Huynh, P.: Evaluation of the Quality of Self-Education Mammography Material available for Patients on the Internet. In: Academic Radiology, Vol. 7, No. 3, 2000. S. 140.

<sup>178</sup> Vgl.: Linden, M./Gothe, H./Ryser, M.: Das gibt der Hausarzt seinen Patienten auf den Weg. In: Münchner Wochenzeitschrift Fortschritte der Medizin. 141 Jg., Nr. 47, 1999, S. 32.

<sup>179</sup> Vgl.: Journal for medical Internet Research. URL: <http://www.imir.org>, (Stand: Juni 2002).  
Und: Lauterbach, K./Westenhöfer, J./Wirth, A./Hauner, H.: Adipositas Leitlinie – Evidenzbasierte Leitlinien zur Behandlung der Adipositas in Deutschland. Eigenverlag. Köln 1998. Bezug: Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Gleulerstr. 176-178, 50935 Köln. S. 5.

<sup>180</sup> Vgl.: Fitzmaurice, D./Adams, J.: A systematic review of patient information leaflets for hypertension. In: Journal of Human Hypertension, Vol. 14, 2000, S. 260.

### 5.2.2.9 Zusätzliche Informationsquellen<sup>181</sup>

Eine qualitativ hochwertige Patienteninformation wird sowohl Informationsquellen angeben, die sich mit der gleichen Thematik beschäftigen, als auch auf weitere Themen verweisen, die im Zusammenhang mit dieser Erkrankung von Bedeutung sein können und deren Informationsquellen nennen.

Von qualitativ hochwertigen Informationen darf erwartet werden, dass nur auf zusätzlichen Informationsquellen verwiesen wird, die sich ebenfalls durch hohe Qualität auszeichnen.

### 5.2.2.10 Wirkungsweisen von Behandlungen<sup>182</sup>

Die detaillierte Beschreibung von Behandlungsmethoden ermöglicht dem Patienten, die Methode besser zu verstehen und einzuschätzen, ob diese Behandlung für ihn in Frage kommt. Obwohl schon die rechtlichen Rahmenbedingungen eine ausführliche Aufklärung über die Behandlungsmethode fordern, scheint die Zufriedenheit mit den erhaltenen Beschreibungen nicht immer ausreichend zu sein. Dies mag damit zusammenhängen, dass die detaillierten Informationen, bspw. über intraoperatives chirurgisches Vorgehen, i.d.R. erst kurz vor der Operation gegeben werden. Damit ist der Patient zwar im Sinne des Gesetzgebers informiert, der Zeitpunkt der Informationen lässt aber kaum Handlungsspielraum offen. Der Patient wird in die traditionelle passive Rolle gedrängt.

Durch ausführliche Informationen über Wirkungsmechanismen können Symptome, die durch ein Fehllaufen der Behandlung verursacht werden, früher erkannt werden. Gerade bei Gabe von Medikamenten mit geringen therapeutischen Grenzen, wie Digitalis bei Herzinsuffizienz oder Marcumar nach tiefen Bein oder Beckenvenenthrombosen muss der

---

<sup>181</sup> Vgl.: Discern. URL: <http://www.discern.org.uk>, (Stand: Januar 2001), o.S. Und: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. XI.

<sup>182</sup> Vgl.: Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (ÄZQ) (Hrsg.): Das DISCERN-Handbuch. A.a.O., S. 33

Patient die Wirkungsweise der Medikamente und die Symptome von Unter- oder Überdosierung kennen, um frühzeitig reagieren zu können.<sup>183</sup>

### 5.2.2.11 Alternative Behandlungen<sup>184</sup>

Zu vollständiger Information gehören Aussagen über alternative Behandlungsverfahren. Allerdings zeigen unterschiedliche Untersuchungen, dass gerade diese Informationen sehr häufig nicht angeboten werden. So berichtet ein Viertel von über viertausend der zur Qualität von Informationsbroschüren über Prostata-Chirurgie befragten Männern, dass sie sich Informationen über Behandlungsalternativen gewünscht hätten.<sup>185</sup>

Es kann als nicht ausreichend betrachtet werden, wenn Erkrankten nur die zur Zeit am häufigsten verwandte Behandlungsmethode genannt wird (siehe hierzu auch die Akzeptanz von „Standardtherapien“ durch niedergelassene Fachärzte im folgenden Abschnitt). Die Information über alternative Behandlungsmethoden kann dazu führen, dass eine andere als die durch den Mediziner empfohlene Behandlung gewünscht wird. So zeigten Interviews von Fokusgruppen in einer britischen Studie, dass sich mehrere Teilnehmer evtl. anders entschieden hätten, wenn ihnen alle Informationen vorgelegen hätten.<sup>186</sup>

Die Mehr-Information kann aber auch die gefällte Entscheidung durchaus unterstützen.<sup>187</sup> Wichtig bei dem Hinweis auf alternative Behandlungsmethoden oder bei der vergleichenden Darstellung von Behandlungsverfahren ist, dass die Alternativen gleichwertig erläutert werden und durch quantitative Angaben untermauert werden.

---

<sup>183</sup> Bei beiden Medikamente verursacht Überdosierung schwerwiegende Nebenwirkungen. So kann Digitalis zu Bradykardien bis zum Herzstillstand führen und Marcumar kann innere Blutungen verursachen.

<sup>184</sup> Vgl.: Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover/Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung: Discern. URL: <http://www.discern.de/instrument.htm>, (Stand: Juli 2002), o.S.

<sup>185</sup> Vgl.: Meredith, P./Emberton, M./Wood, C./Smith, J.: Comparison of patients` needs for information on prostate surgery with printed materials provided by surgeons. A.a.O., S. 20.

<sup>186</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 27.

<sup>187</sup> Vgl.: Shepperd, S./Coulter, A./Farmer, A.: Using interactive videos in general practice to inform patients about treatment choices: a pilot study. A.a.O., S. 445.



### 5.2.2.12 Risiken von Behandlungen<sup>188</sup>

Die Beschreibung von Nutzen und Risiken oder Nebenwirkungen ist wichtig, damit der Betroffene abwägen kann, was er in Kauf nehmen will. Ein prominentes Beispiel dafür ist die chirurgische Behandlung des benignen Prostata-Adenoms (gutartige Vergrößerung der Vorsteherdrüse). Die Symptome dieser Erkrankung äußern sich in verschiedenen Störungen beim Wasserlassen. Es können sich bei fortschreitendem Wachstum aber auch schwerwiegendere Störungen einstellen wie Harnverhalt, krankhafte Verdickung der Blasenmuskulatur bis hin zur Niereninsuffizienz. Die Therapie der Wahl ist die chirurgische Entfernung der Prostata. Ein wesentliches Risiko der chirurgischen Entfernung ist, dass sich postoperativ häufig Erektionsstörungen und Veränderungen im sexuellen Erleben einstellen. Daher sollte der Hinweis auf diese „Nebenwirkung“ durchaus üblich sein. Zu einem anderem Ergebnis kam die Untersuchung von 25 Broschüren zur Prostata-Chirurgie in England. Lediglich in sechs Informationsblättern wurden mögliche Auswirkungen auf das sexuelle Erleben überhaupt erwähnt und dort auch nur mit der Aussage, dass die transurethrale Resektion keine Auswirkungen hätte! Dagegen berichteten 35% der befragten Patienten, die diese Behandlung durchführen ließen, dass sie Auswirkungen auf das sexuelle Erleben hatte. Mögliche negative Auswirkungen auf die Erektion wurden von fast allen Broschüren beschrieben.<sup>189</sup>

Obwohl die chirurgische Entfernung des Prostata-Adenoms des Stadiums II in Lehrbüchern als Standardtherapie dargestellt wird, zeigte sich in einer Befragung niedergelassener Urologen, dass nur 40,5% diese Therapie bei sich selbst durchführen lassen würden.<sup>190</sup> Ähnlich gering ist die Zustimmung von Gynäkologinnen zu der Standardtherapie von symptomatischen Uterusmyomen (gutartige Muskeltumore der Gebärmutter). Symptomatisch werden Uterusmyome durch Schmerzen und starke Krämpfe während der Menstruation. Als Standardtherapie wird die Entfernung der Gebärmutter beschrieben. Infolgedessen können Betroffene keine Kinder mehr bekommen und die psychische Belastung dieses Eingriffs ist enorm. Die befragten Gynäkologinnen würden angesichts der

---

<sup>188</sup> Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (ÄZQ) (Hrsg.): Das DISCERN-Handbuch. A.a.O., S. 35-38.

<sup>189</sup> Vgl.: Meredith, P./Emberton, M./Wood, C./Smith, J.: Comparison of patients` needs for information on prostate surgery with printed materials provided by surgeons. A.a.O., S. 18.

<sup>190</sup> Vgl.: Schwartz, F.W./Dörning, H./Bitzer, M./Grobe, T.: Akzeptanz von Standardtherapien bei niedergelassenen Fachärzten – Potentiale für die Qualitätssicherung? A.a.O., S. 78f.

sehr genauen Kenntnis von Nutzen und Risiken nur in der Hälfte der Fälle diese Therapie für sich bevorzugen.<sup>191</sup>

Eine etwas kompliziertere Sachlage stellt sich bei der postmenopausalen hormonellen Osteoporoseprophylaxe dar. Durch den mit zunehmendem Lebensalter sinkenden Östrogenspiegel steigt die Gefahr der Osteoporose (Abnahme der Knochendichte), in deren Folge das Risiko von Knochenbrüchen erheblich zunimmt. Prophylaktisch wird die Gabe von Östrogenen als Standardtherapie beschrieben. Allerdings wurde in Zusammenhang mit dieser Behandlung eine Häufung von Endometriumkarzinomen (bösartige Tumore einer bestimmten Muskelschicht der Gebärmutter) festgestellt. Daher wird das Östrogen üblicherweise mit Gestagenen kombiniert, die die bösartige Entartung der Muskelschichtzellen verhindern sollen. Eine definitive und umfassende wissenschaftliche Bewertung der hormonellen Osteoporoseprophylaxe und ihrer Indikation steht allerdings noch aus. In der genannten Befragung würden zwei Drittel der befragten Gynäkologinnen diese Behandlung bei sich selber durchführen, während immerhin ein Drittel die Behandlung für sich selbst ablehnt.<sup>192</sup>

Diese Beispiele zeigen wie wichtig die akkurate Darstellung von Nutzen und Risiken von Behandlungen ist. Die Entscheidungen der niedergelassenen Fachärzte demonstrieren, dass sich mit zunehmender Kenntnis von Nutzen und Risiken die Zustimmung zu Therapien verschieben könnte.

### 5.2.2.13 Unsicherheiten bei medizinischen Fragestellungen<sup>193</sup>

Bestehen in Bezug auf bestimmte Fragestellungen wie zum Beispiel Ursachen der Krankheitsentstehung oder Langzeitüberlebensraten bei neuen Behandlungsmethoden Unsicherheiten, sollten diese unbedingt offengelegt werden. Der Leser oder der Betroffene soll so in die Lage versetzt werden, sich sein eigenes Urteil zu bilden und nicht im Sinne des benevolenten Paternalismus behandelt werden.

---

<sup>191</sup> Vgl.: Schwartz, F.W./Dörning, H./Bitzer, M./Grobe, T.: Akzeptanz von Standardtherapien bei niedergelassenen Fachärzten – Potentiale für die Qualitätssicherung? In: Die Krankenversicherung. A.a.O., S. 79f.

<sup>192</sup> Vgl.: Schwartz, F.W./Dörning, H./Bitzer, M./Grobe, T.: Akzeptanz von Standardtherapien bei niedergelassenen Fachärzten – Potentiale für die Qualitätssicherung? A.a.O., S. 80f.

<sup>193</sup> ÄZQ (Hrsg.): Das DISCERN-Handbuch. A.a.O., S. 32.

Ethisch möglicherweise noch problematischer ist es, wenn, geprägt von industriellen und/oder ökonomischen Interessen der durchführenden Ärzte, relativ mäßige Erfolgsraten von Therapien oder Diagnostikverfahren durch geschickte Darstellung der Erfolgsraten verschleiert werden. So zeigte eine australische Untersuchung von Informationsbroschüren über Mammographie<sup>194</sup>, dass der Nutzen von Mammographie-Untersuchungen vorwiegend in relativen Angaben des Risikos, an Brustkrebs zu erkranken, dargestellt wurde. Dagegen wurde nicht offengelegt, wie ungewöhnlich viele Untersuchungen notwendig sind, um tatsächlich einen Krebs frühzeitig zu erkennen und wie mäßig die Sensitivität der Mammographie ist.<sup>195</sup>

Erschreckend ist in diesem Zusammenhang auch die hohe Anzahl von Herzkatheteruntersuchungen in Deutschland. Nirgendwo sonst auf der Welt werden so viele Herzkatheterisierungen ohne weitere therapeutische Konsequenzen durchgeführt wie in Deutschland. In Rund zwei Drittel der Fälle führen die Kardiologen die Untersuchung auf Verdacht durch, finden nichts Besonderes und belassen es dabei. Dabei ist zu beachten, dass der Herzkatheter eine interventionelle Diagnostik darstellt, bei der 0,1% der Patienten stirbt. In 2 bis 5% der Kathetereingriffe kommt es zu relevanten Komplikationen (Infarkt, Notfalloperationen, Blutungen, etc.).<sup>196</sup> Den deutschen Mediziner wird vorgeworfen, dass sie so viele Herzkatheter durchführen, weil die Maßnahme lukrativ ist und sich das teure Gerät amortisieren muss.<sup>197</sup>

### **5.2.2.14 Vollständige und richtige Informationen über Krankheitsbilder, Therapien und Diagnoseverfahren<sup>198</sup>**

Neben der Wiedergabe von Unsicherheiten ist natürlich auch die vollständige Information über Krankheitsbilder notwendig, um es Patienten möglich zu machen, ihre Lage richtig einzuschätzen. Dass die vollständige Darstellung nicht die Regel ist, zeigte die o.g.

---

<sup>194</sup> Röntgenologische Untersuchung der weiblichen Brust zur Erkennung von Brustkrebs

<sup>195</sup> Vgl.: Slaytor, E./Ward, J.: How risks of breast cancer and benefits of screening are communicated to women: analysis of 58 pamphlets. In: British Medical Journal, Vol. 317, No. 7153, 1998, S. 263.

<sup>196</sup> Vgl.: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. A.a.O., S. 287.

<sup>197</sup> Vgl.: Albrecht, H: Sondieren, was die Adern halten. In: Die Zeit vom 4. Juli 2002, S. 27.

<sup>198</sup> Vgl.: Discern. URL: <http://www.discern.org.uk>, (Stand: Januar 2001), o.S.

Analyse der Mammographie-Broschüren durch SLAYTOR und WARD. Die beiden australischen Wissenschaftlerinnen stellten fest, dass nur eine der 58 analysierten Broschüren das Risiko benannte, dass Brustkrebs zum Tod führen kann.<sup>199</sup>

In einer englischen Untersuchung von 25 Informationsbroschüren über Prostata-Chirurgie wurde in nur einer Broschüre erwähnt, dass die Möglichkeit besteht, dass der Prostata-Tumor bösartig ist.<sup>200</sup>

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass auch den Informationsinteressen von Minderheiten Beachtung geschenkt werden sollte.<sup>201</sup>

Die Evaluation von 168 Informationsbroschüren zu Asthma in Großbritannien ergab, dass in 46% der Broschüren die Leitlinien der British Thoracic Society keine Anwendung fanden. Lediglich in einem Drittel der Broschüren fanden sich die Leitlinien wieder und 6,5% der untersuchten Broschüren waren fehlerhaft. Einigen Arztpraxen schickten eine Broschüre, deren Publikationsdatum 13 Jahre zurück lag!<sup>202</sup>

In einer weiteren britischen Untersuchung zur Qualität von Informationsbroschüren zum Thema Bluthochdruck stellte sich heraus, dass keine der 61 analysierten Broschüren alle wichtigen Themen behandelte.<sup>203</sup>

Auch eine US-amerikanische Studie zur Qualität von Informationsbroschüren zum Thema Lungenkrebs kam zu dem Ergebnis, dass keine der untersuchten Broschüren auch nur annähernd alle wichtigen Gebiete rund um das Leben mit Lungenkrebs, dessen Behandlungsmöglichkeiten und Nebenwirkungen der Verfahren darstellte.<sup>204</sup>

---

<sup>199</sup> Vgl.: Slaytor, E./Ward, J.: How risk of breast cancer and benefits of screening are communicated to women: analysis of 58 pamphlets. A.a.O., S. 263.

<sup>200</sup> Vgl.: Meredith, P./Emberton, M./Wood, C./Smith, J.: Comparison of patients' needs for information on prostate surgery with printed materials provided by surgeons. A.a.O., S. 18.

<sup>201</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. XI. Eine Untersuchung über die Berücksichtigung kulturell geprägter Unterschiede im Informationsbedarf zeigt folgende Studie: Wilson, F./Baker, L./Brown-Syed, C./Gollop, C.: An Analysis of the Readability and Cultural Sensitivity of Information the National Cancer Institut's Web Site: CancerNet. In: Oncology Forum, Vol 27, No. 9, S. 1403-1409.

<sup>202</sup> Vgl.: Smith, H./Gooding, S./Brown, R./Frew, A.: Evaluation of readability and accuracy of information leaflets in general practice for patients with asthma. In: British Medical Journal, Vol. 317, No. 71453, 1998, S. 264.

<sup>203</sup> Die Zusammenstellung, welche Themen als relevant gelten, basiert auf einem Konsens der Birmingham Clinical Effectiveness Group und der Birmingham Hypertension Action Group. Vgl.: Fitzmaurice, D./Adams, J.: A systematic review of patient information leaflets for hypertension. A.a.O, S. 260.

<sup>204</sup> Vgl.: Sarna, L./Ganley, B.: A Survey of Lung Cancer Patient-Education Materials. In: Oncology Nursing Forum, Vol. 22, No 10, 1995. S. 1547f.

## 5.2.3 Qualitätsanforderungen an Form und Darstellung

### 5.2.3.1 Layout

#### 5.2.3.1.1 Schriftgröße und Zeilenabstand

Das Layout der Broschüre sollte den Bedürfnissen der Zielgruppe angepasst werden. Dies gilt insbesondere für Broschüren, die für ältere Menschen konzipiert werden. Dabei sind beispielsweise die Schriftgröße und -stärke sowie der Zeilenabstand von besonderer Bedeutung.<sup>205</sup> HÄRTL-KASULKE empfiehlt für ältere Menschen eine etwas überdurchschnittliche Schriftgröße, bspw. 13 Punkte<sup>206</sup> und einen größeren Zeilenabstand, bspw. 1,5.<sup>207</sup> GAUBE führt aus, dass ältere Menschen Negativschriften sehr gut erkennen können, weil keine durch den weißen Hintergrund verursachten Blendeffekte entstehen.<sup>208</sup>

Es empfiehlt sich bezüglich dieser Fragestellungen, Hinweise von Fachgesellschaften zu beziehen, wie zum Beispiel vom Kuratorium für Deutsche Altershilfe. Interessante Ideen und Hilfestellung zu diesem Thema bietet darüber hinaus Marketingliteratur, die sich mit der Zielgruppe „Senioren“ beschäftigt.<sup>209</sup>

#### 5.2.3.1.2 Verwendung von Graphiken

Graphiken bzw. Illustrationen erhöhen die Verständlichkeit des Textes und tragen erheblich dazu bei, dass sich das Gelesene einprägt.<sup>210</sup>

Es wird ein Anteil von 30% Abbildungen und 70% Text empfohlen.<sup>211</sup> Allerdings sollten sich die Abbildungen direkt auf Textinhalte beziehen und in ihrer Aussage klar und verständlich sein.<sup>212</sup>

---

<sup>205</sup> Vgl.: Estey, A./Jeremy,P./Jones,M.: Developing printed materials for patients with visual deficiencies. In: Journal of Ophthalmic Nursing & Technology, Vol. 9, 1990, S. 247.

<sup>206</sup> Vgl.: Petterson, T./Dornan, T./Albert, T./ Lee, P.: Are Information Leaflets Given to Elderly People with Diabetes Easy to Read? In: Diabetic Medicine, Vol. 11, 1994, S. 112.

<sup>207</sup> Vgl.: Härtl-Kasulke, C.: Marketing für Zielgruppen ab 50. Neuwied: Luchterhand, 1998. S. 88f.

<sup>208</sup> Vgl.: Gaube, G.: Senioren - der Zukunftsmarkt. Ettlingen: IM Marketing-Forum, 1997. S. 63.

<sup>209</sup> Bspw. Härtl-Kasulke, C.: Marketing für Zielgruppen ab 50. A.a.O. Oder: Krieb, C./Reidl, A.: Senioren Marketing. Wien: Ueberreuter, 1999.

Oder: Gaube, G.: Senioren - der Zukunftsmarkt. A.a.O.

Wenn sich die Broschüre an eine ältere Zielgruppe wendet und Photos benutzt werden, sollten auf diesen nicht junge Menschen dargestellt werden, die scheinbar den Empfehlungen der Broschüre folgen. Wenn zum Beispiel im Text empfohlen wird, mehr Sport zu treiben und auf dem dazugehörigen Photo ein Pärchen im Alter von ca. 30 Jahren am Strand entlang joggt, trägt diese Illustration wenig zur Glaubwürdigkeit der Empfehlung bei. Die Zielgruppe fühlt sich nicht angesprochen, weil sie sich mit den 30 Jahre jüngeren Menschen kaum identifizieren wird. Im schlimmsten Fall fühlen sich die Älteren sogar nicht ernst genommen.<sup>213</sup>

Neben der Authentizität von Photos für ältere Zielgruppen gibt es Regeln für die farbliche Gestaltung von Broschüren, die sich aus der zunehmenden Linsentrübung ergeben. Zum Beispiel können die Farben Blau und Grün mit steigendem Lebensalter aufgrund von Linseneintrübungen kaum noch voneinander unterschieden werden.<sup>214</sup>

### 5.2.3.2 Textverständlichkeit

Untersuchungen von Broschüren in Großbritannien und den USA haben ergeben, dass die Textverständlichkeit der Mehrzahl der Broschüren teilweise weit über dem Leselevel ihrer Zielgruppe lag.<sup>215</sup> Einige Broschüren hatten den Schwierigkeitsgrad des *British Medical Journals*.<sup>216</sup>

---

<sup>210</sup> Vgl.: Vahabi, M./Ferris, L.: Improving written patient education materials: a review of evidence. In: *Health Education Journal*. Vol. 54, 1995, S. 103.

<sup>211</sup> Vgl.: Härtl-Kasulke, C.: Marketing für Zielgruppen ab 50. a.a.O., S. 165.

<sup>212</sup> Vgl.: Vahabi, M./Ferris, L.: Improving written patient education materials: a review of evidence. a.a.O., S. 103.

<sup>213</sup> Vgl.: Härtl-Kasulke, C.: Marketing für Zielgruppen ab 50. a.a.O., S. 75 ff. Ein gutes Beispiel für die authentische Ansprache einer älteren Zielgruppe ist die Marketing Kampagne von Beiersdorf für die Pflegeserie NIVEA VITAL. Vgl.: Härtl-Kasulke, C.: Marketing für Zielgruppen ab 50. A.a.O., S. 65 ff.

<sup>214</sup> Vgl.: Gaube, G.: Senioren - der Zukunftsmarkt. Ettlingen: IM Marketing-Forum, 1997, S. 54.

<sup>215</sup> Vgl.: Vahabi, M./Ferris, L.: Improving written patient education materials. a.a.O., S. 101.

<sup>216</sup> Vgl.: Albert, T./Chadwick, S.: How readable are practice leaflets. In: *British Medical Journal*, Vol 305, No. 6864, 1992, S. 1266.

Die Analyse von 168 Broschüren zum Thema Asthma in Großbritannien ergab, dass die Textverständlichkeit von 97% (!) der Broschüren nicht der Empfehlung für Gesundheitsinformationen entsprach und zu anspruchsvoll war.<sup>217</sup>

Mehrere Autoren dieser Untersuchungen empfehlen bzw. diskutieren die Anwendung von sogenannten Lesbarkeitsformeln (Readability Tools) wie Flesh<sup>218</sup>, Gobbledygook<sup>219</sup>, Gunning's Fog Index<sup>220</sup> oder die SMOG-Formel<sup>221</sup>. BERNIER kürzt die Diskussion über die Effektivität dieser Formeln mit der Empfehlung ab: „KISS = Keep It Short & Simple“.<sup>222</sup>

Wenn medizinische Fachausdrücke unausweichlich sind, sollte ein Glossar erstellt werden. Die Verständlichkeit des Textes kann darüber hinaus durch die Anwendung von Beispielen erhöht werden, die aus dem Alltag der Zielgruppe stammen.<sup>223</sup>

Eine sehr effektive Vorgehensweise, um die Lesbarkeit einer Broschüre an die Bedürfnisse ihrer Zielgruppe anzupassen, ist der frühzeitige Test des Entwurfs durch Personen aus der Zielgruppe.

### 5.2.3.3 Struktur

Die Struktur von Broschüren sollte klar und übersichtlich sein. Dazu gehört die Verwendung einer Einleitung, die Zielgruppe und Ziel der Broschüre nennt. Ein Inhaltsverzeichnis

---

<sup>217</sup> Vgl.: Smith, H./Gooding, S./Brown, R./Frew, A.: Evaluation of readability and accuracy of information leaflets in general practice for patients with asthma. A.a.O., S. 264.

<sup>218</sup> Vgl.: Centre of Health Information Quality (Hrsg.): Quality Issues in Consumer Health Information. Bulletin Number 1, S. 1. URL: [http://www.hfht.org/chiq/download\\_pdf.htm](http://www.hfht.org/chiq/download_pdf.htm), (Stand: April 2000).

<sup>219</sup> Vgl.: ebd.

<sup>220</sup> Vgl.: Vahabi, M./Ferris, L.: Improving written patient education materials. A.a.O., S. 101 Der Gunning Fog Index misst die durchschnittliche Satzlänge und zählt die Anzahl von Wörtern mit mehr als drei Silben auf 100 Wörtern. Vgl.: Mumford, M.: A descriptive study of the readability of patient information leaflets designed by nurses. In: Journal of Advanced Nursing, Vol. 26, 1997, S. 987.

<sup>221</sup> Vgl.: Bernier, M.: Developing and Evaluating Printed Education Materials. In: Orthopaedic Nursing, Vol. 12, No. 6, S. 42. Auch die SMOG Formula setzt auf der Messung der Anzahl der Wörter mit mehr als drei Silben auf. Bezugsgröße sind hier nicht 100 Worte, sondern 30 Sätze. Vgl.: Mumford, M.: A descriptive study of the readability of patient information leaflets designed by nurses. A.a.O., S. 987.

<sup>222</sup> Vgl.: Bernier, M.: Developing and Evaluating Printed Education Materials. A.a.O., S. 43.

nis ermöglicht dem Leser sofort, zu den Themen zu gelangen, die für ihn interessant sind. Zusammenfassungen dienen der Aufnahme der wichtigsten Aussagen. Eine britische Untersuchung von Broschüren zum Thema Bluthochdruck ergab, dass keine der 19 Broschüren ein Inhaltsverzeichnis hatte. 12 Broschüren waren länger als 2 DIN A 4 Seiten.<sup>224</sup>

Es wird empfohlen, die einzelnen Kapitel durch Fragen aus Patientensicht zu strukturieren, um das aktive Lernen beim Lesen zu fördern.<sup>225</sup> Beispielsweise könnte das Kapitel über die Krankheitsentstehung überschrieben sein mit den Worten: „Wodurch wird die Krankheit verursacht?“ Die Strukturierung durch Fragen fördert die Identifikation des Lesers mit der Problemstellung. COULTER schlägt u.a. folgende Fragen vor:

*„What is causing the problem?  
Am I alone? How does my experience compare with that of other patients?  
Is there anything I can do myself to ameliorate the problem or prevent recurrence?  
What is the purpose of the tests and investigations?[...]“*<sup>226</sup>

Wobei sicher nicht alle hier genannten Themen in *einer* Broschüre behandelt werden sollten.

Darüber hinaus wurde die Verwendung von Checklisten von Patienten als sehr hilfreich beschrieben. Checklisten fördern die aktive Auseinandersetzung mit dem Thema und ermöglichen dem Leser eine strukturierte Selbsteinschätzung der Situation.<sup>227</sup> Checklisten können gut verwendet werden, um Arztbesuche vorzubereiten. Den Patienten wird ein Hilfsmittel an die Hand gegeben, mit dem sie sicherstellen können, dass während der Konsultation alle für sie wichtigen Themen angesprochen werden.<sup>228</sup>

Begrüßt werden auch Vorgaben für „Krankheitsverlauf-Tagebüchern“, die eine geeignete Struktur vorgeben, um Symptome und Verlauf festzuhalten.<sup>229</sup> Ein Mittel, das auch für den Mediziner sehr hilfreich ist.

Auch Freiraum für eigene Bemerkungen fördert die aktive Auseinandersetzung mit der Situation und wird als sehr hilfreich empfunden.<sup>230</sup>

---

<sup>223</sup> Vgl.: Bernier, M.: Developing and Evaluating Printed Education Materials. A.a.O., S. 42.

<sup>224</sup> Vgl.: Fitzmaurice, D./Adams, J.: A systematic review of patient information leaflets for hypertension. A.a.O., S. 261.

<sup>225</sup> Vgl.: Bernier, M.: Developing and Evaluating Printed Education Materials. A.a.O. S. 42.

<sup>226</sup> Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 56. Dort findet sich eine sehr ausführliche Liste möglicher Kapitelüberschriften.

<sup>227</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 35.

<sup>228</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 57.



#### 5.2.3.4 Ansprache der Zielgruppen

Um die Identifikation des Lesers mit Problemen, die in der Broschüre angesprochen werden, zu erhöhen und damit eine konkrete Auseinandersetzung zu fördern, sollte der Leser direkt angesprochen werden.<sup>231</sup> Zum Beispiel: „Tritt dieses Symptom mehrmals täglich auf, sollten Sie Ihren Arzt aufsuchen!“, nicht: „Es wird empfohlen, den Arzt aufzusuchen, wenn das Symptom mehrmals täglich auftritt.“

Die Nähe des Textes zu der Lebenssituation des Lesers sollte durch Beispiele verstärkt werden, die aus dem Lebensumfeld der Zielgruppe entnommen sind.

Die Verständlichkeit von Texten scheint auch durch die zur chronologischen Folge analoge Verwendung der Satzstellung erhöht zu werden. So soll der Satz: „Sie erhalten eine Spritze, dann wird die Untersuchung durchgeführt“, besser zu verstehen sein als der Satz: „Bevor die Untersuchung durchgeführt wird, erhalten Sie eine Spritze.“<sup>232</sup>

Die Sprache, die verwendet wird, um Krankheiten und ihre Folgen bzw. Therapien zu beschreiben sollte der persönlichen Betroffenheit der Erkrankten angemessen sein. Trivialisierende Aussagen wie die folgende aus einer Broschüre zur chirurgischen Behandlung von Prostata-Adenomen sind wenig adäquat:

*„[...] around the age of 40 the prostate [...] can start to show signs of ageing, usually by the development of a benign tumour. These tumours are as common as grey hair.“<sup>233</sup>*

Während eine sehr positive Darstellung von Krankheiten den Zustand von Patienten und deren Sorgen trivialisiert, sollten Angst und Verunsicherung nicht verstärkt werden, wie zum Beispiel durch die folgende Passage einer Informationsbroschüre über Rheuma:

*„[...] , meist müssen sich die Betroffenen jedoch darauf einstellen, für alle Zeit mit Schmerzen und Bewegungseinschränkungen zu leben. Das hat Auswirkungen nicht nur auf die Lebensqualität des*

---

<sup>229</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 35.

<sup>230</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 35.

<sup>231</sup> Vgl.: Bernier, M.: Developing and Evaluating Printed Education Materials. a.a.O., S. 42

<sup>232</sup> Vgl.: Munte, T./Schiltz, K./Kutas, M.: When temporal terms belie conceptual order. In: Nature, Vol. 395, Sept. 1998, S. 71.

<sup>233</sup> Zitiert nach Meredith, P./Emberton, M./Wood, C./Smith, J.: Comparison of patients` needs for information on prostate surgery with printed materials provided by surgeons. A.a.O., S. 20.

*unmittelbar Betroffenen, sondern auch für die Familie. Es werden eventuell berufliche Veränderungen erforderlich; bestimmten Interessen können sie vielleicht nicht mehr nachgehen; ja, selbst die notwendigsten Verrichtungen des Alltags können übermäßig belastend werden.“*<sup>234</sup>

Wie sich diese „Informationen“ auf das Selbstwertgefühl der Betroffenen und deren Mut, sich der Krankheit zu stellen, auswirken, ist leicht vorzustellen. Die verwendete Sprache darf grundsätzlich nicht angstmachend sein; sie darf aber auch nicht Ausdruck des benevolenten Paternalismus sein und so den Patienten in die passive Rolle verweisen.<sup>235</sup>

### 5.2.4 Qualitätsanforderungen an Integration und Distribution

#### 5.2.4.1 Zeitlicher Aspekt

MEISSNER greift die Ergebnisse einer Studie von EVANS und CLARKE auf und versucht, die Diskrepanz zwischen den als ausreichend empfundenen Informationsangeboten der Ärzte und dem durch Patienten beschriebenen Gefühl, nicht ausreichend informiert zu sein, dadurch aufzulösen, indem sie vorbringt, dass Informationen zum richtigen Zeitpunkt angeboten werden müssen. Bspw. kann angesichts der Erstdiagnose von Krebs die Fähigkeit, detaillierte Informationen über Behandlungsmöglichkeiten aufzunehmen, eingeschränkt sein. Erst zu einem späteren Zeitpunkt, wenn eine weitere Stufe der Verarbeitungsphasen erreicht ist, tritt die eingehende Beschäftigung mit Behandlungsmöglichkeiten in den Vordergrund.<sup>236</sup>

Auch Patienten, die einen Schlaganfall erlitten haben, beschreiben, dass sie in der akuten Phase zunächst relativ wenig Informationen benötigten. Im Vordergrund stand zunächst zu verstehen, was geschehen war. Nach der ersten als konfus und verwirrend beschriebenen Krankheitsphase wuchs das Bedürfnis nach detaillierteren Informationen.<sup>237</sup>

---

<sup>234</sup> MBO Verlag Münster in Zusammenarbeit mit der VW BKK: Rheuma. Ursachen der Erkrankung und Ratschläge für die Betroffenen. o. J. ohne Seitenangabe. Hervorhebungen durch die Autorin.

<sup>235</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 57.

<sup>236</sup> Vgl.: Evans, S./Clarke, P.: When cancer patients fail to get well: flaws in health communication. In: Bostrum RN ed. Communication Yearbook 7. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1983, zitiert nach: Meissner, H./Anderson, M./Odenkirchen, J.: Meeting Information Needs of Significant Others: Use of Cancer Information Service. A.a.O., S. 177.

<sup>237</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 32.

Insbesondere bei Menschen, die von chronischen Krankheiten betroffen sind, steigt der Informationsbedarf stark an, wenn sie erkannt haben, dass die medizinischen Möglichkeiten bei der Behandlung ihrer Krankheit an Grenzen stoßen und dass sie in erheblichem Maß ihre Lebensqualität selbst beeinflussen können.<sup>238</sup>

Entsprechend gilt für Anbieter von Gesundheitsinformationen, dass Informationen möglichst zeit- und ortsouverän zur Verfügung stehen sollten. Eine Überlastung durch zu große Informationsmengen sollte vermieden werden und die Informationspakete soweit wie möglich an das Stadium des Erkrankten angepasst werden.

Bei Informationen über operative Behandlungsmethoden und deren Alternativen ist der Angebotszeitpunkt nur angemessen, wenn der Patient sich ohne Druck entscheiden kann.

Die detaillierte operative Aufklärung am Abend vor der Operation ist deutlich zu spät.<sup>239</sup>

Als effizient hat sich auch schriftliches Informationsmaterial bei Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus erwiesen. Informationen über die Notwendigkeit der Hausarztkonsultation, Medikamenteneinnahme und körperliche Belastbarkeit können die Unsicherheit des Patienten und möglicherweise die (Selbst-)Wiedereinweisungsrate reduzieren.<sup>240</sup>

### 5.2.4.2 „Vertriebswege“ von Informationsmaterial

Der Erfolg von qualitativ hochwertigen Patienteninformationen hängt maßgeblich davon ab, ob die Informationen ihren Empfänger erreichen. Angesichts der „unbegrenzten“ Möglichkeiten des Internet kann zwar jegliche Information orts- und zeitunabhängig disseminiert werden, aber wie in Kapitel 6.4.9 dargestellt wird, ist gerade die Gruppe der Menschen, die krankheitsbezogene Informationen benötigen, aber das Internet nicht nutzen, groß. Die Anbieter von Gesundheitsinformationen können sich nicht darauf verlassen, dass die Ratsuchenden zu ihnen kommen.<sup>241</sup> Insbesondere krankheitsspezifische In-

---

<sup>238</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 28.

<sup>239</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 14.

<sup>240</sup> Vgl.: Arthur, V.: Written patient information: a review of the literature. In: Journal of Advanced Nursing, Vol. 21, 1995, S. 1083.

<sup>241</sup> Vgl.: Arthur, V.: Written patient information: a review of the literature. A.a.O., S. 1084.

formationen müssen dort zur Verfügung gestellt werden, wo die Betroffenen zu finden sind, das heißt bei niedergelassenen Ärzten und in Krankenhäusern.<sup>242</sup>

FORBRIGER, Begründerin des Krebsinformationsdienstes Inkanet<sup>243</sup> berichtet:

*„Ich habe Ausdrücke von Webseiten im Krankenhaus verteilt, weil ich wirklich entsetzt darüber gewesen bin, wie allein man die Patienten dort lässt. Nicht einmal die Telefonnummern der wichtigsten Krebsberatungsstellen hingen dort aus.“<sup>244</sup>*

FORBRIGER, bei der 1995 Morbus Hodgkin (eine Form von Lymphdrüsenkrebs) diagnostiziert wurde, fordert heute als aktive Sprecherin für Patientenrechte Internetzugänge für Krebspatienten in jedem Krankenhaus.<sup>245</sup>

Die Ergebnisse der Analyse der von Berliner Hausärzten verteilten Informationsmaterialien zeigt deutlich, dass zwar die Pharmaindustrie diesen effizienten Zugang zu den Patienten und Kunden gefunden hat, dies anderen Organisation wie der Deutschen Krebshilfe, der Deutschen Hochdruckliga oder der Deutschen Stiftung für Organspende noch nicht gelungen ist. Gerade die Gesetzlichen Krankenkassen sollten und müssen diesen Distributionsweg versuchen zu ebnen, um ihre Kunden erreichen zu können. LERCH spricht in diesen Zusammenhang von „niederschwelligen Multiplikatoren“.<sup>246</sup>

Zu den Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Distribution von Gesundheitsinformationen gehört auch die Publikation von Quellen, aus denen Informationen zu erhalten sind, wie bspw. die Vermarktung von Hotlines, die von Krankenkassen angeboten werden.<sup>247</sup> Während sich Massenmedien aufgrund der hohen Anforderungen an die Spezifität von medizinischen Informationen nur bedingt zu deren Distribution eignen, sind sie ein sehr effizientes Mittel, um auf Informationsquellen aufmerksam zu machen.

---

<sup>242</sup> Vgl.: Centre of Health Information Quality (Hrsg.): Quality Issues in Consumer Health Information. Bulletin Number 4, a.a.O., S. 1.

<sup>243</sup> Inkanet ist mit 50.000 abgerufenen Seiten pro Monat die meistgenutzte deutsche Selbsthilfe-Website für Krebspatienten. Vgl.: Pietzsch, J.: e-health Gesundheit aus dem Cyberspace? In: Der Kunde, Aventis Magazin. Heft 1, 2001, S. 46, 42-46.

<sup>244</sup> Pietzsch, J.: e-health Gesundheit aus dem Cyberspace? A.a.O., S. 45..

<sup>245</sup> Pietzsch, J.: e-health Gesundheit aus dem Cyberspace? A.a.O., S. 46. Und: Forbriger, A.: INKA – neue Wege für Patienten im Informationsdschungel „Krebs“. In: Public Health Forum, 26, 1999, S. 19.

<sup>246</sup> Vgl.: Lerch, M./Dierks, M.L.: Gesundheitsinformation und -kommunikation als Basis für Patientensouveränität. A.a.O., S. 134.

### 5.2.4.3 Einbindung von Informationsmaterial in den Behandlungsprozess

Schriftliche Patienteninformationen sind immer als Ergänzung zu der mündlichen Information des Mediziners zu sehen.<sup>248</sup> Sie können und sollen das Gespräch nicht ersetzen. Am wirkungsvollsten sind Informationen deshalb, wenn sie in die Kommunikation zwischen Arzt und Patient eingebunden werden. Für Patienten ist es wichtig, wenn sie sich mit der „Flut“ der medizinischen Informationen in Ruhe auseinandersetzen können. Insbesondere für ältere Menschen ist die ergänzende Information hilfreich, weil sie während des Arztbesuches deutlich weniger Fragen stellen als jüngere Menschen.

Wenn schriftliche Informationen ergänzend gegeben werden, ist es sinnvoll, wenn nach einiger Zeit nachgefragt wird, ob die Information verständlich war und ob sich weitere Fragen ergeben haben. Darüber hinaus sollte die Telefonnummer des Autors oder der abgebenden Stelle angegeben sein.

### 5.2.5 Qualitätsanforderungen an den Herstellungsprozess

#### 5.2.5.1 Recherche

Bevor mit der Produktion von Patienteninformationen begonnen wird, sollte zunächst recherchiert werden, welches Informationsmaterial es bereits gibt und von welcher Qualität das Material ist. Insbesondere bei den entsprechenden Fachgesellschaften ist hochwertiges Informationsmaterial zu finden. Wenn spezielle Aspekte beleuchtet werden sollen, kann vorhandenes Material als Grundlage dienen.

Die Produktion von Patienteninformationen „lohnt“ sich immer dann, wenn entweder regionale Möglichkeiten und Besonderheiten dargestellt werden sollen oder wenn Zielgruppen durch spezifische Medien erreicht werden sollen.

---

<sup>247</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. XI.

<sup>248</sup> Auch Mediziner schätzen den Nutzwert ergänzender schriftlicher Information. So gaben 97% der Mediziner aus 62 befragten Allgemeinarztpraxen, dass sie in schriftlichen Informationsmaterialien eine wichtige Ergänzung zur mündlichen Information sehen. Vgl.: Vgl.: Linden, M./Gothe, H./Ryser, M.: Das gibt der Hausarzt seinen Patienten auf den Weg. A.a.O., S. 30. Die Kombination von mündlicher und schriftliche Information erhöht den Wissensstand der Patienten. Vgl.: Arthur, V.: Written patient information: a review of the literature. A.a.O., S. 1082f.

Der regionale Bezug ist von hoher Bedeutung für Krankenkassen, die damit ihren Versicherten effiziente Hilfestellung anbieten.

Die Recherche ist auch wichtig, um auf weiterführende Literatur oder Informationsquellen zu verweisen.

### 5.2.5.2 Patienten als Experten für Patienteninformationen

Eine wesentliche Voraussetzung, um qualitativ hochwertige Patienteninformationen zu produzieren, ist die frühe Einbeziehung von Patienten bzw. der Zielgruppe, für die die Information gedacht ist.<sup>249</sup> Da das Informationsbedürfnis von Krankheit zu Krankheit sehr variiert, kann nur durch Patientenbefragung von Anfang an zielgruppenorientiert gearbeitet werden. Grundsätzlich unterschätzen Experten den Bedarf an Detailwissen, den Betroffene haben.<sup>250</sup>

### 5.2.5.3 Einbindung verschiedener Gesundheitsprofessionen

Um den vielfältigen Auswirkungen einer Krankheit auf das Leben der Betroffenen gerecht zu werden, ist es notwendig, dass möglichst viele Professionen aus dem Gesundheitswesen bei der Herstellung von Informationen involviert werden. So kann sichergestellt werden, dass Informationen verschiedene Blickwinkel der Krankheit beleuchten.<sup>251</sup>

Insbesondere Physiotherapeuten und Ergotherapeuten haben umfangreiche Erfahrungen im Bereich der Bewältigung der Dinge des täglichen Lebens, die für Patienten eine sehr hohe Bedeutung haben. Personen aus der Häuslichen Pflege und Sozialarbeiter kennen regionale Institutionen und Adressen, die den Betroffenen Unterstützung anbieten.

---

<sup>249</sup> Vgl.: Centre of Health Information Quality (Hrsg.): Quality Issues in Consumer Health Information. A.a.O., o.S. Und: Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 53.

<sup>250</sup> Vgl.: ebd.

<sup>251</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 53.

### 5.2.5.4 Wahl der Medien

Der Erfolg von Patienteninformationen kann verbessert werden, wenn einzelne Informationsbausteine (Broschüren, Vorträge, Infotheken) aufeinander abgestimmt werden. Frühzeitig sollten auch die möglichen Distributionswege ausgelotet werden. Wenn bspw. die Distribution über Arztpraxen geplant wird, sollten die Praxen beteiligt werden und einbringen können, zu welchen Themen sie Informationsmaterial brauchen.

Da medizinisches Wissen kurze „Halbwertszeiten“ hat, sollte bei der Wahl der Medien auf Folgekosten durch Aktualisierung der Informationsinhalte geachtet werden.<sup>252</sup> COULTER führt zu dieser Problematik aus:

*„Leaflets can be relatively cheap to produce and disseminate, but they are less appropriate for people with reading difficulties. Once in circulation it is difficult to control their use and people may get hold of out-of-date versions. Audio-tapes avoid the problem of reading ability, but some people find it difficult to remember information heard on a tape. Telephone helplines can be made widely and cheaply accessible, but the quality of telephone lines can be variable so they should be regularly tested for audibility. Video has the advantage of providing both sound and pictures and offers the possibility of including interviews with patients describing their experiences, but it is more expensive to produce and can be difficult to update. Computer-based factsheets are cheap to produce, but current examples tend to be visually boring. Interactive media, such as CD-ROM with a touch-screen facility, offer the possibility of tailoring information to an individual patient's particular needs or preferences, but require access to a computer. Web sites can be easily updated, but many people do not have access to the internet.”<sup>253</sup>*

Da es selbstverständlich keine ideale Lösung gibt, ist es wichtig, für spezifische Zielgruppen zu produzieren und deren mediale Präferenzen von Anfang an zu berücksichtigen. Dazu gehört auch die regelmäßige Evaluation der Distributionswege der Informationsmaterialien.

---

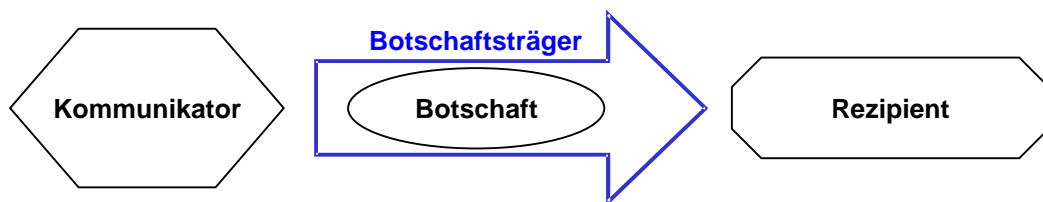
<sup>252</sup> Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 54.

<sup>253</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 55.

## 6 INFORMATIONSKANÄLE UND MEDIEN FÜR KRANKHEITSBEZOGENE INFORMATIONSÜBERMITTLUNG AUS SICHT DER KRANKENKASSEN

### 6.1 Kommunikationsprozess

Der Kommunikationsprozess kann grundsätzlich in vier Bestandteile zerlegt werden: Kommunikator, Botschaft, Botschaftsträger und Rezipient. Die folgende Abbildung zeigt in schematischer Weise den konzeptuellen Weg der Informationsübermittlung.<sup>254</sup>



**Abbildung 22:** Schematische Darstellung der Informationsübermittlung  
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wollnitz (1983)

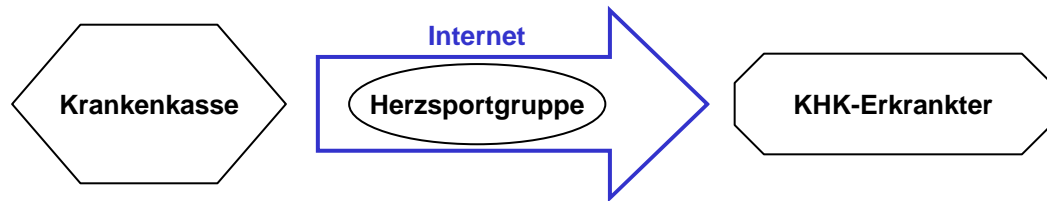
Ob eine Nachricht ihr Ziel erreicht, hängt davon ab, wie gut die genannten Faktoren aufeinander abgestimmt sind. Da im Zusammenhang dieser Arbeit die Krankenkasse als Kommunikator und spezifische Krankheitsinformationen als Botschaft feststehen, geht es vor allen Dingen darum, die Faktoren Botschaftsträger und Rezipient aufeinander abzustimmen. Die Eignung eines Informationskanals wird durch den Rezipient, den die Botschaft erreichen soll, bestimmt.

Ein Beispiel für die Anwendung des oben dargestellten Schemas auf Gesundheitsinformationen durch Krankenkassen sieht folgendermaßen aus:

---

<sup>254</sup> Vgl.: Wollnitz, G.: Marketing in der Gesundheitsvorsorge. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1983, S. 88.





**Abbildung 23:** Schematisches Beispiel für die Übermittlung gesundheitlicher Informationen für die Zielgruppe KHK-Erkrankter  
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wollnitz (1983)

In diesem Beispiel wurde das Internet als Botschaftsträger verwendet. Eine zur Zeit sehr prominente Lösung, die aber hinsichtlich ihrer Reichweiten für einige Zielgruppen nicht geeignet ist. Gerade in hohen Altersklassen ist das Internet nicht als Informationsmedium etabliert (vgl. Kapitel 6.3.1.2).

Neben der richtigen Auswahl des Mediums für Zielgruppen bestimmt die Informationsquelle (Kommunikator) die Bereitschaft des Rezipienten, eine Botschaft aufzunehmen und sie zu verarbeiten. Der Einfluss des Kommunikators auf die Ergebnisse der Kommunikation wird als Source-Effekt bezeichnet.<sup>255</sup>

Zwei wichtige Merkmale von Quellen sind Glaubwürdigkeit und Attraktivität oder Image.<sup>256</sup> In Abhängigkeit von der Botschaft, die vermittelt werden soll, überwiegt die Wichtigkeit einer der genannten Eigenschaften. Soll z. B. ein Produkt beworben werden, das eine starke Image-Komponente besitzt, steht die Attraktivität bzw. das Image der Quelle im Vordergrund. Da Gesundheitsdienstleistungen und auch Gesundheitsinformationen Vertrauensgüter sind, spielt die Glaubwürdigkeit der Informationsquelle eine größere Rolle als ihr Image. Krankenkassen haben als Körperschaften des öffentlichen Rechts, die nicht gewinnorientiert arbeiten, eine gute Ausgangsposition. In einer Umfrage der

---

<sup>255</sup> Vgl.: Wollnitz, G.: Marketing in der Gesundheitsvorsorge. A.a.O., S. 89.

<sup>256</sup> Vgl.: Solomon, M./Bamossy, G./Askegaard, S.: Konsumentenverhalten. München: Pearson Studium, 2001, S. 187. Und: Wollnitz, G.: Marketing in der Gesundheitsvorsorge. A.a.O., S. 89. Und: Meffert, H.: Die Beurteilung und Nutzung von Informationsquellen beim Kauf von Konsumgütern. In: Meffert, H., Steffenhagen, H., Freter, H.: Konsumentenverhalten und Information. Wiesbaden: Gabler, 1979, S. 40.

AOK Hessen wird bestätigt, dass Krankenkassen im Gegensatz zu anderen öffentlichen Institutionen als sehr vertrauenswürdig eingestuft werden.<sup>257</sup>

Allerdings kann sich die „Sparmentalität“ der GKV negativ auf die Glaubwürdigkeit von Krankenkassen auswirken. Die Notwendigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung, ihre Ausgaben zu begrenzen, kann bei Versicherten zu der Vermutung führen, dass durch Gesundheitsinformationen in erster Linie Ausgaben gesenkt und erst in zweiter Linie Unterstützung angeboten werden soll. Diese Unterstellung wird immer wieder von Leistungserbringern, insbesondere von niedergelassenen (Zahn-)Ärzten und Apothekern genährt. Rationalisierungsmaßnahmen, dazu gehört im weitestem Sinn auch die verstärkte Selbstbestimmung von Patienten, wirken sich in der Tat häufig direkt auf die Einkommenssituation der Mediziner und Pharmazeuten aus. Da Ärzte und Apotheker in der Regel mehr Kontakt zu den Versicherten haben als Krankenkassen, ist ihr Einfluss zu Ungunsten der Krankenkassen hoch. Die Mediziner müssen sich vorwerfen lassen, dass sie das notwendige und natürliche Vertrauensverhältnis Patient-Arzt für einkommensorientierte Eigeninteressen ausnutzen. Daher sind von Seiten der Krankenkassen mehr Anstrengungen nötig, um ihre prinzipiell gute Ausgangsposition als Kommunikator zu halten und auszubauen.

## **6.2 Mediaplanung im Zusammenhang der zielgruppenorientierten Informationsübermittlung durch Krankenkassen**

### **6.2.1 Übertragbarkeit der Prinzipien der Mediaplanung in Konsumgütermärkten auf die Anforderungen der zielgruppenorientierten Informationsübermittlung durch Krankenkassen**

Im Konsumgütermarketing wird der Prozess der Abstimmung des Botschaftsträgers auf den Rezipienten im Rahmen der Mediaplanung durchgeführt. Mediaplanung wird beschrieben als:

*„Festlegung der Media, wobei sich insbesondere die Frage nach der spezifischen Eignung von Media zur Kommunikation mit der anvisierten Zielgruppe stellt.“<sup>258</sup>*

---

<sup>257</sup> Vgl.: Follmer, R: Wie zufrieden sind die Kunden? Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der hessischen Bevölkerung. A.a.O., S. 61.

Oder anders ausgedrückt:

*„Ziel der Mediaplanung ist es, im Rahmen einer systematischen Media-Analyse und -planung einen möglichst effizienten Transport der Werbebotschaft zu der gewünschten Zielgruppe zu bestimmen.“<sup>259</sup>*

Mediaplanung befasst sich u.a. mit folgender Frage: „Durch welches Medium oder durch welchen Medienmix kann eine bestimmte Zielgruppe erreicht werden.“

Damit unterscheiden sich die Ziele der Mediaplanung von den Zielen der zielgruppenorientierten Informationsübermittlung durch Krankenkassen. Im Bereich der Krankenkassen und vor dem Hintergrund der hier vorliegenden Arbeit geht es um die Fragen:

1. „Welche spezifischen Zielgruppen hat die Krankenkasse?“
2. „Wie können diese Zielgruppen effizient erreicht werden?“

Der entscheidende Unterschied im Sinne der Fragestellung dieser Arbeit ist, dass die Krankenkasse nicht primär Kontakt zu Zielgruppen herstellt, um Einfluss auf deren Verhalten zu nehmen, sondern um den Erkrankten notwendige Informationen zur Verfügung zu stellen.

Dabei wird im Sinne des „High Involvement“<sup>260</sup> davon ausgegangen, dass das Informationsbedürfnis bei Erkrankten/Patienten in der Regel so hoch ist, dass es ausreicht, entsprechende Informationen zur Verfügung zu stellen. Informationen werden von den Betroffenen aktiv gesucht.

High Involvement ist ein Konstrukt aus dem Marketing und bezieht sich auf den Grad der persönlichen Betroffenheit oder der persönlichen Bedeutung einer Thematik für das Individuum. Klassische High-Involvement Situationen sind z. B. Entscheidungen über Automarken oder den Besuch von Universitäten. Im Kontext der vorliegenden Untersuchung ist das Konzept des High-Involvement wirksam, weil es besagt, dass das Individuum angesichts einer starken Betroffenheit durch ein Thema Informationen aktiv sucht,

---

<sup>258</sup> Gabler-Wirtschaftslexikon. A.a.O.

<sup>259</sup> Unger, F./Durante, N.-V./Gabrys, E./Koch, R./Wailersbacher, R.: Mediaplanung. Heidelberg: Physica-Verlag, 1999, S. 2.

<sup>260</sup> Der Begriff des High Involvement stammt aus dem Marketing und bezieht sich auf den Grad der persönlichen Betroffenheit oder persönlichen Bedeutung einer Thematik für das Individuum. High Involvement besagt, dass ein Individuum angesichts einer starken Betroffenheit durch ein Thema Informationen aktiv sucht, aufnimmt und verarbeitet. Vgl.: Solomon, M./Bamossy, G./Askegaard, S.: Konsumentenverhalten. A.a.O., S. 133.

aufnimmt und verarbeitet.<sup>261</sup> Darüber hinaus kann der Grad des Involvement als Segmentierungsmerkmal benutzt werden, da er wichtige Hinweise zur Erreichbarkeit, Empfänglichkeit und Steuerbarkeit einer Gruppe gibt (Vgl. Kap. 7.2.3.2).<sup>262</sup>

Durch Ergebnisse aus der Evaluation des US-amerikanischen telefonischen Krebsinformationsdienst (CIS) wird die Übertragbarkeit des Konstrukts auf Gesundheitsinformationen unterstützt. So gaben Anrufer, die weder selbst noch deren Angehörige von einer Krebserkrankung betroffen waren, an, dass sie vom CIS v.a. aus dem Fernsehen oder Radio gehört hatten, also aus passiven Medien mit extrem hohen Reichweiten (Vgl. Kap. 6.4.2, und 6.4.7) Betroffene und deren Angehörige dagegen hatten aktiv nach Informationsquellen gesucht.<sup>263</sup> Auch Teilnehmer von Fokusgruppen, die in einer britischen Studie die Qualität von Informationsmaterial beurteilten, beschrieben häufig, dass sie relevante Informationen aktiv gesucht haben. Oft wurde diese aktive Suche durch Unzufriedenheit mit den vom Arzt erhaltenen Informationen ausgelöst.<sup>264</sup>

Es ist keine „subtile“ Beeinflussung im Sinne von Werbung nötig, um Interesse für das Produkt „Information“ zu wecken. Werbedruck<sup>265</sup> im Sinne der Mediaplanung muss nicht aufgebaut werden, da das Involvement bei Gesundheitsinformationen hoch ist.

### 6.2.2 Kriterien der Informationsübermittlung und des Medieneinsatzes

Informationskanäle und Medien werden anhand unterschiedlicher Kriterien bewertet. Welches Kriterium stärkeren Einfluss auf die Auswahlentscheidung hat, hängt von den Rahmenbedingungen ab, wie bspw. dem Budget oder Inhalten der Botschaft.

*Reichweite*

---

<sup>261</sup> Vgl.: Pepels, W.: Segmentierungsdeterminanten im Käuferverhalten. In: Pepels, W.: Marktsegmentierung. Heidelberg: I.H. Sauer Verlag, 2000. S. 81.

<sup>262</sup> Vgl.: Solomon, M./Bamosy, G./Askegaard, S.: Konsumentenverhalten. A.a.O., S. 133.

<sup>263</sup> Vgl.: Meissner, H./Anderson, M./Odenkirchen, J.: Meeting Information Needs of Significant Others: Use of Cancer Information Service. A.a.O., S. 176.

<sup>264</sup> Vgl.: Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.: Informing patients. A.a.O., S. 28.

<sup>265</sup> Vgl.: Unger, F./Durante, N.-V./Gabrys, E./Koch, R./Wailersbacher, R.: Mediaplanung. A.a.O., S. 13.

Unter der Reichweite eines Mediums oder eines Informationskanals wird die Anzahl und Häufigkeit verstanden, mit der ein Medium genutzt wird. Das Medium Fernsehen hat zum Beispiel eine sehr hohe Reichweite. Die hohe Reichweite eines Mediums ist für Krankenkassen von Bedeutung, wenn möglichst viele Versicherte oder potentielle Kunden angesprochen werden sollen.

### *Spezifität und Informationsgehalt*

Die Spezifität eines Mediums oder eines Informationskanals bezieht sich auf die Spezifität der vermittelten Botschaft für den Rezipienten. Medien mit einer hohen Reichweite haben im allgemeinen eine geringe Spezifität, weil sie das Informationsbedürfnis oder Unterhaltungsbedürfnis vieler Menschen befriedigen. Durch Medien mit geringen Reichweiten können dagegen Botschaften vermittelt werden, die sehr spezifischen Informationsbedürfnissen der Empfänger gerecht werden. Es gilt die Abänderung einer bekannten Aussage: „Content follows medium.“ Das Medium bestimmt die Möglichkeiten der inhaltlichen Darstellung.

Die Frage der Spezifität von Inhalten ist für den Einsatz von Informationskanälen durch Krankenkassen sehr relevant, da insbesondere krankheitsbezogene Informationen sehr spezifisch sein müssen, um das Informationsbedürfnis der Erkrankten befriedigen zu können.

### *Akzeptanz des Mediums für krankheitsbezogene Informationen*

In diesem Merkmal spiegelt sich wider, inwiefern ein Medium oder ein Informationskanal als Quelle für krankheitsbezogene Informationen akzeptiert und genutzt wird.

Die Akzeptanz wird mittelbar durch die Nutzungsfrequenz des Mediums gemessen.

### *Aktualisierbarkeit*

Mit Aktualisierbarkeit ist der Aufwand gemeint, der nötig ist, um Botschaftsinhalte in einem Medium zu aktualisieren. Websites können bspw. mit sehr geringem Aufwand aktualisiert werden. Der Aufwand, um ein Buch zu aktualisieren, ist dagegen sehr viel höher und verursacht höhere Folgekosten.

Der Aspekt der Aktualisierbarkeit ist für Krankenkassen von hoher Bedeutung, weil medizinische Informationen kurzen „Halbwertszeiten“ unterliegen.

## *Aufwand der Herstellung, des Einsatzes*

Der Aufwand der Herstellung ist ein Kriterium, das den ökonomischen Ressourceneinsatz abbildet. Der Aufwand der Herstellung und des Einsatzes für Informationsbroschüren ist bspw. geringer als der Aufwand der Herstellung und des Einsatzes für eine telefonische Infoline.

## **6.3 Mediennutzungsverhalten bei gesundheitlichen Themen**

### **6.3.1 Mediennutzungsverhalten bei persönlichen gesundheitlichen Problemen**

#### **6.3.1.1 Überblick über das Mediennutzungsverhalten bei persönlichen gesundheitlichen Problemen**

Obwohl es sehr viele, regelmäßige und dezidierte Untersuchungen zum allgemeinen Mediennutzungsverhalten gibt, gibt es kaum vergleichende Untersuchungen zur Nutzung von Medien in Bezug auf gesundheitliche Informationen. Die derzeit im Auftrag von Krankenkassen durchgeführten Befragungen schließen viele mögliche Medien von vornherein aus und konzentrieren sich auf von Krankenkassen präferierte Medien. Dieses Vorgehen ist ökonomisch nur geringfügig effektiver, engt aber gleichzeitig bereits in der Planung den späteren Handlungsspielraum ein.

Die Public Health Forschung dagegen beschäftigt sich mit der Effizienz des Einsatzes einzelner Medien oder eines Medienbündels mit dem Ziel, gesundheitliches Verhalten zu steuern.

Im Rahmen der Recherche zu dieser Arbeit ist eine detaillierte Untersuchung im deutschen Raum bekannt geworden, die eine vergleichende Befragung zur Nutzung von Medien in Bezug auf gesundheitliche Fragen durchgeführt hat. Hierbei handelt es sich um die Studie des EU-Projektes Citizen's Advisory System Based On Telematics For Communication And Health (CATCH II), das die Entwicklung eines standardisierten Werkzeugs zur Darstellung von Gesundheits-Informationen im Internet oder auf multimediale Plattformen zum Ziel hat.<sup>266</sup>

---

<sup>266</sup> Vgl.: Dürer, U./Moore, A./Schröder, M.: Citizen's Advisory System Based on Telematics for Communication and Health (CATCH II). A.a.O., o.S., (Erläuterungen zum Projekt auf der angegebenen Website.)

Die Ergebnisse einer Befragung, die im Vorfeld des Projektes durchgeführt wurde, unterstützen das Konzept des problem- und interessenorientierten Informationsverhaltens (s. Kapitel 4.2.1).

So wurde auf die Frage: „Woher beziehen Sie medizinische Fachinformationen, wenn Sie Fragen haben, die Ihre eigene Gesundheit betreffen?“, folgendermaßen geantwortet:<sup>267</sup>

Informationsquellen für Gesundheitsinformationen			
Rang	Informationsquelle	Häufigkeit	In %
1	Arzt	253	84
2	Medizinische Sachbücher	88	30
3	Apotheker	63	21
4	Eltern/Verwandte	63	21
5	Gesundheitsmagazine	55	18
6	Nachbarn/Umfeld	37	12
7	Internet	24	8
8	Bücherei	18	6
9	Computer (offline)	12	4
10	Andere	8	2
11	Internet Café	5	2

N: 300, Mehrfach-Nennungen waren möglich

**Tabelle 1:** Main Sources of Health Information  
Quelle: Dürer (1999)

In den Antworten wird deutlich, dass in Bezug auf konkrete gesundheitliche Probleme der Arzt die wichtigste Informationsquelle darstellt. An zweiter Stelle folgen medizinische Sachbücher. Die Plätze Eins, Drei und Vier sind durch „persönliche“ Informationsquellen besetzt. Diese Antworten unterstützen die Hypothese von VAN DER RIJ, dass angesichts eines akuten Problems Informationskanäle genutzt werden, die sich durch eine hohe Spezifität des Inhalts auszeichnen.<sup>268</sup> VAN DER RIJ kommt in seiner Untersuchung zu ähnlichen Ergebnissen. Er stellte die Frage, welche Informationsquelle bei dem ernst-

<sup>267</sup> Dürer, U./Moore, A./Schröder, M.: Citizen's Advisory System Based on Telematics for Communication and Health (CATCH II): Deliverable D2.1 Overall Report on User Needs. A.a.O., S. 41.

haftesten Gesundheitsproblem des vergangenen Jahres genutzt wurde. Die Antworten teilen sich folgendermaßen auf:<sup>269</sup>

Im Fall von Beschwerden werden befragt	In %
Arzt	86
Medizinische Sachbücher	33
Menschen des sozialen Umfelds	30
Apotheker	18
Nichts unternommen	12

N: 299, Mehrfach-Nennungen waren möglich

**Tabelle 2:** Frequency of consulting different sources in consequences of health complaints last year.  
Quelle: Van der Rijt (2000)

Werden die Ergebnisse miteinander verglichen, zeigt sich, dass beide Umfragen zu annähernd gleichen Ergebnissen kommen. So wird die Aussagekraft der Studien, trotz der relativ kleinen Grundgesamtheiten, gestärkt.<sup>270</sup>

Beide Umfragen untermauern, dass für Fragen, die die eigene Gesundheit betreffen, interpersonelle Informationsquellen von hoher Bedeutung sind. Angeführt wird die Liste in beiden Befragungen durch den Arzt. Aber auch Menschen des sozialen Umfelds und der Apotheker werden bevorzugt zu gesundheitlichen Fragen konsultiert. Dieses Ergebnis kann dahingehend interpretiert werden, dass Gesundheitsfragen ein sehr persönliches und vertrauliches Thema sind, das individueller Antworten bedarf.

Bemerkenswert ist, dass in beiden Umfragen medizinische Sachbücher als Quellen für problemorientierte Informationssuche an zweiter Stelle stehen. Allerdings hat VAN DER RIJT nachgewiesen, dass medizinische Sachbücher überwiegend von Menschen als Informationsquelle genutzt werden, die insgesamt ein hohes Interesse an gesundheitlichen Themen haben,<sup>271</sup> so dass aus den Untersuchungsergebnissen nicht geschlossen werden

---

<sup>268</sup> Vgl.: Rijt, van der G.: Health Complaints and the search for Health Information. A.a.O., S. 144.

<sup>269</sup> Vgl.: Rijt, van der G.: Health Complaints and the search for Health Information. A.a.O., S. 151.

<sup>270</sup> Bezeichnend dafür, dass Krankenkassen erst kürzlich ihre Funktion als Beraterin für spezielle gesundheitliche Probleme entdeckt haben, ist die Tatsache, dass in der CATCH Umfrage die Krankenkasse als mögliche Informationsquelle nicht vorgegeben wurde.

<sup>271</sup> Vgl.: Rijt, van der G.: Health Complaints and the search for Health Information. A.a.O., S. 152.



darf, dass medizinische Sachbücher generell eine hohe Akzeptanz als Informationsquelle genießen.

Weiter führt VAN DER RIJT aus, dass es einen Zusammenhang zwischen der Ernsthaftigkeit des gesundheitlichen Problems, dem Alter und der Wahrscheinlichkeit gibt, dass der Mediziner als Informationsquelle genutzt wird. Je ernster das Problem ist und je älter das Individuum ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass Ärzte konsultiert werden.<sup>272</sup> Der Zusammenhang zwischen höherem Alter und der steigenden Wahrscheinlichkeit der Konsultation des Arztes wird auch in einer weiteren Befragung bestätigt.<sup>273</sup>

---

<sup>272</sup> Vgl.: Rijt, van der G.: Health Complaints and the search for Health Information. A.a.O., S. 152.

<sup>273</sup> Vgl.: Hahne (1997), S. 16. In: Wasem, J./Güther, B.: Das Gesundheitssystem in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Eigenverlag Janssen-Cilag GmbH, Neuss, 1998. S. 27. Die Primärquelle konnte trotz Kontaktaufnahme zu den Autoren nicht ausfindig gemacht werden.

Und: Williams, J./Flora, J.: Health Behavior Segmentation and Campaign Planning to Reduce Cardiovascular Disease Risk Among Hispanics. In: Health Education Quarterly, Vol. 22, No. 1, Febr. 1995, S. 45.

### 6.3.1.2 Altersspezifische Betrachtung des Mediennutzungsverhaltens bei persönlichen gesundheitlichen Problemen

Werden die Ergebnisse der CATCH-Befragung in Bezug auf Alterskategorien betrachtet, zeigen sich bei einigen Informationsquellen unterschiedliche Nutzungsfrequenzen. Dieses Aussage trifft -im Gegensatz zu den Ergebnissen von VAN DER RIJT- nicht auf die Informationsquelle „Arzt“ zu.

	Alterskategorien in Jahren					
	I 16-20	II 21-30	III 31-40	IV 41-50	V 51-60	VI 61-70
<b>Arzt</b>	89%	81%	83%	82%	89%	85%
<b>Med. Sachbücher</b>	19%	<b>35%</b>	27%	31%	<b>34%</b>	26%
<b>Apotheker</b>	11%	27%	<b>28%</b>	18%	17%	20%
<b>Eltern/Verwandte</b>	<b>68%</b>	44%	30%	3%	4%	2%
<b>Gesundheitsmagazine</b>	15%	4%	13%	26%	23%	<b>28%</b>
<b>Internet</b>	4%	<b>17%</b>	13%	5%	4%	4%

N: 300, Mehrfach-Nennungen waren möglich

Die jeweils höchste Nutzungsfrequenz eines Mediums wurde fett dargestellt.

**Tabelle 3:** Nutzung von Informationsquellen je Alterskategorie

Prozentualer Anteil je Alterskategorie, der angibt, eine der Informationsquellen in Bezug auf eigene gesundheitliche Probleme zu nutzen.

Quelle: Dürer (1999)

Die Nutzung medizinischer Sachbücher ist in den Alterskategorien II und V am höchsten. Der Apotheker wird am stärksten von den Alterskategorien II und III in Anspruch genommen. Eltern und Verwandte werden bei akuten gesundheitlichen Problemen von Menschen bis zu 40 Jahren als Informationsquelle genutzt. Interessant ist, dass Gesundheitsmagazine am häufigsten von der Altersgruppe VI genutzt werden.

Deutliche altersbezogene Unterschiede zeigen sich in der Nutzung des Mediums Internet für gesundheitsbezogene Fragen. Es ist festzustellen, dass das Internet für spezielle gesundheitliche Fragen keine große Bedeutung hat und dass die Nutzung in Altersgruppen über 40 Jahre mit unter 5% zu vernachlässigen ist.

### 6.3.1.3 Geschlechtsspezifische Betrachtung des Mediennutzungsverhaltens bei persönlichen gesundheitlichen Problemen

Wird die Frequentierung der vorgegebenen Informationsquellen geschlechtsspezifisch betrachtet, ergibt sich folgendes Bild:

Rang	Frauen	In %	Männer	In %
1	Arzt	84	Arzt	87
2	Med. Sachbücher	32	Med. Sachbücher	27
3	Apotheker	28	Eltern/Verwandte	20
4	Gesundheitsmagazine	24	Apotheker	15
5	Eltern/Verwandte	22	Gesundheitsmagazine	13
6	Nachbarn/Umfeld	14	Nachbarn/Umfeld	11
7	Bücherei	8	Internet	10
8	Internet	6	Computer (offline)	5
9	Computer (offline)	3	Bücherei	4
10	Internet Café	1	Internet Café	3

N: 300, Mehrfach-Nennungen waren möglich

**Tabelle 4:** Geschlechtsspezifische Nutzung der Informationskanäle bei gesundheitlichen Problemen  
Quelle: Dürer (1999), eigene Berechnung

In dieser Betrachtung zeigt sich, dass es deutliche Unterschiede in der geschlechtsspezifischen Nutzung von Informationsquellen gibt. Auffallend ist, dass Frauen insgesamt mehr Informationskanäle angeben als Männer. Bei fast gleichen Grundgesamtheiten<sup>274</sup> weiblicher und männlicher Befragter nennen Frauen insgesamt 336 Informationsquellen, während Männer lediglich 290 Quellen angeben.

Deutliche Unterschiede zeigen sich in der Nutzung medizinischer Sachbücher, die bei beiden Geschlechtern auf Platz Zwei liegen. Ca. 32% der befragten Frauen nutzen medizinische Sachbücher. Dies behaupten von sich nur 27% der Männer.

<sup>274</sup> Frauen: 148 Befragte, Männer: 149 Befragte

Auch der Apotheker genießt nach diesen Befragungsergebnissen ein deutlich stärkeres Vertrauen bei Frauen als bei Männern.

Auffallend ist die Nutzung von Gesundheitsmagazinen: Fast doppelt so viele Frauen als Männer geben an, sich bei persönlichen gesundheitlichen Problemen durch Gesundheitsmagazine zu informieren.

Fast gleich in der Nutzungsfrequenz sind die persönlichen Informationsquellen aus der Umgebung der Befragten. Sowohl Eltern als auch Verwandte/Nachbarn werden von beiden Geschlechtern anteilmäßig fast gleich zu gesundheitlichen Problemen befragt.

Allein die Nutzung elektronischer Medien ist bei Männern stärker als bei Frauen. Ein deutlicher Unterschied zeigt sich bei einer insgesamt niedrigen Frequentierung bei der Nutzung des Internet: 10% der Männer geben an, das Internet als Informationsmedium genutzt zu haben gegenüber lediglich 6% der Frauen.

### 6.3.1.4 Nutzergruppen von Infolines

Weil telefonische Beratung nicht als mögliche Informationsquelle gesundheitlichen Wissens in der CATCH Befragung zur Auswahl stand, sollen hier einige Ergebnisse anderer Studien dargestellt werden, da sich die „Hotlines“ als Informationskanal für Gesundheitsinformationen durchaus bewähren (Vgl. Kapitel 6.4.14).

Auch wenn nicht alle Untersuchungen der Nutzergruppen von telefonischen Informationsdiensten zu dem gleichen eindeutigen Ergebnis kommen, zeigt sich, dass die Mehrzahl der Anrufer weiblich ist.

So waren 70% von 435.000 ausgewerteten Anrufen beim US-amerikanischen Krebsinformationsdienst Cancer Information Service weiblich.<sup>275</sup>

Abweichend von diesen Ergebnissen stellt sich die Nutzerstruktur des gemeinsamen telefonischen Informationsdienstes der Gmünder Ersatzkasse und des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover dar. Hier wurden 53% der Anfragen von Männern gestellt. Das bezieht sich aber nicht nur auf den telefonischen Dienst, sondern gleichzeitig auch auf E-mail und Post.

---

<sup>275</sup> Vgl.: Meissner, H./Anderson, M./Odenkirchen, J.: Meeting Information Needs of Significant Others: Use of Cancer Information Service. A.a.O., S. 173.

Auch in einer Befragung zu den Profilen von Nutzern eines canadischen Health Information Support Telephone Service – einer in Nordamerika verbreiteten Art, Gesundheitsinformationen zur Verfügung zu stellen – wurde festgestellt, dass die weiblichen Anrufer in der Mehrzahl waren.<sup>276</sup> Eine US-amerikanische Studie, die sich ebenfalls mit der Nutzung von telefonischer Gesundheitsberatung beschäftigte, stellte fest, dass dreiviertel der Anrufer Frauen waren.<sup>277</sup>

Andere sozio-demografischen Merkmale in der o.g. US-amerikanischen Studie über den Cancer Information Service (CIS) waren folgende: 6% der Anrufer waren 19 Jahre oder jünger, 42% waren zwischen 20 und 39 Jahre alt, 34% waren zwischen 40 und 59 Jahren alt und 18% waren 60 Jahre oder älter. Dieses Ergebnis zeigt, dass trotz der deutlichen Spitze in einer jungen Altersgruppe, auch ältere Menschen diesen Dienst nutzen. Die Nutzerstruktur des Informationsdienstes der Gmünder Ersatzkasse bestätigt dieses Ergebnis: 57% der Anfragen wurden durch Menschen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren gestellt.<sup>278</sup>

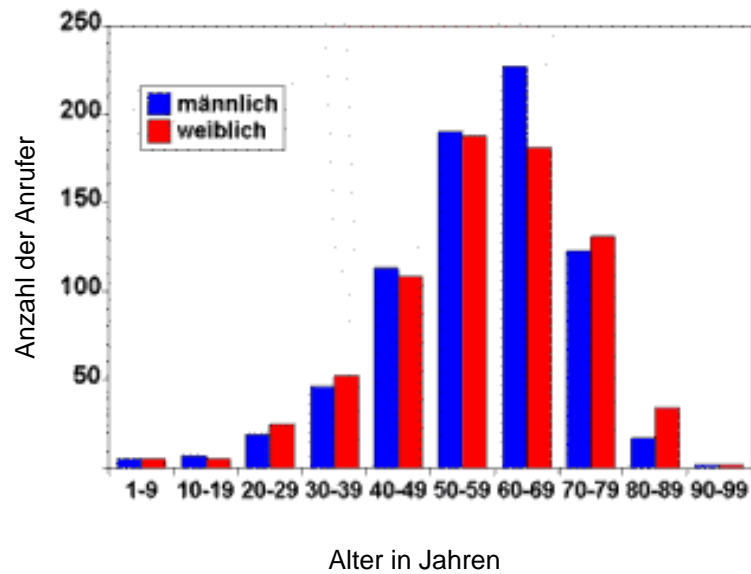
Auch der telefonische Informationsdienst der Deutschen Hochdruckliga wird durch ältere Menschen in Anspruch genommen, wie die folgende Abbildung von der Website der Hochdruckliga zeigt:

---

<sup>276</sup> Vgl.: Bang, D./Farrar, S./Sellors, J./Buchanan, D.: Consumer Health Information Services: Preliminary Findings about Who is using them. A.a.O., S. 106.

<sup>277</sup> Vgl.: Freimuch, V./Stein, J./Kean, T.: The Cancer Information Service Evaluation: An Overview of Results. In: Searching for Health Information: The Cancer Information Service Model. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1989.

<sup>278</sup> Vgl.: Schwarz, G./Mieth, I./Dierks, M.L./Martin, S./Schwarz, F.W.: Ergebnisse und Erfahrungen mit der telefonischen Vermittlung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen. In: Die Ersatzkasse. Heft 3, 2001, S. 110.



**Abbildung 24:** Anruferstatistik des Herz-Kreislauf-Telefons der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks.  
Quelle: Hochdruckliga<sup>279</sup>

Darüber hinaus zeigte sich bei der Untersuchung des CIS weiter, dass die Anrufer einen höheren Bildungsgrad haben, als es der durchschnittlichen Prävalenz der US-amerikanischen Bevölkerung entspricht.<sup>280</sup>

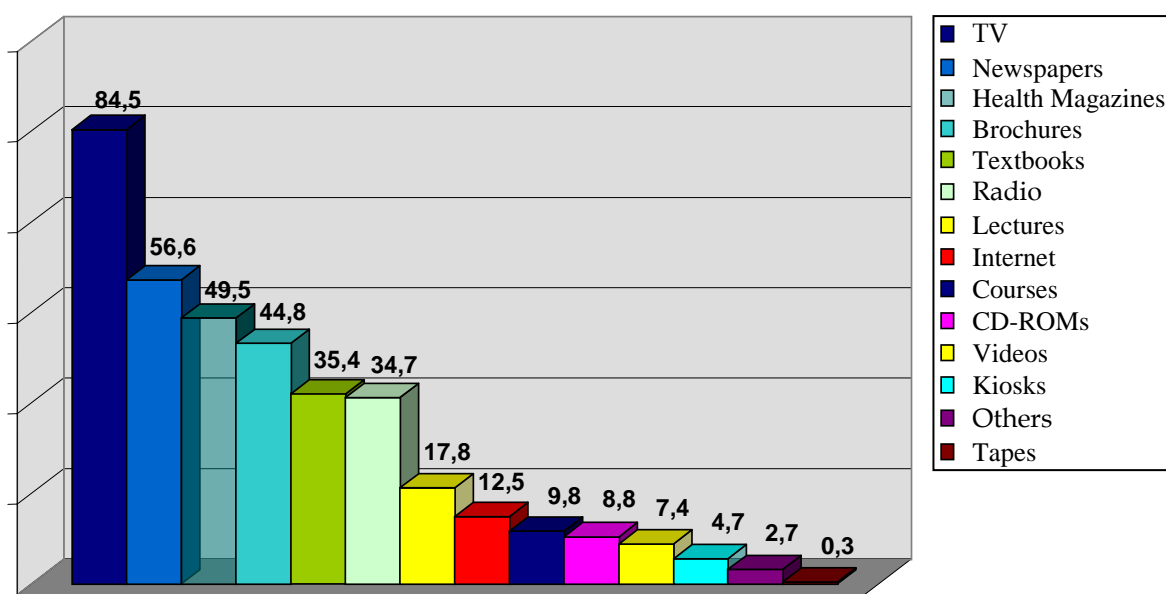
<sup>279</sup> Anruferstatistik der Hochdruckliga: URL: <http://www.paritaet.org/hochdruckliga>, (Stand: Juli 2002).

<sup>280</sup> Vgl.: Meissner, H./Anderson, M./Odenkirchen, J.: Meeting Information Needs of Significant Others: Use of Cancer Information Service. A.a.O., S. 173 und 178.

### 6.3.2 Mediennutzungsverhalten bei allgemeinen gesundheitlichen Themen

#### 6.3.2.1 Überblick über das Mediennutzungsverhalten bei allgemeinen gesundheitlichen Themen

Das Mediennutzungsverhalten gestaltet sich anders, wenn nicht explizit ein konkretes gesundheitliches Problem bei der Frage nach der Nutzung von Informationsquellen zu Grunde gelegt wird. So wurde auf die Frage „Welche der nachfolgend aufgeführten Informationsquellen haben Sie bereits selbst genutzt, um sich medizinisches Fachwissen anzueignen?“, in der CATCH-Untersuchung folgendermaßen geantwortet:<sup>281</sup>



N: 297, Mehrfach-Nennungen waren möglich, Angaben in Prozent

**Abbildung 25:** Nutzungsfrequenzen verschiedener Medien bei gesundheitlichen Themen  
Quelle: Dürer, U. (1999)

#### Fernsehen

Dieses Ergebnis zeigt, dass das Fernsehen als Informationsmedium für allgemeine medizinische Themen an erster Stelle steht. Knapp 85% der Befragten geben an, dass sie das Fernsehen nutzen, um sich medizinisches Fachwissen anzueignen. Dieses Ergebnis ist

<sup>281</sup> Dürer, U./Moore, A./Schröder, M.: Citizen's Advisory System Based on Telematics for Communication and Health (CATCH II), Results of the User Needs Study in Germany. A.a.O., S. 22.

vermutlich deshalb so deutlich, weil bei den vorgegebenen Antworten interpersonelle Informationsquellen nicht aufgeführt wurden. In einer Studie, in der zwischen speziellen und allgemeinen Fragen nicht unterschieden wurde, belegte das Fernsehen Platz Zwei hinter dem Arzt und wurde auch als wichtigstes Informationsmedium neben persönlichen Kontakten eingestuft.<sup>282</sup> Diese Ergebnisse spiegeln die Wichtigkeit des Fernsehens als Informationsquelle wider, das nicht nur in Bezug auf medizinische Themen die Liste der Informationsquellen anführt, sondern allgemein das wichtigste Informationsmedium geworden ist.

### *Tageszeitungen*

Ähnlich verhält es sich mit der Tageszeitung als zweitwichtigstem Informationsmedium für allgemeine medizinische Informationen. Die Vermutung, dass medizinische Informationen im Fernsehen und in der Tageszeitung neben vielen anderen Themen eher passiv „konsumiert“ werden, wurde in einer Befragung der AOK Hessen nicht bestätigt. Von 30% der Befragten, die angeben, häufig im Fernsehen oder in Zeitungen und Zeitschriften Beiträge zum Thema „Gesundheit“ anzusehen bzw. zu lesen, antworteten 70%, dass sie sich gezielt diesem Thema widmen.<sup>283</sup>

### *Gesundheitsmagazine*

Fast 50% der Befragten in der CATCH Studie nutzen Gesundheitsmagazine als Medium für medizinische Fachinformationen. Allerdings wurde der Begriff „Gesundheitsmagazin“ nicht eingegrenzt, z.B. Apothekenzeitschriften. Diese haben laut einer Leseranalyse aus dem Jahr 1994 eine Reichweite von 20% in der Bevölkerung über 14 Jahre.<sup>284</sup> In den Jahrgängen über 50 erzielten die fünf umsatzstärksten Apothekenzeitschriften sogar eine Reichweite von knapp 32%.

### *Broschüren und Medizinische Sachbücher*

---

<sup>282</sup> Hahne (1997), a.a.O., S. 27.

<sup>283</sup> Vgl.: Follmer, R: Wie zufrieden sind die Kunden? Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der hessischen Bevölkerung. A.a.O., unveröffentlichte Teilauswertung.

<sup>284</sup> Vgl.: Rusch, B.: Kompetente Ratgeber. In: Media Spectrum, 15 Jg., 1994, Nr. 10, S. 37.



Knapp 45% antworteten, dass sie gesundheitliche Informationen aus Broschüren beziehen. Auch hier bleibt unklar, um was für Broschüren es sich konkret handelt. Trotzdem ist diese starke Nutzung des Mediums „Broschüre“ aus Sicht der Krankenkassen ein positives Ergebnis, weil Broschüren klassische Informationsmedien sind, die eine hohe Akzeptanz erfahren und häufig eingesetzt werden.

Auch der fünfte Platz der häufig genutzten Informationskanäle für gesundheitliche Themen wird durch ein Printmedium belegt. Gut 35% der Befragten geben an, in medizinischen Sachbüchern Antworten auf gesundheitliche Fragen zu suchen.

### *Radio*

Das Radio wird von knapp 35% der Befragten genutzt, um sich medizinisches Fachwissen anzueignen. Diese im Verhältnis zur sonst hohen Reichweite des Radios eher niedrige Rate kann darauf zurückgeführt werden, dass das Radio überwiegend passiv und neben einer anderen Tätigkeit genutzt wird. Eine selektive, gesteuerte Aufnahme von Informationen tritt bei der Nutzung dieses Mediums i.d.R. in den Hintergrund.

### *Vorträge und Fortbildungskurse*

Interessant ist, dass fast 18% der Befragten bereits Vorträge zu medizinischen Themen besucht haben. Dieses relativ hohe Ergebnis ist bemerkenswert, weil die Besucher von Gesundheitsvorträgen eine nicht unerhebliche Anstrengung auf sich nehmen, um sich zu informieren. Hier spiegelt sich sehr hohes Interesse wider, das in Aktivitäten umgesetzt wird. Ähnlich kann das Ergebnis zur Frequentierung von Fortbildungskursen (10%) in Sachen Gesundheit gewertet werden.

### *Internet*

Das Internet nutzten 1999 12,5% der Befragten um sich medizinische Informationen anzueignen. In diesem Ergebnis zeigt sich, dass der „Siegesszug“ des Internet als Informationsmedium noch nicht bis in die Bereiche der „Laien“-Gesundheitsinformationen reicht. Die Nutzung des Internet ist im Vergleich zu den Massenmedien Fernsehen und Tageszeitung, aber auch im Vergleich zu Broschüren gering.

### 6.3.2.2 Geschlechtsbezogenes Mediennutzungsverhalten bei allgemeinen gesundheitlichen Themen

Eine nach Geschlechtern differenzierte Betrachtung des Mediennutzungsverhaltens kommt zu den in der folgenden Tabelle dargestellten Ergebnissen.<sup>285</sup>

Rang	Frauen	In %	Männer	In %
1	Fernsehen	85	Fernsehen	85
2	Gesundheitsmagazine	61	Tageszeitung	55
3	Tageszeitung	58	Broschüren	40
4	Broschüren	49	Gesundheitsmagazine	38
5	Med. Sachbücher	42	Radio	33
6	Radio	37	CD-ROM	33
7	CD-ROM	37	Med. Sachbücher	29
8	Vorträge	18	Vorträge	17
9	Video	8	Video	5
10	Kurse	15	Internet	13
11	Internet	12	Kurse	5
12	Kiosk	5	Kiosk	4
13	Andere	3	Andere	3
14	Audiokassette	0	Audiokassette	0

N: 300, Mehrfachnennungen waren möglich

**Tabelle 5:** Geschlechtsbezogenes Mediennutzungsverhalten in Bezug auf allgemeine gesundheitliche Themen.  
Quelle: Dürer (1999), eigene Berechnung

Auch bei der Mediennutzung in Bezug auf allgemeine Themen zeigt sich, dass Frauen insgesamt mehr Informationsquellen nutzen als Männer. So geben 148 Frauen 594 Informationsquellen an und 149 Männer nur 503 Informationsquellen.

Bei beiden Geschlechtern überragt die Nutzung des Fernsehens als Informationsquelle die Nutzung aller anderen Alternativen.

<sup>285</sup> Vgl.: Dürer, U./Moore, A./Schröder, M.: Citizen's Advisory System Based on Telematics for Communication and Health (CATCH II): Results of the User Needs Study in Germany. A.a.O., unveröffentlichte Teilauswertung.

Und doch ist bei Frauen die Frequentierung der Informationskanäle auf den folgenden Plätzen sehr viel stärker als bei Männern. Ca. 60% nutzen Gesundheitsmagazine und Zeitungen, um sich über allgemeine gesundheitliche Themen zu informieren. Knapp 50% geben an, sich mit Hilfe von Broschüren zu informieren. Das sind beträchtliche Reichweiten für Medien, die die ersten vier Plätze belegen. Aber auch Medizinische Sachbücher, Radio und CD-ROM werden häufig von Frauen genutzt, um sich über gesundheitliche Themen zu informieren. Die zuletzt genannten Medien werden von über 35% der befragten Frauen genutzt. Erst dann bricht die Nutzungsfrequenz ab und „nur“ 18% geben an, Vorträge über Gesundheitsfragen zu besuchen.

Während das Fernsehen von Männern fast genauso häufig als Informationsquelle angegeben wird wie von Frauen, sind die Nutzungsfrequenzen der auf den Plätzen Zwei bis Fünf folgenden Medien deutlich niedriger. 55% der befragten Männer geben an, sich durch eine Zeitung über gesundheitliche Themen zu informieren. Auf den Plätzen Drei und Vier folgen Broschüren und Gesundheitsmagazine mit knapp 40%. Radio und CD-ROM werden deutlich weniger von den befragten Männern genutzt.

Die Unterschiede in der relativen Betrachtung der Nutzung von Gesundheitskursen und Vorträgen durch die Geschlechter (drei Viertel Frauen, ein Viertel Männer) wird auch durch einen Pretest zu einer Untersuchung von Gesundheitszentren bestätigt. Die befragten Gesundheitszentren geben an, dass drei Viertel der Teilnehmer ihres Bildungsangebotes Frauen sind.<sup>286</sup>

Auch bei dieser Betrachtung der Mediennutzung in Bezug auf allgemeine gesundheitliche Themen ist das Internet der einzige Informationskanal, der -bei einer insgesamt geringen Nutzungsfrequenz- von Männern häufiger genutzt wird als von Frauen.

---

<sup>286</sup> Vgl.: Klingemann, C./Schmieder, A./Kastenbutt, B.: Dokumentation der Ergebnisse des Pre-Tests Forschungsprojekt. Geschichtliche und aktuelle Entwicklung der Gesundheitszentren in Deutschland in ihrer Rolle als Beratungsinstitutionen, Selbsthilfekontaktstellen und Akteure kommunaler Gesundheitsförderung. Ohne Datum. URL: <http://http://www.uni-osnabrueck.de>, (Forschungsprojekte Fachbereich Sozialwissenschaften. Stand: Oktober 2002), Anhang S. XXVII.

### 6.3.2.3 Altersbezogene Betrachtung des Mediennutzungsverhaltens in Bezug auf allgemeine gesundheitliche Themen

Die altersbezogene Betrachtung des Mediennutzungsverhaltens zeigt, welche Medien von welchen Altersgruppen bevorzugt genutzt werden und welche Altersgruppen im Vergleich zueinander besser erreichbar sind.

Die im folgenden dargestellten Ergebnisse stammen aus einer unveröffentlichten Teilauswertung des o.g. Projektes CATCH.<sup>287</sup>

Informationskanal	Alterskategorien in Jahren					
	I 16-20	II 21-30	III 31-40	IV 41-50	V 51-60	VI 61-70
Fernsehen	89%	90%	81%	88%	83%	76%
Tageszeitung	41%	48%	70%	63%	59%	44%
Gesundheitsmagazine	41%	46%	52%	53%	55%	44%
Broschüren	48%	42%	45%	42%	53%	39%
Med. Sachbücher	44%	38%	38%	38%	28%	28%
Radio	44%	31%	36%	40%	34%	24%
Vorlesungen	19%	17%	17%	25%	17%	11%
Internet	19%	25%	16%	12%	4%	2%
Kurse	4%	8%	11%	18%	6%	7%
CD-ROM	11%	8%	14%	13%	2%	2%
Video	19%	6%	8%	7%	8%	2%
Kiosk	7%	4%	8%	5%	6%	0%
Andere	7%	6%	0%	2%	2%	4%
Audiokassetten	0%	0%	2%	0%	0%	0%

N: 300, Mehrfach-Nennungen waren möglich

**Tabelle 6:** Altersbezogenes Mediennutzungsverhalten in Bezug auf allgemeine gesundheitliche Themen.

Quelle: Dürer, U. (1999), eigene Berechnung

<sup>287</sup> Vgl.: Dürer, U./Moore, A./Schröder, M.: Citizen's Advisory System Based on Telematics for Communication and Health (CATCH II): Results from Germany. A.a.O., unveröffentlichte Teilauswertung.

### *Alterskategorie I*

In der Altersgruppe der 16 bis 20jährigen überwiegt deutlich die Nutzung des Informationskanals „Fernsehen“. Knapp 90% der Befragten nutzen dieses Medium, um sich über allgemeine gesundheitliche Themen zu informieren. Weiter zeigt sich, dass Broschüren in dieser Altersgruppe eine hohe Reichweite haben, gefolgt von medizinischen Sachbüchern, Tageszeitungen und Gesundheitsmagazinen. Im Vergleich zu anderen Altersgruppen ist die Nutzung des Internet in Sachen Gesundheitsfragen mit knapp 19% hoch.

### *Alterskategorie II*

Auch in der Altersgruppe der 21 bis 30jährigen führt das Fernsehen die Liste der Informationskanäle an. Tageszeitungen und Gesundheitsmagazine werden von knapp 50% dieser Altersgruppe genutzt. Broschüren und Medizinische Sachbücher haben eine Reichweite um ca. 40%. Diese Altersgruppe nutzt im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen am häufigsten das Internet. Ein Viertel der Befragten zwischen 20 und 30 Jahren sucht im Internet Antworten auf medizinische Fragen.

### *Alterskategorie III*

In der Altersgruppe der 31 bis 40jährigen erreicht das Fernsehen eine Reichweite von etwas mehr als 80%. Auffällig ist die mit 70% hohe Nutzungsfrequenz von Tageszeitungen in Bezug auf gesundheitliche Fragen. Diese Nutzungsfrequenz hebt sich deutlich von der Nutzungsfrequenz anderer Altersgruppen ab. Die „Affinität“ zu Printmedien zeigt sich auch bei den Reichweiten von Gesundheitsmagazinen, Broschüren und medizinischen Sachbüchern. Die Nutzung des Internet für Gesundheitsinformationen ist geringer als in den Altersgruppen der 16 bis 30jährigen, weist aber mit knapp 16% den dritthöchsten Wert in dieser Befragung auf.

### *Alterskategorie IV*

Mit knapp 90% hat der Informationskanal „Fernsehen“ in der Altersgruppe der 41 bis 50jährigen wieder eine höhere Reichweite. Auch in dieser Altersgruppe sind Tageszeitungen ein häufig genutztes Medium für gesundheitliche Fragen. Mit 53% zeigt sich eine hohe Reichweite von Gesundheitsmagazinen. Knapp 42% geben an, Broschüren für Fragen zu allgemeinen gesundheitlichen Fragen „zu konsultieren“. Medizinische Sachbücher und

das Radio erreichen eine Nutzungsfrequenz um 40% in dieser Altersgruppe. Gleichzeitig geben 25% der Befragten zwischen 41 und 50 Jahren an, sich durch den Besuch von gesundheitsbezogenen Vorträgen zu informieren. Das ist die höchste Frequenz im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen. Diese Angabe wird bestätigt durch das Ergebnis von über 18%, die angeben, dass sie auch gesundheitsbezogene Kurse besuchen. In der bereits genannten Befragung von Gesundheitszentren stellt sich die altersbezogene Analyse der Nutzerschaft von Beratungsangeboten etwas anders dar. Von allen Nutzern sind 17,5% jünger als 30 Jahre, 45% sind zwischen 31 und 45 Jahren alt, 22,5% sind zwischen 51 und 65 Jahren alt und 15% sind über 65 Jahre alt.<sup>288</sup> Die Verschiebung ergibt sich teilweise durch die unterschiedliche Bildung von Altersgruppen. Beide Ergebnisse zeigen aber, dass die mittleren Altersgruppen am ehesten durch solche Angebote zu erreichen sind.

### *Alterskategorie V*

In der Altersgruppe der 51-bis 60jährigen sinkt die Reichweite des Fernsehens auf 83%. Tageszeitungen werden ähnlich der Altersgruppen zwischen 31 und 50 Jahren sehr häufig genutzt. Die Altersgruppe weist im Vergleich die höchste Nutzung von Gesundheitsmagazinen auf. Knapp 53% geben an, Broschüren zu nutzen, um sich über allgemeine gesundheitliche Fragen zu informieren. Damit haben Broschüren in dieser Altersgruppe die höchste Reichweite. Daneben ist die mit knapp 4% geringe Nutzungsfrequenz des Internet auffällig.

### *Alterskategorie VI*

In der Altersgruppe der 61 bis 70jährigen hat das Fernsehen mit 76% die niedrigste Reichweite. Tageszeitungen und Gesundheitsmagazine werden von ca. 44% der Befragten in dieser Altersgruppe genutzt. Immerhin 40% geben an, sich mit Hilfe von Broschüren zu informieren. Nur 2% beziehen gesundheitliche Informationen über das Internet. Auch die Informationskanäle CD-ROM und Video haben keine hohe Akzeptanz. Eine Studie, die allein die Akzeptanz von Videos als Informationsquelle untersuchte, zeigte, dass ältere

---

<sup>288</sup> Vgl.: Klingemann, C./Schmieder, A./Kastenbutt, B.: Dokumentation der Ergebnisse des Pre-Tests Forschungsprojekt. Geschichtliche und aktuelle Entwicklung der Gesundheitszentren in Deutschland in ihrer Rolle als Beratungsinstitutionen, Selbsthilfekontaktstellen und Akteure kommunaler Gesundheitsförderung. A.a.O., S. 10.

Menschen die Informationen, die per Video übermittelt werden, deutlich häufiger als verwirrend empfinden als junge Menschen.<sup>289</sup>

Kein Medium wird von dieser Altersgruppe häufiger genutzt als von anderen Altersgruppen. Die Reichweiten der unterschiedlichen Medien liegen durchgehend an unterem Ende der Nutzungsfrequenzen.

Bei der Analyse der alters- und geschlechtsbezogenen Medienpräferenzen können einige wichtige grundsätzliche Unterschiede festgestellt werden. Für alle Altersgruppen und beide Geschlechter ist der Arzt bei spezifischen gesundheitlichen Probleme der wichtigste Ansprechpartner. Frauen sind grundsätzlich besser zu erreichen als Männer. Jüngere Menschen sind über verschiedene Medien/Informationskanäle deutliche besser zu erreichen als ältere Menschen.

---

<sup>289</sup> Vgl.: Thomas, R./Deary, A./Kaminiski, E./Stockton, D./De Zueew, N.: Patients' preferences for video cassette recorded information: effect of age, sex and ethnic group. In: *European Journal of Cancer Care*, Vol. 8, 1999, S. 85.

## **6.4 Vorstellung und Bewertung einzelner Medien und Informationskanäle aus Sicht von Krankenkassen**

### **6.4.1 Zur Verfügung stehende Medien**

Die in Kapitel 6.2.2 erläuterten Kriterien und die dargestellten Informationen über das Mediennutzungsverhalten werden in Bezug auf gesundheitliche Themen verwendet, um die Effizienz des Einsatzes möglicher Informationskanäle durch Krankenkassen abzuschätzen. Die Medien werden vor dem Hintergrund der Frage betrachtet, ob sie sich zur Übermittlung krankheitsspezifischer Informationen durch eine Krankenkasse eignen. Eine wesentliche Anforderung besteht darin, *krankheitsspezifische* Informationen zu übermitteln. Krankheitsspezifische Informationen sollen Versicherten und Patienten zu einem selbstbestimmten Umgang mit ihrer Krankheit und deren Therapie befähigen. Deshalb sollen die Informationen spezifische, abgegrenzte Zielgruppen einer Krankenkasse erreichen. So ergeben sich zwei wesentliche Anforderungen an mögliche Informationskanäle:

1. Das Medium muss einen hohen Grad an Spezifität von Informationen ermöglichen.
2. Der Einsatz des Mediums muss es ermöglichen, sehr zielgerichtet bestimmte Gruppen zu erreichen, die an den angebotenen Informationen interessiert sind.

Krankenkassen stehen eine große Bandbreite an Informationsmedien und -kanälen zur Verfügung:

- Fernsehen
- Tageszeitung
- Gesundheitsmagazine
- Kundenzeitschrift
- Medizinische Sachbücher
- Broschüren
- Radio
- Vorträge
- Internet
- Gesundheitskurse
- CD-ROM



- Video
- Persönliche Beratungsgespräche
- Telefonische Beratung

### 6.4.2 Fernsehen als Medium für krankheitsspezifische Informationen

Das Fernsehen hat nach den Ergebnissen der CATCH-Studie als Informationsquelle für allgemeines medizinisches Wissen die Spitzenposition inne. 84,5% geben an, dass sie sich durch Fernsehen medizinisches Fachwissen aneignen. Fernsehen hat somit eine hohe Akzeptanz als Informationsquelle für Gesundheitsfragen. Dieses Ergebnis wird durch die allgemein hohe Reichweite des Fernsehens unterstrichen. An einem Wochentag werden durchschnittlich 74% aller Erwachsenen durch das Medium Fernsehen erreicht.<sup>290</sup>

Gesundheitssendungen haben einen festen Platz in der Programmgestaltung der Sender. 1996 wurden monatlich 28 Stunden der öffentlich-rechtlichen Sender durch Gesundheitsmagazine belegt und von durchschnittlich insgesamt 6,77 Millionen Menschen angesehen.<sup>291</sup>

Trotz dieser hohen Reichweite ist das Fernsehen als Medium für die Übermittlung von detaillierten oder umfassenden krankheitsbezogener Informationen nur bedingt geeignet.<sup>292</sup> Durch die Vielfalt der visuellen und sprachlichen Informationen und den häufig abrupten Perspektivenwechsel kann keine intensive Verarbeitung der Informationen durch den Zuschauer stattfinden.<sup>293</sup> Daher wird das Fernsehen als passives Medium bezeichnet. Für eine differenzierte kognitive Informationsverarbeitung, die grundlegend für eine nachhaltige Wirkung ist, fehlt in der Regel die Zeit.

Fernsehen ist eher geeignet, um vorhandene Verhaltensweisen zu verstärken und Einstellungen zu bestätigen. Eine Änderung von Verhaltensweisen ist allein durch Informati-

---

<sup>290</sup> Vgl.: Darschin, W./Gerhard, H.: Tendenzen im Zuschauerverhalten. In: Media Perspektiven, 2002, Nr. 4, S. 154.

<sup>291</sup> Vgl.: Göpfert, W.: Gesundheitsinformation – die Rolle der Medien bei der Stärkung von Bürgern und Patienten im Gesundheitswesen. In: Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H.: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Baden-Baden: Nomos, 1999, S. 358.

<sup>292</sup> Vgl.: Egger, G./Donovan, R./Spark, R.: Health and the Media. Sydney: McGraw-Hill Book Company, 1993, S. 54.

<sup>293</sup> Vgl.: Unger, F./Durante, N.-V./Gabrys, E./Koch, R./Wailersbacher, R.: Mediaplanung. A.a.O., S. 127.

onsübermittlung im Fernsehen nicht zu erreichen. Ursächlich sind die Passivität des Medienkonsums und die geringe Passung zwischen angebotener Information und Informationsbedarf des Individuums. Informationen werden aufgenommen, aber nicht als für die eigene Situation relevant erachtet.<sup>294</sup>

Eine Analyse von Gesundheitssendungen ergab, dass sie nicht die Selbstbestimmung des Patienten stärken, sondern überwiegend expertenorientiert sind und damit das traditionelle paternalistische Arzt-Patienten-Verhältnis zementieren. In 44 untersuchten Themenbeiträgen kamen 132 Experten (davon 103 Mediziner) zu Wort, denen durchschnittlich deutlich mehr Zeit und Aufmerksamkeit geschenkt wurde als den dargestellten Patienten.<sup>295</sup>

Darüber hinaus sind Gesundheitssendungen oft sehr technikorientiert und beschäftigen sich viel mit medizinischem Fortschritt, der bei den Zuschauern Vorstellungen und auch den Wunsch nach „Superlativ-Medizin“ weckt.<sup>296</sup>

Eine niederländische Analyse der in Massenmedien behandelten gesundheitlichen Themen ergab, dass mediale Präsenz von Krankheiten in Zusammenhang mit deren Mortalitätsraten und nicht mit deren Prävalenz steht.<sup>297</sup> Das heißt, dass auch in der Gesundheitsberichtserstattung Sensationseigenschaften im Vordergrund stehen. Inhaltliche Schwerpunkte auf technischen Behandlungsmöglichkeiten und die Darstellung neuer Behandlungen führen zu Verzerrungen in der gesellschaftlichen Wahrnehmung, die Prävention und gesunde Lebensführung in den Hintergrund drängen.<sup>298</sup>

Mit hohen Reichweiten sind zwangsläufig eine mangelnde Spezifität der Inhalte verbunden. Wenn viele Menschen erreicht werden können und sollen, müssen die Sendungsinhalte von nahezu allgemeinem Interesse sein. Diese Aussage trifft auch trotz des in den vergangenen zehn Jahren zunehmenden Angebotes von Privatsendern und der damit einhergehenden Differenzierung der Programminhalte zu.

---

<sup>294</sup> Vgl.: Kok, G.: Let op Vet campagne vooral zinvol voor de burens [Fat Watch campaign especially useful for the neighbors]. In: Tijdschr Gezondheidsvoorlicht, Vol. 11, 1994, S. 2-5. Zitiert nach: Brug, J./Steenhuis, I./Assema, P./Vries, H.: The Impact of a Computer-Tailored Nutrition Intervention. A.a.O., S. 236.

<sup>295</sup> Vgl.: Appel, A.: Fern(seh)diagnosen: Gesundheitssendungen für Patienten? In: Public Health Forum, Heft 26, 1999, S. 13.

<sup>296</sup> Vgl.: Appel, A.: Fern(seh)diagnosen: Gesundheitssendungen für Patienten? A.a.O., S. 13.

<sup>297</sup> Vgl.: Wardt, E./Taal, E./Rasker, J./Wiegman, O.: Media Coverage of Chronic Diseases in the Netherlands. In: Seminars in Arthritis and Rheumatism, Vol. 28, No. 5, 1999, S. 333f.

Dagegen liegt die Stärke des Mediums in der Möglichkeit, Aufmerksamkeit zu schaffen. Es wird von der Funktion des „Agenda Setting“ gesprochen.<sup>299</sup> Diese Eigenschaft wirkt sich auf die gesellschaftliche Wahrnehmung und Relevanz von Krankheit und Gesundheit bzw. die gesellschaftliche Wahrnehmung bestimmter Krankheiten (bspw. AIDS) aus.<sup>300</sup>

Häufige Wiederholungen und/oder ungewöhnliche Sequenzen können die Aufmerksamkeit von Zuschauern auf bestimmte Themen lenken<sup>301</sup> und auf weiterführende Informationsquellen aufmerksam machen.<sup>302</sup> Gerade im Umfeld kommerzieller Werbung können gesundheitsbezogene Spots gute Wirksamkeit erreichen. In einer Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gaben 75% der Befragten an, dass sie sich in den letzten Wochen hauptsächlich durch Fernsehspots über AIDS informiert hatten.<sup>303</sup> Themenunabhängigen Kontakt zu Fernsehspots der BZgA hatten 88% der Befragten.<sup>304</sup>

Allerdings sind die Kosten von Gesundheitsinformationen im Sinne von Werbespots sehr hoch. Gerade aus Sicht von Krankenkassen besteht ein ungünstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis, da die hohe Reichweite des Fernsehens eine zielgruppenorientierte<sup>305</sup> Informationsübermittlung nahezu unmöglich macht und sehr hohe Streuverluste nach sich zieht.<sup>306</sup>

---

<sup>298</sup> Vgl.: Wardt, E./Taal, E./Rasker, J./Wiegman, O.: Media Coverage of Chronic Diseases in the Netherlands. A.a.O., 340.

<sup>299</sup> Vgl.: Göpfert, W.: Gesundheitsinformation – die Rolle der Medien bei der Stärkung von Bürgern und Patienten im Gesundheitswesen. A.a.O., S. 352.

<sup>300</sup> Vgl.: Wardt, E./Taal, E./Rasker, J./Wiegman, O.: Media Coverage of Chronic Diseases in the Netherlands. A.a.O., S. 334.

<sup>301</sup> Vgl.: Löffler, J./Windel, W.: Media – Planung für Märkte. Hamburg: Axel Springer Verlag, 1995, S. 26.

<sup>302</sup> Vgl.: Meissner, H./Anderson, M./Odenkirchen, J.: Meeting Information Needs of Significant Others: Use of Cancer Information Service. A.a.O., S. 175.

<sup>303</sup> Vgl.: Pott, E.: Wochenmarkt Gesundheit: Aufklärung oder Vermarktung. In: European Journal of Communication, Vol. 19, No. 2/3, 1994, S. 250.

<sup>304</sup> Vgl.: Pott, E.: Wochenmarkt Gesundheit: Aufklärung oder Vermarktung. A.a.O., S. 251.

<sup>305</sup> Im Sinne der Erreichung von Versicherten einer Krankenkasse.

<sup>306</sup> Evtl. können Streuverluste bei geschlossenen Betriebskrankenkassen gesenkt werden, wenn Versicherten vorwiegend in einer Region wohnen und über Regionalfernsehen erreicht werden können.

### 6.4.3 Tageszeitungen als Medium für krankheitsspezifische Informationen

80% aller Deutschen über 14 Jahre lesen täglich eine Tageszeitung.<sup>307</sup> 65% haben eine Tageszeitung abonniert<sup>308</sup> und knapp 57% geben an, sich durch Tageszeitungen medizinisches Fachwissen anzueignen.<sup>309</sup> Das Medium verfügt über hohe Gesamtreichweiten und über eine hohe Akzeptanz als Informationsquelle für Gesundheitsthemen.

Zur Beurteilung der Eignung von Tageszeitungen als Medium zur Übermittlung krankheitsrelevanter Informationen muss zwischen überregionalen und regionalen Tageszeitungen unterschieden werden. Durch überregionale Tageszeitungen werden große Grundgesamtheiten erreicht, aber gleichzeitig sind die Streuverluste aus Sicht einer einzelnen Krankenkasse unweigerlich hoch. Der Einsatz regionaler Zeitungen, die angepasste Lokalteile haben, ist insbesondere für Krankenkassen interessant, die eine räumliche Konzentration ihrer Versicherten haben, wie z. B. geschlossene Betriebskrankenkassen.

Die Tageszeitung als Printmedium zählt zu den „aktiven“ Medien, da sich der Leser aktiv für das Lesen oder Nicht-Lesen von bestimmten Artikeln oder Zeitungen entscheidet. Dies ist auch ein Grund dafür, dass Werbung in Zeitungen als weniger störend empfunden wird als im Fernsehen. Während der Fernsehende nur durch Umschalten auf Werbung reagieren kann, bleibt es dem Zeitungsleser offen, ob er einer Anzeige Beachtung schenkt oder nicht.<sup>310</sup> Die selektive Aufnahme von Geschriebenem wurde durch ein Experiment einer US-amerikanischen Bank unterstrichen. In Reaktion auf eine neue gesetzliche Regelung zu Informationspflichten von Privatbanken hat diese Bank ihre Kunden über diese Regelung in einer Broschüre informiert. Mitten im Text einzelner Exemplare wurde darauf hingewiesen, dass derjenige zehntausend Dollar erhält, der der Bank die Broschüre vorlegt. Kein Kunde hat sich bei der Bank gemeldet.<sup>311</sup>

---

<sup>307</sup> Vgl.: Unger, F./Durante, N.-V./Gabrys, E./Koch, R./Wailersbacher, R.: Mediaplanung. A.a.O., S. 189.

<sup>308</sup> Vgl.: Focus Magazin Verlag GmbH (Hrsg.): Communication Networks 5.0 – Basisdaten für Kommunikationsstrategien in der modernen Wissensgesellschaft. München: Focus Verlag. 2001, S. 35.

<sup>309</sup> Vgl.: Dürer, U./Moore, A./Schröder, M.: Citizen's Advisory System Based on Telematics for Communication and Health (CATCH II): Results from Germany. A.a.O., S. 22.

<sup>310</sup> Vgl.: Unger, F./Durante, N.-V./Gabrys, E./Koch, R./Wailersbacher, R.: Mediaplanung. A.a.O., S. 191.

<sup>311</sup> Vgl.: „\$10 Sure Thing“, Time, (4. August 1980), zitiert nach: Solomon, M./Bamosy, G./Askegaard, S.: Konsumentenverhalten. A.a.O., S. 74.

Da Tageszeitungsleser in der Mehrzahl Abonnement-Leser sind, besteht in der Regel eine hohe Vertrautheit zwischen Leser und Medium. Darin begründet sich die hohe Glaubwürdigkeit, die diesem Medium zugesprochen wird. Zeitungen besitzen einen deutlichen Glaubwürdigkeitsvorsprung vor anderen Medien, insbesondere vor elektronischen.<sup>312</sup> Die Glaubwürdigkeit von Tageszeitungen überträgt sich sogar auf die dort positionierten Anzeigen. Tageszeitungen eignen sich aufgrund ihrer hohen Glaubwürdigkeit und der aktiven Nutzung des Mediums für die Übermittlung detaillierter Informationen. Somit sind Tageszeitungen besonders zur Übermittlung von Gesundheitsinformationen prädestiniert. Trotzdem muss dabei beachtet werden, dass auch bei Tageszeitungen aufgrund der hohen Reichweite die Streuverluste relativ hoch sind. Ein weiterer Nachteil ergibt sich dadurch, dass Informationen den Versicherten nicht zeitsouverän zur Verfügung stehen. Untersuchungen haben gezeigt, dass Anzeigen oder Artikel in Tageszeitungen eine gute Wirkung im Zusammenhang mit größeren Kampagnen entwickeln.<sup>313</sup>

#### **6.4.4 Kundenzeitschriften und Gesundheitsmagazine als Medien für krankheits-spezifische Informationen**

Durch Kundenzeitschriften können die Vorteile der Printmedien in besonderer Weise genutzt werden, ohne den Nachteil hoher Streuverluste in Kauf nehmen zu müssen. Kundenzeitschriften erreichen den Versichertenkreis der Krankenkasse und können für die Übermittlung detaillierter Gesundheitsinformationen genutzt werden. Durch den Umfang von Kundenzeitschriften können sowohl spezifische krankheitsbezogene Informationen plaziert werden, die wiederum einen kleinen Leserkreis haben, als auch generelle gesundheitsbezogene Informationen (gesunde Ernährung, Impfungen, etc.). Weiterhin kann auf Service-Leistungen der Krankenkasse aufmerksam gemacht werden.

Positiv auf die Akzeptanz von Gesundheitsinformationen durch Kundenzeitschriften wirkt sich die hohe Glaubwürdigkeit von Krankenkassen im Vergleich zu anderen öffentlichen Institutionen aus (vgl. Kapitel 6.1).

---

<sup>312</sup> Vgl.: Unger, F./Durante, N.-V./Gabrys, E./Koch, R./Wailersbacher, R.: Mediaplanung. A.a.O., S. 190.

Allerdings ist wenig über die Akzeptanz der Kundenzeitschriften bei den Versicherten bekannt. Im Rahmen einer Kunden-Befragung durch eine geschlossene Betriebskrankenkasse (BKK) wurde die Kundenzeitschrift dieser BKK im Bereich der potentiellen Einsparmöglichkeiten angesiedelt. Die Befragung, die im Auftrag der Betriebskrankenkasse durch Infratest durchgeführt wurde, ergab für Kundenzeitschriften eine niedrige verbale Wichtigkeit verbunden mit einer niedrigen realen Bedeutung.<sup>314</sup>

Möglicherweise leiden Kundenzeitschriften unter einem Imageproblem aufgrund der Tatsache, dass sie kostenlos und automatisch in die Haushalte der Versicherten verschickt werden.

Gegen eine geringe Akzeptanz der Kundenzeitschriften durch die Versicherten spricht eine Erfahrung, die die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) gemacht hat. Die Reaktion auf die Ankündigung von Disease-Management-Programmen in Form von Voranmeldungen lag weit über den Erwartungen.<sup>315</sup> In einer Befragung der Betriebskrankenkasse für Heilberufe gaben 83% an, dass sie mit der Kundenzeitschrift sehr zufrieden seien.<sup>316</sup> Die Kundenzeitschrift der Barmer Ersatzkasse erreicht die beachtliche Auflagenstärke von 5,8 Millionen.<sup>317</sup>

Neben den Vorteilen der spezifischen Informationsübermittlung und geringer Streuverluste haben Kundenzeitschriften den erheblichen Nachteil, dass ihr Herstellungsaufwand sehr groß ist.

Gesundheitsmagazine haben in Bezug auf ihre Darstellungsmöglichkeiten das gleiche Potential wie Kundenzeitschriften. Auf der einen Seite entfällt der Herstellungsaufwand einer eigenen Kundenzeitschrift, auf der anderen Seite ist die Sicherheit, bestimmte Zielgruppen und v.a. die eigenen Versicherten zu erreichen, viel geringer. Ferner muss es der Krankenkasse gelingen, redaktionelle Beiträge zu platzieren. Artikel in Gesundheitsma-

---

<sup>313</sup> Vgl.: Schooler, C./Chaffee, S./Flora, J./Roser, C.: Health Campaign Channels. In: Human Communication Research. Vol. 24, No. 3, S. 423 ff. oder Pott, E.: Wochenmarkt Gesundheit: Aufklärung oder Vermarktung. A.a.O., S. 250.

<sup>314</sup> Volkswagen Betriebskrankenkasse: TR:M Mitgliederbindung. Unveröffentlichte Studie, 1997, S. 17

<sup>315</sup> Mündliche Mitteilung von Andreas Domdey, Stabsstelle Gesundheitsmanagement der DAK, an Alice Börgel, 21. Januar 2002.

<sup>316</sup> Mündliche Mitteilung von F. Lausberg, Marketing BKK für Heilberufe, an Alice Börgel, 21. Juni 2002.

gazines können besser dazu genutzt werden, den Bekanntheitsgrad einer Krankenkasse zu steigern und ihr Image zu verbessern, als krankheitsspezifische Informationen zielgruppenorientiert zu übermitteln.

#### 6.4.5 Broschüren als Medium für krankheitsspezifische Informationen

Informationsbroschüren sind *das* klassische Medium, um den Einstieg in ein neues Themengebiet zu ermöglichen.<sup>318</sup> Diese feste und wichtige Stellung von Broschüren in der Vermittlung von Gesundheitsinformationen spiegelt sich in dem vierten Platz der Broschüren als Informationsquelle für allgemeine gesundheitliche Fragen wider. Knapp 45% nutzen Broschüren als Informationsquelle für medizinische Fragen. Auch in der in Kapitel 6.4.2 genannten Evaluation der Informationskampagnen der BZgA gibt ca. ein Drittel der Befragten an, in den vergangenen 12 Monaten Kontakt zu Broschüren mit gesundheitsrelevanten Inhalten gehabt zu haben.<sup>319</sup> Im Bereich der Konsumgüterforschung wurde nachgewiesen, dass 79% der Befragten Prospekte als Mittel der Informationsgewinnung nutzen.<sup>320</sup>

Interessant sind die vielseitigen Einsatzmöglichkeiten von Broschüren. Durch die kompakte Informationswiedergabe können alle Themen eines Krankheitsbildes (Aetiologie, Therapien, etc.) in jeweils spezifischen Broschüren behandelt werden. Alle Broschüren zusammen ermöglichen einen vollständigen Überblick über eine Krankheit, während die Darbietungsart aber prägnant und zielgruppenorientiert gestaltet ist.

Selbstverständlich können im Krankheitsfall Broschüren nicht das Gespräch mit dem Arzt ersetzen, aber unterschiedliche Studien zeigen, dass sich Patienten zusätzliche schriftliche Informationen wünschen.<sup>321</sup> So berichtet MEISSNER aus der Evaluation des US-amerikanischen telefonischen Krebsinformationsdienstes:

---

<sup>317</sup> Vgl.: Angaben des Burda Advertising Center. URL: <http://www.ma.bik-gmbh.de/burda>, (Stand: Juni 2002).

<sup>318</sup> Longe, M./Thomas, K.: Consumer Health Resource Centers. A.a.O., S. 78.

<sup>319</sup> Vgl.: Pott, E.: Wochenmarkt Gesundheit: Aufklärung oder Vermarktung. A.a.O., S. 251.

<sup>320</sup> Vgl.: Meffert, H.: Die Beurteilung und Nutzung von Informationsquellen beim Kauf von Konsumgütern. A.a.O., S. 53.

<sup>321</sup> Vgl.: Arthur, V.: Written patient information: a review of the literature. A.a.O., S. 1081. Und: Vgl.: Meissner, H./Anderson, M./Odenkirchen, J.: Meeting Information Needs of Significant Others: Use of Cancer Information Service. A.a.O., S. 174. Und: Donovan, J./Blake, D.: Patient

*„For diagnosed patients, requests for pamphlets or other publications on specific topics ranks fourth.“<sup>322</sup>*

Broschüren können als flankierende Maßnahme zum Arztgespräch fungieren,<sup>323</sup> das, wie in Kapitel 4.1 gezeigt, nicht immer als ausreichend empfunden wird. Insbesondere für ältere Patienten, die während der Konsultation deutlich weniger Fragen stellen,<sup>324</sup> kann die schriftliche Information sehr hilfreich sein, da sie einen niedrighschwelligen Zugang ermöglicht.<sup>325</sup>

Die orts- und zeitsouveräne Verfügbarkeit von Broschüren ist ein deutlicher Vorteil gegenüber anderen (Print-) Medien. In der Verfügbarkeit ist ein Teil der hohen Akzeptanz begründet, die Broschüren von Patienten entgegengebracht wird.<sup>326</sup>

Ihre ubiquitäre Verfügbarkeit ist eventuell aber auch ein Nachteil: Dadurch, dass sie unentgeltlich abgegeben, in großer Vielzahl von sehr verschiedenen Institutionen angeboten werden und Werbeprospekte oft das gleiche oder ein sehr ähnliches Format haben, besteht das Risiko, dass der Wert von Broschüren durch die Versicherten nicht richtig eingeschätzt wird.<sup>327</sup>

Daher muss der Distributionsweg von Broschüren sorgfältig geplant werden, um sie effizient einzusetzen. Es reicht nicht aus, richtige Informationen für das richtige Krankheitsbild aufzuarbeiten, wie das folgende Zitat zeigt:

*„Leaflets depend upon people picking them up and reading them and can be an expensive waste as they are often randomly selected and never read. The group requiring information must be carefully targeted, and it cannot be assumed that because a leaflet is available the patient will be educated.“<sup>328</sup>*

---

compliance: deviance or reasoned decision making? In: Social Science Medicine, Vol. 34, No. 5, S. 507-513.

<sup>322</sup> Meissner, H./Anderson, M./Odenkirchen, J.: Meeting Information Needs of Significant Others: Use of Cancer Information Service. A.a.O., S. 174.

<sup>323</sup> Vgl.: Longe, M./Thomas, K.: Consumer Health Resource Centers. A.a.O., S. 79.

<sup>324</sup> Vgl.: Beisecker, A.: Aging and the Desire for Information and Input in Medical Decisions: Patient Consumerism in Medical Encounters. In: The Gerontologist. Vol. 28, No. 3, 1988, S. 332.

<sup>325</sup> Vgl.: Dräger, D./Kuhlmey, A./Feige, L.: Zielgruppenorientiertes Beraten – Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung älterer und alter Menschen. A.a.O., S. 82.

<sup>326</sup> Vgl.: Arthur, V.: Written patient information: a review of the literature. A.a.O., S. 1081.

<sup>327</sup> Vgl.: Göpfert, W.: Gesundheitsinformation – die Rolle der Medien bei der Stärkung von Bürgern und Patienten im Gesundheitswesen. A.a.O., S. 306.

<sup>328</sup> Arthur, V.: Written patient information: a review of the literature. A.a.O., S. 1084.



Der Einsatz von Broschüren zur Informationsübermittlung ist effizient, wenn sie verbunden mit mündlichen Informationen persönlich überreicht werden. Derjenige, der die Broschüre überreicht, sollte für weitere Fragen zur Verfügung stehen, bzw. nach einiger Zeit nachfragen, ob sich aus der Lektüre weitere Fragen ergeben haben.<sup>329</sup>

Die Distribution von Broschüren aus Sicht der Krankenkasse ist schwierig, weil durch das Auslegen von Exemplaren in den Geschäftsstellen Zielgruppen kaum erreicht werden können. Das heißt, dass andere Wege genutzt werden müssen, wie zum Beispiel Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Apotheken und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens. Allerdings verstärkt sich bei mittelbarer Verteilung das Problem der flankierenden Betreuung der Broschürenabgabe. Für Krankenkassen ergibt sich nicht allein das Problem, andere Wege zu nutzen, um Broschüren auszulegen, sondern es gilt Kooperationen zu schließen, die eine begleitete Broschürenabgabe ermöglichen.

Die offenkundigen Vorteile von Broschüren als Medium für krankheitsbezogene Informationen haben dazu geführt, dass eine Vielzahl von Broschüren angeboten werden. Allerdings erfüllt nicht jede Broschüre den Anspruch qualitativ hochwertiger Patienteninformation (Vgl. Kap. 5).

### **6.4.6 Medizinische Sachbücher als Medium für krankheitsspezifische Informationen**

Medizinische Sachbücher sind ein klassisches Medium, um sich medizinisches Fachwissen anzueignen. Die Vielzahl der „Gesundheits-Bücher“ zeigt, wie hoch das Interesse an dieser Lektüre ist. So geben 15% in einer übergreifenden Befragung zu Mediennutzung an, sich aus dem Bereich Gesundheit am ehesten Bücher zu kaufen. Damit führen Ge-

---

<sup>329</sup> Arthur, V.: Written patient information: a review of the literature. A.a.O., S. 1083. Und: Vgl.: Dräger, D./Kuhlmey, A./Feige, L.: Zielgruppenorientiertes Beraten – Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung älterer und alter Menschen. A.a.O., S. 85. Und: Vignos, P./Parker, W.T./Thompson, H.M.: Evaluation of a clinic education programme for patients with RA. In: *Journal of Rheumatology*, Vol. 3, 1976, S. 155-165. Und: Vgl.: Dunkelman, H.: Patients knowledge of their condition and treatment, how it might improved. In *British Medical Journal*, Vol. 2, No. 6185, 1979, S. 311-314. Und: Vgl.: Caughey, D.: Patient communication and effective rheumatology. In: *Journal of Rheumatology* (Editorial), Vol. 16, No. 1, 1989, S. 5-6.

sundheitsbücher die Liste der Sachbücher in dieser Befragung an.<sup>330</sup> Auch Ergebnisse der CATCH-Studie geben Hinweise, dass medizinische Sachbücher eine hohe Akzeptanz als Medium für gesundheitliche Fragen haben (vgl. 6.3.2).

Da der Aufwand, Bücher herzustellen, allerdings sehr groß ist, können sie nicht im engeren Sinne zu den Informationsmedien gezählt werden. Bücher zu krankheitsspezifischen Themen durch eine Krankenkasse herzustellen, ist nicht effizient. Eine Möglichkeit könnte die Herstellung im Verbund mit anderen Krankenkassen sein, bspw. auf Verbandsebene (z. B. VdAK oder BKK Bundesverband).

Darüber hinaus bietet es sich an, für Versicherte und Patienten eine Liste von Qualitätskriterien (s. Kap.5) zur Verfügung zu stellen, mit Hilfe derer die Qualität medizinischer Sachbücher beurteilt werden kann.

#### **6.4.7 Radio als Medium für krankheitsspezifische Informationen**

Die Hörfunknutzung ist trotz zunehmender Konkurrenz von Fernsehen und Tageszeitung stabil hoch. 1998/99 erreichten 246 Radioprogramme an einem Durchschnittstag 82% der bundesdeutschen Bevölkerung ab 14 Jahren.<sup>331</sup> Die Prime-Time des Hörfunks ist zwischen 7:00 und 10:15 Uhr vormittags. Durch die starke Differenzierung der Radioprogramme in den vergangenen Jahren hat sich die Möglichkeit der zielgruppengerechten Ansprache weiter verbessert.<sup>332</sup> Radiohörer haben im Gegensatz zum Fernsehnutzer eine starke Programmtreue, auf der die Mediaplanung aufbauen kann.<sup>333</sup>

Während die *Werbewirkung* im Hörfunk gut erforscht ist, ist wenig über die *Informationswirkung* bekannt. Deshalb kann nur mittelbar über Aussagen der Werbewirkung auf die Informationswirkung geschlossen werden.

Hörfunkwerbung eignet sich gut, um prägnante Werbebotschaften durch häufige Wiederholungen durchzusetzen. Dies gelingt allein über das Radio als Werbeträger oder auch

---

<sup>330</sup> Vgl.: Focus Magazin Verlag GmbH (Hrsg.): Communication Networks 5.0 – Basisdaten für Kommunikationsstrategien in der modernen Wissensgesellschaft. A.a.O., S. 65.

<sup>331</sup> Vgl.: Klingler, W., Schaack, J.: MA 99: Hörfunk behauptet sich in der Medienkonkurrenz. In: Media Perspektiven, Heft 10, 1999, S. 506.

<sup>332</sup> Vgl.: Löffler, J./Windel, W.: Media – Planung für Märkte. A.a.O., S. 25.

<sup>333</sup> Vgl.: Unger, F./Durante, N.-V./Gabrys, E./Koch, R./Wailersbacher, R.: Mediaplanung. A.a.O., S. 263.

im komplementären Einsatz mit Fernsehen oder Print.<sup>334</sup> Da Radio überwiegend neben anderen Tätigkeiten gehört wird, lässt sich vermuten, dass dieses Medium zur Übermittlung detaillierter Informationen weniger geeignet ist. Dieser Vermutung widerspricht eine Untersuchung, in der festgestellt wurde, dass die Fähigkeit zur Informationsaufnahme nicht leidet, wenn die Tätigkeiten stark habitualisiert sind.<sup>335</sup> Etwas über 10% des täglichen Radiokonsums fallen auf Zeiten des Autofahrens.<sup>336</sup> Die Gesamt-Reichweite des Hörfunks beim Autofahren erreicht sogar knapp 37%.<sup>337</sup> Das Verhältnis zur täglichen Gesamtnutzungsdauer steigt bei männlichen Berufstätigen. Da Autofahren eine stark habitualisierte Tätigkeit ist, kann angenommen werden, dass Informationen in dieser Zeit gut aufgenommen werden. Weiter konnte nachgewiesen werden, dass die Radionutzung am Sonntag weniger neben anderen Tätigkeiten erfolgt als an Wochentag, so dass für diesen Tag eine stärkere Konzentration auf Informationsinhalte unterstellt werden kann.

Die Beurteilung, ob sich der Hörfunk als Medium zur Übermittlung von Gesundheitsinformationen eignet, bleibt ambivalent. Trotz neuer Erkenntnisse über die Fähigkeit, während des Radiohörens Informationen aufzunehmen, und der hohen Reichweiten des Hörfunks wird das Radio primär als Stimmungsstimulator eingesetzt.

Die Platzierung des Radios auf dem vierten Platz als Informationskanal für Gesundheitsthemen zeigt aber, dass sich die hohe Reichweite des Hörfunks gegenüber den Nachteilen der Informationsübermittlung durchzusetzen scheint. Einer Untersuchung aus dem Jahr 1995/96 zufolge wird trotzdem nur ein Prozent der Gesamtsendezeit durch Gesundheitsthemen belegt.<sup>338</sup>

Durch die hohe Reichweite wird die Möglichkeit verringert, spezifische krankheitsbezogene Informationen zu platzieren. Darüber hinaus ist auch hier eine hohe Reichweite mit hohen Streuverlusten aus Sicht einer Krankenkasse verbunden. Gesundheitsinformatio-

---

<sup>334</sup> Vgl.: Unger, F./Durante, N.-V./Gabrys, E./Koch, R./Wailersbacher, R.: Mediaplanung. A.a.O., S. 264.

<sup>335</sup> Vgl.: Unger, F./Durante, N.-V./Gabrys, E./Koch, R./Wailersbacher, R.: Mediaplanung. A.a.O., S. 265.

<sup>336</sup> Vgl.: Klingler, W., Schaack, J.: MA 99: Hörfunk behauptet sich in der Medienkonkurrenz. A.a.O., S. 508.

<sup>337</sup> Vgl.: Media Perspektiven und SWR-Medienforschung (Hrsg.): Media Perspektiven Basisdaten. Daten zur Mediensituation in Deutschland 2001. S. 73.

<sup>338</sup> Vgl.: Göpfert, W., Ruß-Mohl, S.: Wissenschaftsberichterstattung – Medien und Märkte. In: Göpfert, W., Ruß-Mohl, S. (Hrsg.): Wissenschaftsjournalismus. Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis. München: List Verlag, 1996, S. 42.

nen im Radio haben „Einmal-Charakter“, weil sie nur zum Zeitpunkt der Sendung zur Verfügung stehen.

Die Übermittlung von Gesundheitsinformationen muss sehr gezielt geplant werden und die Altersstruktur der Zielgruppen, Sendezeiten und Sendestationen berücksichtigen.

Insgesamt betrachtet eignet sich das Medium eher dazu, Aufmerksamkeit zu schaffen und auf spezifische Informationsquellen hinzuweisen.

### **6.4.8 Vorträge als Medium für krankheitsspezifische Informationen**

Die Möglichkeit, Versicherte oder Patienten durch krankheitsspezifische Vorträge zu erreichen, ist begrenzt. Zwar geben fast 18% der Befragten der CATCH-Studie an, bereits Vorträge zu Gesundheitsthemen besucht zu haben. Dieser Anteil erscheint allerdings ungewöhnlich hoch und sollte evaluiert werden.

Didaktisch betrachtet eignen sich Vorträge zu Krankheiten gut, um spezifisches Wissen aufzubauen. Da die Hemmschwelle, einen Vortrag zu besuchen, hoch ist, sollten solche Angebote z. B. während eines Krankenhausaufenthaltes gemacht werden.<sup>339</sup> In dieser Zeit ist die Hemmschwelle niedriger, weil die Krankheitsbewältigung im Vordergrund des alltäglichen Lebens steht. Aus Sicht der Krankenkasse wären demnach Kooperationen mit Krankenhäusern interessant, in deren Rahmen gemeinsam Vorträge angeboten werden könnten. Dieses Vorgehen bietet für die Krankenkasse eine hervorragende Möglichkeit, sich ihren Versicherten und Versicherten anderer Krankenkassen als Gesundheitsdienstleister zu präsentieren.

### **6.4.9 Internet als Medium für krankheitsspezifische Informationen**

Das Internet mit seiner weltweit einheitlichen Oberfläche (World Wide Web) ist von seiner Struktur und seiner Konzeption her hervorragend geeignet, um medizinische, gesundheitliche oder krankheitsspezifische Informationen zur Verfügung zu stellen.

---

<sup>339</sup> Das Diakonie-Krankenhaus Rotenburg (Wümme) kann über eine sehr gute Resonanz zu solchen Angeboten berichten.

Im Web stehen jegliche Informationen zeit- und ortsouverän zur Verfügung. Der Anwender entscheidet selbst, wann er welche Informationen abrufen will. Daher eignet sich das Internet insbesondere für krankheitsbezogene Informationen, die im Sinne des High-Involvements von Patienten oder Versicherten aktiv gesucht werden.

Auch detaillierte Informationen können im Web veröffentlicht werden, da lange Texte direkt ausgedruckt oder als Pdf-Files zur Verfügung gestellt werden können.

Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass Informationen mit wenig Aufwand aktualisiert werden können. Das ist ein wichtiger Punkt bei medizinischen Informationen, die häufigen Überarbeitungen unterworfen sind.

U.a. diese Charakteristika des Web haben seit seiner Geburtsstunde 1991 im Genfer Labor für Teilchenphysik zu seiner enormen Verbreitung geführt, deren Nutzerschaft nach wie vor zweistellige jährliche Wachstumsraten aufweist. Inzwischen sind weltweit 350 Millionen Menschen online. Die Zahl der Webangebote hat im Jahr 2001 die 3-Milliarden-Grenze überschritten.<sup>340</sup>

Diese hohe Zahl der Webangebote, verbunden mit ihrem rasanten Wachstum, verschärfen im Internet die Problematik der Glaubwürdigkeit von Informationen und Informationsquellen, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

*„How can I be sure that I am getting an real expert's information? Maybe there is just some medical student sitting there...“<sup>341</sup>*

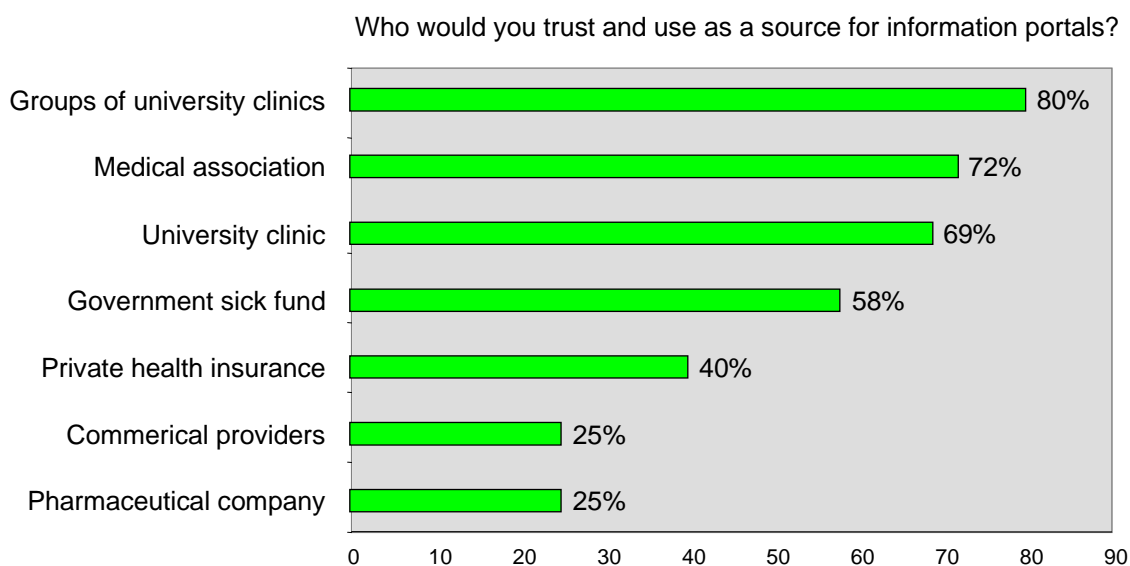
In einer Studie zu den Entwicklungsmöglichkeiten des Internet im Bereich Gesundheitsinformationen wurde gefragt, welchem Informationsanbieter im Internet Vertrauen entgegen gebracht wird und wessen Informationen genutzt werden würden.<sup>342</sup>

---

<sup>340</sup> Vgl.: Eimeren van, B./Gerhard, H./Frees, B.: ARD/ZDF-Online-Studie 2001: Internetnutzung stark zweckgebunden. In: Media Perspektiven, Heft 8, 2001, S. 382.

<sup>341</sup> Poensgen, A./Larsson, S.: Patients, Physicians, and the Internet. Boston: Boston Consulting Group, 2001. S. 13.

<sup>342</sup> Vgl.: Poensgen, A./Larsson, S.: Patients, Physicians, and the Internet. A.a.O., S. 20.



**Abbildung 26:** Bevorzugte Anbieter von Gesundheitsinformationen im Internet  
 Quelle: Poensgen, A./Larsson, S. (2001)

In dieser Befragung stehen Gesetzliche Krankenversicherungen an vierter Stelle. 58% der Befragten würden Gesundheitsportale dieser Anbieter nutzen. Eine stärkere Frequenz würden Gesundheitsportale von Leistungserbringern im Gesundheitswesen wie Zusammenschlüsse von Universitätskliniken oder medizinische Verbände haben.

Trotz seiner zur Übermittlung von Gesundheitsinformationen gut geeigneten Struktur kann das Medium Internet nicht als „erste Wahl“ der Informationskanäle von Krankenkassen eingesetzt werden, weil sich die Anwenderkreise des Web weitgehend nicht mit den Zielgruppen von Krankenkassen in Bezug auf krankheitsspezifische Informationen decken.

Im Vorgriff auf die Identifikation möglicher Zielgruppen von Krankenkassen wird die mangelhafte Zielgruppenkompatibilität zwischen Web und Krankenkasse kurz erläutert. In Deutschland sind derzeit 24,77 Millionen Menschen bzw. knapp 39% der Bevölkerung über 14 Jahre (zumindest gelegentlich) online.<sup>343</sup> Im Umkehrschluss bedeutet dieses Er-

<sup>343</sup> Vgl.: Eimeren van, B./Gerhard, H./Frees, B.: ARD/ZDF-Online-Studie 2001: Internetnutzung stark zweckgebunden. A.a.O., S. 383. Die Angabe über den prozentualen Anteil ändert sich je nach Grundgesamtheit. So ist das Ergebnis einer anderen Studie, dass 24,2 Millionen Menschen

gebnis, dass ca. 61% der erwachsenen Deutschen das Internet *nicht* nutzen. Verglichen mit den Reichweiten von Fernsehen, Radio und Tageszeitung hat das Netz folglich einen mittleren Durchdringungsgrad.

Der typologisierte deutsche Internetnutzer ist jung, männlich, gut gebildet, berufstätig und verfügt über ein überdurchschnittliches Einkommen.<sup>344</sup> In dieser Bevölkerungsgruppe sind ca. 80% Internetnutzer.<sup>345</sup>

Mögliche Zielgruppen von Krankenkassen für krankheitsspezifische Informationen sind diejenigen Versicherten, die viele medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Im Bereich der Inanspruchnahme stationärer Leistungen, der sehr viel transparenter ist als der Bereich der Inanspruchnahme von Leistungen niedergelassener Ärzte (vgl. Kapitel 7.2.3.1), stellt die Gruppe der über 65jährigen den höchsten Anteil. 1999 waren 5,7 Millionen Menschen bzw. 35% der Krankenhausfälle über 65 Jahre alt.<sup>346</sup> Somit waren mehr als 40% aller über 65jährigen Deutschen 1999 einmal in stationärer Behandlung.<sup>347</sup>

In Kapitel 4.2.2.1 wurde erläutert, dass bei älteren Personen und bei Personen, die durch eine Krankheit betroffen sind, der Bedarf an gesundheitlichen Informationen sehr hoch ist. Diese Angaben werden durch das Konzept des High Involvement unterstützt.

Für diese möglichen Zielgruppen der Krankenkasse ist das Internet als Medium zur Übermittlung relevanter krankheitsspezifischer Informationen nicht geeignet. Lediglich 8% der über 60jährigen geben an, dass Internet zumindest gelegentlich zu nutzen.<sup>348</sup> Zwar werden in dieser Altersgruppe jährlich dreistellige prozentuale Wachstumsraten ver-

---

bzw. 46% der Bundesbürger das Internet zumindest gelegentlich nutzen. Vgl.: Gruner + Jahr Electronic Media Service (Hrsg.): Online-Monitor Welle 7. URL: <http://www.ems.guj.de/studien/gfk7.html>, (Stand: Dezember 2001), S. 10.

<sup>344</sup> Vgl.: Eimeren van, B./Gerhard, H./Frees, B.: ARD/ZDF-Online-Studie 2001: Internetnutzung stark zweckgebunden. A.a.O., S. 383.

<sup>345</sup> Vgl.: Oehmichen, E.: Offliner 2001 – Internetverweigerer und potentielle Nutzer. In: Media Perspektiven, Heft 1, 2001, S. 26.

<sup>346</sup> Vgl.: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.2, Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1999. Stuttgart: Metzler-Poeschel, 2001, S. 15.

<sup>347</sup> Die zweijährige Verzögerung bis die Daten aus dem Jahr 1999 vorliegen wird damit begründet, dass das Bundesamt für Statistik bearbeitete Daten aus allen Bundesländern erhält und zusammenführt. Telefonische Mitteilung R. Berning, Bundesamt für Statistik, an Alice Börgel, 20.06.02.

<sup>348</sup> Vgl.: Eimeren van, B./Gerhard, H./Frees, B.: ARD/ZDF-Online-Studie 2001: Internetnutzung stark zweckgebunden. A.a.O., S. 383.

zeichnet, diese befinden sich allerdings immer noch auf einem geringen absoluten Niveau, wie die folgende Tabelle zeigt:<sup>349</sup>

Jahr	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Internetnutzer über 60 Jahre in Prozent</b>	0,2	0,8	1,9	4,4	8,1

**Tabelle 7:** Entwicklung des prozentualen Anteils der über 60jährigen deutschen Internetnutzer in Bezug auf ihren Anteil an der Gesamtbevölkerung  
Quelle: ARD/ZDF-Online-Studie 2001

Diese Zahlenreihe verdeutlicht, dass die teilweise enthusiastischen Darstellungen über das Wachstumspotential des Marktes der sog. „silbernen Internetnutzer“ irreführend sind.<sup>350</sup> Das größte absolute Wachstumspotential ist in den traditionell starken Gruppen von Internetnutzern zu verzeichnen.<sup>351</sup>

Eine weitere Befragung eines medizinischen Dienstleistungsunternehmens stützt die These, dass das Internet keine hohe Akzeptanz als Informationskanal in Bezug auf gesundheitliche Informationen genießt. Auf die Frage, auf welchem Weg zusätzliche krankheitsbezogene Informationen zur Verfügung gestellt werden sollten, antworteten nur 13% „über das Internet“. Bei den über 55jährigen sinkt die Akzeptanz des Mediums auf 4%.<sup>352</sup> Umgekehrt geben 90% der Befragten in einer Umfrage der Betriebskrankenkasse für Heilberufe an, die Website ihrer Krankenkasse nicht zu kennen.<sup>353</sup> Eine gewisse Einschränkung erfährt die Aussage der Inkompatibilität von Nutzergruppen des Internet und Zielgruppen der Krankenkassen durch die Möglichkeit, dass Verwandte und Freunde von älteren Patienten das Internet nutzen, um krankheitsspezifische Informationen zu recher-

---

<sup>349</sup> Vgl.: Eimeren van, B./Gerhard, H./Frees, B.: ARD/ZDF-Online-Studie 2001: Internetnutzung stark zweckgebunden. A.a.O., S. 383.

<sup>350</sup> Als Beispiel für eine solche Berichterstattung vgl.: Ryll, C./Collier, P.: Senioren im Netz. Lieben, Lachen, Lernen. In: Financial Times Deutschland, Connectis Magazin, Heft 15, 2001, S. 26-28.

<sup>351</sup> Vgl.: Oehmichen, E.: Offliner 2001 - Internetverweigerer und potentielle Nutzer. A.a.O., S. 23.

<sup>352</sup> Vgl.: INRA Deutschland im Auftrag von Medvantis Medical Services GmbH: Repräsentativbefragung von 1.000 Personen ab 14 Jahren in Deutschland. 2001. Unveröffentlichte Teilauswertung.

<sup>353</sup> Vgl.: Mitgliederbefragung der BKK für Heilberufe. Pressemitteilung vom 09. Oktober 2001. URL: <http://www.bkk-heilberufe.de>, (Stand: Februar 2002).



chieren. Laut einer Untersuchung der Nutzung des „therapie.net“ haben 24,5% der Besucher dieser Internetseite Informationen für Familienangehörige gesucht.<sup>354</sup>

Vor dem Hintergrund des prognostizierten Wachstumspotentials des Internet ist es interessant, dass 40% der über 60jährigen angeben, dass sie in nächster Zeit, obwohl sie eine Vorstellung vom Internet haben, ganz bestimmt keinen Internetanschluss anschaffen werden.<sup>355</sup> Gleichzeitig geben 50% der sog. „Offliner“ an, dass sie Interesse an Informationsangeboten im Internet über Medizin und Heilmethoden haben.<sup>356</sup> Gerade bei den älteren Offlinern überwiegt das theoretische Interesse an Internet-Angeboten im Bereich Ratgeber- und Service-Informationen.<sup>357</sup> Allerdings schränkt OEHMICHEN diese Aussage zu recht mit den Worten ein:

*„Generell handelt es sich bei diesen Interessen der Offliner an Angebotsinhalten des Internet um theoretische Werte, die allenfalls zeigen, über welche Kategorien die einzelnen Gruppen stärker ansprechbar sind.“<sup>358</sup>*

Trotz dieser Einschränkung spiegelt dieses Ergebnis das hohe, auf die Zukunft gerichtete Potential des Internet für Gesundheitsinformationen wider. Diese Einschätzung entspricht den Ergebnissen einer Studie einer geschlossenen Betriebskrankenkasse. In dieser Studie wird die Nutzung neuer Medien in den Bereich der versteckten Chancen positioniert.<sup>359</sup>

Vergleichenden Untersuchungen zufolge verdrängt das Internet trotz seiner starken Wachstumsraten klassische Massenmedien nicht, sondern verhält sich tendenziell komplementär zu diesen.<sup>360</sup> Auch wenn das Internet, wie oben beschrieben, durchaus die Möglichkeit hat, detaillierte Informationen zu übermitteln, wird es doch stärker für kurze

---

<sup>354</sup> Vgl.: Lerch, M./Dierks, M.L.: Gesundheitsinformation und -kommunikation als Basis für Patientensouveränität. A.a.O., S. 134.

<sup>355</sup> Vgl.: Oehmichen, E.: Offliner 2001 – Internetverweigerer und potentielle Nutzer. A.a.O., S. 26.

<sup>356</sup> Vgl.: Oehmichen, E.: Offliner 2001 – Internetverweigerer und potentielle Nutzer. A.a.O., S. 31.

<sup>357</sup> Vgl.: Oehmichen, E.: Offliner 2001 – Internetverweigerer und potentielle Nutzer. A.a.O., S. 31.

<sup>358</sup> Vgl.: Oehmichen, E.: Offliner 2001 – Internetverweigerer und potentielle Nutzer. A.a.O., S. 32.

<sup>359</sup> Volkswagen Betriebskrankenkasse: TR:M Mitgliederbindung. Unveröffentlichte Studie, 1997, S. 17

<sup>360</sup> Vgl.: Oehmichen, E./Schröter, C.: Information: Stellenwert des Internet im Kontext klassischer Medien. In: Media Perspektiven, Heft 8, 2001, S. 410.

Informationen oder für die Identifikation weiterer Informationsquellen genutzt. Das folgende Zitat veranschaulicht das Verhältnis von Internet zu klassischen Printmedien:

*„Think about microwaves and conventional ovens. When you want something quick and easy, the microwave is your best bet. But for a solid and satisfying meal, there is no substitute for the old-fashioned oven. People who have both can't imagine giving up either one. It's much the same with electronic information and books.“<sup>361</sup>*

Vor dem Hintergrund der derzeitigen Zielgruppen des Internet, deren Bedürfnisprofilen und der Einsatzmöglichkeiten des Mediums sollten sich die Internet-Angebote von Krankenkassen vorwiegend auf Informationen konzentrieren, die für die junge Nutzerschaft des Mediums interessant sind, wie versicherungstechnische Fragen und Maßnahmen der Prävention und Vorsorge.

### **6.4.10 Gesundheitskurse als Medium für krankheitsspezifische Informationen**

Gesundheitskurse gehen über das bisher beschriebene Ziel, krankheitsspezifische Informationen zu vermitteln, hinaus. In Gesundheitskursen kann vertieftes Wissen vermittelt werden und gesundheitsförderndes Verhalten oder der Umgang mit der Krankheit gelernt werden. In diesem Sinne fördern Kurse den selbstbestimmten Umgang mit (chronischen) Erkrankungen.<sup>362</sup> Allerdings zählen sie nicht zu Informationskanälen im engeren Sinn. Der Besuch von Gesundheitskursen kann vielmehr ein Ziel krankheitsbezogener Informationen sein. In verschiedenen Untersuchungen zeigt sich, dass Frauen durch solche Kurse und Seminarangebote deutlich besser zu erreichen sind als Männer (vgl. Kapitel 6.3.2.2). Auch in einem Pretest zu einem Forschungsprojekt über die Entwicklung von Gesundheitszentren in Deutschland sagen die befragten Gesundheitszentren aus, dass ihre gesundheitlichen Bildungsangebote zu drei Vierteln von Frauen besucht werden.<sup>363</sup>

---

<sup>361</sup> Longe, M./Thomas, K.: Consumer Health Resource Centers. A.a.O., S. 77

<sup>362</sup> Einen interessanten Modellversuch zur Implementation von Gesundheitsberatungsstellen und Gesundheitskursen durch die AOK Mettmann beschreibt der Band: Wengle, E. (Hrsg.): Wissenschaftliche Vorbereitung und Begleitung des Modells Gesundheitsberatung in der gesetzlichen Krankenversicherung am Beispiel der AOK Mettmann. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1984.

<sup>363</sup> Vgl.: Klingemann, C./Schmieder, A./Kastenbutt, B.: Dokumentation der Ergebnisse des Pre-Tests Forschungsprojekt. Geschichtliche und aktuelle Entwicklung der Gesundheitszentren in

#### 6.4.11 CD-ROM als Medium für krankheitsspezifische Informationen

CD-ROMs bieten ähnlich dem Internet die Möglichkeit, Informationen permanent in audio-visueller und textunterstützender Form anzubieten. Wie das Internet, Bücher und Broschüren sind sie zeit- und ortsouverän einzusetzen. Besonders unter lernpädagogischem Blickwinkel stellen CD-ROMs eine wertvolle Bereicherung zu reinen Printmedien oder dem Internet dar. Auf CD-ROM können große Mengen von Informationen in unterschiedlichen Darstellungsformen angeboten werden. Der Nutzer kann sich interaktiv mit den Informationen auseinandersetzen und sich „seine“ Themen individuell zusammenstellen.

Allerdings haben CD-ROMs einen sehr eingeschränkten Anwenderkreis. 43% der deutschen Bevölkerung, die älter als 14 Jahre sind, geben an, in ihrem Haushalt über einen PC mit CD-ROM-Laufwerk zu verfügen.<sup>364</sup> Es ist anzunehmen, dass die Akzeptanz von CD-ROMs als Medium der Wissensvermittlung wächst, allerdings ist diese Entwicklung kaum zu beziffern.

Vermutlich ist der Kreis der Anwender von CD-ROM als Informationsmittel ähnlich der Nutzergruppe des Internets. Entsprechend sollten Informationen, die über das Medium CD-ROM angeboten werden, an die Bedürfnisse junger Zielgruppen angepasst werden.

Für Krankenkassen ist die Eigenherstellung von CD-ROMs zur Zeit nicht zu empfehlen, da die Zielgruppe sehr klein ist. Eher könnten vorhandene CD-ROMs, die sich mit krankheitsspezifischen Themen beschäftigen, auf ihre Qualität hin überprüft und interessierten Versicherten empfohlen werden.

---

Deutschland in ihrer Rolle als Beratungsinstitutionen, Selbsthilfekontaktstellen und Akteure kommunaler Gesundheitsförderung. A.a.O., Anhang S. XXVII.

<sup>364</sup> Vgl.: Focus Magazin Verlag GmbH (Hrsg.): Communication Networks 5.0 – Basisdaten für Kommunikationsstrategien in der modernen Wissensgesellschaft. A.a.O., S. 95.

#### 6.4.12 Video als Medium für krankheitsspezifische Informationen

Videos verfügen, obwohl sie in engem Zusammenhang zum Fernsehen stehen, über eine kaum mit diesem zu vergleichende Wichtigkeit als Informationsquelle für Gesundheitsinformationen (vgl. Kapitel 6.3.2).

Dieses geringe Nutzungspotential steht im Gegensatz zu dem Nutzwert von qualitativ guten Videokassetten. Videos eignen sich sehr gut, um „How-to... Informationen“ zu vermitteln, wie zum Beispiel den Umgang mit Insulinspritzen.<sup>365</sup>

Eine gute Wirkung haben Videos auch, wenn sie Menschen zeigen, die über ihre Krankheitsbewältigung berichten. Dieses „Sehen-wie-andere-damit-klar-kommen“ hat einen positiven Effekt auf die eigene Krankheitsbewältigung.<sup>366</sup> Und es stärkt Patienten darin, stärker an Therapieentscheidungen teilzunehmen und sich ggf. auch gegen die Empfehlung ihres Arztes zu entscheiden.<sup>367</sup>

Da Videos allerdings nur flüchtige Informationen bieten, ist es empfehlenswert, zusätzlich schriftliche Informationen zur Verfügung zu stellen.<sup>368</sup> Videos bieten ihren Anwendern Privatsphäre und die Möglichkeit, sich in Ruhe mit Informationen auseinander zu setzen.<sup>369</sup>

Neben diesem interessanten flankierenden Nutzen und Informationswert von Videos ist ihr Einsatz durch die Krankenkassen ähnlich zu bewerten wie bei CD-ROMs:

- Die Zielgruppe ist sehr klein.
- Eigenherstellung lohnt sich nicht bzw. kaum.
- Qualitativ hochwertige Videos können durch Krankenkassen empfohlen werden und in Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden.<sup>370</sup>

---

<sup>365</sup> Vgl.: Longe, M./Thomas, K.: Consumer Health Resource Centers. A.a.O., S. 83.

<sup>366</sup> Vgl.: Longe, M./Thomas, K.: Consumer Health Resource Centers. A.a.O., S. 83 und: Appel, A.: Fern(seh)diagnosen: Gesundheitssendungen für Patienten? A.a.O., S. 13.

<sup>367</sup> Vgl.: Shepperd, S./Coulter, A./Farmer, A.: Using interactive videos in general practice to inform patients about treatment choices: a pilot study. A.a.O., S. 443.

<sup>368</sup> Vgl.: Shepperd, S./Coulter, A./Farmer, A.: Using interactive videos in general practice to inform patients about treatment choices: a pilot study. A.a.O., S. 445.

<sup>369</sup> Vg.: Centre of Health Information Quality (Hrsg.): Quality Issues in Consumer Health Information. A.a.O., o.S.

<sup>370</sup> Vgl.: Forbriger, A.: INKA – neue Wege für Patienten im Informationsdschungel „Krebs“. In: Public Health Forum. 26. Jg., 1999, S. 19.

#### 6.4.13 Persönliche Beratungsgespräche zu krankheitsspezifischen Themen

Persönliche Beratungsgespräche sind für Krankenkassen eine hervorragende Möglichkeit, um sich ihren Versicherten als Gesundheitsdienstleister und kompetenter Partner im Gesundheitswesen zu präsentieren.

Persönliche Beratungsgespräche, die von Krankenkassen angeboten werden, dienen unter anderem als Ergänzung zu einer Arztkonsultation. In solchen Gesprächen können individuelle Themen besprochen werden, die während der Arztkonsultation aus verschiedenen Gründen (Zeitmangel, Aktualität, nicht im Tätigkeitsbereich) nicht angesprochen wurden.<sup>371</sup> Gesprächsinhalte sind bspw. Behandlungsalternativen, Verweise an Fachärzte, Fachkliniken oder Selbsthilfegruppen. Solche Gespräche dienen somit nicht nur der Nachbereitung eines Arztbesuches, sondern können den Versicherten einen Überblick über spezielle Angebote und Leistungen vermitteln.

Ein großer Vorteil von persönlichen Beratungsgesprächen ist die hohe Spezifität ihres Inhalts. Der Kunde muss sich nicht durch eine Unzahl von Informationen durcharbeiten, bis er zu den Informationen gelangt, die für ihn interessant sind. Diese Spezifität des Inhalts fördert das Vertrauensverhältnis zwischen dem Kunden und dem Berater. So wird die Kundenbindung verbessert.

Ergebnisse verschiedener Studien zeigen, dass für persönliche Beratungen durch Krankenkassen ein hoher Bedarf besteht. So wurde nachgewiesen, dass Patienten mit dem Informationsumfang und -gehalt, den sie von ihren Ärzten erhalten, nicht zufrieden sind und sich weitere Informationen auch von ihrer Krankenkasse wünschen (s. Kapitel 4.5).<sup>372</sup>

Eine gesetzliche Krankenkasse verfügt als Anbieter von persönlichen Beratungen über eine gute Ausgangsposition, da sie, verglichen mit anderen öffentlichen Institutionen, als

---

<sup>371</sup> Vgl.: Coulter, A.: Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. In: Journal of Health Services Research and Policy, Vol. 2, No. 2, 1997, S. 116.

<sup>372</sup> Vgl. hierzu die Ergebnisse folgender Studien und Befragungen: Beisecker, A./Beisecker, T.: Patient Information-Seeking Behaviors when communicating with Doctors. A.a.O., S. 22

Vgl.: Follmer, R: Wie zufrieden sind die Kunden? Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der hessischen Bevölkerung. A.a.O., S. 66 u. 70.

Vgl.: Dierks, M./Schwartz, F./Walter, U.: Patienten als Kunden. Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der hessischen Bevölkerung. A.a.O., S. 4.

vertrauenswürdig eingeschätzt wird.<sup>373</sup> Glaubwürdigkeit ist eine wichtige Voraussetzung für die Akzeptanz von Informationskanälen (vgl. Kap. 6.1).<sup>374</sup>

Durch das Angebot von persönlichen Beratungsgesprächen werden Krankenkassen der Tatsache gerecht, dass individuelle gesundheitliche Fragen Themen sind, bei dem die Ratsuchenden einen persönlichen Kontakt vorziehen.

Besonders alten Menschen wird durch ein Beratungsgespräch die Möglichkeit gegeben, jene Fragen zu stellen, die sie aufgrund der Kürze der Arztkonsultation nicht stellen konnten.<sup>375</sup> Mit persönlichen Beratungsgesprächen (am besten in ruhigem oder möglicherweise häuslichem Umfeld) kann dem speziellen Bedarf älterer Menschen begegnet werden. Sehr effizient sind Beratungsgespräche für ältere Menschen, wenn sie in der häuslichen Umgebung stattfinden. Dadurch wird der eingeschränkten Mobilität vieler älterer Menschen begegnet.<sup>376</sup>

Beratungen zu Hause oder in Wohnortnähe wurden bei einer Mitgliederbefragung der Betriebskrankenkasse von Volkswagen im Bereich der versteckten Chancen angesiedelt. Diese Einschätzung bedeutet, dass durch ein solches Angebot die Mitgliederbindung verstärkt werden kann.<sup>377</sup>

Allerdings ist der Aufwand, der nötig ist, um persönliche Beratungsgespräche anzubieten, beträchtlich. Diese können nur von sehr qualifizierten Mitarbeitern durchgeführt werden. Die Mitarbeiter müssen über detaillierte medizinische Kenntnisse verfügen (z. B. durch eine Krankenpflegeausbildung<sup>378</sup>), auf dem Gebiet von versicherungstechnischen Fragen sicher sein, über gute Kenntnisse der infrastrukturellen Angebote in Wohnortnähe

---

<sup>373</sup> Vgl.: Follmer, R.: Wie zufrieden sind die Kunden? Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der hessischen Bevölkerung. A.a.O., S. 61.

<sup>374</sup> Vgl.: Kotler, P./Andreasen, A.: Strategic Marketing For Nonprofit Organizations. London: Prentice-Hall International (UK), 1991. S. 148.

<sup>375</sup> Vgl.: Beisecker, A./Beisecker, T.: Patient Information-Seeking Behaviors when communicating with doctors. a.a.O., S. 28.

<sup>376</sup> Vgl.: Dräger, D./Kuhlmey, A./Feige, L.: Zielgruppenorientiertes Beraten – Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung älterer und alter Menschen. A.a.O., S. 15 f.

<sup>377</sup> Vgl.: Volkswagen Betriebskrankenkasse: TR:M Mitgliederbindung. Unveröffentlichte Studie, April 1999, S. 12.

<sup>378</sup> Krankenpflegepersonal wird in den US-amerikanischen Managed Care Organisationen vorwiegend in diesem Bereich eingesetzt.

des Versicherten verfügen und eine hohe soziale und pädagogische Kompetenz einbringen.<sup>379</sup>

Angesichts dieses hohen personellen und finanziellen Aufwandes, der nötig ist, um Beratungsgespräche auf einem befriedigendem Niveau anbieten zu können, gilt es, ihren Einsatz sehr genau und spezifisch zu planen sowie Alternativen zur Anwendung zu bringen.

### 6.4.14 Telefonische Beratung/ „Infolines“ zu krankheitsspezifischen Themen

Eine günstige Alternative zu persönlichen Beratungen sind Infolines. Mit Hilfe von Infolines kann das persönliche Beratungsgespräch per Telefon geführt werden.<sup>380</sup> Die Hemmschwelle, eine Beratung in Anspruch zu nehmen, sinkt, da die Inanspruchnahme mit weniger Umständen verbunden ist und die persönliche Identität nicht so stark preisgegeben wird wie bei einem Gesprächstermin vor Ort.

Dieses unkomplizierte Verfahren ist besonders für Berufstätige attraktiv und für Personen, die aufgrund körperlicher Einschränkungen nur schwer ihre Krankenkasse aufsuchen können.

Die Telefonberatung ist wie die Vor-Ort-Beratung durch hohe Spezifität der Informationen gekennzeichnet. Sie ermöglicht in der Folge des Gesprächs das Zusammenstellen von individuellen Informationspaketen für den Ratsuchenden. Die Individualität dieser Pakete kann sich sowohl auf den Inhalt, als auch auf die verwendeten Medien beziehen, z. B. Video-Tapes oder CD-ROMs.

---

<sup>379</sup> Zu der Durchführung und Gestaltung solcher Beratung, insbesondere für ältere Menschen siehe: Dräger, D./Kuhlmey, A./Feige, L.: Zielgruppenorientiertes Beraten – Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung älterer und alter Menschen. A.a.O., 90 ff.

<sup>380</sup> Einen guten Überblick über Erfahrungen und Grenzen eines qualitätsgesicherten telefonischen Informationsdienst der Gmünder Ersatzkasse in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung und der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover gibt folgender Artikel: Schwarz, G./Mieth, I./Dierks, M.L./Martin, S./Schwarz, F.W.: Ergebnisse und Erfahrungen mit der telefonischen Vermittlung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen. A.a.O., S. 109-113.

Ein weiterer interessanter und für beide Seiten attraktiver Aspekt ist die Möglichkeit, ad hoc diesen Dienst in Anspruch zu nehmen,<sup>381</sup> beispielsweise, wenn ein Versicherter nach dem Arztbesuch weitere Fragen hat.

Die Infoline kann darüber hinaus eine wertvolle Unterstützung sein, wenn ein Versicherter in Bezug auf neu aufgetretene Symptome unsicher ist und nicht weiß, ob er ins Krankenhaus, zu seinem Hausarzt oder nur in die nächste Apotheke gehen soll. Dieses Beratungsangebot hat in den USA gute Erfolge.<sup>382</sup> US-amerikanische Krankenhäuser berichten, dass sie durch das telefonische Angebot „Ask-A-Nurse“ die unnötige Inanspruchnahme der Notfallambulanz senken konnten. Die Kundenbindung zum Krankenhaus konnte durch diesen Dienst deutlich verbessert werden.<sup>383</sup> Eine frühe Untersuchung aus dem Jahr 1980 zeigte, dass durch die telefonische Beratung sowohl die unnötige als auch die rechtzeitige Inanspruchnahme von professioneller medizinischer Hilfe verbessert werden konnte.<sup>384</sup> Diejenigen, die die telefonische Beratung einmal in Anspruch genommen haben und sie als nützlich erfahren haben, nutzen sie mehrmals.<sup>385</sup>

Auch in Deutschland erfahren spezielle Angebote für Fragen zum Thema Krebs durch den Krebsinformationsdienst in Heidelberg sehr großen Zuspruch.<sup>386</sup> Seit Gründung des Krebsinformationsdienstes 1986 wurden dort 170.000 Anfragen individuell beantwortet.<sup>387</sup> Auch die Deutsche Hochdruckliga bietet einen Telefonservice an, der gut frequentiert wird.<sup>388</sup>

---

<sup>381</sup> Vgl.: Schwarz, G./Mieth, I./Dierks, M.L./Martin, S./Schwarz, F.W.: Ergebnisse und Erfahrungen mit der telefonischen Vermittlung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen. A.a.O., S. 112.

<sup>382</sup> Vgl.: Longe, M./Thomas, K.: Consumer Health Resource Centers. A.a.O., S. 104. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass die „Eigenbeteiligung“, die ein Versicherter in den USA tragen muss, sehr viel höher sein kann als in Deutschland und daraus grundsätzlich ein anderes Inanspruchnahmeverhalten resultiert.

<sup>383</sup> Vgl.: Burns, J.: Consumers keep information lines ringing. In: Modern Health Care. Vol. 22, No. 36, 1992, S. 32.

<sup>384</sup> Vgl.: Diseker, R./Michielutte, R./Morrison, V.: Use and Reputed Effectiveness of Tel-Med: A Telephone Health Information System. In: American Journal of Public Health, Vol. 70, No. 3, 1980, S. 232.

<sup>385</sup> Vgl.: Diseker, R./Michielutte, R./Morrison, V.: Use and Reputed Effectiveness of Tel-Med: A Telephone Health Information System. A.a.O., S. 233.

<sup>386</sup> Vgl: Stamatiadis-Smidt, H. Krebsforschung heute. Deutsches Krebsforschungszentrum. Zitiert nach: Dierks, M./Schwartz, F./Walter, U.: Patienten als Kunden. a.a.O., S. 6.

<sup>387</sup> Vgl.: Krebsinformationsdienst Universität Heidelberg. URL: <http://www.krebsinformationsdienst.de>, (Stand: März 2002).

<sup>388</sup> Vgl.: Hochdruckliga: URL: <http://www.paritaet.org/hochdruckliga/>, (Stand: März 2002).



In Kontrast zu diesen positiven Erfahrungen steht das Ergebnis der in Kapitel 6.4.9 erstmals genannten Studie eines medizinischen Dienstleisters. Auf die Frage, auf welchem Wege weitere gesundheitliche Informationen gewünscht seien, antworteten nur 22% der Befragten, dass sie telefonisch informiert werden möchten. Dieser Kontrast ist möglicherweise dadurch zu erklären, dass es einen erheblichen Unterschied ist, ob der telefonische Kontakt aktiv gesucht wird oder passiv angeboten wird. Die sog. „junk calls“ werden häufig als Invasion in die Privatsphäre empfunden.<sup>389</sup>

Nachdem dieser Service von Krankenkassen lange Zeit nur in Bezug auf versicherungstechnische Fragen angeboten wurde, sind 2000/2001 mehrere medizinische Infolines durch Krankenkassen eröffnet worden. Die Krankenkassen bedienen sich dabei häufig medizinischer Dienstleister, die das notwendige Know-how bereits aufgebaut haben und es mehreren Krankenkassen gleichzeitig anbieten können.

Die Qualifikation der telefonischen Berater unterscheidet sich nicht von der Qualifikation der „vor-Ort-Berater“. Es ist ein hohes Maß an medizinischem Fachwissen, infrastruktureller Kenntnisse und pädagogischer Kompetenzen nötig, um ein qualitativ hochwertiges Angebot machen zu können.<sup>390</sup>

Um die Akzeptanz von medizinischen Infolines, die von Krankenkassen angeboten werden, zu erhöhen, muss es den Krankenkassen gelingen, ihren Versicherten ihre Kompetenz auf diesem Gebiet zu vermitteln. Darüber hinaus ist einiger Aufwand nötig, um das Informationsangebot bekannt zu machen. Deshalb eignen sich unterschiedliche Medien mit sehr hohen Reichweiten (Fernsehen, Radio, Tageszeitung) für das Bekannt-Machen von Infolines.

Eine Möglichkeit, die Akzeptanz für ein solches Angebot durch Krankenkassen zu erhöhen, besteht darin, den Dienst zunächst nur für bestimmte Erkrankungen anzubieten. Hierdurch kann der Eindruck vermittelt werden, dass es sich nicht um einen pauschalen „werbewirksamen“ Service handelt, sondern um ein Angebot, hinter dem „Know-how“ steht, das auch seine Grenzen kennt. Diese Grenzen sind insbesondere dann gesetzt, wenn sich der Informationsdienst dadurch auszeichnet, dass ausschließlich wissenschaftlich fundierte und nach bestimmten Kriterien evaluierte, sog. Evidenz basierte Informati-

---

<sup>389</sup> Vgl.: Burns, J.: Consumers keep information lines ringing. A.a.O., S. 30.

<sup>390</sup> Vgl.: Burns, J.: Consumers keep information lines ringing. A.a.O., S. 30. Und:

Vgl.: Krebsinformationsdienst Universität Heidelberg; URL:

[http://www.krebsinformation.de/body\\_der\\_krebsinformationsdienst](http://www.krebsinformation.de/body_der_krebsinformationsdienst), (Stand: März 2002).

onen vermittelt werden, wie es die Gmünder Ersatzkasse in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover tut.<sup>391</sup> Die Zielgruppenorientierung gewinnt an Bedeutung und wird auch nach außen signalisiert.

Insgesamt betrachtet, passt das Angebot eines solchen Service in den von den Krankenkassen forcierten Imagewandel, der eine Verlagerung vom Versicherungsanbieter zum Gesundheitsmanager zum Ziel hat.

### **6.4.15 Zusammenfassende Beurteilung der Eignung verschiedener Informationskanäle zur Übermittlung zielgruppenorientierter krankheitsspezifischer Informationen aus Sicht von Krankenkassen**

Vor dem Hintergrund der Ausgangsfrage: „Welche Informationskanäle oder Medien eignen sich für krankheitsspezifische Informationen aus Sicht der Krankenkasse?“, wurden die Akzeptanz von einzelnen Medien für gesundheitliche Informationen (Kapitel 6.3) und ihre Charakteristika dargestellt (Kapitel 6.4). Da der Schwerpunkt dieser Arbeit auf der Übermittlung spezifischer krankheitsbezogener Informationen liegt - die i.d.R. nur für eine kleine Gruppe Betroffener wichtig sind - und nicht auf der Übermittlung allgemeiner gesundheitsbezogener Informationen, sind Medien, die einen hohen Durchdringungsgrad haben, aber keine spezifischen Inhalte vermitteln, weniger geeignet.

Die Ergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst:

Die Medien *Fernsehen*, *Tageszeitung* und *Radio* eignen sich wenig, um krankheitsspezifische Informationen zu übermitteln. Sie verfügen über sehr hohe Reichweiten, verbunden mit hohen Streuverlusten. Spezifische Zielgruppen können lediglich als Teilmenge einer Grundmenge erreicht werden. Durch keines der drei genannten Medien können dauerhaft Informationen zur Verfügung gestellt werden. Insbesondere Radio und Fernsehen kommen aufgrund der Flüchtigkeit ihrer Darbietungsform nicht in Betracht, um detaillierte Informationen anzubieten. Darüber hinaus ist der Einsatz dieser Medien sehr kostenaufwendig. Gut geeignet dagegen sind Fernsehen, Tageszeitung und Radio, um Kran-

---

<sup>391</sup> Vgl.: Schwarz, G./Mieth, I./Dierks, M.L./Martin, S./Schwarz, F.W.: Ergebnisse und Erfahrungen mit der telefonischen Vermittlung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen. A.a.O., S. 110.

kenkassen als Unternehmen positiv zu positionieren und auf besondere Serviceleistungen aufmerksam zu machen.

Durch *CD-ROM* und *Video* können detaillierte Informationen audiovisuell und dauerhaft angeboten werden. Insbesondere CD-ROMs haben sich in den vergangenen Jahren durch ihre interaktive Komponente als Lern-Medium behauptet. Da der Nutzerkreis beider Medien sehr klein ist und der Aufwand, qualitativ hochwertige CD-ROMs oder Videos herzustellen sehr groß ist, ergibt sich für Krankenkassen ein ungünstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis. Deshalb sollten Krankenkassen ihren Versicherten qualitativ hochwertige CD-ROMs und Videos empfehlen und ihnen Qualitätskriterien an die Hand geben, die es erlauben die Medien unabhängig zu beurteilen. Eine andere Möglichkeit wäre die Herstellung entsprechender Informationsmedien in Zusammenarbeit mit spezialisierten Verbänden wie der deutschen Liga für Bluthochdruck.

Ähnliches gilt für *Medizinische Sachbücher*: Ihr Nutzerkreis ist zwar größer, aber ihr Herstellungsaufwand ist überdurchschnittlich hoch. Dazu kommt, dass gerade medizinisches Wissen schnell überholt ist und Medizin-Bücher häufig aktualisiert werden müssen. Dieser Aufwand ist für eine Krankenkasse nicht zu leisten. Deshalb sollten Kassen im Sinne einer Service-Leistung krankheitsspezifische Bücher empfehlen und Qualitätskriterien zur Verfügung stellen.

*Vorträge* und *Gesundheitskurse* sind keine Medien zur Übermittlung von Informationen im engeren Sinn. Da sie aber, wie in Kapitel 6.3 gezeigt, als Medien für gesundheitliche Themen über eine gute Resonanz verfügen, sollte dieses Angebot für die Versicherten durch Krankenkassen geprüft werden. Um Vorträge und Gesundheitskurse anzubieten, müssen regionale Kooperationspartner gefunden werden, die Zugang zu bestimmten Gruppen ermöglichen (z. B. zu Krankenhauspatienten oder chronisch Kranken) und solche Angebote inhaltlich mitgestalten. Als Kooperationspartner kommen insbesondere Krankenhäuser, niedergelassene (Fach-) Ärzte und Seniorenzentren in Frage. (Vorträge und Gesundheitskurse sind in der folgenden tabellarischen Synopse nicht aufgeführt, weil sie nicht als Medien betrachtet werden.)

Die *Kundenzeitschrift* ist *das* klassische Medium, durch das Unternehmen ihre Kunden über Service-Leistungen oder Neuigkeiten informieren. Die Kundenzeitschrift einer Krankenkasse zeichnet sich durch geringe Streuverluste aus. Sie verbindet die Vorteile von Printmedien, ohne hohe Streuverluste zu verursachen. Allerdings sind spezifische krankheitsbezogene Beiträge immer nur für eine kleine Schnittmenge der Leserschaft relevant und stehen dem informationssuchenden Betroffenen nicht unbedingt zum richtigen Zeitpunkt zur Verfügung. So eignen sich Kundenzeitschriften gut für präventive Informationen, die Vorstellung von Gesundheitsanbietern und zur Positionierung des Unternehmens.

*Gesundheitsmagazine* verfügen über die gleichen Möglichkeiten der Darstellung, haben aber keinen ähnlich hohen Zielerreichungsgrad wie Kundenzeitschriften.

Das *Internet* verfügt über hervorragende Möglichkeiten, zielgruppenorientierte, sehr spezifische Informationen zur Verfügung zu stellen, die einfach aktualisiert werden können und keinen hohen Herstellungsaufwand haben. Allerdings sind die Zielgruppen einer Krankenkasse, die krankheitsspezifische Informationen benötigen und die Anwenderkreise des Internet so divergent, dass das Medium derzeit zur Übermittlung krankheitsspezifischer Informationen nur eingeschränkt in Frage kommt. Der Einsatz des Internets muss in Bezug auf seine inhaltliche Gestaltung sehr akkurat auf die Schnittmenge von Nutzergruppe und Zielgruppe einer Krankenkasse abgestimmt werden, um erfolgreich eingesetzt zu werden.

*Broschüren* erweisen sich aufgrund ihrer Möglichkeit, dauerhafte detaillierte Informationen zu übermitteln und aufgrund ihrer hohen Akzeptanz als Medium für gesundheitliche Informationen als Mittel der Wahl, um von Krankenkassen als Informationskanal eingesetzt zu werden.

### *Persönliche und telefonische Beratung*

Die persönliche und telefonische Beratung ist angesichts chronischer oder schwerwiegender Erkrankungen die angemessene Informationsform für den Versicherten, die seiner individuellen Situation am besten gerecht wird. Allerdings ist die Reichweite der Informationen denkbar gering und der Herstellungsaufwand sehr hoch. Der Einsatz solcher An-

gebote muss gut geplant, qualitätsgesichert und auf die Bedürfnisse von Zielgruppen abgestimmt werden.

Es folgt eine tabellarische Synopse der Beurteilung der Informationskanäle:

Informationskanal	Reichweite*	Spezifität	Akzeptanz	Erreichbarkeit ausgewählter Zielgruppen**	Aktualisierbarkeit	Herstellung
Fernsehen	● ●	●	●	●	●	●
Tageszeitung	● ●	●	●	●	●	●
Kundenzeitschriften	●	●	● ●	●	●	●
Broschüren	●	● ●	● ●	● ●	●	●
Sachbücher	●	●	●	●	●	●
Internet	●	● ●	● ●	● ●	●	●
Radio	● ●	●	●	●	●	●
CD-ROM	●	●	●	●	●	●
Video	●	●	●	●	●	●
Beratung	●	● ● ●	●	●	●	●
Infolines	●	● ● ●	●	●	●	●

● ● ● hervorragend

● ● sehr gut   ● gut   ● befriedigend   ● ausreichend   ● mangelhaft

\* Allgemeine, nicht auf Gesundheits-Informationen bezogene Reichweite

\*\* Gemeint sind hier Zielgruppen, die von einer bestimmten Krankheit betroffen sind und entsprechende Informationen benötigen.

**Tabelle 8:** Beurteilung ausgewählter Informationskanäle in der Übersicht  
Quelle: Eigene Darstellung

### 7 ZIELGRUPPENORIENTIERUNG UND MARKTSEGMENTIERUNG DURCH KRANKENKASSEN

#### 7.1 Marktsegmentierung und Zielgruppenbildung

##### 7.1.1 Ziele und Aufgaben der Marktsegmentierung und Zielgruppenbildung

Um die in Kapitel 4.7 dargestellte Nachfrageorientierung der Informationsübermittlung zu erreichen, werden die Funktionen der Marktsegmentierung und Zielgruppenbildung angewendet. Durch Marktsegmentierung und Zielgruppenbildung soll es gelingen, die Informationsübermittlung in hohem Maß kundenorientiert zu gestalten.

Das Mittel der Zielgruppenbildung stammt aus dem Marketing und wird dort verwendet, um das absatzpolitische Instrumentarium eines Unternehmens zielgerichtet einzusetzen.

Grundlage der Zielgruppenbildung nach jeweils relevanten Merkmalen ist die Marktsegmentierung.<sup>392</sup> Marktsegmentierung und Zielgruppenbildung lassen sich wie folgt beschreiben:

*„Market segmentation is the process of splitting customers into different groups or segments, within which customers with similar characteristics have similar needs. By doing this, each one can be targeted and reached with a distinct marketing mix.“<sup>393</sup>*

Die einzelnen Marktsegmente sind dadurch gekennzeichnet, dass sie sich innerhalb einer Gruppe bezüglich bestimmter Merkmale bzw. Eigenschaften annähernd homogen verhalten und in Abgrenzung zu einer anderen Gruppe weitgehend heterogen sind.<sup>394</sup> Ziel dieses Vorgehens ist es, die einzelnen Zielgruppen gemäß ihres spezifischen Bedürfnisprofils ansprechen zu können. So kann es gelingen, Produkte anzubieten, die in hohem Maß an die Bedürfnisse eines Kundensegments angepasst sind und hierdurch eine Einzigartigkeit erlangen können, die sich positiv auf das Absatzvolumen und die Kundenbindung auswirkt. Aus Sicht der Unternehmung geht es demnach darum, solche Segmente zu identifizieren, deren Bedürfnisprofile erfüllt werden und die auch spezifisch angesprochen werden können.

---

<sup>392</sup> Vgl.: Gabler-Wirtschaftslexikon. A.a.O., o.S.

<sup>393</sup> McDonald, M./Dunbar, I.: Market Segmentation. London: Macmillan Business, 1995, S. 10

<sup>394</sup> Vgl.: Gabler-Wirtschaftslexikon. A.a.O., o.S.

Die Marktsegmentierung, die der Marktforschung vorausgeht, hat darüber hinaus das Ziel, durch Erhöhung der Markttransparenz die Effizienz der Marketing Maßnahmen zu erhöhen.<sup>395</sup> Schematisch dargestellt wird das Vorgehen durch folgende Schritte beschrieben:



**Abbildung 27:** Zielsetzung der Marktsegmentierung  
Quelle: Eigene Abbildung in Anlehnung an Sandberg (1994)

In der Marketing-Literatur wird die Zielsetzung der Marktsegmentierung dadurch beschrieben, dass die Bedürfnisse der Zielgruppen besser gedeckt werden sollen. Ein weiterer Zweck ist es, die Effizienz der Marketing-Maßnahmen und infolgedessen den Absatz zu erhöhen.

Der Unterschied zwischen Marktsegment und Zielgruppe besteht darin, dass das Unternehmen *nach* der Marktsegmentierung einige Segmente auswählt und diese zu Zielgruppen des Unternehmens macht. Somit ist die Zielgruppenidentifizierung der auf die Marktsegmentierung folgende Schritt.<sup>396</sup>

### 7.1.2 Anforderungen an Segmentierungskriterien

Maßgeblich für die Qualität und die spätere Aussagekraft der Segmente sind die Kriterien, anhand derer die Zielgruppen identifiziert werden. Im ersten Schritt der Kriterienauswahl steht die generelle Zielsetzung des Segmentierungsprozesses im Vordergrund.

---

<sup>395</sup> Vgl.: Sandberg, B.: Mikrogeographische Marktsegmentierung in öffentlichen Betrieben und Verwaltungen. Wiesbaden: Gabler Verlag, 1994, S. 22.

Die Gefahr ist groß, dass durch eine zu detaillierte und aufwendige Segmentierung eine große Datenmenge über viele unterschiedliche Segmente generiert wird, aus der sich aber keine zielführenden Handlungsempfehlungen für die Unternehmung ergeben.

Daher sollten Segmentierungskriterien nach MEFFERT folgende Eigenschaften erfüllen:<sup>397</sup>

- *Messbarkeit*

Die zur Segmentierung verwendeten Kriterien müssen messbar und operationalisierbar sein, damit mathematisch-statistische Verfahren angewendet werden können, die Handlungsentscheidungen erleichtern. Einfach zu messen sind z. B. demographische Kriterien wie Alter und Geschlecht. Schwieriger gestaltet sich dagegen die Messung von Einstellungen oder Selbstbild der Konsumenten.

- *Kaufverhaltensrelevanz*

Hier sind Indikatoren gemeint, die das zukünftige Käuferverhalten der Konsumenten beschreiben. Als kaufverhaltensrelevant werden Eigenschaften und Verhaltensweisen eingestuft, wenn sie eine Voraussetzung des Kaufs darstellen. Es handelt sich im Konsumgüter- und im Dienstleistungsbereich um eine sehr anspruchsvolle Anforderung an Segmentierungskriterien. Obwohl sich eine Käufergruppe relativ einfach mit bestimmten Eigenschaften beschreiben lässt, lässt das Zusammentreffen dieser Eigenschaften nicht den Rückschluss zu, dass die Träger der Eigenschaften automatisch zu den zukünftigen Kunden eines Produktes gehören.

Die Übertragbarkeit dieser Anforderung an die Segmentierungskriterien einer Krankenkasse wird ausführlich in Kapitel 7.2.3.2 diskutiert.

- *Erreichbarkeit und Zugänglichkeit*

Die identifizierten Segmente sollten ohne große Streuverluste durch eine spezifische Kommunikations- und Distributionspolitik der Unternehmung erreicht werden können. Das bedeutet u.a., dass den Segmenten ein spezifisches Mediennutzungsprofil zugeordnet werden kann, das im Sinne der Kunden eingesetzt werden kann. Dieser

---

<sup>396</sup> Vgl.: Bruns, J.: Marktsegmentidentifizierung. In: Pepels, W.: Marktsegmentierung. A.a.O., S. 50.

<sup>397</sup> Vgl.: Meffert, H.: Marketing. Wiesbaden: Gabler, 1986, S. 243 ff.

Oder vgl.: Kotler, P./Andreasen, A.: Strategic Marketing For Nonprofit Organizations. A.a.O., S. 169 f.



Punkt hat in Bezug auf die zielgruppenorientierte Informationsübermittlung durch Krankenkassen hervorragende Bedeutung.

- *Wirtschaftlichkeit*

Der Aufwand der Marktsegmentierung und die darauf folgende zielgruppenorientierte Marktbearbeitung sollten in einem günstigen Verhältnis zu dem erreichbaren Nutzen stehen. Die erwarteten Ergebnisse und die daraus resultierenden Handlungen sollten frühzeitig quantifiziert werden.

- *Zeitliche Stabilität*

Informationen, die durch eine Marktsegmentierung über die Zielgruppen gewonnen werden, sollten mindestens über den Planungszeitraum bis zum Einsatz der Marketingmaßnahmen hinweg stabil sein.

- *Handlungsfähigkeit*

In Zusammenhang mit der Erreichbarkeit des Segments steht die Handlungsfähigkeit. Diese Eigenschaft drückt aus, dass die durch die Segmentierung gewonnenen Informationen Hinweise für eine effiziente Marktbearbeitung geben sollen. Kritisch ist in diesem Zusammenhang die von KOTLER formulierte Forderung des „*Differential Responsiveness*“<sup>398</sup>. Gemeint ist damit das Phänomen, dass verschiedene Segmente durch Kriterien identifiziert wurden, die die beschriebenen Eigenschaften erfüllen, dass die identifizierten, unterschiedlichen Segmente aber trotzdem gleich auf verschiedene Maßnahmen der Distributions- und Kommunikationspolitik reagieren. Wenn dieses Phänomen eintritt, wurde das Ziel eines wirtschaftlich effektiven Einsatzes der Marktsegmentierung nicht erreicht.

Die genannten Anforderungen an Segmentierungskriterien sind als Leitfaden bei der Planung zu verstehen. In der Praxis sind je nach Fragestellung Kompromisse in Bezug auf die einzelnen Anforderungen nötig.

### 7.1.3 Kriterien der Marktsegmentierung

Die für die Marktsegmentierung eingesetzten Kriterien lassen sich den folgenden drei großen Bereichen zuordnen:<sup>399</sup>

- Demographische Segmentierungskriterien
- Psychographische Segmentierungskriterien
- Kriterien des beobachtbaren Kaufverhaltens

Zu den *demographischen Segmentierungskriterien* gehören demographische und sozio-ökonomische Kriterien, die die „klassischen“ Segmentierungskriterien darstellen. Zu den demographischen Kriterien werden folgende Variablen gezählt:

- Geschlecht
- Alter
- Familienstand
- Haushaltsgröße

Bei diesen klassischen Segmentierungskriterien wird nach der einfachen Formel vorgegangen:

*„Das Bedürfnis ist eine Funktion des Alters oder Geschlechts usw.“*<sup>400</sup>

Etwas differenzierter und in ihrer Funktion nicht so monokausal ist die Aussagekraft sozio-ökonomischer Kriterien. Unter sozio-ökonomischen Kriterien werden folgende Merkmale zusammengefasst:

- Einkommen
- Soziale Schicht
- Schulabschluss / Ausbildung
- Berufliche Tätigkeit

---

<sup>398</sup> Kotler, P./Andreasen, A.: Strategic Marketing For Nonprofit Organizations. A.a.O., S. 170.

<sup>399</sup> Vgl.: Meffert, H./Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing. Wiesbaden: Gabler, 1995. S. 104 ff.

<sup>400</sup> Bruns, J.: Marktsegmentidentifizierung. A.a.O., S. 50.

- Staats- und/oder Religionszugehörigkeit

Die Zuordnung sogenannter geografischer Kriterien ist je nach Autor unterschiedlich. Entweder wird das Kriterium, das Auskunft über Wohn- und Lebensverhältnisse geben soll, den demographischen Kriterien zugerechnet oder als eigene Gruppe angegeben. Geografischen Segmentierungskriterien liegt die Annahme zugrunde, dass die Wohnungswahl eine hohe Aussagekraft über Einstellung und Motivation der Individuen hat. LEE beschreibt die Aussagekraft der geografischen Kriterien wie folgt:

*„Tell me a guy’s zip code, and I’ll tell you ever wanted to know about him – from his politics to his brand of toothpaste.“<sup>401</sup>*

Vorteilhaft an sozio-ökonomischen Segmentierungskriterien ist ihre leichte und deshalb auch kostengünstige Erhebbarkeit. Gleichzeitig können sich schon wertvolle Hinweise zum Mediennutzungsverhalten ergeben.<sup>402</sup> Meistens ist auch eine erste Abschätzung des Marktpotentials möglich.

Ein entscheidender Nachteil der Segmentierung allein anhand sozio-ökonomischer Kriterien ist ihre mangelhafte Aussagekraft in Bezug auf kaufrelevantes Verhalten der identifizierten Merkmalsträger. Der Einsatz von sozio-demographischen Kriterien ist sinnvoll, wenn es darum geht, einen Markt in einen Käufer- und einen Nicht-Käufer-Markt einzuteilen. Dies gilt für Produkte, die eng an ein Lebensalter oder an ein Geschlecht gebunden sind, wie bei Babynahrung oder Kosmetika.<sup>403</sup>

Wegen ihrer geringen Aussagekraft in bezug auf kaufrelevantes Verhalten werden sozio-ökonomische Kriterien i.d.R. in Kombination mit andern Kriterien verwendet.

Um die Aussagekraft von Segmenten zu erhöhen, die durch sozio-ökonomische Kriterien gebildet wurden, können *psychographische Segmentierungskriterien* angewendet werden. Zu den psychographischen Kriterien gehören Persönlichkeitsmerkmale wie Motive, Einstellungen und Bedürfnisse und produktspezifische Kriterien wie Nutzenerwartungen,

---

<sup>401</sup> Lee, P.: The Micro-Marketing Revolution. In: Small Business Reports, Vol. 15, 1990, S. 71.

<sup>402</sup> Vgl.: Wedel, M./Kamakura, W.: Market Segmentation. Norwell: Kluwer Academic Publishers. 2000, S. 145.

<sup>403</sup> Wobei bei beiden Beispielen durch Produktdifferenzierung in der Vergangenheit auch neue Märkte gewonnen werden konnten, wie z. B. durch Senior-Food und Kosmetik für den Mann.

(Marken-) Präferenzen, Kaufintentionen und Lifestyle-Kriterien.<sup>404</sup> Diese Kriterien haben gemeinsam, dass sie versuchen, die Persönlichkeit der Marktteilnehmer in den Segmentierungsprozess einzubinden. Zielsetzung ist dabei, Verhalten nicht nur zu beschreiben, sondern voraussagen zu können. Die Messbarkeit psychographischer Kriterien gestaltet sich sehr schwierig. Ihre Anwendung bedarf eines hohen Maßes an Expertenwissen.<sup>405</sup> Die Schwierigkeit bei der Operationalisierbarkeit der segmentierenden Kriterien besteht darin, objektive Kriterien für Motive oder Verhalten zu generieren und diese möglicherweise zu skalieren. So stellt sich immer die Frage, ob es tatsächlich gelungen ist, das zu messen, was erfasst werden sollte. Auf Grund dieser Problematik wird den psychographischen Kriterien eine befriedigende Trennschärfe zwischen den Segmenten abgesprochen. Dazu kommt, dass die Reproduktionsfähigkeit der Ergebnisse begrenzt und ihre Evaluation sehr schwierig ist.

Als dritte Gruppe der Segmentierung im Dienstleistungsmarketing werden die *Kriterien des beobachtbaren Kaufverhaltens* verwendet.<sup>406</sup> Im Vordergrund dieses Erfassungsansatzes steht nicht der Versuch, Verhalten zu erklären und vorherzusagen, sondern die Erfassung der Aktivitäten oder Randbedingungen, die im Rahmen des Kaufentscheidungsprozesses eine Rolle gespielt haben. Es geht demnach nicht darum die Motivation zu verstehen, sondern vielmehr darum, die beeinflussenden Rahmenbedingungen zu erfassen und reproduzierbar machen. Zu den Kriterien des beobachtbaren Kaufverhaltens gehören: Dienstleistungsbezogene Kriterien, kommunikationsbezogene Kriterien, preisbezogene Kriterien und einkaufsstättenbezogene Kriterien. Die Kriterien des beobachtbaren Kaufverhaltens bringen per se nicht die Problematik der begrenzten Messbarkeit mit sich. Allerdings konzentriert sich ihre Aussagekraft auf vergangenes Geschehen und birgt daher die Gefahr, dass die Unternehmung mit ihren Marketingaktivitäten immer einen Schritt hinterher ist.

Die folgende Tabelle fasst die Vor- und Nachteile der Segmentierungsgruppen kurz zusammen.

---

<sup>404</sup> Vgl.: Meffert, H./Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing. A.a.O., S. 106 f und Freter, H.: Marktsegmentierung. Stuttgart, 1983. S. 60 ff.

<sup>405</sup> Vgl.: Meffert, H./Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing. A.a.O., S. 104.

<sup>406</sup> Vgl.: Meffert, H./Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing. A.a.O., S. 107 f.

Kriteriengruppen	Vorteile	Nachteile
<b>Demographische Kriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leicht operationalisierbar</li> <li>• Einfach erhebbar</li> <li>• Zeitlich stabil</li> <li>• Erste Annäherung durch eine Einteilung in Käufer und Nicht-Käufer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Aussage über kaufrelevantes Verhalten</li> <li>• Keine tiefere Segmentation möglich</li> </ul>
<b>Psychographische Kriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Differenzierte Segmentierung ermöglicht Aussagen über künftiges Konsumentenverhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwierig zu operationalisieren</li> <li>• Aufwendig zu erheben</li> <li>• Geringe Trennschärfe</li> </ul>
<b>Kriterien des beobachtbaren Kaufverhaltens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aussagen über die für den Kaufentscheidungsprozess relevanten Rahmenbedingungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Aussage über künftiges Konsumentenverhalten</li> </ul>

**Tabelle 9:** Zusammenfassung der Vor- und Nachteile der verschiedenen Gruppen von Segmentierungskriterien

Diese kurze Beschreibung der Kriteriengruppen, die zur Marktsegmentierung verwendet werden, zeigt, dass keine Gruppe den anderen Gruppen überlegen ist.

Welche Kriterien für eine Segmentierung verwendet werden, hängt von dem Produkt ab, für das ein Markt gefunden werden soll. Weil keine Kriteriengruppe die in Kapitel 7.1.2 beschriebenen Anforderungen vollständig erfüllt, werden sie nicht exklusiv angewandt, sondern miteinander kombiniert, wodurch sich Vor- und Nachteile gegenseitig kompensieren sollen.

Etabliert sind Kombinationen zwischen sozio-demographischen und psychographischen Kriterien wie die Konzepte des Familienlebenszyklus, der Sozialen Schicht und des Life-Style.<sup>407</sup>

Die Segmentierung durch Kriterien-Kombinationen kann gleichzeitig oder sukzessive vorgenommen werden. Bei der sukzessiven Kombination wird zunächst ein Segment durch die Anwendung einer Kriteriengruppe identifiziert, um im nächsten Schritt durch die Anwendung einer anderen Kriteriengruppe weiter differenziert zu werden.<sup>408</sup>

<sup>407</sup> Vgl.: Sandberg, B.: Mikrogeographische Marktsegmentierung in öffentlichen Betrieben und Verwaltungen. A.a.O., S. 29.

<sup>408</sup> Vgl.: Sandberg, B.: Mikrogeographische Marktsegmentierung in öffentlichen Betrieben und Verwaltungen. A.a.O., S. 29.

Durch eine sukzessive Marktsegmentierung mit Hilfe von Kriterienkombinationen können teilweise überraschende Ergebnisse erzielt werden, wie HOROVITZ und KUMAR beschreiben. HOROVITZ und KUMAR wollten Zielgruppen von Flughafenrestaurants identifizieren und befragten Restaurantbesitzer nach Segmentierungsmöglichkeiten. Sie erhielten vier Vorschläge: Geschäftsleute, Touristen, Flughafenangestellte und Gruppen (Verwendung sozio-demographischer Kriterien). Eine Primärdatenerhebung, die auch einen nutzenorientierten Ansatz verfolgte, ergab allerdings, dass die Kunden der Flughafenrestaurants v.a. in zwei Gruppen eingeteilt werden können: Kunden, die in Eile sind und Kunden, die Zeit überbrücken. Dieses Merkmal gab sehr konkrete Hinweise auf die Bedürfnisse der Konsumenten, die präzise bedient werden konnten (Expressmenue, ruhige Zone, schnelle Bedienung, etc.).<sup>409</sup>

### 7.2 Verwendung von Marketingprinzipien durch Krankenkassen

Marktsegmentierung wird von privatwirtschaftlichen Profit-Unternehmen eingesetzt, um die Markttransparenz und damit die Effizienz des absatzpolitischen Instrumentariums zu erhöhen. Dies dient letztendlich dazu, Absatz und Gewinn des Unternehmens zu steigern.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwiefern sich Prinzipien des Marketings, insbesondere der Marktsegmentierung und Zielgruppenbildung auf Non-Profit-Unternehmen wie Krankenkassen übertragen lassen und mit welchen Zielen sie dort eingesetzt werden können. Marketing in Non-Profit Unternehmen wird häufig als Social Marketing oder Sozio-Marketing bezeichnet. Grundlage des Social Marketing ist i.d.R. das Konzept des sozialen Wandels.<sup>410</sup>

Im Vordergrund der Aktivitäten von Krankenkassen stehen nicht Gewinnstreben, sondern gesetzlich vorgegebene Ziele (vgl. Kapitel 2.1 und 3). Zusammengefasst gibt das Sozialgesetzbuch V den Gesetzlichen Krankenkassen vor, unter strenger Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots,

---

<sup>409</sup> Vgl.: Horovitz, J./Kumar, N.: Getting close to the customer. In: Mastering Management (Financial Times). London, 1997. S. 198-204.

<sup>410</sup> Vgl.: Gabler-Wirtschaftslexikon. A.a.O., o.S.

*„[...] die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“<sup>411</sup>*

Bei der Zielerreichung sind Krankenkassen durch das Wirtschaftlichkeitsgebot (s. Kapitel 2.1) dem klassischen Maximalprinzip der Betriebswirtschaft unterworfen, das besagt, dass

*„[...] mit einem gegebenen Aufwand an Produktionsfaktoren der größtmögliche Güterertrag zu erzielen ist [...]“.<sup>412</sup>*

Der Mitteleinsatz der Krankenkasse ist durch die direkte Ankoppelung an die Grundlohnsumme begrenzt. Somit werden die Körperschaften der GKV gezwungen, mit einem vorgegebenen Einsatz das ihnen gesetzlich vorgeschriebene Ziel so weit wie möglich zu erreichen. Unter diesem Aspekt ist die Marktsegmentierung ein adäquates Instrument, um die Effizienz der eingesetzten Mittel der Krankenkassen zu erhöhen (s. Kapitel 7.1.1).

Allerdings ist die Marktsegmentierung und die umrissene Konzentration auf Zielgruppen kein traditionelles Mittel der Krankenkassen. Da die Marktsegmentierung in den Werkzeugkasten des Marketing gehört, wird sie von Krankenkassen erst angewendet, seit sich Finanzknappheit in der GKV abgezeichnet hat. Vor diesem Hintergrund erfolgte erstmals eine Konzentration auf Zielgruppen (z. B. Studenten), um neue Kunden bzw. Versicherte zu gewinnen. Sehr neu und unter starker Beeinflussung US-amerikanischer Disease-Management-Programme<sup>413</sup> ist der krankheitsbezogene Einsatz von Zielgruppenbildung.

Die Hinwendung zur krankheitsbezogenen Betrachtung von Zielgruppen gründet darin, dass sich in Deutschland ein Bewusstsein dafür herausgebildet hat, dass es große Gruppen chronisch Kranker gibt, denen das jetzige Gesundheitssystem keine adäquate Behandlung und Unterstützung anbieten kann. Neben der ethischen Brisanz, die hinter diesem Mangel steht, werden durch Fehl-, Über- und Unterversorgung erhebliche Kosten verursacht.

Die Bundesregierung hat ein Gutachten des Sachverständigenrates der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zum Anlass genommen, die Versorgung bestimmter Gruppen chronisch kranker Menschen durch eine Neuregelung des Risikostrukturausgleichs be-

---

<sup>411</sup> § 1, Absatz 1, Satz 1 Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988, a.a.O.

<sup>412</sup> Wöhe, G.: Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre. München: Verlag Franz Vahlen, 1993. S. 1.

<sup>413</sup> Disease-Management-Programme erklären

sonders zu fördern. Diese gesetzliche Regelung beschleunigt durch unmittelbare finanzielle Anreize den Prozess der Hinwendung zu neuen Zielgruppen der GKV.

Darüber hinaus ergibt sich für Krankenkassen eine starke Notwendigkeit, in die Behandlung jener Krankheiten steuernd einzugreifen, die sehr hohe Kosten in der stationären und/oder ambulanten Versorgung verursachen. Damit rücken neben chronischen Manifestationen von Krankheiten auch akute Krankheitszustände in den Fokus der Betrachtung.

Vor dem geschilderten Hintergrund vollzieht sich bei den Krankenkassen ein Wandel des Marketing-Gedankens in vier Stufen.<sup>414</sup>

Als *Undifferenziertes Marketing* oder *Massen Marketing* wird das Vorgehen eines Unternehmens beschrieben, das nur ein Produkt für alle Teilnehmer eines Markts anbietet.<sup>415</sup> Ziel ist es, mit nur einem Produkt bzw. einer Dienstleistung die größtmögliche Anzahl von Nachfragern anzusprechen. Undifferenziertes Marketing setzt auf eine passive Marktsegmentierung durch Selbstselektion der Nachfrager.<sup>416</sup> Vorteil dieses Vorgehens sind eindeutig die geringen Kosten. Nachteilig ist, dass so die Bedürfnisse von keinem Marktteilnehmer exakt befriedigt werden können; es werden sozusagen alle „ein bisschen“ mit dem Produkt zufrieden gestellt. Dieses Vorgehen findet sich in Branchen mit weitgehend ähnlichen Bedürfnisstrukturen der Kunden, bei Monopolisten oder stark reglementierten Bereichen wieder. So ist eine Produktdifferenzierung in Bezug auf den Versicherungsschutz der Krankenkasse gesetzlich nicht bzw. nur sehr eingeschränkt möglich. Marketingprogramme von Unternehmen, die im Bereich der Gesundheitsförderung tätig sind, haben häufig extrem ehrgeizige Ziele und wollen überaus große Zielgruppen erreichen. Eine mögliche Zielgruppe von Impfungen sind alle Kinder im Alter von fünf Jahren. Eine andere Zielgruppe wird durch alle gebildet, die zuviel Alkohol trinken.<sup>417</sup> Aufgrund dieser ambitionierten Ziele in Form riesiger, nicht weiter segmentierten Zielgruppen enden Marketing Programme in der Gesundheitsförderung häufig in Undifferenziertem

---

<sup>414</sup> Vgl.: Kotler, P./Andreasen, A.: *Strategic Marketing for Nonprofit Organizations*. A.a.O., S. 153.

<sup>415</sup> Vgl.: ebd.

<sup>416</sup> Vgl.: Meffert, H.: *Marketing*. A.a.O., S. 254.

<sup>417</sup> Hier ergibt sich bereits eine methodische Problematik, die die Marktsegmentierung im Bereich der Gesundheitsförderung charakterisiert: Wieviel ist *zuviel* Alkohol?



Marketing.<sup>418</sup> Infolgedessen wird niemand gezielt erreicht und es besteht die Gefahr, dass das gesamte Programm ins Leere läuft.

Beim *Konzentrierten Marketing* wird der mögliche Gesamtmarkt in zwei oder mehr Teilmärkte aufgeteilt. Dies erfolgt i.d.R. durch eine entsprechende Produktdifferenzierung. Dabei werden die Angebote nicht differenziert, um neue Märkte zu bearbeiten, sondern vielmehr um den vorhandenen Marktteilnehmern Alternativen anbieten zu können.<sup>419</sup> Beispielhaft ist hier die Ansprache von Studenten, um neue Versicherte zu gewinnen, oder Gesundheitsinformationen von Asthmatikern. Für beide Beispiele gilt, dass zwar eine bestimmte Gruppe angesprochen wird, dass diese allerdings so groß und so heterogen ist, dass auch hier spezifische Bedürfnisse nicht befriedigt werden können.

Eine Steigerung des Konzentrierten Marketings ist das *Differenzierte bzw. Target-Marketing*.<sup>420</sup> Beim Target-Marketing wird der vorhandene Markt anhand der vermuteten Bedürfnisse in mehrere Zielgruppen segmentiert. Dabei wird eine je nach Segmentierungsform und -tiefe unterschiedlich starke Kundenorientierung umgesetzt.<sup>421</sup>

Diese Art der Marktbearbeitung haben Krankenkassen erreicht, wenn sie zielgruppenorientierte krankheitsbezogene Angebote für ihre Versicherten konzipieren, die berücksichtigen, dass die Gruppe der Asthmakranken bspw. aus Teilsegmenten besteht. ANDREASEN fasst diese Art von Marketing in dem Slogan zusammen:

*„Putting the Customer First.“*<sup>422</sup>

---

<sup>418</sup> Vgl.: Andreasen, A.: *Marketing Social Change*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1995, S. 174.

<sup>419</sup> Vgl.: Meffert, H.: *Marketing*. A.a.O., S. 254.

<sup>420</sup> Vgl.: Kotler, P./Andreasen, A.: *Strategic Marketing for Nonprofit Organizations*. A.a.O., S. 153.

<sup>421</sup> Als Endform des Target-Marketings kann der „Segment-of-one-approach“ bezeichnet werden. Hier wird das Produkt bis auf die Bedürfnisse des einzelnen Nachfragers angepasst. Möglich ist dies Vorgehen in Dienstleistungsunternehmen. Vgl.: Meffert, H./Bruhn, M.: *Dienstleistungsmarketing*. A.a.O., S. 194.

<sup>422</sup> Andreasen, A.: *Marketing Social Change*. A.a.O., S. 37.

### 7.2.1 Besondere Herausforderungen des Marketing für Non-Profit Unternehmen

Obwohl der Nutzen von Marketingmaßnahmen und insbesondere von zielgruppenorientierten Angeboten durch Krankenkassen immer stärker anerkannt wird, liefert die Praxis Gründe, die eine konsequente Umsetzung scheitern lassen. Folgende Besonderheiten des Marketings im Rahmen der Gesundheitsförderung können angeführt werden:

- Die Zielgruppen sind zu groß und zu heterogen, um die Ausgestaltung spezifizierter Marktbearbeitungsmaßnahmen zu rechtfertigen (vgl. Kapitel 7.2).
- Sekundär-Daten, die zur Beschreibung von Zielgruppen dienen könnten, sind für den Zweck, gesundheitsrelevantes Verhalten von Gruppen zu charakterisieren, oft nicht geeignet. Es handelt sich in der Regel um Daten, die nur Aufschluss über Konsumverhalten geben. Das heißt für die Konzeption von Marketingprogrammen innerhalb der Gesundheitsförderung i.w.S., dass Primär-Daten erhoben werden müssen. Dieses ist wiederum ungleich kostenintensiver.<sup>423</sup>
- Die Erhebung von Primär-Daten, die gesundheitsrelevantes Verhalten beschreiben, und die Beurteilung deren Validität und tatsächlicher Aussagekraft ist eine extreme Herausforderung der empirischen Sozialforschung. In Primär-Daten Erhebungen im Gesundheitsbereich sollen Befragte häufig Auskunft über Tabu-Themen geben oder über Verhalten, das, wenn es bereits erkannt wäre, nicht mehr die Folgen hätte, die vermieden werden sollen. Darüber hinaus betreffen Gesundheitsverhalten bezogene Befragungen Bereiche, in denen der Befragte dazu geneigt ist, im Sinne von sozialer Erwünschtheit zu antworten. BLOOM and NOVELLI fassen diese Problematik treffend wie folgt zusammen:

*„While people are generally willing to be interviewed about these topics, they are more likely to give inaccurate, self-serving, or socially desirable answers to such questions than to questions about cake mixes, soft drinks, or cereals.“<sup>424</sup>*

---

<sup>423</sup> Vgl.: Kotler, P./Andreasen, A.: Strategic Marketing for Nonprofit Organizations. A.a.O., S. 26.

<sup>424</sup> Bloom/Novelli: Marketing Communications. Zitiert nach: Kotler, P./Andreasen, A.: Strategic Marketing for Nonprofit Organizations. A.a.O., S. 26. (Genauere Quellenangabe fehlt.)

- Die Ziele von Marketingprogrammen innerhalb der Gesundheitsförderung beziehen sich in unterschiedlich starkem Maß auf Verhaltensänderung, wie z. B. das Rauchen aufgeben, sich gesünder ernähren. Diese Ziele sind im Gegensatz zu Marktbearbeitungsmaßnahmen im Profit-Sektor sehr ambitioniert. Im Profit-Sektor wird i.d.R. nicht versucht, den Absatz eines Produktes innerhalb einer Zielgruppe zu steigern, in dem Verhalten, Bedürfnisse oder Einstellungen der Gruppe geändert werden.<sup>425</sup>

Es zeigt sich eine deutliche Diskrepanz: Auf der einen Seite ist die Anwendung von Marketing-Prinzipien in der Gesundheitsförderung ein relativ junges Feld, auf der anderen Seite gehen die Zielsetzungen bereits über das hinaus, was klassisches Marketing i.d.R. leistet.

- Während im privaten Sektor Produkteigenschaften an die Bedürfnisse des Konsumenten angepasst werden können, ist das im Non-Profit-Bereich kaum möglich.<sup>426</sup> Wenn die Zielsetzung lautet, den Ausstieg aus dem Nikotin-Konsum zu erreichen, besteht der Kern des „Produktes“ immer darin, nicht zu rauchen. Handlungsspielraum gibt es nur in dem Bereich, *wie* die Zielgruppe überzeugt werden kann, dass dies Ziel erstrebenswert ist und wie sie bei der Zielerreichung unterstützt werden kann.
- Das Ziel der Verhaltensänderung kann auch als *Negative Demand* beschrieben werden.<sup>427</sup> Soziales Marketing versucht häufig „Produkte abzusetzen“, gegen die die Zielgruppe eine deutliche Abneigung hat. KOTLER und ANDREASEN beschreiben die Aufgabe von „Social Marketers“:

*„They must try to entice “macho men” into wearing seat belts, timid souls into giving blood or taking medication around which swirl rumors about devastating effects on sexual potency, or aging citizens to finally admit they are infirm or otherwise need assistance.”<sup>428</sup>*

- Marketing-Programme im Bereich der Gesundheitsförderung versuchen eine Verhaltensänderung in Situationen zu initiieren, die in ihrer Genese häufig durch instinktives und unbewusstes Handeln bestimmt sind. Der Nutzen von gesundheitsförderndem Handeln tritt in den Hintergrund, da die Stärke des momentanen Bedürfnisses

---

<sup>425</sup> Kotler, P./Andreasen, A.: Strategic Marketing for Nonprofit Organizations. A.a.O., S. 27.

<sup>426</sup> Vgl.: Kotler, P./Andreasen, A.: Strategic Marketing for Nonprofit Organizations. A.a.O., S. 27.

<sup>427</sup> Vgl.: Andreasen, A.: Marketing Social Change. A.a.O., S. 59.

<sup>428</sup> Kotler, P./Andreasen, A.: Strategic Marketing for Nonprofit Organizations. A.a.O., S. 27.

jede Marketing-Nachricht überwältigt (z. B. in Suchtsituation)<sup>429</sup>, da das momentane Bedürfnis oft stärker ist als die Vernunft.

- Obwohl die Marketing-Nachricht in wie oben beschriebenen Situationen stark genug sein muss, um erfolgreich sein zu können, erfordert sie zur Unterstützung häufig eine erhebliche Menge von Informationen.<sup>430</sup> Zum Beispiel sind die Zusammenhänge zwischen erhöhtem Blutdruck, Koronarer Herzkrankheit und mangelnder Bewegung sehr komplex, aber für die Einsicht in die Wichtigkeit der Verhaltensänderung grundlegend. Die Vermittlung dieses Informationsvolumens, das letztendlich zu Verhaltensänderung führen soll, erfordert sehr viel pädagogisches Geschick. So befindet sich der Bereich der Gesundheitsförderung in einer Schnittmenge zwischen Marketing und Pädagogik.
- Eine andere Schwierigkeit, die sich im Hinblick auf eine angestrebte Verhaltensänderung ergibt, ist die Tatsache, dass sich der Nutzen des „Wohlverhaltens“ in vielen Fällen erst in der Zukunft zeigt (wenn überhaupt), während sich der scheinbare Verlust von Lebensqualität durch die Änderung des gewohnten Verhaltens sofort auswirkt. Darüber hinaus ist Gesundheit der normale und bis zum Zeitpunkt des Krankheitseintritts der selbstverständliche Zustand. Im Rückschluss heißt das, dass gesundheitsbewusstes Verhalten zum Zeitpunkt von Symptomfreiheit eine Anstrengung für etwas bedeutet, was als selbstverständlich betrachtet wird. Andererseits ist der Zusammenhang zwischen empfohlenem Verhalten und Symptomfreiheit häufig nicht so eindeutig, als dass sich so etwas wie eine natürliche Argumentation oder Begründung für das gesundheitsbewusste Verhalten einstellen könnte. Der Erfolg einer Maßnahme zeichnet sich lediglich durch das Ausbleiben von Auswirkungen aus.<sup>431</sup>

---

<sup>429</sup> Vgl.: Rados, D.: Marketing For Nonprofit Organizations. Westport: Auburn House, 1996, S. 33.

<sup>430</sup> Vgl.: Kotler, P./Andreasen, A.: Strategic Marketing for Nonprofit Organizations. A.a.O., S. 27.

<sup>431</sup> Vgl.: Andreasen, A.: Marketing Social Change. A.a.O., S. 60.

### 7.2.2 Pro und Contra Marktsegmentierung in der GKV

Neben den im vorhergehenden Kapitel dargestellten Herausforderungen, die sich für das Marketing allgemein im Bereich der Gesundheitsförderung ergeben, können auch Argumente für und wider der Marktsegmentierung durch Krankenkassen diskutiert werden.<sup>432</sup>

- Ein wichtiger Grund, der gegen eine Segmentierung der Versicherten spricht, ergibt sich aus dem traditionellen Selbstverständnis der GKV, das einen Schwerpunkt in der Gleichbehandlung ihrer Mitglieder hat. Auf den ersten Blick durchbricht die Konzentration auf Zielgruppen diesen Grundsatz, da hier bestimmten Gruppen mehr Aufmerksamkeit und größere Ressourcen zuteil werden als anderen. Zielgruppenorientierung in einem Non-Profit-Unternehmen muss aus ökonomischen Gründen auch immer heißen, dass anderen Gruppen keine besonderen Angebote gemacht und diese somit ausgeschlossen werden. Hieraus ergibt sich eine Problematik der Verteilungsgerechtigkeit.
- An anderer Stelle wird angeführt, dass in Non-Profit-Unternehmen das Verständnis dafür fehlt, dass das positive Potential der Segmentierung darin liegt, die Effizienz von Programmen zu erhöhen und gleichzeitig die Kosten senken. Diese Annahme liegt nahe, wenn betrachtet wird, wie jung der Einsatz von Zielgruppenorientierung bei Krankenkassen ist und dass in diesen Bereichen kaum eine wissenschaftliche Evaluation der Maßnahmen stattfindet.
- Neben dem mangelnden Verständnis für das Potential der Marktsegmentierung führt auch das mangelnde Wissen über den Umgang mit diesem Instrument und die Einsatzmöglichkeiten dazu, dass diese Methode von Krankenkassen kaum angewendet wird.
- Ein besonderer Nachteil ergibt sich in diesem Zusammenhang dadurch, dass Krankenkassen für eine überzeugende Zielgruppenbildung Primär-Daten erheben müssen (s. Kapitel 7.2.1), diese aber zunächst die Programmkosten erheblich steigert.

---

<sup>432</sup> Vgl.: Andreasen, A.: Marketing Social Change. A.a.O., S. 175 f.

- Auch ein falsches Verständnis von Kostensenkung führt dazu, dass keine Marktsegmentierung und Zielgruppenorientierung stattfindet. Je stärker segmentiert wird, desto differenzierte Mittel werden benötigt, um die Programme an die Bedürfnisse der Zielgruppen anzupassen. Uniformität der Maßnahmen dagegen führt zwar zu Kostensenkung, birgt aber auch die Gefahr, dass niemand durch das Programm erfolgreich angesprochen werden kann.

Für eine Segmentierung durch Krankenkassen sprechen dagegen folgende Gründe:<sup>433</sup>

- Ein sehr naheliegender Grund eine Segmentierung durchzuführen, ist dem Wesen des Instruments immanent und bezieht sich auf die Unterschiedlichkeit der Bedürfnisse, die für die Versicherten einer Krankenkasse genauso gilt wie in anderen Lebensbereichen.  
Ein Beispiel hierfür ist die unterschiedliche Problem- oder Betroffenheitsinzidenz von Versichertengruppen, bspw. sind Jodmangelerscheinungen in Voralpengebieten sehr viel häufiger als an der Nord- und Ostsee. Ein folgenreicheres Beispiel ist die hohe Gefahr von HIV Infektionen in bestimmten Bevölkerungsgruppen.
- Das genannte Beispiel liefert einen weiteren Grund, der für eine Segmentierung bei Krankenkassen spricht: die Ernsthaftigkeit oder Dringlichkeit einer Gesundheitsbeeinträchtigung. Diese ist bei dem Risiko, sich mit HIV zu infizieren, ungleich höher als bei der Gefahr eines Jodmangels. Die Handlungsrelevanz für die Krankenkasse ändert sich je nach Versichertengruppe.
- Probleminzidenz muss sich aber nicht nur auf Krankheitsrisiken, sondern auch auf bereits vorhandene Manifestationen beziehen. Die Größe einer Versichertengruppe, die von einer Krankheit betroffen ist, rechtfertigt zielgruppenorientierte Maßnahmen. Als Beispiele seien hier die sogenannten Volkskrankheiten aufgeführt wie Koronare Herzerkrankungen, Arthrose oder Diabetes Mellitus Typ II.

---

<sup>433</sup> Vgl.: Andreassen, A.: Marketing Social Change. A.a.O., S. 177 f.

- Neben unterschiedlichem Risiko und unterschiedlicher Betroffenheit spricht auch die unterschiedliche Fähigkeit oder Unfähigkeit von Gruppen, sich selbst zu schützen, für eine Segmentierung. Zum Beispiel zeigt der nachgewiesene Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und sozialem Milieu Handlungsfelder im Sinne von Zielgruppenorientierung auf.<sup>434</sup>
- Im Sinne der Effizienzsteigerung der eingesetzten Ressourcen kann die Tatsache gesehen werden, dass bestimmte Gruppen besser ansprechbar und besser erreichbar sind als andere Gruppen (s. Kapitel 4). Diese Erreichbarkeit bezieht sich auf die Bereitschaft von Versichertengruppen, für sie relevante Gesundheitsinformationen wahrzunehmen, und auf die Medienerreichbarkeit von Zielgruppen. Die Medienerreichbarkeit kann sehr unterschiedlich sein und steuert die Ressourcenallokation erheblich. Die Anstrengungen für eine kleine Gruppe, die nur durch sehr hohen Einsatz mit mäßigen Erfolg medial erreicht werden kann, müssen zwangsläufig hinter Aktivitäten zurücktreten, die mit geringem Aufwand große Gruppe erreichen.
- Die Bereitschaft, auf Gesundheitsinformationen zu reagieren, kann auch zu den Gründen gezählt werden, die für eine Segmentierung durch Krankenkassen sprechen. Es ist im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots Ressourcen dort einzusetzen, wo sie höchste Wirksamkeit erreichen können. Zum Beispiel ist die mediale Erreichbarkeit und die Bereitschaft sich mit Gesundheitsinformationen auseinander zu setzen, bei schwangeren Frauen sehr hoch. Gleichzeitig ist der ökonomische Nutzen von gesundheitsfördernden Programmen in diesem Segment unbestritten.

Werden die Gründe, die gegen eine Segmentierung bei Krankenkassen hervorgebracht werden, betrachtet, kristallisiert sich heraus, dass die Hauptgründe mangelnde Erfahrung und daraus resultierende mangelnde Professionalität im Umgang mit der Methode sind. Zur Zeit werden kaum spezifische, krankheitsbezogene Angebote für Versichertengruppen gemacht. Der Medieneinsatz erfolgt zielgruppenunspezifisch. So werden über Websites alle krankheitsbezogenen Informationen übermittelt, sei es Asthma oder Herzinsuffi-

---

<sup>434</sup> Vgl.: Klinik heute, Meldung 16. Februar 2001. URL: <http://www.klinikheute.de>, (Stand: Februar 2001).

ziens. Dass es sich bei den Betroffenen um unterschiedliche Zielgruppen handelt, die unterschiedlich über das Internet erreichbar sind und die unterschiedliche Informationsinhalte verlangen, wird dabei nicht beachtet. Das Produkt „Gesundheitsinformation“ wird durch Undifferenziertes Marketing abgesetzt und kann zwangsläufig keinen hohen Zielerreichungsgrad haben. Andererseits sind gerade die Instrumente der Marktsegmentierung hervorragend geeignet, die informationspolitischen Aktivitäten eines Unternehmens zu verbessern.<sup>435</sup>

Im Folgenden werden die Gründe zusammengefasst, die für eine Marktsegmentierung und für zielgruppenorientierte Angebote sprechen:

- Effizienter Ressourceneinsatz
- Unterschiedliche (Informations-) Bedürfnisse
- Unterschiedliche Schutzbedürftigkeit
- Unterschiedliche Betroffenheit
- Unterschiedliches Risiko
- Unterschiedliche Offenheit für Gesundheitsinformationen
- Unterschiedliche mediale Erreichbarkeit

Für Krankenkassen ergibt sich, dass die Differenzierung ihrer Informationsangebote, bezogen auf die unterschiedlichen Bedürfnisse ihrer Zielgruppen, ein probates Mittel ist, um die Effizienz ihres Leistungsangebotes im Sinne ihrer Versicherten zu steigern.

### **7.2.3 Übertragung des Konzepts der Marktsegmentierung auf die Erfordernisse der zielgruppenorientierten, krankheitsbezogenen Informationen**

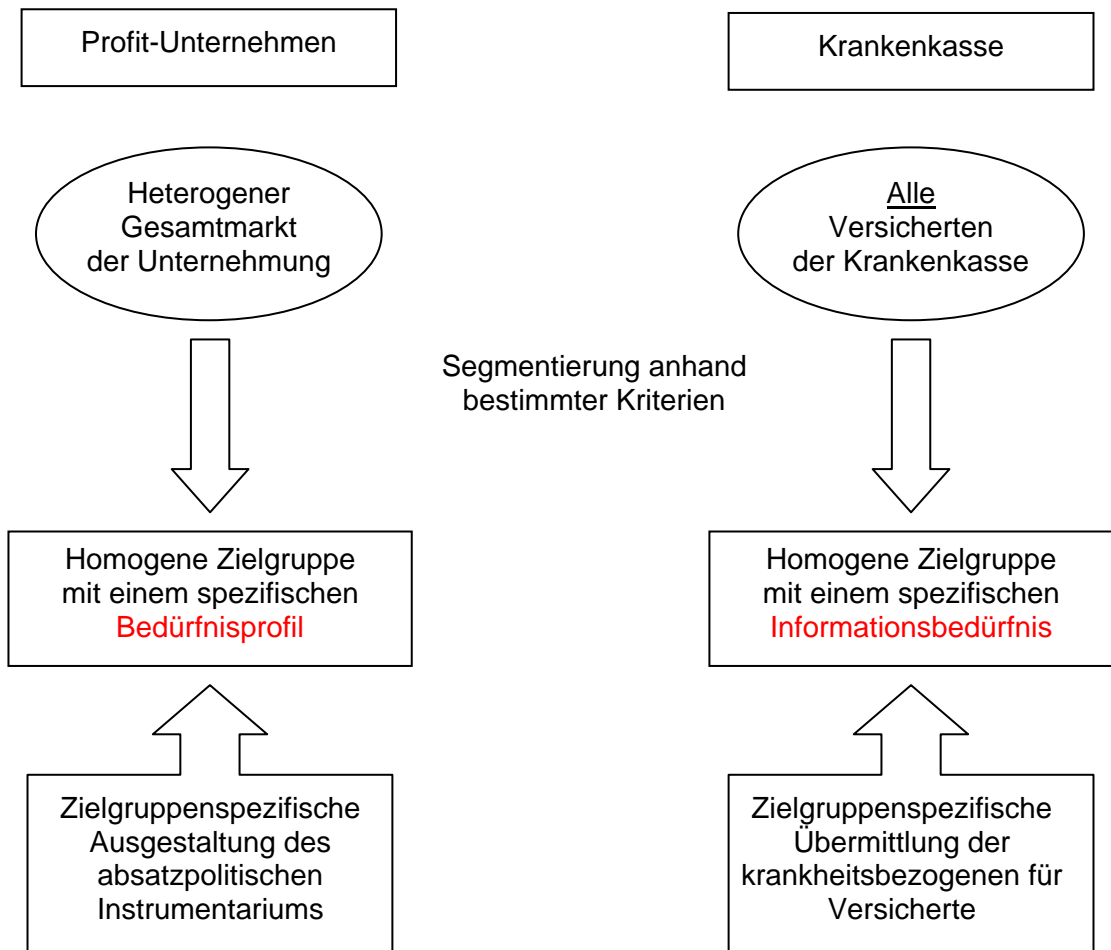
Bei der Übertragung des Konzepts der Marktsegmentierung auf die Erfordernisse von Krankenkassen ergeben sich besondere Anforderungen, die in diesem Kapitel diskutiert werden.

---

<sup>435</sup> Vgl.: Meffert, H.: Die Beurteilung und Nutzung von Informationsquellen beim Kauf von Konsumgütern. A.a.O., S. 58.



Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben für das Leistungsgeschehen der GKV und der dargestellten Notwendigkeit, die Stellung des Patienten zu stärken, hat sich herauskristallisiert, dass das „abzusetzende Produkt“ der Krankenkasse „Gesundheitsinformationen“ sind und vor dem Hintergrund dieser Arbeit krankheitsbezogene Informationen insbesondere. Eine schematische Übertragung der Marktsegmentierung, die die Effizienz der Absatzes stärken soll, auf eine Krankenkasse und ihr Produkt Gesundheitsinformationen sieht folgendermaßen aus:



**Abbildung 28:** Übertragbarkeit des Konzepts der Marktsegmentierung auf die Problemstellung einer Krankenkasse.  
Quelle: Eigene Darstellung

Durch Gesundheitsinformationen sollen aus Sicht der Krankenkasse folgende Ziele erreicht werden:

- Erfüllung gesetzlicher Anforderungen
- Kundenorientierter Service
- Erhöhung der Kundenzufriedenheit
- Stärkung der Kundenbindung
- Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Versicherten

- Einfluss auf die Qualität und den Erfolg von Gesundheitsdienstleistungen
- Einfluss auf die Leistungsanspruchnahme durch die Versicherten

Während die ersten vier Punkte als „Pflicht“ bezeichnet werden können, zählen die letzten drei zur „Kür“. Dies sind die hochgesteckten Ziele der Krankenkassen, die Versicherten und Patienten durch Gesundheitsinformationen so weit zu stärken, dass sie sich im Sinne der Primär- und Sekundärprävention günstig verhalten (s. Kapitel 4.3) und dass sie im Krankheitsfall durch Empowerment und Compliance den Behandlungsprozess positiv beeinflussen (s. Kapitel 2.2.4).

Die o.g. Ziele geben Hinweise auf die Eigenschaften der Segmente, für die zielgruppenorientierte Gesundheitsinformationen effizient eingesetzt werden können. Die Segmente sollten mindestens die ersten drei der folgenden Eigenschaften haben (vgl. Kapitel 7.1.2):

- Starke Leistungsanspruchnahme und dadurch Verursachung hoher Kosten
- Ausreichend groß sein
- Gut erreichbar sein
- Gut steuerbar sein

Die Auswahl der Segmentierungskriterien ist von besonderer Relevanz, weil sie die Aufgabe haben, die o.g. Eigenschaften der Segmente zumindest teilweise zu vereinen.

### **7.2.3.1 Datenlage der Krankenkassen zur Identifikation von Segmentierungskriterien**

Um die Segmentierungskosten einer Krankenkasse niedrig zu halten, bietet es sich an, zunächst zu prüfen, welche Daten, die sich als Segmentierungskriterien eignen, bei Krankenkassen per se vorhanden sind.

Die regelhaft bei den Krankenkassen vorhandenen Versichertendaten ergeben sich aus den Vorgaben von § 291, Absatz 2, Sozialgesetzbuch V, und beinhalten folgende Informationen:<sup>436</sup>

---

<sup>436</sup> § 291, Absatz 2 Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988, a.a.O.

- a) Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse
- b) Familienname und Vorname des Versicherten
- c) Geburtsdatum
- d) Anschrift
- e) Krankenversicherungsnummer
- f) Versichertenstatus
- g) Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
- h) bei befristeter Gültigkeit der Karte das Datum des Fristablaufs

Mit Alter, Geschlecht und Versichertenstatus verfügen Krankenkassen über wesentliche Daten, die als sozio-demographische Segmentierungskriterien dienen können. Der Versichertenstatus gibt ungefähre Auskunft über die berufliche Situation, in der sich der Versicherte befindet. Es kann unterschieden werden zwischen Student, Rentner, Mitglied (selber versichert) und Versicherter (über den Ehepartner versichert).

Neben den Daten, die auf der Krankenversichertenkarte gespeichert sind, erhält die Krankenkasse Daten aus der ambulanten und stationären Leistungserbringung. Die Informationen, die die Krankenkassen über die stationäre Leistungsanspruchnahme erhalten, sind durch § 301 SGB V geregelt.<sup>437</sup>

Damit geben die stationären Leistungsdaten Auskunft über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vergleichbar mit dem beobachtbaren Kaufverhaltens (s. Kapitel 7.1.3).

Die Inanspruchnahme von Leistungen aus dem niedergelassenen Bereich<sup>438</sup> kann nur zum Teil versichertenbezogen von Krankenkassen nachvollzogen werden. Die Leistungen der niedergelassenen Ärzte werden zunächst bei den Kassenärztlichen Vereinigungen eingereicht und dort von den Personendaten getrennt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen rechnen den Krankenkassen gegenüber anonymisierte Leistungen ab.<sup>439</sup>

Diese Form der für die Versicherten und Krankenkassen nicht transparenten Abrechnung von Leistungen verstärkt die Aushebelung der Marktkräfte im Gesundheitswesen (vgl.

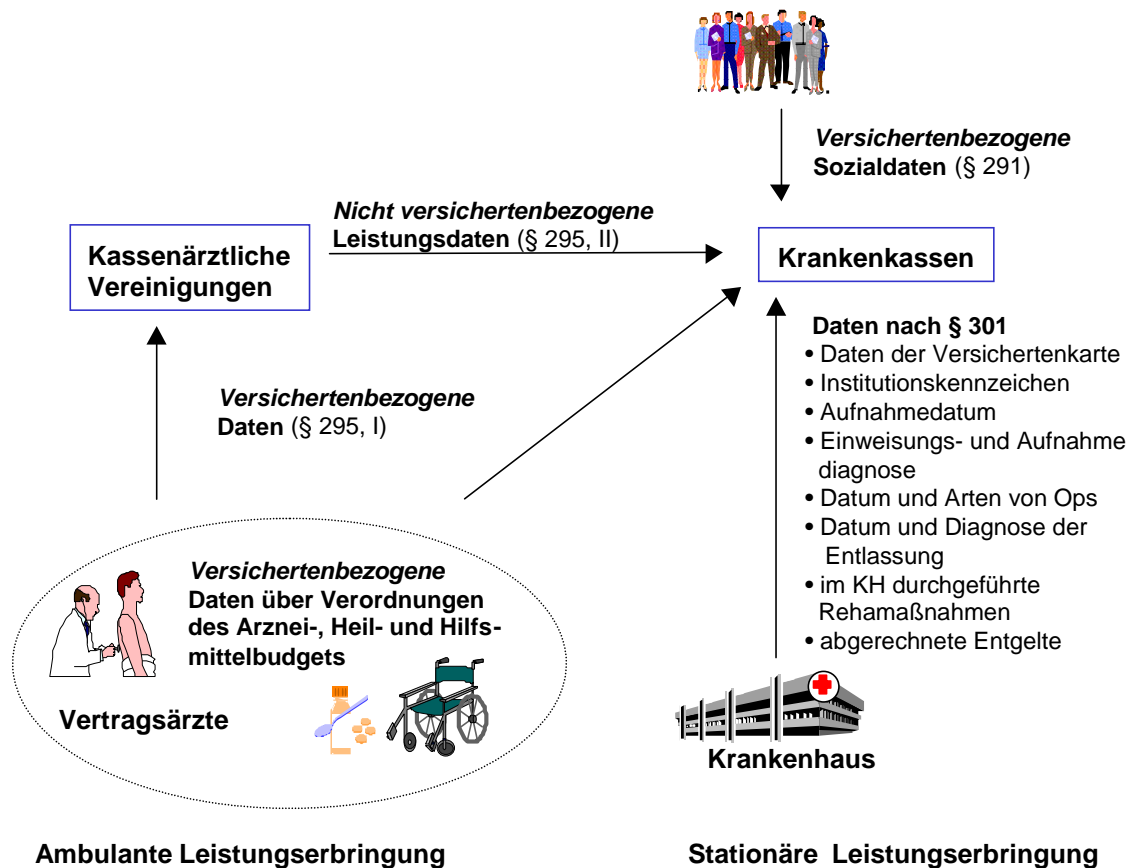
---

<sup>437</sup> § 301 Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988, a.a.O.

<sup>438</sup> Ambulante ärztliche Behandlung

<sup>439</sup> § 295 Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988, a.a.O.

Kapitel 2.1).<sup>440</sup> Versichertenbezogene Daten aus dem ambulanten Bereich liegen der Krankenkasse nur über die Inanspruchnahme von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln vor. Die komplizierte Situation des Informationsflusses im Gesundheitswesen wird in der folgenden Graphik wiedergegeben:



**Abbildung 29:** Datenzusammenführung bei den Gesetzlichen Krankenkassen laut SGB V (vereinfacht)  
Quelle: Eigene Darstellung

Die bei den Krankenkassen vorhandenen Daten geben unmittelbar Aufschluss über das Alter und das Geschlecht des Versicherten. Damit sind wesentliche Kriterien für eine Segmentierung nach sozio-demographischen Merkmalen erfüllt. Darüber hinaus können einige Daten mittelbar erhoben werden.

<sup>440</sup> Vgl.: Neuffer, A.: Managed Care – Umsetzbarkeit des Konzepts im deutschen Gesundheitswesen. A.a.O., S. 103 ff.

- *Informationen über die familiäre Situation*

Über den Versichertenstatus kann auf die familiäre Situation des Versicherten geschlossen werden; zumindest insoweit, als dass eine Person, die als Versicherter geführt wird, über einen Familienangehörigen mitversichert sein muss und nicht selber Mitglied der Krankenkasse ist. Allerdings sagt die Tatsache, dass es eine Familie gibt, nichts über die Größe der Familie aus.

- *Informationen über die berufliche Situation*

Der Versichertenstatus erlaubt weiterhin eine grobe Einschätzung hinsichtlich der beruflichen Situation. *Mitglieder* der Krankenkasse sind selbst versichert und sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Angehörige sind über ein Familienmitglied versichert, gelten als *Versicherte* und sind nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

Im Rentnerstatus wird derjenige als Mitglied versichert, der den Krankenversicherungsbeitrag aus seiner eigenen Rente bezahlt. Das bedeutet vor allen Dingen für Frauen, die selber nicht berufstätig waren und als Angehörige versichert waren, dass sie nach dem Tod ihres Mannes als Mitglied versichert werden, da sie die Versicherungsbeiträge aus ihrer (Witwen-) Rente entrichten.

- *Informationen über die Einkommenssituation*

Der Beitragssatz, den ein Versicherter zu bezahlen hat, könnte Auskunft über das versicherungspflichtige Bruttoeinkommen geben, da der Beitragssatz immer in Prozent vom Bruttoeinkommen angegeben wird. Allerdings kann vom Bruttoeinkommen nicht auf das verfügbare Nettoeinkommen geschlossen werden. Die Aussagekraft wird weiterhin geschwächt, wenn das Mitglied freiwillig versichert ist, weil die Beitragsbemessungsgrundlage überschritten wurde. Nach Überschreiten der Beitragsbemessungsgrundlage wird nur noch der maximale Beitragssatz entrichtet; es gibt kein prozentuales Ansteigen mehr. Ob es Sinn macht Beitragsdaten auszuwerten, hängt davon ab, wie hoch der Anteil der freiwillig Versicherten ist und wie sich die Versichertenstruktur im Einzelnen abbildet.

- *Informationen über den Wohnort*

Postleitzahl und Wohnort können Auskunft über die Wohn- und Lebensverhältnisse der Versicherten geben (s. Kapitel 7.1.3). Dies ist insbesondere interessant vor dem Hintergrund regional unterschiedlicher Häufigkeiten von bestimmten Erkrankungen.

Tabellarisch zusammengefasst verfügen Krankenkassen über die folgende Datenlage:

Sozio-demographische Segmentierungskriterien	Daten der Krankenkassen	
	unmittelbar vorhanden	mittelbar vorhanden
Geschlecht	ja	
Alter	ja	
Kinder	nein	sehr bedingt
Haushaltsgröße	nein	sehr bedingt
Schulbildung	nein	nein
Beruf	nein	sehr bedingt
Verfügbares Einkommen	nein	bedingt
Wohnort	ja	

**Tabelle 10:** Datenlage der Krankenkassen in Bezug auf sozio-demographische Kriterien

Neben die sozio-demographischen Kriterien verfügen Krankenkassen über Informationen über die stationäre und teilweise die ambulante Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Insgesamt kann die versichertenbezogene Datenlage hinsichtlich der Möglichkeit, eine Segmentierung anhand bereits vorhandener Kriterien durchzuführen, als ausreichend eingestuft werden. Wie oben beschrieben, kommen die vorhandenen Daten v.a. aus dem Bereich der sozio-demografischen Kriterien. Allerdings können viele der Merkmale nur mit hohem Aufwand ermittelt werden.

### 7.2.3.2 Konzept der sukzessiven Segmentierung mit der Entlassungsdiagnose als wesentliches Segmentierungsmerkmal

Die Auswahl der möglichen Segmentierungskriterien erfolgt unter der Vorgabe, dass Krankenkassen ihr Produkt „Krankheitsbezogene Informationen“ so effizient absetzen wollen, dass sie mit einem vertretbaren Aufwand die in Kapitel 7.2.3 genannten Ziele erreichen. Hohe Aussagekraft haben vor diesem Hintergrund die Daten aus der stationären Leistungsabrechnung nach § 301 SGB V. Diese Daten geben gleichzeitig Auskunft über die Krankheit, die stationär behandelt wurde, und über die Person (Alter, Geschlecht).

Über die stationären Leistungsdaten erfolgt eine erste Segmentierung der Versicherten, in solche, die stationäre medizinische Leistungen in Anspruch genommen haben und solche, die dies nicht getan haben. Das Segmentierungsmerkmal „Entlassungsdiagnose“ erfüllt eine wesentliche Anforderung: Durch die Tatsache, dass eine Krankheit zu einem Krankenhausaufenthalt geführt hat, kann die Krankenkasse schließen, dass bei den Versicherten ein hoher Bedarf an krankheitsbezogenen Informationen im Sinne des problemorientierten Informationsverhaltens besteht (vgl. Kapitel 4.2.1 und 4.2.2.5).<sup>441</sup>

Dieses Informations- und Beratungsinteresse spiegelt sich neben den in den o.g. Kapiteln bereits dargestellten Ergebnissen auch in einer Umfrage wider, die bei 179 stationär aufgenommenen Patienten zum Thema „zusätzliche Serviceleistungen“ im Krankenhaus durchgeführt wurde. Demnach schätzen 70% der Befragten die zusätzliche Leistung „krankheitsbezogene Seminare“ als wichtig oder sehr wichtig ein.<sup>442</sup> „Krankheitsbezogenen Seminare“ führten in dieser Untersuchung die Rangliste der gewünschten zusätzlichen Leistungen im Krankenhaus an. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Studie, die gleichfalls zu neuen Serviceangeboten in Krankenhäusern durchgeführt wurde. Auch hier führt die „ausführliche ärztliche Gesundheitsberatung“ die Hitliste der Angebote an.<sup>443</sup>

---

<sup>441</sup> Vgl. dazu auch: Wollnitz, G.: Marketing in der Gesundheitsvorsorge. A.a.O., S. 126 und Kelch, A.: Information und Motivation von Patienten nach Schlaganfall in der ambulanten Krankenversorgung durch einen Patienten-Wegweiser. Dissertation. Frankfurt a. M., 1997, S. 46 ff.

<sup>442</sup> Vgl.: Ehrenpfort, U./Fauth, G./Günther, P./Hatzack, A.: Darf's ein bißchen mehr sein? Zusätzliche Serviceleistungen im Krankenhaus. Unveröffentlichte Forschungsarbeit der FH Osnabrück. Osnabrück 1999, S. 51 f.

<sup>443</sup> Vgl.: Asche, P./Amelung, K./Bender, A.: Neue Serviceangebote von Patienten gewünscht. In: f&w, 15. Jg., 1998, S. 224.



Das hohe Informations- und Beratungsinteresse der von Krankheit Betroffenen spricht dafür, dass sich auf diese Situation das im Marketing verwendete Konstrukt des High-Involvement übertragen lässt.<sup>444</sup> Der Grad des Involvement kann als Segmentierungsmerkmal benutzt werden, da er wichtige Hinweise zur Erreichbarkeit, Empfänglichkeit und Steuerbarkeit einer Gruppe gibt (Vgl. Kap. 7.2.3.2).<sup>445</sup>

Somit kann durch das Kriterium „Entlassungsdiagnose“ eine wichtige Eigenschaft des Segments sichergestellt werden: Die Betroffenen sind tendenziell gut erreichbar und offen für krankheitsbezogene Informationen. Das Segmentierungsmerkmal „Entlassungsdiagnose“ gibt bereits Hinweise auf den inhaltlichen Bedarf von Informationen. Darüber hinaus fördert der „neue“ § 20 des Sozialgesetzbuches V die Fokussierung der Implementati-on gesundheitsfördernder Maßnahmen durch Krankenkassen für Versicherte, die von bestimmten Erkrankungen betroffen sind (vgl. Kapitel 3.5).<sup>446</sup>

Für Krankenkassen bietet sich nach der Auswahl der Entlassungsdiagnose als wesentliches Segmentierungsmerkmal im Weiteren eine sukzessive Segmentierung an.

Als nächster Segmentierungsschritt ist die Auswahl der größten Segmente sinnvoll, so dass eine weitere Anforderung an die Zielgruppe erfüllt wird: Die ausreichende Größe. Ab welcher Anzahl von Versicherten das Segment zu klein wird, kann auf dieser theoretischen Ebene nicht entschieden werden. Es empfiehlt sich, im Sinne einer ABC-Analyse vorzugehen. Die ABC-Analyse baut auf den empirischen Werten auf, dass ca. 20% aller Fälle (Artikel, Dienstleistungen, etc.) 80% der Gesamt-Kosten verursachen.<sup>447</sup>

Bei der Auswahl der Segmente anhand ihrer Größe und der verursachten Kosten sollten auch Daten aus dem Bereich der Verordnung von Arzneien, Heil- und Hilfsmittel berücksichtigt werden. So können solche Krankheiten identifiziert werden, die nicht nur im sta-

---

Ob die Befragten der beiden Studien tatsächlich unzureichend informiert wurden oder ob sie sich „nur“ so fühlten, ist in diesem Zusammenhang sekundär, da die Ergebnisse eine subjektive Bedürfnis- und Motivationslage wiedergeben.

<sup>444</sup> Vgl.: Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing. a.a.O., S. 78. Und: Solomon, M./Bamosy, G./Askegaard, S.: Konsumentenverhalten. A.a.O., S. 128 ff.

<sup>445</sup> Vgl.: Solomon, M./Bamosy, G./Askegaard, S.: Konsumentenverhalten. A.a.O., S. 133.

<sup>446</sup> Vgl.: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. A.a.O., S. 296.

<sup>447</sup> Vgl.: Büchi, R./Chrobok, R.: Organisations- und Planungstechniken im Unternehmen. A.a.O., S. 207.

tionären Bereich hohe Kosten verursachen und viele Versicherte betreffen, sondern für die das Gleiche auch im ambulanten Bereich zutrifft.

Ein weiterer Segmentierungsschritt könnte interessante, differenziertere Hinweise auf die inhaltliche Ansprechbarkeit der Versicherten innerhalb des Segments geben. Im Rahmen einer Primärdatenerhebung könnten Erkenntnisse über Motivation und Einstellung bezüglich gesundheitlichen Verhaltens gewonnen werden. Erhebungen, in denen die Zielgruppen weiter anhand ihrer gesundheitlichen Einstellungen i.w.S. segmentiert wurden, haben wertvolle Hinweise ergeben, wie bestimmte Personengruppen effektiv erreicht werden können.<sup>448</sup> Für Krankenkassen gilt es abzuwägen, ob sich eine solche Primärdatenerhebung lohnt oder ob die bereits vorliegenden Sekundärdaten ausreichend sind. Bei Krankheitsbildern, die unter die sog. Volkskrankheiten fallen, besteht die Wahrscheinlichkeit, dass ähnliche Untersuchungen bereits durchgeführt wurden. Daher lohnt eine Recherche, ob die benötigten Daten bereits an anderer Stelle erhoben wurden.<sup>449</sup>

Unabhängig davon, ob eine Segmentierung anhand von Einstellung und Motivation durchgeführt wird, besteht der nächste Schritt darin, zu untersuchen, durch welche Medien die Zielgruppen erreicht werden können. Die vorhandenen Daten: Alter, Geschlecht, Versichertenstatus geben dabei entscheidende Hinweise.<sup>450</sup>

Die beschriebene sukzessive Segmentierung zur Identifikation geeigneter Zielgruppen aus Sicht einer Krankenkasse stellt sich graphisch folgendermaßen dar:

---

<sup>448</sup> Vgl.: Loughrey, K./Basiotis, P./Zizza, C./Dinkins, J.: Profiles of Selected Target Audiences: Promoting the Dietary Guidelines for Americans. In: Family Economics and Nutrition Review, Vol. 13, No. 1, 2001. S. 3-14. Und: Bonaguro, J./Miaoulis, G.: Marketing: A Tool for Health Education Planning. In: Health Education, Vol. 3, No. 1, 1983, S. 9ff.

<sup>449</sup> Allerdings zeigt eine erste Literatursichtung, dass alle vorliegenden Studien aus den USA stammen und daher nur begrenzt Hinweise für Deutschland geben können.

<sup>450</sup> Vgl.: Wedel, M./Kamakura, W.: Market Segmentation. A.a.O., S. 145.

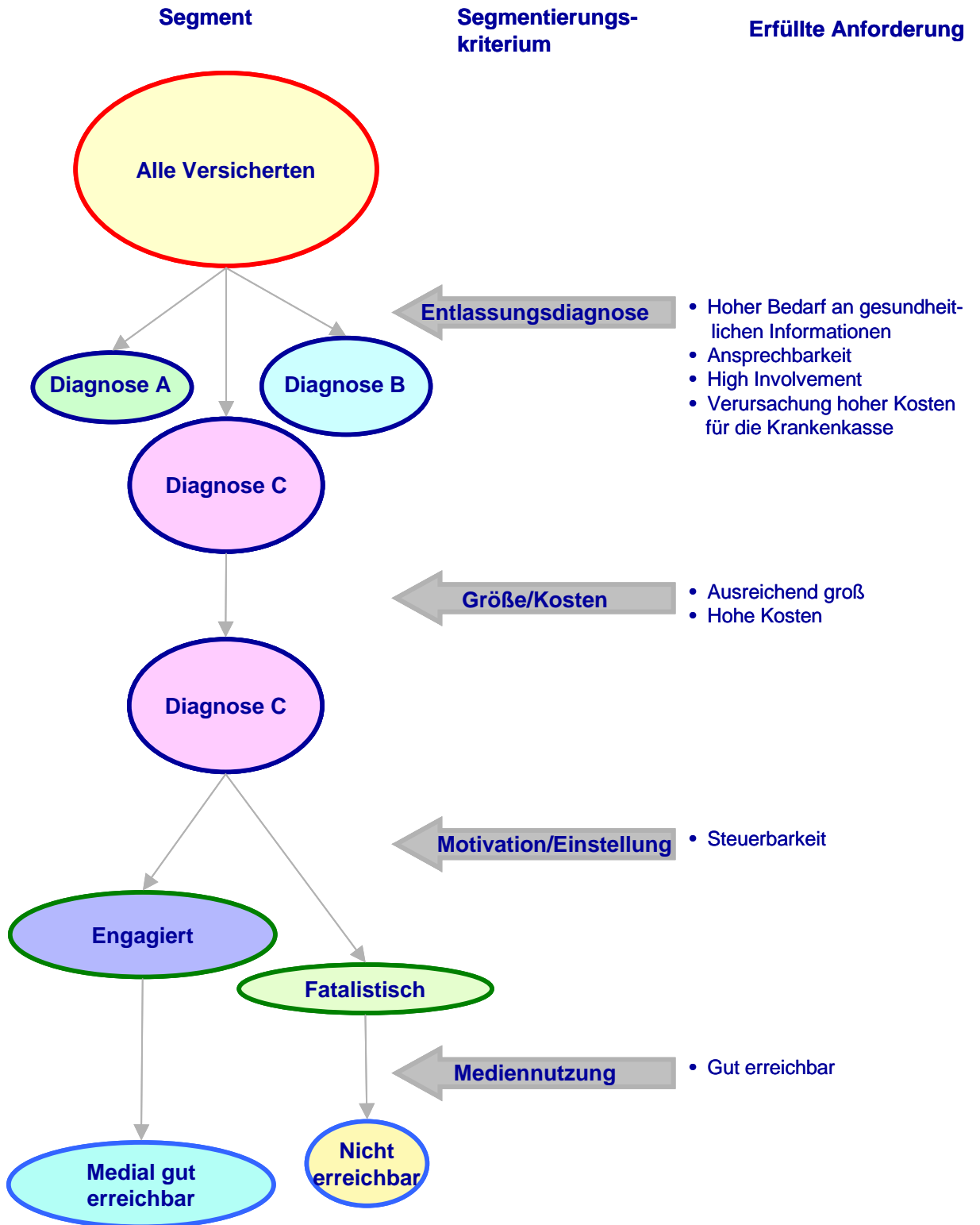


Abbildung 30: Sukzessive Segmentierung bei Krankenkassen (beispielhafte Segmente!)  
 Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung zeigt, wie eine Krankenkasse durch sukzessiven Einsatz von Segmentierungskriterien, die für ihre Ziele relevant sind, immer stärker solche Zielgruppen herauskristallisiert, die den Anforderungen an eine effiziente, erfolgversprechende Marktsegmentierung entsprechen.

### **7.3 Zielgruppenidentifikation einer Gesetzlichen Krankenkasse**

#### **7.3.1 Datensatzbeschreibung**

Die Krankenhausentlassungsdiagnose wurde als wesentliches Segmentierungsmerkmal identifiziert und steht am Anfang des sukzessiven Segmentierungsprozesses. Dadurch wird die Datenlage festgestellt, die für die Segmentierung genutzt wird.

Aus Sicht der Krankenkasse ergeben sich für den zweiten Schritt zwei weitere relevante Kriterien: Größe des Segments, d.h. Anzahl der betroffenen Versicherten und Kosten, die durch eine spezifische Entlassungsdiagnose verursacht werden.

Die Verwendung beider Kriterien sorgt für eine effiziente Segmentierung. Durch die Größe des Segments wird sichergestellt, dass die im Folgenden für das Segment zur Verfügung gestellten Informationen vielen Versicherten zugute kommen. Durch die Verwendung des Kriteriums „hohe Kosten“ sollen durch gezielte krankheitsbezogene Informationen die Aufwendungen gesenkt werden.<sup>451</sup>

Beide Kriterien werden nun für die beispielhafte Segmentierung einer Betriebskrankenkasse (im folgenden: Beispielkrankenkasse) angewendet. Zur Verfügung stehen die Leistungsdaten der stationären Abrechnung der Jahre 1997 bis zum zweiten Halbjahr 1999.<sup>452</sup> Insgesamt werden knapp 160.000 Datensätze verarbeitet.

---

<sup>451</sup> Die Axa Krankenversicherung berichtet, dass sie durch gezieltes Gesundheitsmanagement pro Fall durchschnittlich 20% (!) der Kosten spart.

Vgl.: Financial Times Deutschland. Vom 5. September 2002. S. 18.

<sup>452</sup> Die Datenauswertung erfolgt anhand des gesamten Datenpools und nicht nach Jahren getrennt, um mit einer hohen Anzahl von Datensätzen arbeiten zu können. Es wird darauf hingewiesen, wenn sich Abweichungen durch dies Vorgehen ergeben. Der zur Verfügung stehenden Datenpool entbehrt zwar einer gewissen Aktualität, aber das Vorgehen zur Identifikation von Zielgruppen einer Krankenkasse kann beispielhaft demonstriert werden. Darüber hinaus muss nicht damit gerechnet werden, dass sich innerhalb von wenigen Jahren die Versichertenstruktur grundlegend ändert.

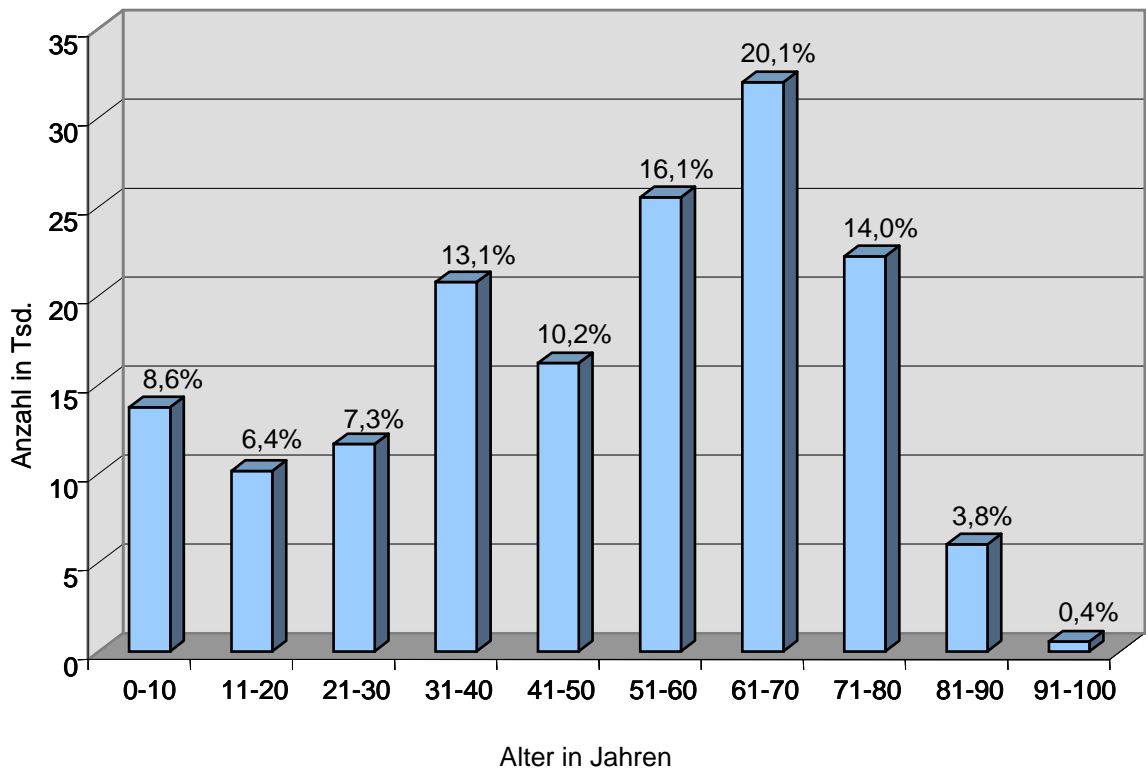
Der zur Verfügung stehende Datensatz enthält folgende Angaben:

- Krankenversicherungsnummer des Falles
- Geburtsdatum
- Alter
- Geschlecht
- Postleitzahl des Versicherten
- Jahr der Aufnahme
- Aufnahmedatum
- Entlassungsdatum
- Verweildauer
- abgerechnete Diagnose (nach ICD 9 dreistellig verschlüsselt)
- Geschäftsstelle, in der der Fall abgerechnet wurde (verschlüsselt)
- Kostenstelle des Versicherten
- Betriebsnummer
- Mitglied/ Angehöriger
- Institutionskennzeichen
- Krankenhaus, das abrechnet (verschlüsselt)
- Postleitzahl des Instituts
- Abgerechneter Betrag
- Leistungsart
- Name des einweisenden Arztes

### 7.3.2 Versichertenstruktur der Krankenhausfälle

Bevor eine Segmentierung anhand der Entlassungsdiagnose durchgeführt wird, wird die Versichertenstruktur anhand der Kriterien „Alter“ und „Geschlecht“ beschrieben, um eine erste Annäherung herzustellen.

Die Altersstruktur der Versicherten, die im Zeitraum 1997 bis zum zweiten Halbjahr 1999 im Krankenhaus waren, stellt sich wie folgt dar:



N: 158.821 Versicherte

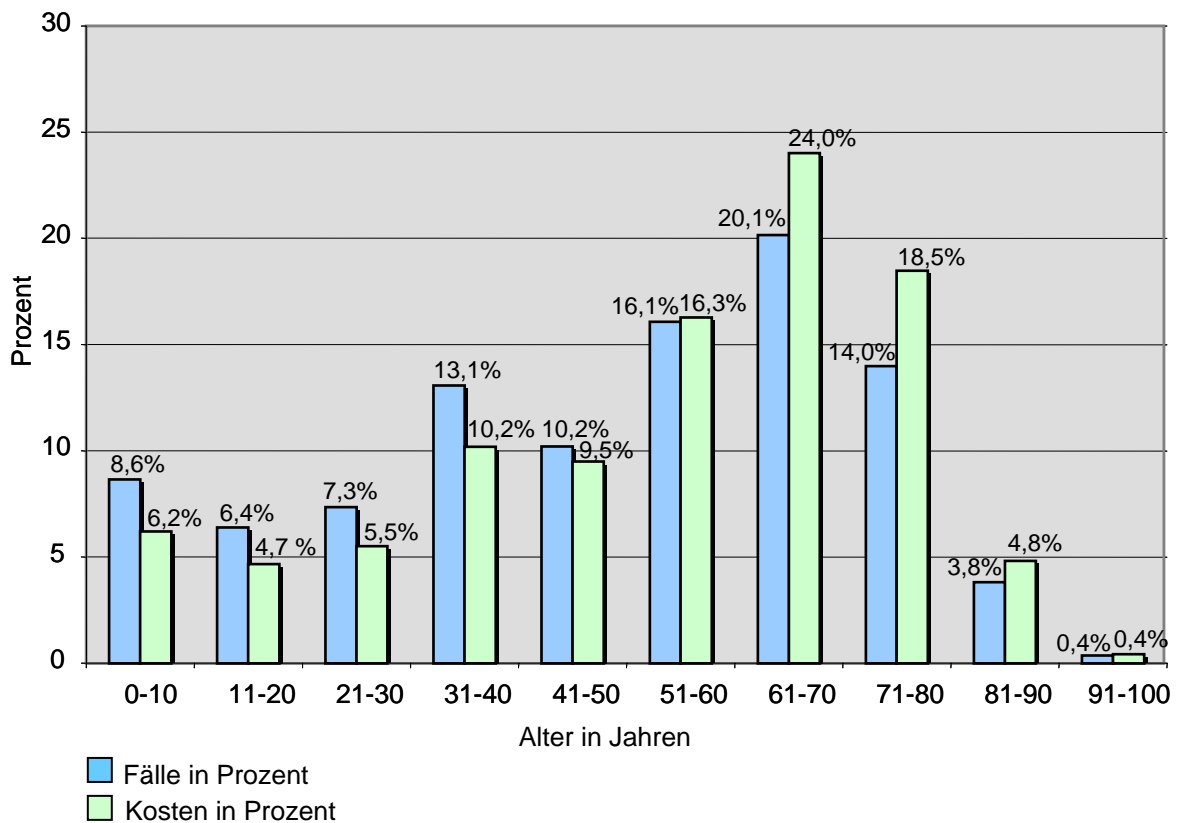
**Abbildung 31:** Altersstruktur der aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten der Beispielkrankenkasse (1997 bis zum 2. Halbjahr 1999)  
 Quelle: Eigene Auswertung und Darstellung anhand der Daten der Beispielkrankenkasse

Durchschnittlich waren pro Jahr fast 20% der Versicherten dieser Krankenkasse im Krankenhaus.<sup>453</sup>

Die Abbildung zeigt deutlich, dass die Altersgruppe der 61-70jährigen den höchsten Anteil der Krankenhausesfälle verursacht. Gefolgt von den 51-60jährigen und den 71-80jährigen. Auf diese drei Altersgruppen entfallen insgesamt 50% aller Krankenhausesfälle. Auch in der Gruppe der 31-40jährigen sind relativ betrachtet viele Krankenhausesfälle. Diese ergeben sich vorwiegend aus der hohen Anzahl von Entbindungen in dieser Altersgruppe.

<sup>453</sup> Im Jahr 1997 waren 18,6% der Versicherten im Krankenhaus und im Jahr 1998 waren es 19,3%.

Die folgende Abbildung bietet eine Übersicht über die durch die verschiedenen Altersgruppen angefallenen Krankenhauskosten im Vergleich zur Anzahl der Krankenhausaufenthalte.

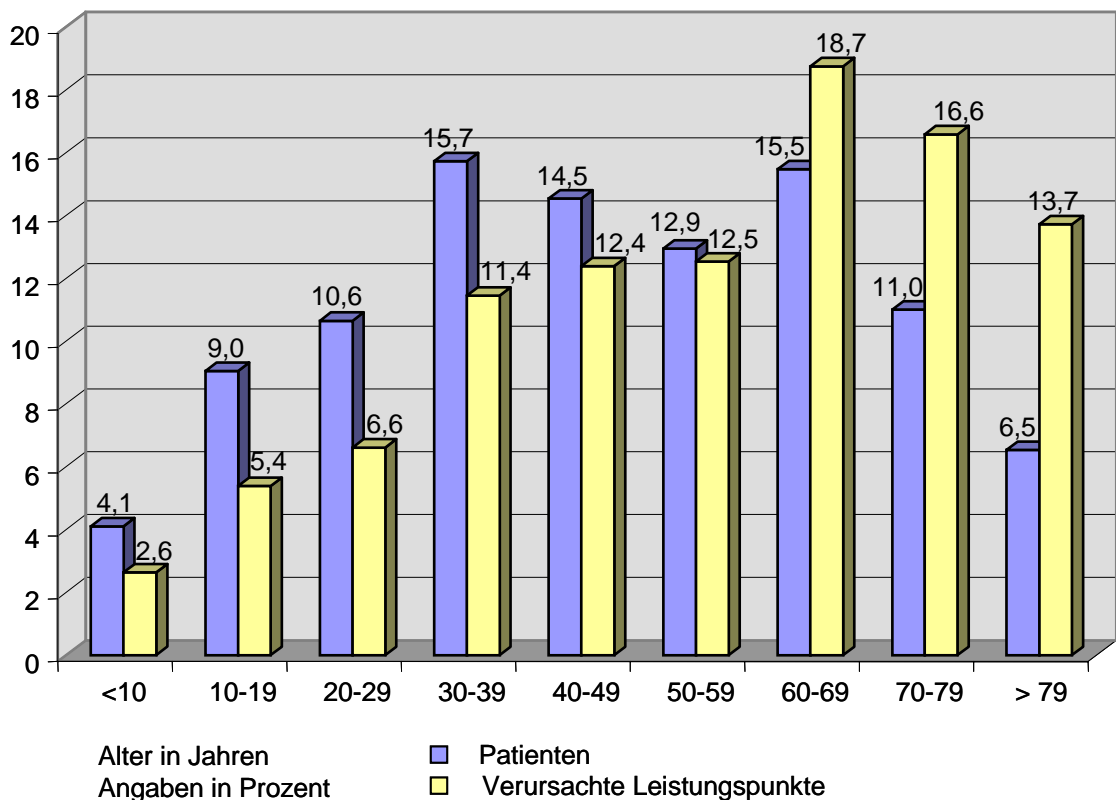


**Abbildung 32:** Anzahl der Krankenhausaufenthalte im Vergleich zu den durch Krankenhausaufenthalte verursachten Kosten pro Altersgruppe.  
Quelle: Eigene Auswertung und Darstellung anhand der Daten der Beispielkrankenkasse

Insgesamt wurden durch die stationäre Leistungserbringung in den zweieinhalb Jahren des Betrachtungszeitraums knapp 778 Mio. DM Kosten verursacht. Im Jahr 1997 beliefen sich die Kosten der Krankenhausbehandlungen auf ca. 312 Mio. DM und im Jahr 1998 auf fast 330 Mio. DM. Der Kostenanstieg ist im Wesentlichen auf das Wachstum der Versichertenzahl zurückzuführen. Die Kosten pro Krankenhausaufenthalt sind bei dieser Krankenkasse von 1997 zu 1998 von 5.120 DM auf 5.030 DM gesunken. Insgesamt machten die Kosten der Krankenhausbehandlung 1998 26,4% der Gesamtausgaben dieser Betriebskrankenkasse aus.

Die Kosten und Anzahl vergleichende Betrachtung zeigt deutlich, dass der Krankenhausfall mit zunehmendem Alter des Patienten teurer wird. In der Altersgruppe der 61 bis 70jährigen machen 20% der Fälle 24% der Kosten aus. Ähnlich sieht es in der Gruppe der 71 bis 80jährigen aus: Hier verursachen 14% der Fälle 18,5% der gesamten Kosten für Krankenhausbehandlung.

Da die Leistungen der niedergelassenen Ärzte nicht direkt gegenüber den Gesetzlichen Krankenversicherungen abgerechnet werden, stehen für diesen Bereich lediglich Angaben aus einer Auswertung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein<sup>454</sup> zur Verfügung. Diese Daten beziehen sich nicht auf Versicherte einer einzigen Kasse. Trotzdem spiegeln sich die Tendenzen der Auswertung der stationären Leistungsdaten wider, wie die folgende Abbildung zeigt.



**Abbildung 33:** Anzahl von Patienten im Vergleich zu den verursachten Leistungen bei niedergelassenen Allgemeinärzten in Punkten.  
Quelle: ZI-ADT-Panel Nordrhein, erstes Quartal 2001

<sup>454</sup> Vgl.: ZI-ADT-Panel Nordrhein, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln. Persönliche Mitteilung Dr. Heinz Koch an Alice Börgel am 15. April 2002.



Die über 50jährigen machen im niedergelassenen Bereich zwar „nur“ 46% der Patienten aus, sie nehmen aber 61,5% der verursachten Leistungspunkte in Anspruch. Insbesondere die Betrachtung des Verhältnisses zwischen Patientenzahl und Leistungsanspruchnahme in den Altersgruppen der 50-59jährigen, der 60-69jährigen und der 70-79jährigen zeigt, dass die Leistungsanspruchnahme im stationären Bereich ähnlich der im niedergelassenen Bereich ist. Dieser Vergleich untermauert für die Krankenkasse das Ergebnis, dass Versicherte der Altersgruppen 60 bis 69 Jahre und 70 bis 79 Jahre aufgrund ihrer hohen Zahl von Kontakten zu medizinischen Leistungserbringern und der dadurch verursachten hohen Kosten Zielgruppen für ausführliche krankheitsbezogene Informationen sind.

### 7.3.3 Segmentierung anhand der Entlassungsdiagnose

#### 7.3.3.1 Fallzahlen je Entlassungsdiagnose

Im nächsten Segmentierungsschritt sollen mögliche Zielgruppen anhand der Entlassungsdiagnosen gebildet werden. Zunächst erfolgt eine Analyse nach der Häufigkeit der Entlassungsdiagnosen unter Verwendung von dreistelligen ICD-Schlüsseln, Version 9.

Position	ICD	Diagnose Klartext	Fallzahl	In % an Gesamtfällen
1	414	Koronare Herzkrankheit	5.322	3,4
2	650	Normale Entbindung	4.235	2,7
3	780	Allgemeine Symptome	3.694	2,3
4	474	Chronische Tonsillitis	3.526	2,2
5	550	Leistenbruch	2.837	1,8
6	789	Akutes Abdomen	2.592	1,6
7	454	Varizen d. unteren Extremität	2.512	1,6
8	715	Osteoarthrose	2.388	1,5
9	427	Herzrhythmusstörungen	2.260	1,4
10	174	Mamma-Carcinom (Frauen)	2.253	1,4
<b>Summe</b>			<b>31.619</b>	<b>19,9</b>

**Tabelle 11:** Die zehn häufigsten Entlassungsdiagnosen einer Krankenkasse im Zeitraum von 1997 bis zum zweiten Quartal 1999  
Quelle: Eigene Auswertung anhand der Daten der Beispielkrankenkasse

Es zeigt sich deutlich, dass die meisten Patienten mit der Diagnose Koronare Herzkrankheit entlassen wurden. Der zweithäufigste Grund für einen Krankenhausaufenthalt war eine normale Entbindung. Danach folgen die Patienten, deren Entlassungsdiagnose „Allgemeine Symptome“ lautet. Diese Entlassungsdiagnose ist keine Diagnose im engeren Sinne, weil keine zugrunde liegende Krankheit angegeben wird. Es handelt sich um die Verschlüsselung eines Symptoms und nicht eines Krankheitsbildes. Das gleiche gilt für die Entlassungsdiagnose „Akutes Abdomen“. Auch hier wird eine Symptomatik benannt, ohne dass die Ursache wiedergegeben wird. Beide Entlassungsdiagnosen geben Hinweise auf mangelnde Sorgfalt bei der Dokumentation und Verschlüsselung der Krankenhausärzte.

Um die Aussagekraft der Daten zu prüfen, werden die Daten der Beispielkrankenkasse den Daten der Bundesrepublik aus dem Jahr 1999 gegenübergestellt.

ICD	Diagnose Klartext	In % an Gesamtfällen Beispiel Krankenkasse	In % an Gesamtfällen BRD 1999	Position Bsp. KK	Position BRD
414	Koronare Herzkrankheit	3,4	3,5	1	1
650	Normale Entbindung	2,7	3,0	2	2
780	Allgemeine Symptome	2,3	1,7	3	5
474	Chronische Tonsillitis	2,2	1,4	4	8
550	Leistenbruch	1,8	1,2	5	14
789	Akutes Abdomen	1,6	0,8	6	*
454	Varizen der unteren Extremität	1,6	1,0	7	17
715	Osteoarthrose	1,5	1,7	8	3
427	Herzrhythmusstörungen	1,4	1,7	9	4
174	Mamma-Carcinom (Frauen)	1,4	1,2	10	12
Summe		19,9	17,2		

\* Diese Diagnose befindet sich nicht unter den zwanzig häufigsten Diagnosen in Deutschland

**Tabelle 12:** Diagnosenhäufigkeit der Beispielkrankenkasse im Vergleich zur Diagnosenhäufigkeit in Deutschland 1999

Quelle: Eigene Auswertung anhand der Daten der Beispielkrankenkasse und Bundesamt für Statistik, 2001

Die vergleichende Tabelle zeigt, dass die häufigsten Diagnosen der Beispielkrankenkasse von den häufigsten Diagnosen aller Krankenhausfälle Deutschlands in einigen Punkten erheblich abweichen. Der prozentuale Anteil der zehn häufigsten Diagnosen der Beispielkrankenkasse ist teilweise deutlich höher als der gleiche Wert des Bundes.

Auffallend sind die Abweichungen bei den Diagnosen: Chronische Tonsillitis, Akutes Abdomen, Varizen der unteren Extremität und Osteoarthrose. In etwa gleich dagegen sind die prozentualen Anteile der Entlassungsdiagnosen KHK und Entbindung. Dieser Vergleich macht bereits auf einer relativ groben Segmentierungsebene deutlich, dass insbesondere kleinere Krankenkassen und Krankenkassen, die einen regionalen Bezug ha-

ben, wie geschlossene Betriebskrankenkassen, andere Zielgruppen haben können, als es die Zahlen auf Bundesebene vermuten lassen würden.

### 7.3.3.2 Stationäre Behandlungskosten je Entlassungsdiagnose

Die Gesamtkosten pro Entlassungsdiagnose ergeben sich durch die Formel: Fälle je Diagnose \* Fallkosten. Ein Ranking der Entlassungsdiagnosen anhand des finanziellen Aufwands ergibt folgendes Bild:

Position	ICD	Diagnose Klartext	Fallzahl	Kosten in Mio. DM
1	414	Koronare Herzkrankheit	5.322	43,7
2	715	Osteoarthrose	2.388	28,2
3	428	Herzinsuffizienz	2.216	15,9
4	295	Schizophrene Psychosen	917	15,4
5	436	Apoplexie	2.011	15,0
6	650	Normale Entbindung	4.235	14,6
7	427	Herzrhythmusstörungen	2.260	13,6
8	410	Akuter Myokardinfarkt	1.744	12,4
9	722	Intervertebrale Diskopathien*	1.781	11,5
10	440	Arteriosklerose	1.122	10,6
<b>Summe</b>			<b>31.619</b>	<b>181,1</b>

\* Bandscheibenschäden

**Tabelle 13:** Fallzahlen und Kosten für Krankenhausbehandlung je Diagnose im Zeitraum von 1997 bis zum zweiten Quartal 1999 der Beispielkrankenkasse  
Quelle: Eigene Auswertung anhand der Daten der Beispielkrankenkasse

Die Verwendung der Kosten pro Entlassungsdiagnose als Segmentierungskriterium lässt das Ranking der Diagnosen anders aussehen als die Betrachtung unter dem Aspekt der höchsten Fallzahlen. Unter den zehn „teuersten“ Diagnosen sind nun fünf, die nicht unter den zehn häufigsten Diagnosen waren. Diese sind: Herzinsuffizienz, Schizophrene Psychosen, Apoplexie, Akuter Myokardinfarkt, Intervertebrale Diskopathien und Arteriosklerose. Unter den zehn häufigsten Diagnosen, aber nicht unter den zehn kostenaufwen-

digsten Diagnosen sind die Entlassungsdiagnosen: Allgemeine Symptome, Chronische Tonsillitis, Leistenbruch, Akutes Abdomen, Varizen der unteren Extremität und Mammacarcinom. Die Behandlungen der Diagnosen Chronische Tonsillitis, Leistenbruch und Varizen der unteren Extremität sind relativ kleine chirurgische Eingriffe, die keine lange stationäre Verweildauer nachsichziehen und als Fallpauschale vergütet werden. Daher sind die Kosten in Relation zu der hohen Fallzahl eher gering. Hinter den Entlassungsdiagnosen Allgemeine Symptome und Akutes Abdomen können so viele Ursachen stehen, dass eine Aussage unmöglich ist.

### **7.3.3.3 Kosten der ambulanten ärztlichen Behandlung je Diagnose**

Zu den Kosten der stationären Behandlung kommen die Kosten der ambulanten Behandlung, da die Patienten überwiegend von niedergelassenen Ärzten eingewiesen werden und vor und nach der stationären Aufnahme die Behandlung in einer Praxis erfolgt.

Da die Kosten der ambulanten ärztlichen Leistungserbringung nicht direkt gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden, muss hier auf Vergleichszahlen einer Auswertung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zurückgegriffen werden. Die zehn kostenaufwendigsten Diagnosen im ersten Quartal 2001 in allgemeinärztlichen Praxen waren folgende:

Position	ICD 10	Diagnose Klartext	Prozentualer Anteil der jeweiligen Diagnose je Patient*	Leistungsbedarf in Punkten je Patient	Durchschnittlicher Leistungsbedarf in Prozent je Patient
1	I10	Essentielle Hypertonie	20,7	1.517	28,5
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels	18,1	1.454	24,0
3	M54	Rückenschmerzen	12,5	1.394	15,9
4	I25	Koronare Herzkrankheit	8,6	1.906	14,8
5	E11	Diabetes Mellitus Typ 2	6,6	1.902	11,5
6	I50	Herzinsuffizienz	4,9	2.352	10,5
7	J20	Akute Bronchitis	9,8	1.049	9,4
8	E66	Adipositas	7,1	1.375	8,9
9	M53	Sonst. Krankheiten d. Rückens	6,8	1.422	8,8
10	K29	Gastritis u. Duodenitis	6,6	1.412	8,5

\* In der ambulanten ärztlichen Leistungserbringung wird nicht zwischen Haupt- und Nebendiagnosen unterschieden, so dass pro Patient mehrere Diagnosen möglich sind.

**Tabelle 14:** Die kostenaufwendigsten Diagnosen in Allgemeinärztlichen Praxen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein im ersten Quartal 2001  
Quelle: ZI-ADT-Panel Nordrhein, unveröffentlichte Teilauswertung, erstes Quartal 2001

Unter den zehn kostenaufwendigsten Diagnosen ist auf dem vierten Platz die Koronare Herzkrankheit (KHK) und drei weitere Diagnosen, die in engem Zusammenhang mit der KHK stehen. Essentielle Hypertonie, Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und i.w.S. auch Adipositas zählen zu wesentlichen Risikofaktoren der Koronaren Herzkrankheit. Herzinsuffizienz kann eine Folgeerscheinung einer KHK oder eines durch eine Koronare Herzerkrankung verursachten Herzinfarkts sein. So haben fünf der zehn kostenaufwendigsten Diagnosen im niedergelassenen Bereich einen direkten Bezug zur KHK, die in Bezug auf Fallzahlen und Kosten auch die bedeutendste Diagnose im stationären Bereich darstellt.<sup>455</sup>

<sup>455</sup> Dieser Zusammenhang wird auch im Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hergestellt. Vgl.: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. A.a.O., S. 296.

Eine weitere Diagnose, die hohe Kosten im stationären Bereich der Beispielkrankenkasse verursacht, ist die Intervertebrale Diskopathie (Bandscheibenschaden), deren Symptomatik sich in Rückenschmerzen niederschlägt. Die Diagnose Rückenschmerz ist die dritthäufigste und -kostenaufwendigste Diagnose im ambulanten Bereich. Auch unter den zehn häufigsten Diagnosen findet sich die Diagnose „Sonstige Krankheiten des Rückens“.

Der Vergleich der Daten der stationären Leistungserbringung mit den Daten der ambulanten Leistungserbringung führt zu dem Ergebnis, dass Versicherte mit der Diagnose Koronare Herzkrankheit und/oder mit ihren Risikofaktoren und Folgeerscheinungen eine wesentliche Zielgruppe dieser Beispielkrankenkasse sein kann. Weiter können auch Versicherte, die an Rückenschmerzen leiden, evtl. als Zielgruppe eingestuft werden.

### **7.3.4 Portfolio-Analysen der Entlassungsdiagnosen**

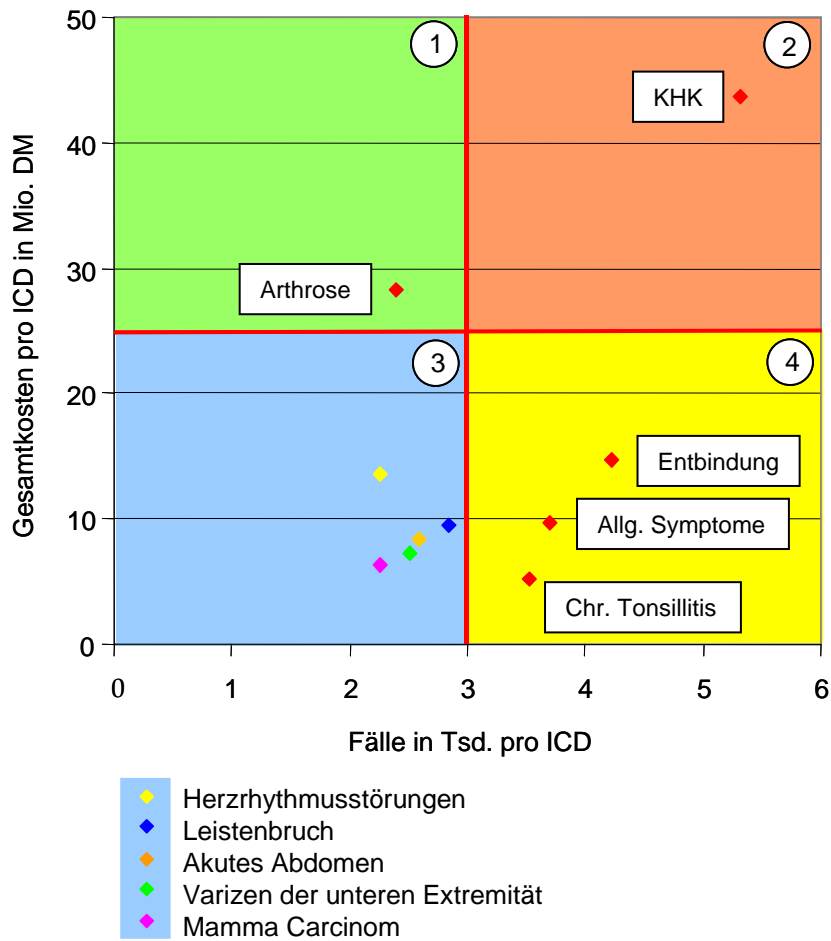
#### **7.3.4.1 Portfolio-Analyse der zehn häufigsten Entlassungsdiagnosen**

Zur weiteren Differenzierung möglicher Zielgruppen der Beispielkrankenkasse werden die bisher verwendeten Segmentierungskriterien Fallzahl und Gesamtkosten im Rahmen einer Portfolio-Analyse zueinander ins Verhältnis gesetzt. Die Portfolio-Analyse ist eine Darstellungsform, in der Ergebnisse von Analysen vernetzter Zusammenhänge in zwei Dimensionen veranschaulicht und bewertet werden können.<sup>456</sup>

In der folgenden Portfolio-Analyse werden die zehn häufigsten Entlassungsdiagnosen und die durch diese Diagnosen verursachten Gesamtkosten in ein Koordinatensystem eingetragen. Die X-Achse wird durch die Fallzahl gebildet und die Y-Achse durch die Gesamtkosten pro ICD.

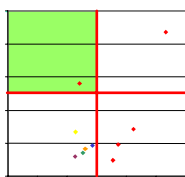
---

<sup>456</sup> Vgl.: Büchi, R./Chrobok, R.: Organisations- und Planungstechniken im Unternehmen. A.a.O., S. 339



**Abbildung 34:** Portfolio-Analyse der zehn häufigsten Entlassungsdiagnosen im Verhältnis zu den durch die Diagnosen verursachten Kosten der Beispielkrankenkasse  
Quelle: Eigene Darstellung

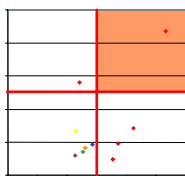
Durch die Portfolio-Analyse werden die zehn häufigsten Entlassungsdiagnosen in zwei Dimensionen gleichzeitig bewertet: Neben der Fallzahl fließt auch das Kriterium Gesamtkosten pro Diagnose ein.



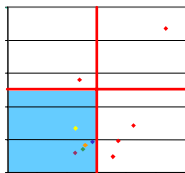
Der Quadrant 1 ist dadurch gekennzeichnet, dass relativ betrachtet wenig Fälle hohe Gesamtkosten verursachen. Die einzige Diagnose, die sich in diesem Feld befindet, ist die Diagnose Arthrose, auch Osteoarthrose genannt. Die



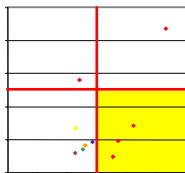
relativ hohen Kosten der stationären Behandlung von Arthrose-Fälle kommen dadurch zustande, dass die „letzte“ therapeutische Möglichkeit der Gelenkersatz ist.



Auf Diagnosen, die im Quadrant 2 platziert sind, treffen beide Kriterien - hohe Fallzahl und hohe Gesamtkosten- gleichzeitig zu. Unter den zehn häufigsten Entlassungsdiagnosen der Beispielkrankenkasse befindet sich nur eine Diagnose, die in diesem Quadranten eingeordnet wird: die Koronare Herzkrankheit (KHK).



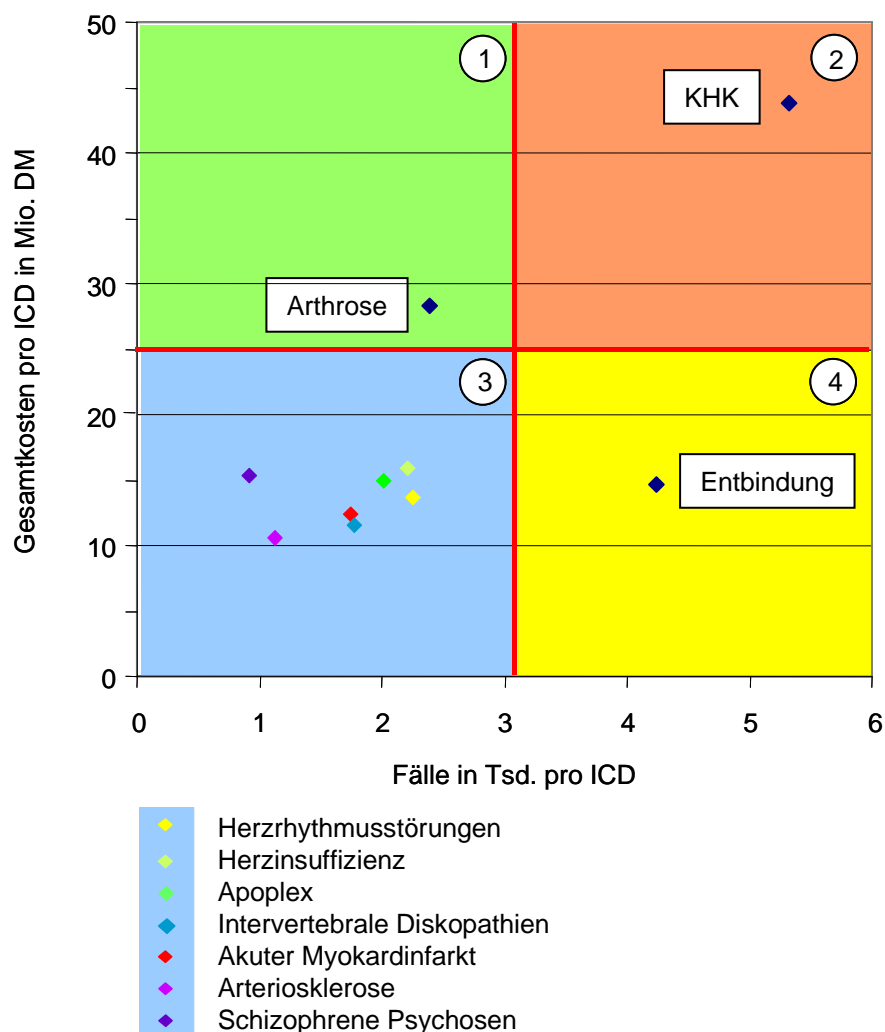
Diagnosen, die durch die Portfolio-Analyse im Quadrant 3 eingeordnet werden, erfüllen die Eigenschaften „hohe Fallzahl“ und „hohe Gesamtkosten“ nur mäßig. Deshalb werden diese Entlassungsdiagnosen zunächst zu Gunsten der Krankheiten, die die genannten Kriterien stärker erfüllen, nicht weiter betrachtet.



Entlassungsdiagnosen, die sich in dem Quadranten 4 befinden, sind durch hohe Fallzahlen, aber nicht so hohe Gesamtkosten charakterisiert. Hier sind die Diagnosen „Normale Entbindung“, „Allgemeine Symptome“ und „Chronische Tonsillitis“ positioniert.

**7.3.4.2 Portfolio-Analyse der zehn Entlassungsdiagnosen mit den höchsten Gesamtkosten**

Um alle Diagnosen zu berücksichtigen, die entweder eine hohe Fallzahl aufweisen oder hohe Gesamtkosten verursachen, werden die zehn Entlassungsdiagnosen, die die höchsten Gesamtkosten verursachen, auch in die Portfolio-Matrix eingetragen. Es ergibt sich folgendes Bild:



**Abbildung 35:** Portfolio-Analyse der zehn teuersten Entlassungsdiagnosen im Verhältnis zu der Anzahl der Diagnosen der Beispielkrankenkasse  
 Quelle: Eigene Darstellung

In dieser Auswertung zeigt sich, dass bei Berücksichtigung der durch bestimmte Diagnosen verursachten Gesamtkosten drei Diagnosen „übrig bleiben“. Die Diagnosen „Koronare Herzkrankheit“, „Normale Entbindung“ und „Osteoarthritis“ zeichnen sich dadurch aus, dass sie mindestens ein Kriterium (hohe Fallzahl oder hohe Gesamtkosten) überdurchschnittlich erfüllen.

### 7.3.4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse der Portfolio-Analysen

Die Portfolio-Analysen der vorhergehenden Kapitel ermöglichen eine gleichzeitige Einbeziehung und Bewertung der beiden Dimensionen „Gesamtkosten pro Diagnose“ und „Fallzahl pro Diagnose“. Die Positionen unterschiedlicher ICDs aus den verschiedenen Rankings konnten auf diese Weise genau bestimmt werden. Darüber hinaus lieferte die Portfolio-Analyse erste Anhaltspunkte darüber, welche Aktivitäten in Bezug auf Gesundheitsinformationen für welche Diagnosen angemessen sind.

Die folgende Tabelle fasst die Ergebnisse der beiden Portfolio-Analysen kurz zusammen.

Quadrant/ Determinanten	Diagnosen	Ziele der Krankenkasse	Geeigneter Medieneinsatz
Mäßig hohe Kosten Viele Fälle	– Normale Entbindung – Allg. Symptome – Chr. Tonsillitis	Kundenbindung	Medien mit großer Reichweite
Hohe Kosten Viele Fälle	– KHK	Kundenbindung, Kostensenkung	Medien mit großer Reichweite
Mäßig hohe Kosten Mäßig viele Fälle	– Herzrhythmusstörungen – Herzinsuffizienz – Apoplex – Diskopathien – Myokardinfarkt – Arteriosklerose – Schizophrene Psychosen	Rationeller Ressourceneinsatz	Medien und Informationsübermittlung, die sich in anderen Projekten bewährt haben
Hohe Kosten Mäßig viele Fälle	– Osteoarthritis	Kostensenkung	Medien mit geringer Reichweite und hoher Spezifität

Tabelle 15: Zusammenfassung der Ergebnisse der Portfolio-Analysen

Insbesondere die Koronare Herzkrankheit mit ihren hohen ambulanten Behandlungskosten und der hohen Anzahl von häufigen Risikofaktoren und Folgeerkrankungen qualifiziert sich für zielgruppenorientierte krankheitsspezifische Informationen. Die Normale Entbindung zeichnet sich durch hohe Fallzahlen im stationären Bereich aus. Aber auch im niedergelassenen Bereich ist mit hohen Fallzahlen und der Verursachung beträchtlicher Kosten bei Fachärzten für Gynäkologie/Geburtshilfe zu rechnen. Zu der Zielgruppe der werdenden Mütter können auch die werdenden Väter hinzugezogen werden, so dass die Zielgruppe wächst und an Bedeutung gewinnt. Darüber hinaus können die Kosten berücksichtigt werden, die durch Komplikationen bei der Geburt und im Wochenbett verursacht werden, die bei besserer Informationslage vermeidbar gewesen wären.

Bei der Diagnose „Osteoarthrose“ verursachen relativ wenig Fälle hohe Kosten. Das bedeutet, dass der Kostensenkungseffekt pro Fall theoretische überdurchschnittlich hoch ist. Für die so identifizierten Zielgruppen werden im Folgenden Informationsinhalte und die geeigneten Formen der Informationsübermittlung beschrieben.

### **8 BEISPIELE FÜR ZIELGRUPPENORIENTIERTE INFORMATIONSÜBERMITTLUNG AN DIE IDENTIFIZIERTEN ZIELGRUPPEN AUS SICHT DER KRANKENKASSE**

#### **8.1 Zielgruppenorientierte Informationsübermittlung an die Versichertengruppe der KHK-Erkrankten**

##### **8.1.1 Darstellung des inhaltlichen Informationsbedarfs von Patienten mit Koronarer Herzkrankheit**

###### **8.1.1.1 Vielschichtiger Informationsbedarf bei Koronarer Herzkrankheit**

Die Informationen, die ein von der Koronaren Herzkrankheit Betroffener benötigt, um diese Krankheit erfolgreich zu bewältigen, sind sehr vielschichtig und anspruchsvoll. Anspruchsvoll v.a. deshalb, weil es unterschiedliche effiziente Behandlungsmethoden gibt, die vom Krankheitsstadium und seinen Rahmenbedingungen abhängen, und weil die KHK auch durch Faktoren der Lebensführung verursacht und positiv beeinflusst werden kann. Die wichtigsten Module der Informationen werden im Folgenden kurz und ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, dargestellt. Dabei wird v.a. die entsprechende Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in Deutschland zu Grunde gelegt.<sup>457</sup>

###### **8.1.1.2 Definition der KHK**

Die AWMF arbeitet seit 1995 an Leitlinien zu Therapien von Krankheiten nach wissenschaftlichen Standards. Im Juni 1998 wurde die Leitlinie „Koronare Herzkrankheit / Angina Pectoris“ verabschiedet.<sup>458</sup> In dieser Leitlinie wird die KHK wie folgt beschrieben:

*„Die koronare Herzkrankheit ist die Manifestation der Atherosklerose an den Herzkranzarterien. Sie ist ein multifaktorielles Krankheitsbild, das die Herzkranzarterien isoliert oder diffus befällt und unterschiedlich schnell progredient verläuft. Bedingt durch flusslimitierende Koronarstenosen kommt es zu einem Mißverhältnis von Sauerstoffangebot und -bedarf. Schweregrad und Dauer der*

---

<sup>457</sup> Vgl.: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland (AWMF): Leitlinien Kardiologie: Koronare Herzkrankheit/Angina pectoris. URL: <http://www.awmf-online.de>, (Stand: Oktober 2002), o.S. Diese Leitlinie befindet sich auf der Entwicklungsstufe 1. Das bedeutet, dass eine repräsentativ zusammengesetzte Expertengruppe der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft die Leitlinie in einem informellen Konsens erarbeitet hat und diese vom Vorstand der Fachgesellschaft verabschiedet wurde. Dieser Prozess ist das niedrigste Entwicklungsniveau von Leitlinien der AWMF.

<sup>458</sup> Vgl.: ebd.

*hierdurch hervorgerufenen Ischämie bestimmen die Manifestation in Form von stabiler oder instabiler Angina pectoris, stummer Myokardischämie, ischämisch bedingter Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen und akutem Myokardinfarkt.“*

Bei dieser Beschreibung muss beachtet werden, dass es sich nicht um Informationen für Laien handelt und somit die Verwendung der medizinischen Fachbegriffe legitim ist. In der Definition der KHK wird deutlich, dass einige andere Krankheiten, die häufig stationäre Behandlungen nötig machen, in engem Zusammenhang mit der KHK stehen wie z.B. Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen und Herzinfarkt.

### 8.1.1.3 Ätiologie und Risikofaktoren der KHK

Die Definition der AWMF spiegelt nicht wider, dass die Ätiologie der Krankheit trotz ihrer immensen Verbreitung nicht völlig geklärt ist.<sup>459</sup> So ist der Zusammenhang zwischen Herzinfarkt, der infolge einer KHK auftreten kann, und dem Nachweis bestimmter Bakterien bei den Betroffenen noch nicht völlig aufgeklärt. Durch die AWMF werden die Faktoren unter dem Gesichtspunkt, ob eine Intervention die Prognose günstig beeinflusst, in vier Kategorien eingeteilt:<sup>460</sup>

1. *„Risikofaktoren, deren Korrektur die Prognose nachweislich günstig beeinflusst: Nikotinkonsum, erhöhtes LDL-Cholesterin, fettreiche Kost, arterielle Hypertonie, thrombotische Faktoren.*
2. *Risikofaktoren, deren Korrektur die Prognose wahrscheinlich günstig beeinflusst: Körperliche Inaktivität, niedriges HDL-Cholesterin, Diabetes mellitus, erhöhte Triglyzeride, Übergewicht, Menopause (korrigierbar durch Hormonersatztherapie), Stress und psychosoziale Faktoren.*
3. *Risikofaktoren, deren Beachtung und Korrektur die Prognose möglicherweise günstig beeinflusst, wozu der Nachweis aber noch aussteht: Lipoprotein (a), Homocystein, oxidativer Stress, Alkoholkarenz, erhöhte Entzündungsparameter wie CRP oder Fibrinogen, chronische Chlamydien- oder Helicobacter pylori Infektionen.*

---

<sup>459</sup> So heißt es in der o.g. Leitlinie der AWMF: *„Für eine Reihe von Faktoren, die in einem statistischem Zusammenhang mit der koronaren Herzkrankheit stehen, ist ein kausaler Zusammenhang wahrscheinlich.“* (Hervorhebungen durch die Autorin). Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland (AWMF) Leitlinien Kardiologie: Koronare Herzkrankheit/Angina pectoris. A.a.O., o.S.

<sup>460</sup> Vgl.: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland (AWMF): Leitlinien Kardiologie: Koronare Herzkrankheit/Angina pectoris. A.a.O., o.S.

4. *Nicht beeinflussbare Risikofaktoren: Alter, männliches Geschlecht, Familienanamnese mit frühzeitiger Manifestation einer koronaren Herzkrankheit, niedriger sozioökonomischer Status.“*

### 8.1.1.4 Diagnostik der KHK

Die Differentialdiagnostik der KHK erfolgt durch eine Reihe von Untersuchungen, zu denen u.a. Blutuntersuchungen und Elektrokardiogramm (EKG) gehören, die in den meisten Fällen zu eindeutigen Ergebnissen führen. Problematisch ist es, dass die Angina Pectoris<sup>461</sup> häufig von den Betroffenen nicht richtig eingeordnet wird und ein Arztbesuch spät erfolgt.

Neben nicht invasiven diagnostischen Verfahren gibt es die Möglichkeit der invasiven Diagnostik durch eine Herzkatheteruntersuchung. Bei der Herzkatheteruntersuchung wird durch eine der großen Venen oder Arterien der Arme oder im Beckenbereich ein winziger Katheter bis in die Herzkranzgefäße vorgeschoben. Dort wird durch den Katheter Röntgenkontrastmittel in die Gefäße gespritzt. In der darauffolgenden röntgenologischen Darstellung können Störungen der Durchblutung des Herzens erkannt werden.

Diese Untersuchung ist nicht risikolos und sollte nicht durchgeführt werden, wenn vor der Untersuchung klar ist, dass keine therapeutischen Konsequenzen folgen.<sup>462</sup>

### 8.1.1.5 Therapie der KHK

Die AWMF schreibt zu den Möglichkeiten der therapeutischen Behandlung der KHK:<sup>463</sup>

*„Basis ist die Elimination der Risikofaktoren Rauchen und Übergewicht sowie die Einstellung von Hypertonie und Diabetes.[...] Ungünstige psychosoziale Faktoren und Stressbelastungen sollen, wenn möglich, beseitigt werden.“*

---

<sup>461</sup> Lateinisch: Herzschmerz bzw. Brustschmerz

<sup>462</sup> Vgl.: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland (AWMF): Leitlinien Kardiologie: Koronare Herzkrankheit/Angina pectoris. A.a.O., o.S.

<sup>463</sup> Vgl.: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland (AWMF): Leitlinien Kardiologie: Koronare Herzkrankheit/Angina pectoris. A.a.O., o.S.

Diese Aussage macht den extrem hohen Anteil der Verantwortung deutlich, die der Patient hat, um eine Verschlimmerung der Krankheit zu verhindern.

Die Grundlage der medikamentösen Therapie ist die niedrigdosierte Gabe von Blutverdünnungsmitteln. Zur Prophylaxe gegen Angina Pectoris Anfälle werden Nitrate, Betarezeptorenblocker und langwirksame Calciumantagonisten gegeben.<sup>464</sup> Darüber hinaus gibt es unterschiedliche Möglichkeiten der medikamentösen Therapie während eines Angina Pectoris Anfalls oder bei instabiler Angina Pectoris.

Die medikamentöse Therapie beeinflusst im wesentlichen körperliche Mechanismen, die die Symptomatik und teilweise die Risiken der KHK ausgleichen. Die zu Grunde liegende Ursache, die Stenosen der Herzkranzgefäße, kann heute noch nicht durch Medikamentengabe beseitigt werden. Hierzu sind derzeit nur invasive Methoden in der Lage. Als invasive Verfahren stehen die Bypassoperation der Herzkranzgefäße (auch CABG: Coronary Artery Bypass Graft) und die Perkutane Transluminale Koronar-Angioplastie (PTCA) zur Verfügung.

Bei der CABG werden während eines großen chirurgischen Eingriffs<sup>465</sup> „Umleitungen“ um die stenosierte Gefäße gelegt. Als Bypässe werden in der Regel Beinvenen und/oder eine Arterie des Brustkorbs (Arteria Mammaria) des Patienten verwendet.

Bei der PTCA wird wie bei der diagnostischen Darstellung der Herzkranzgefäße ein Katheter bis zu der Stenose vorgeschoben. Die stenosierte Stelle wird dann durch einen Ballon, der sich an der Katheterspitze befindet, aufgedehnt. Es ist auch möglich, in die stenosierte Stelle einen sog. Stent zu implantieren, der, bestehend aus einem feinen Drahttunnel, den Engpass mechanisch offen hält.

Für vier Fünftel der Patienten, bei denen eine invasive therapeutische Intervention notwendig ist, ist entweder die CABG oder die PTCA das Mittel der Wahl. Bei etwa einem Fünftel kommen beide Verfahren in Frage, so dass sich der Patient aktiv für eine Methode entscheiden kann.<sup>466</sup>

---

<sup>464</sup> Vgl.: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland (AWMF): Leitlinien Kardiologie: Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris. A.a.O., o.S.

<sup>465</sup> Wobei bei bestimmten Indikationen auch diese Operation heute endoskopisch durchgeführt werden kann.

<sup>466</sup> Vgl.: Perleth, M.: Vergleichende Effektivität und Differentialindikation von Ballondilatation (PTCA) versus Bypasschirurgie bei Ein- und Mehrgefäßerkrankungen der Herzkranzgefäße. Veröffentlichung der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung. Februar 2000. S. 1.



Die Sekundärprävention der KHK hat das Ziel, die Verschlimmerung der Krankheit zu verhindern und zu vermeiden, dass durch die KHK verursachte weitere kardiale Ereignisse auftreten, wie Re-Infarkte<sup>467</sup>, maligne Arrhythmien oder Herzinsuffizienz.<sup>468</sup>

### **8.1.1.6 Besondere Risiken bei der Behandlung der KHK und der sich daraus ergebende spezielle Informationsbedarf von KHK-Patienten**

Trotz der enormen Zahl der Betroffenen und der volkswirtschaftlichen Bedeutung der Erkrankung hat die Primär-, aber auch die Sekundärprävention der Koronaren Herzkrankheit in Deutschland noch kein befriedigendes Stadium erreicht. Vor diesem Hintergrund hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen die Krankheit für eine nähere Untersuchung ausgewählt. Die Ergebnisse sind in dem Gutachten des Sachverständigenrates (SVR) 2000/2001 dargestellt. Das Gutachten beschäftigt sich v.a. mit Fragestellungen der Fehl-, Unter- und Überversorgung bestimmter Krankheitsbilder in Deutschland. Insbesondere die im genannten Gutachten beschriebenen Schwächen bei der KHK-Therapie sollten den von der Krankheit Betroffenen übermittelt werden, damit diese die Möglichkeit haben, die ihnen verschriebene Therapie genau auf diese Punkte hin zu prüfen.<sup>469</sup>

---

<sup>467</sup> Re-Infarkte verlaufen zwei bis dreimal häufiger tödlich als Erstinfarkte. Vgl.: Windler, E./Beil, F./Greten, H.: Lipidtherapie in der Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit. In: Deutsches Ärzteblatt, Bd. 98, 2001, S. A 691 (691-696).

Eine britische Studie beschäftigte sich mit der Frage, welche Faktoren die Entscheidung der Patienten, die einen Re-Infarkt erleiden, beeinflussen, Hilfe zu suchen. Hintergrund der Studie war der maßgebliche Einfluss des Behandlungsstarts auf die Überlebenschancen. Dabei stellte sich heraus, dass die Patienten u.a. deshalb zögern, den Notarzt anzurufen, weil sie andere Symptome hatten als beim ersten Infarkt.

Vgl.: Pattenden, J./Watt, I./Lewin, R./Stanford, N.: Decision making process in people with symptoms of acute myocardial infarction: qualitative study. In: British Medical Journal, Vol. 324, No. 7344, April 2002. S. 1-5. URL: <http://www.bmj.com>, (Stand: Oktober 2002).

<sup>468</sup> Vgl.: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. A.a.O., S. 302.

<sup>469</sup> Diese Aussage bedeutet nicht, dass die Verantwortung einer für das Individuum optimalen Therapie in die Hände des Patienten gelegt werden sollte. Trotzdem muss festgehalten werden, dass, wenn das System der medizinischen Versorgung nachweislich versagt –wie im Gutachten dargestellt– die Verantwortung des Einzelnen wächst und gerade dann das „blinde“ Vertrauen in den behandelnden Mediziner leider nicht ausreicht.

Im Folgenden werden die durch den Sachverständigenrat herausgearbeiteten Punkte kurz aufgegriffen und wiedergegeben. Alle diese Punkte sind von wesentlicher Bedeutung für die inhaltliche Gestaltung von Patienteninformationen durch Krankenkassen.

- Die extrem hohe Anzahl von Herzkatheteruntersuchungen in Deutschland spiegelt sich nicht in einer geringen Mortalitätsrate im Vergleich zu anderen Ländern wider. Der therapeutische Nutzen der Katheterisierungen muss hinterfragt werden.<sup>470</sup> Auch der diagnostische Nutzen scheint nicht unumstritten zu sein, wenn die nicht-invasiven Verfahren Echokardiografie, einschließlich der Stressechokardiografie, einhellig als wichtiges und zuverlässiges Instrument zur Diagnostik und Verlaufskontrolle eingestuft wurden.<sup>471</sup>
- Im Zusammenhang mit medikamentösen Therapieformen wurde eine Unterversorgung mit Lipidsenkern festgestellt. Lipidsenker wirken sich auf einen wesentlichen Risikofaktor, die Hypercholesterinämie, aus und senken somit das Risiko des progredienten Krankheitsverlaufs. Die pharmakotherapeutische Versorgung von KHK-Erkrankten wird trotz steigender Verschreibungszahlen als unbefriedigend bezeichnet. Als Schwachstelle wird neben der Nicht-Beachtung von evidenzbasierten Leitlinien die mangelnde Kontinuität der Medikamentengabe bei Wechsel des Patienten aus dem stationären in den ambulanten Sektor beschrieben.<sup>472</sup>
- Ebenfalls eine Unterversorgung in der sekundärpräventiven Behandlung von KHK-Patienten wird in Bezug auf die Verwendung sogenannter Statine durch den Sachverständigenrat festgestellt. Auch Statine beeinflussen den Lipidstoffwechsel positiv.<sup>473</sup>

---

<sup>470</sup> Vgl.: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. A.a.O., S. 277 ff.

<sup>471</sup> Vgl.: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Fehl- und Unterversorgung. Gutachten 2000/2001. Ausführliche Zusammenfassung. URL: <http://www.svr-gesundheit.de>, (Stand: Oktober 2002), S. 88.

<sup>472</sup> Vgl.: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. A.a.O., S. 274. Dazu auch: Robinson, J./Conroy, C./Wickemeyer, W.: A Novel Telephone-Based System for Management of Secondary Prevention to a Low-Density Lipoprotein Cholesterol < 100 mg/dl In: American Journal of Cardiology, Vol. 85, February 1, 2000. S. 305-308.

<sup>473</sup> Vgl.: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. A.a.O., S. 297.

- Auch Bluthochdruck (Hypertonie) als gut beeinflussbare Symptomatik der KHK wird nicht in befriedigendem Maß therapiert. Erhebungen der WHO-Studie MONICA zeigten, dass in Deutschland lediglich 23% der Männer und 32% der Frauen, bei denen eine Hypertonie diagnostiziert wurde, eine Blutdrucktherapie erhielten. Lediglich 7% der Männer und 13% der Frauen, die eine Therapie erhielten, konnten als adäquat kontrolliert eingestuft werden.<sup>474</sup>

In Bezug auf die Fragestellung ausreichender Versorgungsstrukturen wird im Gutachten des Sachverständigenrates die Notwendigkeit des frühen Erkennens der Symptome eines Herzinfarkts und des darauffolgenden schnellen Handelns durch die Betroffenen beschrieben. Durch die Verbesserung der medikamentösen Behandlung (Thrombolyse) und der Verbesserung der invasiven Therapie (Akut-PTCA) konnte die Mortalität bei akutem Myocardinfarkt entscheidend gesenkt werden.<sup>475</sup> Essentiell für eine günstige Prognose ist das frühzeitige therapeutische Eingreifen. Deshalb ist es wichtig, dass KHK-Patienten, die grundsätzlich ein hohes Risiko haben, einen Herzinfarkt zu erleiden, die Symptome eines Infarkts kennen, diese richtig einschätzen lernen und schnell medizinische Hilfe suchen. Untersuchungen zeigen, dass beim ersten Infarkt<sup>476</sup>, aber auch beim Re-Infarkt<sup>477</sup> Symptome sehr häufig nicht richtig eingeschätzt oder ignoriert werden und die Betroffenen so wertvolle Zeit verstreichen lassen.

---

<sup>474</sup> Vgl.: Gasse, C./Hense, H./Stieber, J./Döring, A./Liese, A./Keil, U.: Assessing hypertension management in the community: trends of prevalence, detection, treatment, and control of hypertension in the MONICA Project, Augsburg. In *Journal of Human Hypertension*, Vol. 15, 2001. S. 27 und 29f. (27-36).

<sup>475</sup> Vgl.: GISSI: Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico (GISSI). In: *Lancet* 1986; No. 1, S. 397-402.

Vgl.: Herlitz, J./Hartford, M./Aune, S./Karlsson, T./Hjalmarson, A.: Delay time between onset of myocardial infarction and start of thrombolysis in relation to prognosis. In: *Cardiology*, Vol. 82, 1993, S. 347-53.

Vgl.: Newby, L./Rutsch, W./Califf R./Simoons, M./Aylward, P./Armstrong, P.: Time from symptom onset to treatment and outcomes after thrombolytic therapy. GUSTO-1 Investigators. In: *Journal of the American College of Cardiology*, 1996, Vol. 27, S. 1646-55.

<sup>476</sup> Vgl.: Caldwell, M./Miaskowski, C.: Mass media interventions to reduce help-seeking delay in people with symptoms of acute myocardial infarction: time for a new approach? In: *Patient Education and Counseling*, Vol. 46, 2002, S. 1.

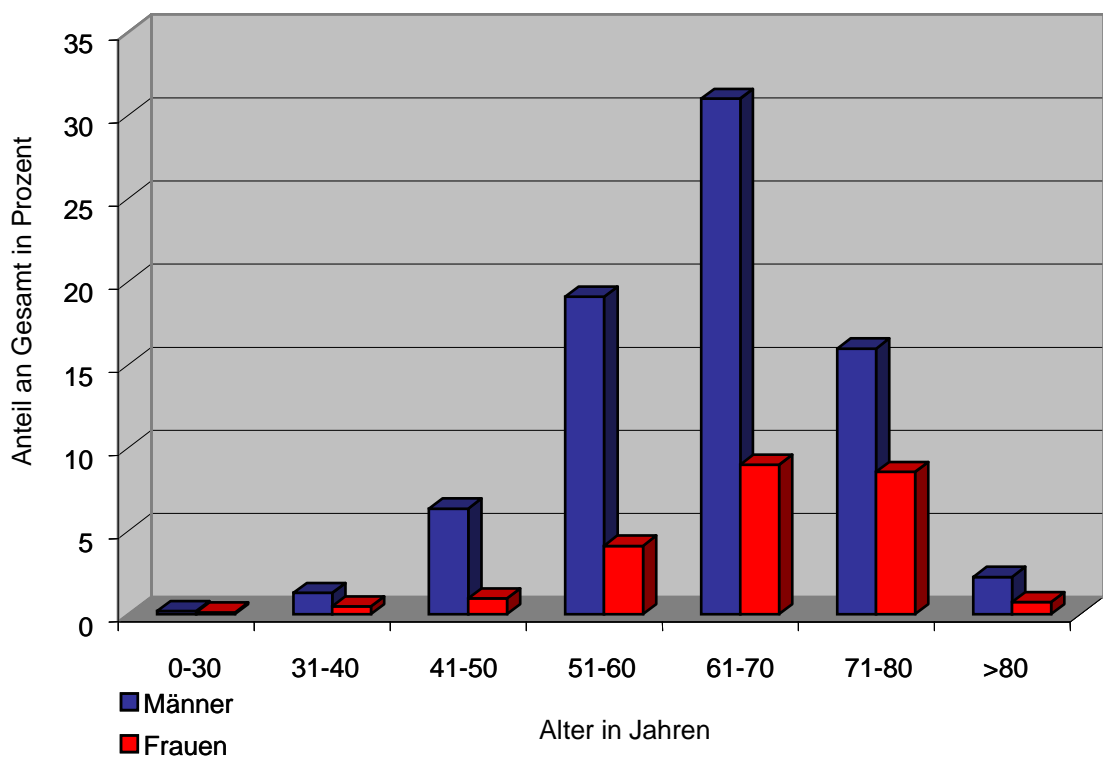
<sup>477</sup> Vgl.: Pattenden, J./Watt, I./Lewin, R./Stanford, N.: Decision making process in people with symptoms of acute myocardial infarction: qualitative study. *A.a.O.*, S. 1-5.

Die Akzente der Informationsbermittlung an KHK-Patienten werden durch drei Themen gesetzt:

1. Die durch niedergelassene rzte vorgenommene medikamentse Therapie, insbesondere die Blutdruckeinstellung, ist hfug unzureichend.
2. Die Eindämmung von lebensstilabhngigen Risikofaktoren ist evident fr den Krankheitsverlauf.
3. Frhes Erkennen der Symptome eines Herzinfarkts und darauf folgendes schnelles Handeln durch den Patienten ist Voraussetzung fr eine erfolgreiche Behandlung des Herzinfarkts.

### 8.1.2 Zielgruppe der KHK-Erkrankten

Um den an der Koronaren Herzkrankung leidenden Versicherten der Beispielkrankenkasse die für sie wichtigen krankheitsbezogenen Informationen auf die richtige Weise zu vermitteln, wird diese Versichertengruppe genauer betrachtet. Die folgende Abbildung zeigt die Aufteilung der im Zeitraum von 1997 bis zum zweiten Quartal 1999 aus dem Krankenhaus entlassenen Fälle in Bezug auf Alter und Geschlecht.



**Abbildung 36:** Prozentuale Verteilung der stationären KHK-Fälle des Zeitraums 1997 bis zum zweiten Quartal 1999 der Beispielkrankenkasse in Bezug auf Altersgruppen und Geschlecht  
 Quelle: Eigene Auswertung und Darstellung anhand der Daten der Beispielkrankenkasse

In dieser Abbildung zeigt sich deutlich, dass von der Koronaren Herzkrankheit mehr Männer als Frauen betroffen sind. Insgesamt sind etwas mehr als drei Viertel der Versicherten, die wegen einer KHK stationär behandelt wurden, Männer. Über 30% aller Fälle sind Männer im Alter zwischen 60 und 70 Jahren. 16% der männlichen KHK-Erkrankten sind zwischen 71 und 80 Jahren alt und 19% sind zwischen 51 und 60 Jahren alt. Die Altersverteilung der weiblichen Fälle unterscheidet sich von der Verteilung der männlichen

Fälle darin, dass die am zweitstärksten betroffene Gruppe nicht die Altersgruppe der 6. Lebensdekade ist, sondern die der 8. Lebensdekade.

Für die KHK-Erkrankten der Beispielkrankenkasse lässt sich festhalten, dass die Zielgruppe vorwiegend aus Männern in der 6., 7. und 8. Lebensdekade besteht. Die meisten männlichen Erkrankten sind zwischen 61 und 70 Jahren alt.

### **8.1.3 Medien, durch die die Zielgruppe der KHK-Erkrankten aus Sicht der Krankenkasse erreichbar sind**

Die Zielgruppe der KHK Erkrankten ist durch ein hohes Lebensalter gekennzeichnet. 65% der Erkrankten sind älter als 60 Jahre. Das hohe Lebensalter zieht bestimmte Anforderungen an die Informationsvermittlung nach sich. In dieser Altersgruppe treten verstärkt:

- Sehbeeinträchtigungen,
- Hörbeeinträchtigungen,
- Gehbeeinträchtigungen<sup>478</sup> und
- verlangsamte Aufnahme neuer Informationen<sup>479</sup>

auf. Auf diese Faktoren muss die Informationsübermittlung abgestimmt werden.<sup>480</sup> Sehbeeinträchtigungen wirken sich bspw. auf die Konzeption von Broschüren aus. Andererseits präferieren gerade ältere Menschen schriftliches Informationsmaterial, da schriftliche Information mit der individuellen Lesegeschwindigkeit und Aufnahmefähigkeit gelesen werden kann.<sup>481</sup>

Obwohl die Informationsaufnahme für ältere Menschen wegen der oben beschriebenen Barrieren als schwieriger beschrieben wird, kann aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters und der persönlichen Betroffenheit durch eine ernste Erkrankung ein hohes Interesse an gesundheitlichen Informationen bei dieser Zielgruppe angenommen werden (vgl. Kap. 4.2). Diese Aussage muss eingeschränkt werden wegen der hohen Anzahl männlicher Er-

---

<sup>478</sup> Vgl.: Dräger, D./Kuhlmeier, A./Feige, L.: Zielgruppenorientiertes Beraten – Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung älterer und alter Menschen. A.a.O., S. 15 f.

<sup>479</sup> Vgl.: Petterson, T./Dornan, T./Albert, T./Lee, P.: Are Information Leaflets given to elderly people with diabetes easy to read? A.a.O., S. 111.

<sup>480</sup> Vgl.: Cooper, P.: Health Care Marketing. Gaithersburg: Aspen, 1994, S. 249.

<sup>481</sup> Vgl.: Härtl-Kasulke, C.: Marketing für Zielgruppen ab 50. A.a.O., S. 79.

Die Autorin behandelt detailliert Anforderungen, die sich an die Ansprache einer älteren Zielgruppe ergeben.

krankter. Männer zeigen sich tendenziell gesundheitlichen Themen gegenüber weniger aufgeschlossen als Frauen. Dieses Verhalten spiegelt sich in den Ergebnissen der CATCH-Studien insofern wider, als dass Männer bei unterschiedlichen Fragestellungen immer deutlich weniger Informationsquellen angeben als Frauen. (vgl. Kap. 6.3).

Obwohl ältere Menschen besonderen Wert auf persönliche Informationsvermittlung und Kontakte legen,<sup>482</sup> ist es schwierig, diesem Bedürfnis durch krankheitsbezogene Veranstaltungen gerecht zu werden. Mit zunehmendem Alter steigt die Konzentration auf das häusliche Umfeld, wie die folgenden Ergebnisse einer Lebensstilanalyse demonstrieren, die in Zusammenhang mit Untersuchungen zur Mediennutzung durchgeführt wurde:<sup>483</sup>

- Männer, 60-70 Jahre

- häuslich 34,5%
- zurückgezogen 19,4%
- kulturorientiert 24,2%

54%, die über krankheitsbezogene Veranstaltungen nicht erreichbar sind.

- Männer, 70-80 Jahre

- häuslich 41,5%
- zurückgezogen 27,7%
- kulturorientiert 20,7%

70%, die über krankheitsbezogene Veranstaltungen nicht erreichbar sind.

Das heißt, dass die Mehrzahl dieser Menschen vermutlich nicht oder kaum zu außerhäuslichen Veranstaltungen gehen wird, wie zum Beispiel zu Vorträgen zum Thema Koronare Herzkrankheit. Eine andere Studie bestätigt diese Vermutung: 70% der über 60jährigen Befragten geben an, „so gut wie nie“ zu Kursen oder Vorträgen zu gehen.<sup>484</sup>

Hinzu kommt, dass Männer unabhängig vom Alter deutlich schlechter über Kurse zu gesundheitlichen Themen zu erreichen sind als Frauen. Lediglich 4,7% der befragten Männer der CATCH-Studie geben an, sich jemals mittels eines Gesundheitskurses über gesundheitliche Themen informiert zu haben. Dieses Ergebnis wird in einem Pretest zur

---

<sup>482</sup> Vgl.: Härtl-Kasulke, C.: Marketing für Zielgruppen ab 50. A.a.O., S. 92.

<sup>483</sup> Vgl.: Hartmann, P./Neuwöhner, U.: Lebensstilforschung und Publikumssegmentierung. In: Media Perspektiven. Nr. 10, 1999, S. 533 und persönliche digitale Mitteilung Ulrich Neuwöhner an Alice Börgel, April 2000.

<sup>484</sup> Vgl.: Stadié, R.: Altsein zwischen Integration und Isolation. Konrad-Adenauer-Stiftung, Melle, 1987, S. 98. Zitiert nach: Gaube, G.: Senioren - der Zukunftsmarkt. A.a.O., S. 115

Rolle von Gesundheitszentren bestätigt. Die befragten Gesundheitszentren berichten, dass drei Viertel der Besucher von gesundheitlichen Bildungsangeboten weiblich sind.<sup>485</sup>

Das im Rahmen der Recherche zu dieser Arbeit bekannt gewordene Mediennutzungsverhalten zeigt deutlich, durch welche Medien diese Zielgruppe *nicht* zu erreichen sind.

So ist der Einsatz des Internet nicht sinnvoll, weil die Nutzungsfrequenz in der Altersgruppe der über 60jährigen mit 8% extrem niedrig ist. In der CATCH-Studie erreichte die Nutzung des Internet als Quelle für medizinische Informationen durch die über 40jährigen nicht die 5% Marke. Auch als Informationskanal für zusätzliche medizinische Informationen von Anbietern wie einer Krankenkasse oder eines medizinischen Dienstleistungsunternehmens erreicht das Internet mit 4% der über 55jährigen, die diesen Kanal nutzen würden, keine hohe Akzeptanz. Diese Feststellung gilt für beide Geschlechter in den Altersgruppen über 50 Jahren.

Eine US-amerikanische Studie, die sich mit der Fragestellung der Nutzung des Internet vor und nach herzchirurgischen Operationen beschäftigt, bestätigt, dass das Internet als Quelle für Gesundheitsinformationen längst nicht den Durchdringungsgrad hat, der allgemein angenommen wird.<sup>486</sup> Von 82 befragten Patienten waren 35 Internetnutzer. Von den 35 haben lediglich 18 das Internet als Quelle für Informationen über den bevorstehenden herzchirurgischen Eingriff genutzt. Obwohl die Informationen als hilfreich eingestuft wurden, bescheinigten nur 3 der Nutzer den Informationen eine befriedigende Verständlichkeit.<sup>487</sup>

Bemerkenswert an diesen Ergebnissen ist, dass es sich um eine Befragung in den USA handelt, in denen die Verbreitung des Internet ungleich stärker fortgeschritten ist als in Deutschland. Selbst von denen, die das Web im alltäglichen Leben als Informationsquelle nutzen, versucht nur die Hälfte, im Internet Antworten auf „ihre“ medizinischen Fragestellungen zu bekommen.

---

<sup>485</sup> Vgl.: Klingemann, C./Schmieder, A./Kastenbutt, B.: Dokumentation der Ergebnisse des Pre-Tests Forschungsprojekt. Geschichtliche und aktuelle Entwicklung der Gesundheitszentren in Deutschland in ihrer Rolle als Beratungsinstitutionen, Selbsthilfekontaktstellen und Akteure kommunaler Gesundheitsförderung. A.a.O., Anhang S. XXVII.

<sup>486</sup> Vgl.: Murero, M./D'Ancona, G./Karamanoukian, H.: Use of the internet by Patients Before and After Cardiac Surgery: Telephone Survey. In: Journal of Medical Internet Research. Vol. 3, No. 3, 2001. URL: <http://www.jmir.org/2001>, (Stand: Oktober 2002), o.S.

<sup>487</sup> Vgl.: Murero, M./D'Ancona, G./Karamanoukian, H.: Use of the internet by Patients Before and After Cardiac Surgery: Telephone Survey. A.a.O., o.S.



Innerhalb der von interpersoneller Kommunikation unabhängigen Informationskanäle hat das Fernsehen für beide Geschlechter in höherem und hohem Alter eine hervorragende Bedeutung. 89% der 51-60jährigen und 85% der 61-70jährigen geben an, dass sie sich bereits über das Fernsehen über eigene gesundheitliche Fragen informiert haben. Allerdings eignet sich das Fernsehen nur in einem engen Rahmen zur Übermittlung krankheitsspezifischer Informationen. In der Regel ist der Detaillierungsgrad von Informationen zu Gunsten einer hohen Reichweite niedrig. Unter Berücksichtigung der Umstände, dass es sich bei der Koronaren Herzkrankheit um eine „Volkskrankheit“ handelt, ist das Fernsehen hier noch am ehesten einsetzbar. Allerdings ist der Einsatz des Fernsehens zur Übermittlung spezifischer Informationen durch eine Krankenkasse auf Grund extrem hoher Streuverluste durch ein ungünstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis gekennzeichnet. Die Grenzen des Fernsehens über das Herstellen eines gewissen Grades an Aufmerksamkeit hinaus sind im Rahmen der Public Health Forschung aufgedeckt worden.<sup>488</sup> Das Medium Fernsehen ist für die Übermittlung spezifischen krankheitsbezogenen Wissens nicht geeignet. Eine möglicherweise effiziente Einsatzmöglichkeit des Fernsehens könnte eine Informationssendung in Zusammenarbeit mit einem lokalen Sender über Einrichtungen in der Region sein, die Unterstützung für KHK-Erkrankte bieten.

Interessant sind die Ergebnisse einer deutschen Studie zum Wissensstand von Patienten über ihre Erkrankung während eines stationären Aufenthaltes. Überraschenderweise stellten die Forscher fest, dass sich das krankheitsbezogene Wissen bei Entlassung trotz mehrerer intensiver Gespräche nicht verbessert hatte. Darüber hinaus zeigte sich, dass es einen (allerdings nicht signifikanten) negativen Zusammenhang zwischen dem Fernsehen als Informationsquelle und dem Wissensstand der Patienten gibt. Diejenigen, die das Fernsehen nicht als Informationsquelle angegeben hatten, wussten mehr über die abgefragten Risikofaktoren, als die diejenigen, die Fernsehen als Informationsquelle angege-

---

<sup>488</sup> So zeigte eine Studie zu der Wirkung des Fernsehens auf das Verhalten bei Herzinfarkten, dass zwar das Wissen um das richtige Verhalten deutlich gestiegen ist, dass es aber im „Ernstfall“ nicht zu einer Verkürzung des Zeitraums kam, in dem medizinische Hilfe angefordert wurde. Vgl.: Caldwell, M./Miaskowski, C.: Mass media interventions to reduce help-seeking delay in people with symptoms of acute myocardial infarction: time for a new approach? A.a.O., S. 7. Und: Cavill, N.: National campaigns to promot physical activity: Can they make the difference? In: International Journal of Obesity, Vol. 22, Supplement 2, 1998, S. 48-51.

ben hatten.<sup>489</sup> Der einzig positive signifikante Zusammenhang zwischen Wissen und Informationsquelle bestand bei Patienten, die Patientenratgeber als Informationsquelle angegeben hatten.<sup>490</sup> Damit zeigt auch diese Untersuchung, dass schriftliches Informationsmaterial, welches auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt ist, eine sehr nachhaltige Wirkung hat.

Die Affinität der Zielgruppe zu Printmedien kann –obwohl auch diese bei Männern weniger ausgeprägt ist als bei Frauen– für die Übermittlung krankheitsspezifischer Themen genutzt werden. Insbesondere Broschüren, die unter Beachtung der in Kapitel 5 beschriebenen Qualitätskriterien hergestellt werden, eignen sich aus Sicht der Krankenkasse gut, um ihren Versicherten notwendige, unterstützende Informationen zukommen zu lassen. Broschüren eignen sich hervorragend für ältere Versicherte durch ihren niederschweligen Zugang als Informationsmedium. Gerade dieses Medium erfreut sich einer großen Akzeptanz bei den Betroffenen. Broschüren können sehr gut zur Übermittlung krankheitsspezifischer Informationen genutzt werden, da gerade der ältere Leser Umfang und Geschwindigkeit der Informationsaufnahme selbst bestimmen kann. Allerdings müssen bei der Herstellung von Broschüren für eine ältere Zielgruppe unbedingt bestimmte Kriterien beachtet werden wie Schriftgröße, Verwendung von Grafiken, Farbgestaltung, etc. (Siehe Kapitel 5.2.3). Gerade bei einer älteren Nutzergruppe ist es zudem wichtig, dass Broschüren in einem persönlichen Zusammenhang abgegeben werden (vgl. Kapitel 5.2.4.3). Wenn diese Kriterien beachtet werden, sind Broschüren das Mittel der Wahl, um dieser Zielgruppe krankheitsbezogene Informationen zu übermitteln.

Die Analyse der Nutzergruppen der telefonischen Beratung der Hochdruckliga, der Deutschen Krebshilfe und der Gmünder Ersatzkasse zeigt, dass die telefonische Informationsübermittlung als Angebot für Versicherte auch in hohen Altersklassen gut angenommen wird. Die Altersstatistik der Hochdruckliga zeigt, dass die größte Gruppe von Anrufern Männer im Alter zwischen 60 und 69 Jahren waren.<sup>491</sup> Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund der Fragestellung, wie die Zielgruppe der KHK-Erkrankten erreicht werden

---

<sup>489</sup> Vgl.: Baberg, T./Jäger, D./Kahrman, G./de Zeeuw, J./Bojara, W./Lemke, B./v. Dylander, S./Barmeyer, J./Kugler, J.: Gesundheitsförderung und kardiovaskuläre Risikofaktoren. In: Medizinische Klinik. 95. Jg., Heft 2, 2000, S. 78.

<sup>490</sup> Vgl.: ebd.

kann, von besonderer Bedeutung, weil es sich beim dem Angebot der Hochdruckliga um das sogenannte Herz-Kreislauf-Telefon handelt und somit exakt das Mediennutzungsverhalten der hier fokussierten Zielgruppe wiedergegeben wird.

Allen hier beschriebenen Informationskanälen weit überlegen ist der Arzt. Zwar trifft diese Feststellung auf beide Geschlechter und alle Altersgruppen zu, aber in hohem Lebensalter ist das Vertrauen in den Arzt besonders ausgeprägt. Ältere Menschen hinterfragen seltener die Empfehlungen ihres Arztes<sup>492</sup> und sind deutlich seltener der Meinung, dass sie ein Recht auf ausführliche medizinische Informationen haben.<sup>493</sup> So sagen auch „nur“ 57% der über 55jährigen im Gegensatz zu 70% der 35-54jährigen sowie 73% der unter 34jährigen, dass sie sich mehr Informationen über ihre Krankheit wünschen, als die, die sie in der Regel von ihrem Arzt erhalten.<sup>494</sup> Der Schwerpunkt dieser Aussage liegt stärker in der Differenz zwischen den Altersgruppen. Auf die Frage wer diese Informationen zur Verfügung stellen soll, sagen die über 55jährigen häufiger als alle anderen Altersgruppen, dass dies ein Arzt tun sollte.<sup>495</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für die Zielgruppe der KHK-Erkrankten folgende Medien/Informationskanäle zur Übermittlung krankheitsspezifischer Informationen durch die Krankenkasse geeignet sind: der Arzt, Printmedien, insbesondere Broschüren und Hotlines.

---

<sup>491</sup> Vgl.: Anruferstatistik des Herz-Kreislauf-Telefons der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks. URL: <http://www.paritaet.org/hochdruckliga>, (Stand: Juli 2002).

<sup>492</sup> Vgl.: Turk-Charles, S./Meyerowits, B./Gatz, M.: Age Difference in Information-Seeking Among Cancer Patients. In: International Journal of Aging and Human Development. Vol. 45, No. 2, 1997, S. 86.

<sup>493</sup> Vgl.: Beisecker, A.: Aging and the Desire for Information and Input in Medical Decisions: Patient Consumerism in Medical Encounters. A.a.O., S. 332.

Beisecker beschreibt die passive Rolle des älteren Patienten mit den Worten: „*In short, the older the patient, the less consumerist were his attitudes or perceptions of the patient role.*“

<sup>494</sup> Vgl.: INRA Deutschland im Auftrag von Medvantis Medical Services GmbH: Repräsentativbefragung von 1.000 Personen ab 14 Jahren in Deutschland. 2001. Unveröffentlichte Teilauswertung.

<sup>495</sup> Vgl.: ebd.

### 8.1.4 Einsatz der identifizierten zielgruppenspezifischen Informationskanäle durch Krankenkassen

Auf Grund der Schwächen, die in der Arzt-Patienten-Kommunikation in verschiedenen Studien nachgewiesen wurden und die insbesondere für ältere Patienten gelten, sollte es das erste Ziel der Krankenkasse sein, zu versuchen, diese Schwächen auf unterschiedlichen Ebenen auszugleichen. Der erste Ansatzpunkt ist hierbei der niedergelassene Arzt. Da die Weitergabe von schriftlichem, die Konsultation ergänzendem Informationsmaterial von Patienten und Ärzten als hilfreich empfunden wird, kann damit ein wesentlicher Beitrag geleistet werden. Es bietet sich an, niedergelassenen Ärzten durch die Krankenkasse hochwertiges Informationsmaterial zur Verfügung stellen. Neben Themen, die auf die Krankheit bezogen sind, wie Ätiologie und Therapieverfahren, sollte die Krankenkasse eine spezielle, auf regionale Möglichkeiten eingehende Broschüre herstellen. Vor der Eigenherstellung von Broschüren rund um die Koronare Herzkrankheit sollte zunächst geprüft werden, ob es von der Deutschen Herzstiftung oder ähnlichen Verbänden Broschüren in hoher Qualität gibt, um den Aufwand der Herstellung zu verringern.<sup>496</sup>

Darüber hinaus ist es für die Erkrankten sehr hilfreich, wenn sie eine Broschüre mit Kontakten und Adressen von Selbsthilfegruppen, Herz-Sportgruppen, Anti-Stress-Trainings und Ernährungsberatungen zur Verfügung haben.<sup>497</sup> Allerdings reicht eine einfache Aufzählung der Adressen nicht aus, sondern die Krankenkasse sollte entweder selber anhand von Qualitätskriterien selektieren oder diese Qualitätskriterien ihren Versicherten zur Verfügung stellen. Aus Kosten-Nutzen-Erwägungen ist es empfehlenswert, dass sich die Krankenkasse auf jene Bereiche konzentriert, die nicht durch andere Anbieter abgedeckt werden und die hohen Wert für ihre Versicherten haben, wie z.B. die Darstellung regionaler Angebote. Es ist allerdings möglich, dass eine entsprechende Informationsbroschüre bereits durch eine örtliche Selbsthilfegruppe hergestellt wurde, so dass sich eine Zusammenarbeit anbietet.

Um zu vermeiden, dass diese Informationsmaterialien an KHK-Patienten weitergegeben werden, die nicht der entsprechenden Krankenkasse angehören, könnte der niedergelas-

---

<sup>496</sup> Die Einbeziehung von kommerziellen Verlagen, die sich auf diese Bereiche spezialisiert haben bzw. sie in ihr Portfolio aufgenommen haben, ist kein Garant für die Herstellung qualitativ hochwertiger Broschüren wie das Beispiel in Kapitel 5.2.3.4 zeigt.

<sup>497</sup> Die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

sene Arzt auch „Informations-Gutscheine“ der Krankenkasse ausgeben, die der Versicherte an seine Krankenkasse schickt. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die erreicht werden, die ein hohes aktives Interesse an Gesundheitsinformationen haben und dass Kontakt zur Krankenkasse hergestellt wird. Da die Krankenkasse keine Behandlungsdaten aus dem niedergelassenen Bereich hat, wäre auf diesem Weg gewährleistet, dass die Information über die Erkrankung des Versicherten schon bei (Erst-)Diagnose bei der Krankenkasse eingeht und nicht erst, wenn ein stationärer Aufenthalt notwendig wird.

Durch einen „Informations-Gutschein“ könnte die Krankenkasse auf ihr eigenes Beratungs-Know-how aufmerksam machen.

Vorteile	Nachteile
Informationen nur für die eigenen Versicherten	Verfahren muss bei niedergelassenen Ärzten etabliert werden
Es werden die Versicherten erreicht, die an weiteren Informationen wirklich interessiert sind	Zusätzlicher Aufwand in der Arztpraxis durch Aushändigen des Gutscheins
Kontakt zur Krankenkasse wird hergestellt	
Bei der Krankenkasse geht die Information über die Erkrankung des Versicherten ein	

**Tabelle 16:** Vor- und Nachteile des Einsatzes eines Informations-Gutscheins von Krankenkassen im niedergelassenen Bereich

Neben Informationen zur Erkrankung, Risikofaktoren, Therapiemöglichkeiten und regionalen Angeboten sollte das Risiko des Myocardinfarkts gesondert behandelt werden. Es sollten mögliche Symptome beschrieben werden und deutlich gemacht werden, dass auch asymptomatische Verläufe vorkommen. Ziel dieser Informationen ist es, die Hemmschwelle, im Ernstfall medizinische Hilfe zu suchen, niedrig zu halten.

Wenn Versicherte wegen eines Herzinfarkts stationär aufgenommen werden, erhält die Krankenkasse eine Meldung mit der Bitte um Zusage der Kostenübernahme vom Krankenhaus, so dass bei entsprechender edv-technischer Unterstützung KHK-Patienten selektiert und mit spezifischem Informationsmaterial versorgt werden können. In diesem Zusammenhang sollte auf das Risiko des Re-Infarkts aufmerksam gemacht werden. Gerade Re-Infarkt-Patienten neigen dazu, medizinische Hilfe spät anzufordern, weil sie es

nicht wahrhaben wollen, dass sie einen zweiten Herzinfarkt erleiden.<sup>498</sup> Dabei sollte unbedingt beachtet werden, dass durch diese Informationen die Patienten nicht unn6tig verunsichert werden d6rfen.

F6r die lebensstilbedingte Reduzierung und f6r das Monitoring von Risikofaktoren bietet sich der Einsatz telefonischer Unterst6tzung durch die Krankenkasse an.

Neben der passiven Bereitstellung des Telefons als Informationsressource f6r KHK-Erkrankte gibt es auch Modellversuche mit dem Einsatz von computerbasiertem, aktivem telefonischem Monitoring von Patienten. Die Boston University School of Medicine hat mit Telephone-Linked Care (TLC) eine Technologie entwickelt, die computerbasierte Beratung und Kontrolle medizinischer Umst6nde von Patienten erm6glicht.<sup>499</sup> TLC ist so konzipiert, dass entweder vom Computerprogramm oder vom Patienten die Initiative zu einem Anruf erfolgt. Die Frequenz der Anrufe variiert computergesteuert von w6chentlich bis monatlich. Die t6gliche Initiative durch den Patienten ist aber m6glich. Die Entwickler von TLC benutzten verschiedene Verhaltenstheorien, um unterschiedliche Module mit den Zielsetzungen, k6rperliche Aktivit6t, Aufgabe des Rauchens oder die Medikamenteneinnahme zu f6rdern.<sup>500</sup>

In einer Versuchsgruppe 6lterer Bluthochdruckpatienten konnte innerhalb eines 6 monatigen Zeitraums eine Verbesserung der Compliance in der medikament6sen Therapie zur Senkung des Blutdrucks von 18% festgestellt werden, w6hrend die Kontrollgruppe lediglich eine Verbesserung der Compliance von 11% aufwies. Der durchschnittliche diastolische Blutdruck der Versuchsgruppe konnte um 5,2 mm HG gesenkt werden im Gegensatz zu 0,8 mm HG bei der Kontrollgruppe. Die Zufriedenheit der Patienten mit dem System wird als hoch beschrieben. Ein besonderer Vorteil der computerbasierten telefonischen Unterst6tzung ist ihr geringer personeller Aufwand. Lediglich die regelm6ssige Durch-

---

<sup>498</sup> Vgl.: Pattenden, J./Watt, I./Lewin, R./Stanford, N.: Decision making process in people with symptoms of acute myocardial infarction: qualitative study. A.a.O., S. 1-5.

<sup>499</sup> Vgl.: Friedman, R.: Automated Telephone Conversations to Assess Health Behavior and Deliver Behavioral Interventions. In: Journal of Medical Systems, Vol. 22, No. 2, 1998. S. 95. 95-102.

<sup>500</sup> Vgl.: Friedman, R.: Automated Telephone Conversations to Assess Health Behavior and Deliver Behavioral Interventions. A.a.O., S. 96.

sicht der durch den Computer angelegten Reports muss durch einen Mediziner erfolgen.<sup>501</sup>

Die telefonische Unterstützung in ihrer aktiven und passiven Form scheint insbesondere in Bezug auf die Steuerung und Informationsübermittlung für ältere Zielgruppen ein hohes Potential zu haben.<sup>502</sup> Wichtig für den Einsatz telefonischer Unterstützung ist, dass die Zielgruppen von diesem Service erfahren. Um auf die Hotline der Krankenkasse aufmerksam zu machen, eignen sich die Mitgliederzeitschrift, themenbezogene Broschüren und regionale Tageszeitungen.

Neben der telefonischen, computerbasierten und persönlichen Informationsübermittlung sind persönliche Beratungsgespräche durch medizinisch und sozialpädagogisch geschulte Mitarbeiter der Krankenkasse anzubieten. Da das Vertrauen älterer Menschen in „ihre“ Krankenkasse groß ist, kann dieser Service durchaus erfolgreich sein, zumal hier Prinzipien angewendet werden können, die für ältere Versicherte wichtig sind wie persönlicher Kontakt, ruhige Atmosphäre und eine nicht allein auf das Krankheitsbild zentrierte Beratung.<sup>503</sup> Ziel der gesundheitsfördernden und krankheitsbewältigenden Beratung nach DRÄGER ET AL, die dabei das Beratungskonzept von ROGERS aufgreifen, ist nicht die Übernahme von Verantwortung durch den Berater, sondern Hilfe zur Selbsthilfe. Die Autorinnen betonen, dass diese Zielsetzung den Klienten frühzeitig bewusst gemacht werden muss.<sup>504</sup>

Wünschenswert wäre es wenn, die Erkenntnisse, die sich aus Beratungsgesprächen mit Mitarbeitern der Krankenkasse ergeben, wenn nötig, in Aktionen umgesetzt würden.

---

<sup>501</sup> Vgl.: Friedman, R.: Automated Telephone Conversations to Assess Health Behavior and Deliver Behavioral Interventions. A.a.O., S. 97 f.

Zum Einsatz von telefonischem Monitoring siehe auch: Shah, N./Der, E./Heidenreich, P./Massie, B.: Prevention of hospitalizations for heart failure with an interactive home monitoring program. In: American Heart Journal, Vol. 135, No. 3, 1998, S. 373-378.

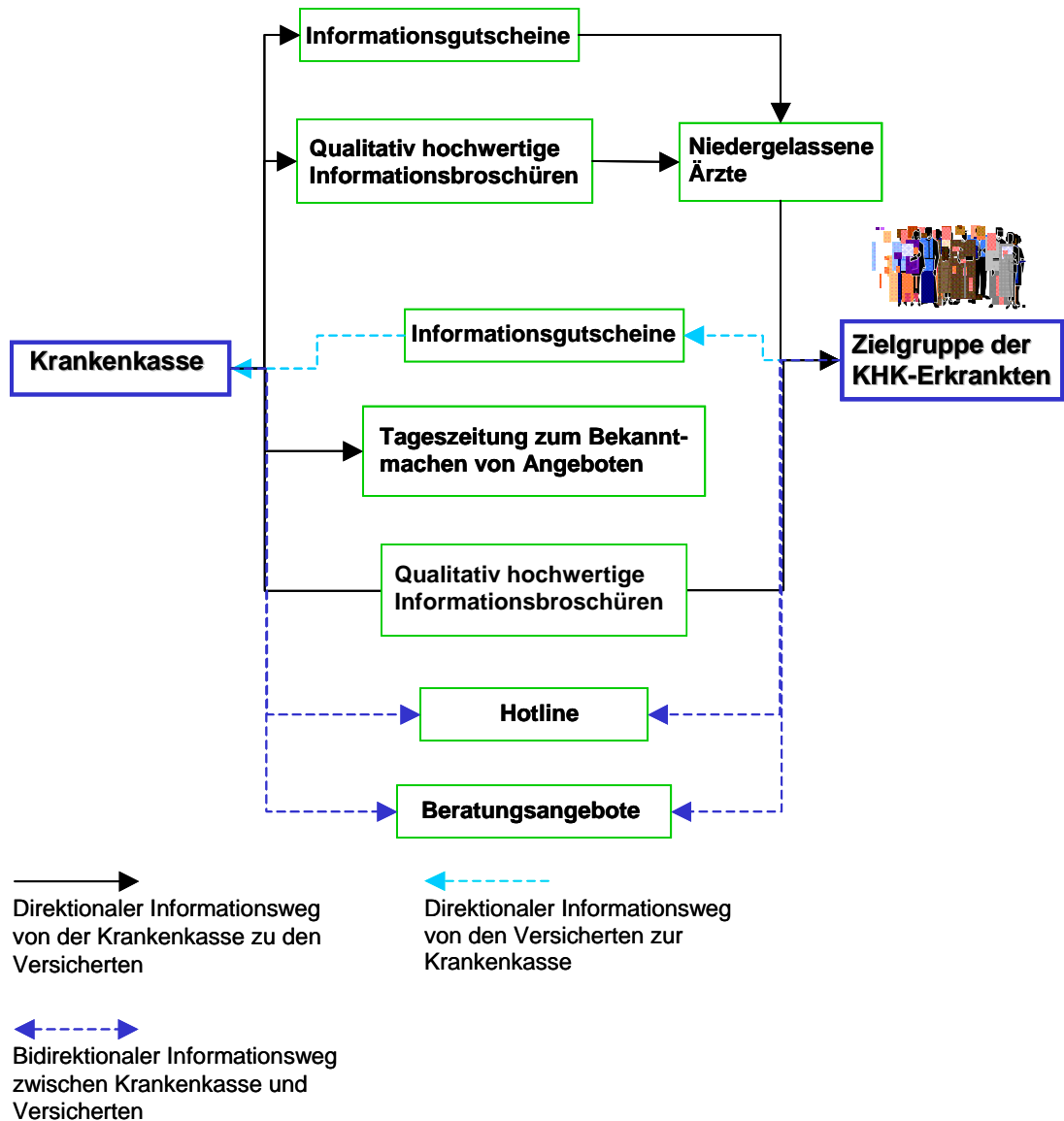
<sup>502</sup> Vgl.: Greenberger, M./ Puffer, J.: Telemedicine: Toward Better Health Care for the Elderly. In: Journal of Communication. Vol 39, No. 3, 1989. S. 137-144. Und: Whitten, P./Gregg, J.: Telemedicine: Using Telecommunication Technologies to Deliver Health Services to Older Adults. In: Hummert, M./Nussbaum, J. (Hrsg.): Aging, Communication, And Health. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 2001. S. 3-22.

<sup>503</sup> Zur Beratung älterer Menschen durch Krankenkassen siehe auch: Dräger, D./Kuhlmey, A./Feige, L.: Zielgruppenorientiertes Beraten – Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung älterer und alter Menschen. A.a.O.

<sup>504</sup> Vgl.: Dräger, D./Kuhlmey, A./Feige, L.: Zielgruppenorientiertes Beraten – Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung älterer und alter Menschen. A.a.O., S. 90.

Denkbar sind die Vermittlung zur Diätberatung oder zu Herzsportgruppen. Hier kann durch die Krankenkasse sehr sinnvolle Assistenz erfolgen.

Werden die oben stehenden Ausführungen graphisch zusammengefasst, sieht der zielgruppenorientierte „Medienmix“ für KHK-Erkrankte aus Sicht der Krankenkasse wie folgt aus:



**Abbildung 37:** Zielgruppenorientierter Medieneinsatz für KHK-Erkrankte der Beispielkrankenkasse  
 Quelle: Eigene Darstellung



### **8.2 Zielgruppenorientierte Informationsübermittlung an die Versichertengruppe der Osteoarthrose-Erkrankten**

#### **8.2.1 Darstellung des inhaltlichen Informationsbedarfs von Patienten mit Osteoarthrose**

##### **8.2.1.1 Das Krankheitsbild „Osteoarthrose“**

Osteoarthrose ist eine degenerative Gelenkerkrankung, die vorwiegend bei einem Missverhältnis zwischen Beanspruchung und Beschaffenheit bzw. Leistungsfähigkeit der einzelnen Gelenkanteile und -gewebe entsteht.<sup>505</sup>

Von Osteoarthrose wird gesprochen, wenn ein Knorpelschaden mit röntgenologisch nachweisbaren Veränderungen des darunter liegenden Knochens einhergeht. Im Spätstadium der Arthrose ist der zunächst nur geschädigte Gelenkknorpel vollständig abgerieben, so dass bei jeder Bewegung Knochen auf Knochen reibt. In den Gelenken entstehen sogenannte Osteophyten, Knochenzacken, die zu einer Vergrößerung des Gelenks führen. Es kommt auch vor, dass die Osteophyten bei bestimmten Bewegungen aneinander reiben.<sup>506</sup> Die pathophysiologischen Veränderungen im Gelenk rufen häufig entzündliche Reaktionen hervor. Die Symptomatik der Arthrose ist durch Schmerzen, Entzündungsschübe, Verdickung und Verformung der Gelenke sowie beginnende Einsteifungen gekennzeichnet.

Betroffen sind vor allem Hüft<sup>507</sup>- und Kniegelenke<sup>508</sup> sowie die Wirbelsäule. Da diese Erkrankung mit Schmerzen und Funktionseinschränkungen einhergeht, ist die Erwerbsfähigkeit und Lebensqualität von Patienten häufig eingeschränkt. Die Krankheit ist fortschreitend und zum heutigen Zeitpunkt nicht heilbar. Hinweise auf wirksame präventive Maßnahmen gibt es nur zum Teil.<sup>509</sup>

Es werden primäre und sekundäre Arthrosen unterschieden. Die Ursachen der primären Arthrosen sind unbekannt. Der sekundären Arthrose gehen in den meisten Fällen eine ungünstige Krafteinwirkung auf das Gelenk durch Fehlstellungen und/oder Verletzun-

---

<sup>505</sup> Vgl.: Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. A.a.O., S. 119

<sup>506</sup> Vgl.: Deutsche Arthrose Hilfe e.V.: Was ist Arthrose? URL: <http://www.arthrose.de>, (Stand: November 2002).

<sup>507</sup> Fachausdruck: Coxarthrose.

<sup>508</sup> Fachausdruck: Gonarthrose.

<sup>509</sup> Vgl.: Bundesamt für Statistik (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland. A.a.O., S. 194.

gen voraus. Begünstigt wird die Entstehung der Osteoarthritis durch Übergewicht, Fehlbelastung und ideopathische Faktoren.<sup>510</sup>

### 8.2.1.2 Behandlungsmöglichkeiten der Osteoarthritis

Wie bereits oben dargestellt, ist die Osteoarthritis derzeit nicht heilbar. Das Fortschreiten der Krankheit ist individuell und nicht voraussehbar.

Als Therapieziele von Arthrosen des Hüft- oder Kniegelenks werden: Verbesserung der Lebensqualität, Schmerzfreiheit, Erhalt der Beweglichkeit, Steigerung der Gehleistung sowie die Verzögerung des Fortschreitens der Arthrose beschrieben.<sup>511</sup>

Das Fortschreiten der Arthrose soll durch die richtige Belastung und Entlastung des Gelenks bzw. der Gelenke durch Physiotherapie, Mobilisierung, Muskelkräftigung, Muskeldehnung und Koordinationsschulung, Thermo- und Balneotherapie und Elektrotherapie verlangsamt werden.

Eine US-amerikanische Studie kam zu dem Ergebnis, dass durch die Teilnahme an speziellen Bewegungskursen für Patienten mit Knie-Arthrose die Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens geringer waren als bei Patienten, die nicht an Bewegungskursen teilnahmen.<sup>512</sup> Die Autoren schließen, dass durch regelmäßige spezielle Übungen die Autonomie der betroffenen, meist älteren Patienten länger erhalten bleibt.

Die medikamentöse Therapie hat ihren Schwerpunkt in der Schmerzreduktion und Entzündungshemmung. Die Behandlung erfolgt mit Analgetika (Schmerzmitteln), Antiphlo-

---

<sup>510</sup> Vgl.: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in Deutschland: Leitlinie zur Koxarthrose. URL: <http://www.awmf-online.de>, (Stand: November 2002), o.S.

<sup>511</sup> Vgl.: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in Deutschland: Leitlinie zur Koxarthrose. A.a.O., o.S. Und: Vgl.: Lühmann, D./Hausschild, B./Raspe, H.: Hüftgelenkendoprothetik bei Osteoarthritis – Eine Verfahrensbewertung. Health Technology Assessment Berichte. URL: <http://www.dimdi.de>, (Stand: November 2002), S. 19.

<sup>512</sup> Vgl.: Penninx, B./Messier, S./Rejeski, W./Williamson, J./DiBari, M./Cavazzini, C./Applegate, W./Pahor, M.: Physical exercise and the prevention of disability in activities of daily living in older persons with osteoarthritis. In: Archives of Internal Medicine. Vol. 161, No. 19, 2001, S. 2309-16.

gistika (Entzündungshemmern), dem Einsatz lokaler Steroide<sup>513</sup> und sogenannten SYSADOA (Symptomatic slow acting drugs in Osteoarthritis).<sup>514</sup>

Wenn die Arthrose so weit fortgeschritten ist, dass die Lebensqualität durch Funktionseinschränkungen und Schmerzen stark verringert ist, kann abhängig vom Allgemeinzustand des Betroffenen eine operative Totalendoprothese (Gelenkersatz) des Gelenks vorgenommen werden. Die Prothese kann aus unterschiedlichen Materialien gefertigt werden und in unterschiedlichen Operationsverfahren eingesetzt werden. Ein entscheidendes Kriterium für die Endoprothese ist die Langlebigkeit des Ersatzgelenks. Nach 7-10 Jahren postoperativ steigt die Zahl der notwendigen Prothesenwechsel, abhängig vom verwendeten Produkt stark an.

Risiken des operativen Gelenkersatzes sind Entzündungen, großflächige Blutergüsse, Nerven- und Muskelschäden, tiefe Beinvenenthrombosen und Embolien. Als weitere Komplikationen können aseptische Lockerungen des Gelenkersatzes, Frakturen und Funktionseinschränkung durch Arthrofibrose auftreten.<sup>515</sup>

Die Wahl des für einen individuellen Patienten am besten geeigneten Produkts und der damit erforderlichen Operationstechnik kann derzeit nicht anhand validierter Kriterien erfolgen. Die Ergebnisse bisheriger Studien zum Outcome von Totalendoprothesen der Hüfte sind aufgrund unterschiedlicher Studiendesigns nicht vergleichbar und kommen zu unterschiedlichen Aussagen.<sup>516</sup> In einer Bewertung im Rahmen des Health Technology Assessment, die dem Aufbau einer Datenbasis zur Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien dient, machen die Autoren folgende Aussage:<sup>517</sup>

*„Derzeit werden in Deutschland bei Patienten mit Coxarthrose jährlich mehr als 100.000 Endoprothesen implantiert. Wenn der Eingriff auch bei 80-90% der betroffenen Patienten zu langfristig befriedigenden klinischen Resultaten führt, so ist doch in Abhängigkeit von patienten-, prothesen- und prozessabhängigen Faktoren eine breite Variabilität der Ergebnisse zu verzeichnen. Ge-*

---

<sup>513</sup> Zu den Steroiden wird bspw. Cortison gezählt.

<sup>514</sup> Vgl.: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland (AWMF): Leitlinie zur Gonarthrose. URL: <http://www.awmf-online.de>, (Stand: November 2002).

<sup>515</sup> Vgl.: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland (AWMF): Leitlinie zur Gonarthrose und Leitlinie zur Coxarthrose. A.a.O., o.S.

<sup>516</sup> Vgl.: Lühmann, D./Hausschild, B./Raspe, H.: Hüftgelenkendoprothetik bei Osteoarthritis – Eine Verfahrensbewertung. A.a.O.

<sup>517</sup> Lühmann, D./Hausschild, B./Raspe, H.: Hüftgelenkendoprothetik bei Osteoarthritis – Eine Verfahrensbewertung. A.a.O., S. 3.

annt seien hier exemplarisch „Versagerraten“ zwischen 0% und 20% in Abhängigkeit vom verwendeten Prothesenmodell für einen fünfjährigen Nachbeobachtungszeitraum.“

Unter dem Gesichtspunkt der Patienteninformation ist der Informationsbedarf von Arthrose-Erkrankten in Bezug auf die *nicht*-operativen Behandlungsmöglichkeiten im Vergleich zu dem Informationsbedarf von Patienten mit einer Koronaren Herzkrankheit etwas weniger komplex. Der Informationsnutzen für den Bereich der *operativen* Behandlungsmöglichkeiten ist fraglich. Da es an evidenzbasiertem Wissen zumindest für die Totalendoprothese der Hüfte fehlt, können Vor- und Nachteile verschiedener Prothesen und Operationstechniken den Betroffenen nicht dargestellt werden.

### 8.2.1.3 Beurteilung der zur Verfügung stehenden Informationen für Osteoarthrose-Erkrankte der Beispielkrankenkasse

Die Qualität der konservativen Versorgung von Arthrose-Erkrankten ist in Deutschland derzeit nicht bekannt. So ist nicht bekannt, ob bspw. Schmerzbekämpfung ausreichend und flächendeckend vorgenommen wird oder ob die Möglichkeiten der physikalischen Therapie konsequent genutzt werden.<sup>518</sup> Der Wissenstand über die Versorgungssituation der Arthrose-Erkrankten ist somit deutlich schlechter als der Wissenstand über die Versorgungssituation der KHK-Erkrankten.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob Arthrose-Erkrankte unter dem Gesichtspunkt effizienten Mitteleinsatzes überhaupt eine geeignete Zielgruppe der Beispielkrankenkasse sind. Es gibt einige Gründe, die dagegen sprechen: Die gesicherte Zielgruppe ist klein, da es keine Daten über die Prävalenz dieser Erkrankung bei den Versicherten der Beispielkrankenkasse insgesamt gibt. Somit kann es leicht zu einem Missverhältnis zwischen Aufwand und Nutzen bei der Übermittlung krankheitsbezogenen Wissens kommen. Evidenzbasierte Informationen insbesondere im Bereich der operativen Therapiemöglichkeiten gibt es nicht. Damit ist ein wesentlicher Ansatzpunkt zur Steigerung der

---

<sup>518</sup> Eine Literaturrecherche zur Compliance mit Therapien der Osteoarthrose in Großbritannien, kommt zu dem Ergebnis, dass für Großbritannien auch nicht festgestellt werden kann, wie gut die Compliance und damit die Effizienz der Therapien ist. Darüber hinaus ist nicht bekannt welche Faktoren die Compliance positiv beeinflussen.

Vgl.: Carr, A.: Barriers to the effectiveness of any intervention in OA. In: Best Practice and Research Clinical Rheumatology. Vo. 15, No. 4, 2001, S. 645-56.

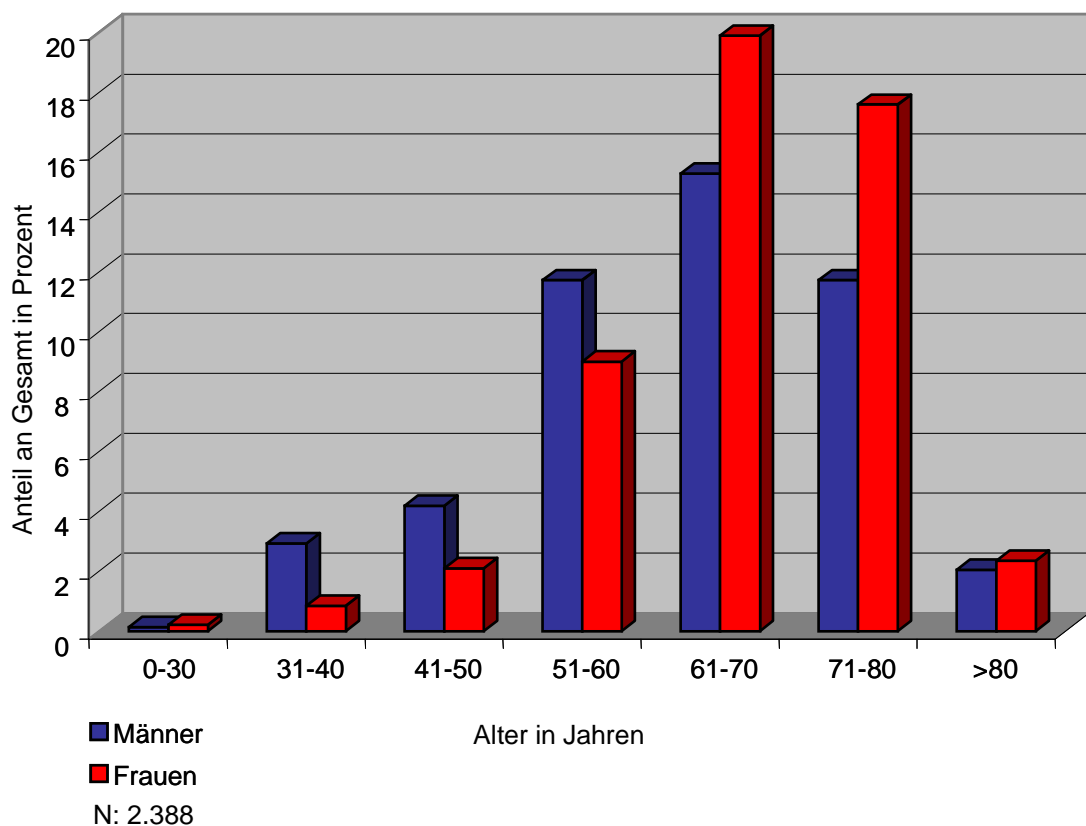
Kosteneffizienz - die Optimierung der stationären Behandlung - nicht gegeben. Darüber hinaus gibt es keine Informationen über die Qualität der ambulanten Versorgung von Arthrose-Patienten durch niedergelassene Ärzte und andere Leistungserbringer. Die Information über den Nutzen von Physiotherapie im weitesten Sinne ist für die Patienten sicher hilfreich, lässt sie aber nicht die entsprechenden Bewegungsübungen durchführen. Ein effektives Vorgehen geht hier über die Zielsetzung der effizienten Informationsübermittlung weit in den Bereich der Motivationsforschung hinein.

Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte muss der Ressourceneinsatz zur Informationsübermittlung an Arthrose-Erkrankte aus Sicht der Krankenkasse sehr gut überlegt sein.

### **8.2.2 Zielgruppe der Osteoarthrose-Erkrankten**

Die Gruppe der Versicherten der Beispielkrankenkasse, die wegen einer Osteoarthrose in der Zeit zwischen 1997 und dem zweiten Quartal 1999 stationär behandelt wurden, ist durch eine Mehrzahl weiblicher Versicherter geprägt. Von den insgesamt ca. 2.400 Patienten waren 53% weiblich und 47% männlich. Die meisten Patienten waren zwischen 60 und 70 Jahre alt (35%). Insgesamt sind knapp 70% der an Arthrose-Erkrankten älter als 60 Jahre. Während in den Altersgruppen bis zu 60 Jahren die männlichen Patienten überwiegen, sind in den folgenden Altersdekaden deutlich mehr Frauen betroffen. Besonders deutlich wird dies in der Altersgruppe der 70-80jährigen. Dort besteht ein Verhältnis von 40% zu 60%.

Graphisch stellt sich die Verteilung auf die Altersdekaden und die Geschlechter wie folgt dar.



**Abbildung 38:** Prozentuale Verteilung der stationären Osteoarthrose-Fälle des Zeitraums 1997 bis zum zweiten Quartal 1999 der Beispielkrankenkasse in Bezug auf Altersgruppen und Geschlecht  
 Quelle: Eigene Auswertung und Darstellung anhand der Daten der Beispielkrankenkasse

Der Anteil der Entlassungsdiagnose „Osteoarthrose“ ist bei der Beispielkrankenkasse (Rang 8 der häufigsten Entlassungsdiagnosen) erheblich geringer als ihr Anteil am Bundesdurchschnitt (Rang 3). Diese Diskrepanz ist auf die vom Bundesdurchschnitt abweichende Zusammensetzung der Versichertenstruktur der hier betrachteten Krankenkasse zurückzuführen. Die Beispielkrankenkasse war in dem Zeitraum, aus dem die hier verwendeten Daten stammen, eine geschlossene Betriebskrankenkasse der metallverarbeitenden Industrie, in der deutlich mehr Männer als Frauen beschäftigt sind. Werden die Daten der Inanspruchnahme stationärer Leistungen, verursacht durch Osteoarthrose, für

Deutschland betrachtet, zeigt sich ein deutlicherer Überhang weiblicher Patienten als bei dieser Beispielkrankenkasse.<sup>519</sup>

Der Anteil der Versicherten, die stationär wegen einer Osteoarthritis aufgenommen wurden, stellt nur einen kleinen Teil derjenigen dar, die insgesamt unter dieser Erkrankung leiden. Ihre Zahl wird für Deutschland auf ca. 5 Millionen geschätzt. In der Altersgruppe der 60-70jährigen leidet schätzungsweise jeder fünfte unter einer Arthritis.<sup>520</sup> Damit ist die Arthritis eine sehr viel verbreitetere Krankheit, als es die Zahlen der stationären Leistungserbringung der Beispielkrankenkasse wiedergeben.

In diesem Zusammenhang zeigt sich, dass die Auswertung der Daten einer Krankenkasse durchaus andere Ergebnisse bringen kann, als allgemeine Zahlen vermuten ließen. Auf diese Weise wird die Zielgruppe präziser beschrieben.

Die Zielgruppe der Beispielkrankenkasse in Bezug auf diese Erkrankung ist durch ältere Menschen ab 60 bestimmt, die mit einer geringen Mehrheit weiblich sind.

### **8.2.3 Mediennutzung der Zielgruppe der Osteoarthritis-Erkrankten und Einsatz der zielgruppenspezifischen Informationskanäle durch Krankenkassen**

Auch die Zielgruppe der Osteoarthritis-Erkrankten ist durch ein hohes Lebensalter geprägt, das die gleichen Rückschlüsse auf ihre Erreichbarkeit und Mediennutzung zulässt wie bei der Zielgruppe der KHK-Erkrankten. Somit ist die Informationsübermittlung an diese Zielgruppe auch durch Determinanten des physiologischen Alterungsprozesses geprägt (s. Kapitel 8.1.3).

Grundsätzlich sind neue Medien in engerem und weiterem Sinn (Internet, Video, CD-ROM) zur Wissensvermittlung nicht geeignet.<sup>521</sup>

Fernsehen und Zeitungen werden von der älteren Zielgruppe zwar genutzt, um sich über medizinische Fragen zu informieren, aber aufgrund der Flüchtigkeit der Informationen

---

<sup>519</sup> Vgl.: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.2, Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1999. A.a.O., S. 12.

<sup>520</sup> Vgl.: Bundesamt für Statistik (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland. A.a.O., S. 195

und der Spezifität der benötigten Informationen können sie dem Informationsbedürfnis nicht gerecht werden.

Tageszeitungen können gut dazu genutzt werden, auf bestimmte Informationsangebote wie Hotlines aufmerksam zu machen, insbesondere weil die stärker betroffenen Frauen eine starke Affinität zu Printmedien als Informationsquelle.

Da in dieser Zielgruppe mehr weibliche Personen sind, liegt der Einsatz von Kursen und Vorlesungen zu der Thematik nahe, da Frauen diesen positiv gegenüber stehen. Allerdings ist diese Vorgehensweise vor dem Hintergrund eingeschränkter Beweglichkeit der Erkrankten kritisch, da der Weg zu solchen Kursen ein erhebliches Hindernis sein kann.<sup>522</sup> Hinzu kommt, dass die Anzahl der wegen Arthrose stationär behandelten Versicherten bei der Beispielkrankenkasse nicht groß und die Zahl der Betroffenen insgesamt nicht bekannt ist. Wenn Kurse zur Übermittlung krankheitsspezifischer Informationen eingesetzt werden, sollten sie in einem Umfeld angeboten werden, das der älteren Zielgruppe vertraut ist und dass sie evtl. aus anderen Gründen häufiger aufsuchen.

Insbesondere bei geschlossenen Betriebskrankenkassen können regionale Angebote sinnvoll sein und eine gute Erreichung der Zielgruppe gewährleisten, wenn viele Versicherte in Nähe eines Firmenstandortes wohnen.

Aber auch die Ergebnisse der bereits in Kapitel 8.1.3 aufgeführten Lebensstilanalyse zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, durch krankheitsbezogene Kurse ältere Frauen zu erreichen, nicht groß ist.<sup>523</sup>

- Frauen, 60-70 Jahre

- häuslich	32,5%
- zurückgezogen	25,4%
- kulturorientiert	35,4%

58%, die über krankheitsbezogene  
Veranstaltungen nicht erreichbar sind.

---

<sup>521</sup> Wobei sich gerade die Veränderungen des Gelenks und die pathophysiologischen Vorgänge im Gelenk wahrscheinlich gut darstellen lassen.

<sup>522</sup> Vgl.: Vignos, P./Parker, W./Thompson, H.: Evaluation of a Clinic Education Program for Patients with Rheumatoid Arthritis. A.a.O., S. 156.

<sup>523</sup> Vgl.: Hartmann, P./Neuwöhner, U.: Lebensstilforschung und Publikumssegmentierung. A.a.O., S. 533 und persönliche digitale Mitteilung Ulrich Neuwöhner an Alice Börgel, April 2000.



- Frauen, 70-80 Jahre
    - häuslich 28,0%
    - zurückgezogen 38,5%
    - kulturorientiert 28,8%
- 67%, die über krankheitsbezogene  
Veranstaltungen nicht erreichbar sind.

Eine erfolgversprechende Methode zur Übermittlung von Informationen ist angesichts der betagten, kleinen Zielgruppe der Einsatz von Infolines. Eine telefonische Informationsübermittlung bietet sich an, weil die Zielgruppe nicht groß ist und so nicht eine große Zahl telefonischer Berater zur Verfügung stehen muss.

Neben der Besetzung der Infoline durch Personen wurden auch gute Erfahrungen mit unterschiedlich konzipierten Informationssequenzen gemacht, aus denen der Anrufende auswählen kann.<sup>524</sup>

Auf Grund der häufig durch die Arthrose verursachten Bewegungseinschränkungen und der Möglichkeit, durch bestimmte Hilfsmittel (Gehstock, Sitzerhöhungen, verstellbare Betten) die Autonomie der Arthrose-Erkrankten in ihrem eigenen Umfeld zu fördern, erscheinen persönliche Beratungen im häuslichen Umfeld sinnvoll.

Bei persönlichen Beratungsangeboten, die wegen des hohen Aufwands nicht in der häuslichen Umgebung der Betroffenen stattfinden können, sollte wieder auf einen niederschweligen Zugang für die Zielgruppe geachtet werden.

Neben Kursen, telefonischer und persönlicher Beratung ist es auch bei dieser Zielgruppe wichtig, die Qualität der Informationen, die die Arthrose-Erkrankten erhalten, durch Kontakte zu behandelnden niedergelassenen Ärzten sicher zu stellen.

Wie bei der Informationsübermittlung an KHK-Erkrankte sind sowohl krankheitsbezogene Themen als auch Informationen über regionale Einrichtungen, die Unterstützung leisten können, relevant.

---

<sup>524</sup> Vgl.: Diseker, R./Michielutte, R./Morrison, V.: Use and Reported Effectiveness of Tel-Med: A Telephone Health Information System. A.a.O., S. 229-234.

Die Kontaktaufnahme zu den Versicherten kann wie bei den KHK-Erkrankten mittelbar über den Mediziner erfolgen und auch über Informationsgutscheine kann die Annäherung der Krankenkasse an ihre Versicherten versucht werden.

Das Angebot von schriftlichem Informationsmaterial für Arthrose-Erkrankte unterliegt den gleichen Überlegungen wie bei Broschüren für KHK-Erkrankte. Neben dem Angebot direkt krankheitsbezogener Themen sollte die Krankenkasse durch die Darstellung von regionalen Versorgungsangeboten ihren Versicherten auf dem Weg durch das Dickicht des Gesundheitswesens assistieren.

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass die Erreichbarkeit der Zielgruppe der Arthrose-Erkrankten durch die gleichen Medien gewährleistet wird wie die Erreichbarkeit der KHK-Erkrankten, weil die Zusammensetzung der Gruppen sehr ähnlich ist. Unterschiede ergeben sich durch die weibliche Mehrheit, die bedeutet, dass die Gruppe insgesamt leichter zu erreichen ist und dass ein höheres Interesse an Printmedien besteht. Die positive Einstellung von Frauen zum Besuch von Gesundheitskursen kann leider auf Grund des hohen Alters der Betroffenen und der durch die Arthrose verursachten Mobilitätseinschränkungen nicht vollständig genutzt werden.

### **8.3 Zielgruppenorientierte Informationsübermittlung an die Versichertengruppe der schwangeren Frauen**

#### **8.3.1 Inhaltlicher Informationsbedarf bei Schwangerschaft und Geburt**

Der Informationsbedarf, der sich in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft ergibt, insbesondere, wenn es sich um die erste Schwangerschaft handelt, ist sehr groß und vielfältig.<sup>525</sup> Es werden Informationen zu den Bereichen Schwangerschaft, Geburt und Säuglingspflege benötigt. Unterthemen aus dem Bereich „Schwangerschaft“ könnten physiologische Veränderungen der Mutter, der Entwicklungsprozess des Fötus, Verhaltensweisen während der Schwangerschaft, pathophysiologische Veränderungen, Untersuchungsmethoden während der Schwangerschaft, Wirkung von Medikamenten sein.

Zur Geburt sind Themen wie der natürliche Geburtsverlauf, Abweichungen vom natürlichen Verlauf, Geburtsmethoden, die Auswahl des Entbindungsortes, etc. wichtig.

Zur Säuglingspflege gehören bspw. Informationen über die ersten Stunden nach der Geburt, Nahrungsaufnahme, Hautpflege, Schlafrhythmus und Vorsorgeuntersuchungen.

Da jedes einzelne Unterthema einer raumgreifenden Behandlung bedarf, wird an dieser Stelle nicht versucht, den einzelnen Punkten gerecht zu werden. Die hier vorgenommene Aufzählung soll lediglich einen Eindruck über die Komplexität des möglichen Informationsbedarf geben.

Trotzdem gibt aus den genannten drei Bereichen Unterthemen, die für einen komplikationslosen Verlauf von Schwangerschaft und Geburt von besonderer Bedeutung sind. Dazu gehört der Einfluss einer gesunden Lebensführung der Mutter auf die Gesundheit des Fötus. Schwerpunkte sind gesunde Ernährung, Bewegung und der Verzicht auf Alkohol und Zigaretten während der Schwangerschaft. Das Verhalten der Mutter während der Schwangerschaft hat bei weitem den größten positiven Einfluss auf eine komplikationslose Schwangerschaft. Dagegen können Vorsorgeuntersuchungen zwar Risiken frühzeitig aufzeigen, aber nicht verhindern. Durch Vorsorgeuntersuchungen wird der Mutter die Möglichkeit gegeben, bei erkennbarer schwerer Schädigung des Kindes eine Abtreibung durchführen zu lassen bzw. Geburtshelfer können frühzeitig Maßnahmen treffen, Komplikationen einer Risikoentbindung einzudämmen.

---

<sup>525</sup> Wie bei der Koronaren Herzkrankheit und der Osteoarthrose können die Informationsgebiete nur aus Laiensicht umrissen werden. Dabei wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

Um die Möglichkeiten von Vorsorgeuntersuchungen und medizinischen Unterstützung während der Entbindung optimal zu nutzen, müssen die die Schwangerschaft und Geburt betreuenden Institutionen entsprechend hohe Qualitätsstandards erfüllen können. So ergibt sich auch für die Zielgruppe der schwangeren Frauen ein Informationsbedarf im Bereich von Entscheidungskriterien bei der Auswahl der genannten Institutionen.

Für den Status der medizinischen Betreuung während der Schwangerschaft und Geburt ist im Rahmen dieser Arbeit keine Übersicht über Inputvariablen in Deutschland bekannt geworden. Es können lediglich mittelbar über Säuglingssterblichkeit und ähnliche Kriterien Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität gezogen werden. Die Zahl der Totgeburten hat von 1960 bis 1990 um insgesamt ca. 78% abgenommen.<sup>526</sup> Auch die Säuglingssterblichkeit<sup>527</sup> sank um fast vier Fünftel durch die Verbesserung der Mutterschaftsvorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen.<sup>528</sup> Lediglich die skandinavischen Länder und Japan haben eine noch geringere Säuglingssterblichkeit als Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Österreich und die Schweiz.<sup>529</sup> Die Säuglingssterblichkeit weist einen statistischen Zusammenhang mit den soziodemographischen Faktoren „Familienstatus“, „Geschlecht“, „Nationalität“ auf. Bei einem deutlich rückläufigen Trend starben 1995 in Deutschland bezogen auf 100.000 Lebendgeborene 640 nichteheliche Kinder gegenüber 510 ehelichen, 650 nichtdeutsche gegenüber 510 deutschen und 590 männliche gegenüber 460 weiblichen Säuglingen.<sup>530</sup>

Es konnte nachgewiesen werden, dass die Säuglingssterblichkeit in niedrigen sozialen Schichten höher ist als in mittleren und hohen Sozialschichten.<sup>531</sup>

Die Zahlen der durchschnittlichen Müttersterbefälle entwickelten sich positiv. Während 1960 bezogen auf 100.000 noch 106 Mütter starben, waren es 1990 nur noch 5.<sup>532</sup>

Die positiven Entwicklungen der Säuglingssterblichkeit und der Müttersterbefälle werden auf die verbesserten Möglichkeiten Vorsorgeuntersuchungen, der Schwangerschaftskon-

---

<sup>526</sup> Vgl.: Bundesamt für Statistik (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland. A.a.O., S. 54.

<sup>527</sup> Frühe Säuglingssterblichkeit: Tod nach weniger als 7 Tagen postpartum.

<sup>528</sup> Vgl.: Bundesamt für Statistik (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland. A.a.O., S. 54.

<sup>529</sup> Vgl.: ebd.

<sup>530</sup> Vgl.: Bundesamt für Statistik (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland. A.a.O., S. 45.

<sup>531</sup> Vgl.: ebd.

<sup>532</sup> Vgl.: Bundesamt für Statistik (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland. A.a.O., S. 56.

fliktberatungen und des legalen Schwangerschaftsabbruch zurückgeführt. Allerdings ist dieser Zusammenhang noch nicht wissenschaftlich gesichert.<sup>533</sup>

Bei der Beurteilung der positiven Trends und ihrer Ursachen ist zu beachten, dass engmaschige Vorsorgeuntersuchen i.d.R. lediglich frühzeitig Risiken der Schwangerschaft und Geburt aufdecken. Vorsorgeuntersuchen tragen nicht zu einer besseren Gesundheit von Mutter und Säugling bei.<sup>534</sup> Gerade bei der pränatalen Diagnostik haben die qualitativen Rahmenbedingungen der Untersuchungen (Ausbildung und Erfahrung des Arztes, technische Ausstattung) wesentlichen Einfluss auf die Aussagekraft der Ergebnisse. Die Sicherheit des positiven Befundes ist relativ. Darüber hinaus sind nicht alle Untersuchungen und Tests während der Schwangerschaft risikolos. So ist die statistische Wahrscheinlichkeit ab einem bestimmten Lebensalter der Mutter, dass das Ungeborene eine Trisomie 21 hat, geringer als Risiko, dass durch invasive Fruchtwasseruntersuchung eine Fehlgeburt verursacht wird.

Aus dem Dargestellten ergeben sich besondere Aspekte des Informationsbedarfs: Die enorme Bedeutung der gesunden Lebensführung der Mutter für die Gesundheit des Kindes muss vermittelt werden. Schwangeren Frauen müssen die Möglichkeiten der Vorsorgeuntersuchungen und Schwangerschaftsberatungen aufgezeigt werden. Gleichzeitig muss deutlich gemacht werden, dass die pränatale Diagnostik keine Gesundheit generiert, sondern lediglich die Chance erhöht, perinatal entsprechende Maßnahmen zu ergreifen bzw. die Möglichkeit einer Abtreibung eröffnet. Darüber hinaus

### 8.3.2 Zielgruppe der schwangeren Frauen

43% der Frauen, die im Zeitraum zwischen 1997 und dem zweiten Quartal 1999 stationär entbunden haben, sind 20 bis 30 Jahre alt und 52% sind 30 bis 40 Jahre alt. Die Anteile von sehr jungen werdenden Müttern bzw. von Frauen, die älter als 40 Jahre sind, sind mit 3% und knapp 2% sehr niedrig. Damit ist das statistische Risiko von Komplikation der

---

<sup>533</sup> Vgl.: ebd.

<sup>534</sup> So hat die Frühzeitigkeit und Intensität von Untersuchungen in der Schwangerschaft zugenommen und gleichzeitig ist die Zahl der risikofreien Schwangerschaften gesunken. Vgl.: Bundesamt für Statistik (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland. A.a.O., S. 387.

Schwangerschaft und Geburt entsprechend niedrig. Bei der Informationsübermittlung muss kein Schwerpunkt auf die Erreichbarkeit dieser Gruppen gelegt werden.<sup>535</sup>

Anhand des Versichertenstatus ist zu erkennen, dass 46% der Frauen berufstätig sind und 54% nicht berufstätig sind bzw. nicht einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit nachgehen. Diese Daten sind für die Beispielkrankenkasse interessant, weil Berufstätigkeit Einfluss auf das Mediennutzungsverhalten hat, insbesondere auf die Nutzung neuer Medien. Aufgrund der Berufstätigkeit kann nicht auf die soziale Schicht geschlossen werden, da zwei Interpretationen möglich sind: Berufstätigkeit der Frauen bedeutet ein höheres Familieneinkommen oder die Berufstätigkeit bedeutet, dass die Frauen alleinstehend sind; das wiederum würde tendenziell auf einen niedrigeren sozialen Status hinweisen.

Ein interessanter Aspekt könnte die Altersstruktur der werdenden Väter sein, da sie ein anderes Informationsverhalten haben als ihre Partnerinnen. Diesem Aspekt kann aber auf Grund der nur begrenzt vorhandenen Daten nicht nachgegangen werden.

### 8.3.3 Mediennutzung und Erreichbarkeit von schwangeren Frauen

Die Zielgruppe der entbindenden Frauen unterscheidet sich wesentlich von den bisher vorgestellten Zielgruppen. Nicht nur das durchschnittlich sehr viel niedrigere Lebensalter und die Geschlechts-Homogenität charakterisieren diese Gruppe, sondern auch die soziale Rolle der Mutter impliziert i.d.R. besondere Verhaltensweisen. So sind Frauen in der Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahre am stärksten von allen anderen Gruppen an Gesundheitsinformationen interessiert<sup>536</sup> und gelten als Multiplikatoren von Gesundheitsinformationen und Gesundheitsverhalten in der Familie.<sup>537</sup> Knapp 60% der Frauen im Gegensatz zu 31% der Männer antworteten, dass sie Gesundheitsinformationen für sehr

---

<sup>535</sup> Zum Erfolg aktiver telefonischer Unterstützung von Risikogruppen vgl.: Little, M./Saul, G./Testa, K./Gaziano, C.: Improving Pregnancy Outcome and Reducing Avoidable Clinical Resource Utilization Through Telephonic Perinatal Care Coordination. In: Lippincott's Case Management. Vol. 7, No. 3, S. 103-112.

<sup>536</sup> Vgl.: Dürer, U./Moore, A./Schröder, M.: Citizen's Advisory System Based on Telematics for Communication and Health (CATCH II), The results from Germany. A.a.O., S. 15.

<sup>537</sup> Vgl.: Schnabel, P.: Public Health and Media. A.a.O., S. 203.

wichtig halten, um die Entstehung von Krankheiten zu vermeiden.<sup>538</sup> Die höchste Wichtigkeit wurde Präventiv-Informationen durch Frauen im Alter von 31 bis 40 Jahren beigemessen. Insbesondere während einer Schwangerschaft konnte die aktive Informationssuche von Frauen nachgewiesen werden.<sup>539</sup>

Im Alter zwischen 31 und 40 Jahren wird nach dem Fernsehen (81%) die Tageszeitung von 70% als Quelle für gesundheitliche Informationen angegeben. Damit nutzt diese Gruppe deutlich häufiger als alle anderen Gruppen dieses Medium (Vgl. Kapitel 6.3.2.3). Diese Aussage passt zu der Tatsache, dass die Krankheitshäufigkeit in dieser Gruppe gering ist und vorwiegend allgemeine präventive Informationen als nützlich empfunden werden im Gegensatz zu spezifischen krankheitsbezogenen Informationen, die nicht durch eine Tageszeitung vermittelt werden können.

Die Nutzung anderer schriftlicher Informationsquellen, wie Gesundheitsmagazine, Broschüren und medizinische Sachbücher ist in den Altersgruppen der 21-30jährigen und der 31-40jährigen in etwa gleich verteilt und kann als ausgeprägt bezeichnet werden. Besonders Frauen geben eine rege Nutzung dieser Informationskanäle an.

Angesichts des großen Angebots von Sachbüchern rund um Schwangerschaft und Geburt kann davon ausgegangen werden, dass schwangere Frauen dieses Medium häufig nutzen.

Bei spezifischen gesundheitlichen Fragen führt der Arzt auch für junge Frauen die Liste der möglichen Informationsquellen an. Apotheker werden ebenfalls um Rat gefragt. Im Rahmen der Recherche zu dieser Arbeit sind für Deutschland keine Untersuchungen zum Informationsbedarf, zur Informationssuche und zur Nutzung verschiedener Informationsquellen von Schwangeren bekannt geworden. Eine US-amerikanische Studie zeigte, dass die wichtigste Informationsquelle während einer Schwangerschaft „health care provider“<sup>540</sup> sind, gefolgt von Büchern und Medien.<sup>541</sup> Als Medien wurden in dieser Studie

---

<sup>538</sup> Vgl.: Dürer, U./Moore, A./Schröder, M.: Citizen's Advisory System Based on Telematics for Communication and Health (CATCH II), Deliverable D2.1 Overall Report on User Needs, A.a.O., S. 29.

<sup>539</sup> Vgl.: Aaronson, L./Mural, C./Pfoutz, S.: Seeking Information: Where Do Pregnant Women Go? In: Health Education Quarterly, Vol. 15, No. 3, S. 342.

<sup>540</sup> Als "health care provider" werden Ärzte, Hebammen und Krankenschwestern.

Fernsehen, Radio, Tageszeitungen und Gesundheitsmagazine zusammengefasst.<sup>542</sup> Weitere Informationsquellen sind: „man selbst“<sup>543</sup>, die Familie und Freunde. Darüber hinaus wurde ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen dem sozio-ökonomischen Status und der Nutzung von Büchern und Medien als Informationsquellen nachgewiesen. Frauen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status griffen eher auf Ratschläge ihrer Familie zurück.<sup>544</sup>

Die aktive Informationssuche junger Frauen spiegelt sich in der hohen Nutzung telefonischer Beratungsangebote im Bereich von Gesundheitsinformationen wider. Grundsätzlich gilt für Frauen, dass sie zuverlässig mehrere verschiedene Informationsquellen nutzen (Vgl. Kapitel 6.3.1.3 und 6.3.2.2). Für US-amerikanische Frauen konnte dieses Verhalten auch während einer Schwangerschaft bestätigt werden.<sup>545</sup>

Auf Grund des niedrigen Durchschnittsalters der Zielgruppe und der potentiell stärkeren Nutzung des Internet durch junge Menschen kann dieses Medium als Informationskanal für Informationen zu Schwangerschaft und Geburt in Betracht gezogen werden. 2001 waren in Deutschland knapp 40% der Bevölkerung, die älter als 14 Jahre ist, online.<sup>546</sup> Insgesamt waren 30% aller Frauen online.

Über die Nutzung des Internet durch Frauen im Alter zwischen 20 und 40 Jahren liegen von derselben Forschungsgruppe nur Daten aus dem Jahr 1999 vor. 1999 nutzten lediglich 18% der deutschen Bevölkerung das Internet, davon waren 28% weiblich. Insgesamt nutz-

---

<sup>541</sup> Vgl.: Aaronson, L./Mural, C./Pfoutz, S.: Seeking Information: Where Do Pregnant Women Go? A.a.O., S. 339.

<sup>542</sup> Vgl.: Aaronson, L./Mural, C./Pfoutz, S.: Seeking Information: Where Do Pregnant Women Go? A.a.O., S. 338.

<sup>543</sup> Hier ist gemeint, dass eine Frau während einer zweiten Schwangerschaft auf Erfahrungen aus der ersten Schwangerschaft zurückgreift.

<sup>544</sup> Vgl.: Aaronson, L./Mural, C./Pfoutz, S.: Seeking Information: Where Do Pregnant Women Go? A.a.O., S. 339.

<sup>545</sup> Vgl.: Aaronson, L./Mural, C./Pfoutz, S.: Seeking Information: Where Do Pregnant Women Go? A.a.O., S. 343.

<sup>546</sup> Vgl.: Eimeren, B./Gerhard, H./Frees, B.: ARD/ZDF-Online-Studie 2001: Internetnutzung stark zweckgebunden. In: Media Perspektiven. Nr. 8. 2001. S. 383.



ten 1999 knapp 12% aller Frauen das Internet. Von den weiblichen Internetnutzern waren 32% 20 bis 30 Jahre alt und 22% waren 30 bis 40 Jahre alt.<sup>547</sup>

Von 1999 bis 2001 hat sich der Anteil der weiblichen Internetnutzer von 12% auf 30% fast verdreifacht.

Vor dem Hintergrund der Nutzungsdaten kann das Internet für diese Zielgruppe als Informationskanal eingesetzt werden; wobei es sich als flankierende Maßnahme innerhalb eines Medienmix eignet.

Zusammengefasst stellt sich die Erreichbarkeit dieser Zielgruppe wie folgt dar:

- Wichtigste persönliche Ansprechpartner sind Ärzte und Hebammen
- Schriftliches Informationsmaterial hat einen sehr hohen Stellenwert (Tageszeitung, Broschüren und medizinische Sachbücher)
- Durch neue Medien ist die Zielgruppe flankierend erreichbar

### **8.3.4 Einsatz der identifizierten zielgruppenspezifischen Informationskanäle durch Krankenkassen**

Auf Grund des aktiven Informationsverhaltens der werdenden Mütter kann davon ausgegangen werden, dass diese Gruppe i.d.R. in Bezug auf allgemeine Fragen von Schwangerschaft und Geburt gut informiert und leicht zu erreichen ist.

Die Erreichbarkeit dieser Zielgruppe wird aus Sicht der Krankenkasse durch drei Aspekte geprägt, die sie von den bisher dargestellten Gruppen unterscheidet:

- Nicht nur der Arzt spielt als Vertrauensperson eine hervorragende Rolle, sondern auch die die Schwangerschaft betreuende Hebamme
- Die Zielgruppe ist flankierend durch neue Medien erreichbar
- Der Besuch von Kursen ist ein fester Bestandteil der Geburtsvorbereitung

Für Schwangere besteht ein sehr hohes Informationsangebot von Seiten unterschiedlicher Institutionen und Personen. Begründet ist dieser Umstand u.a. durch die kommerzielle

---

<sup>547</sup> Vgl.: Eimeren, B./Oehmichen, E.: Mediennutzung von Frauen und Männern. In: Media Per-

Wichtigkeit der Zielgruppe. Da in der Versichertengruppe der Beispielkrankenkasse der Anteil von besonderen Risikogruppen nicht hoch ist, muss sich diese Krankenkasse nicht um die Erreichbarkeit der in der Regel schwer erreichbaren Gruppen kümmern.

Für schwangere Frauen ergibt sich kein Mehrwert, wenn die vorhandene Informationsflut durch Informationen ihrer Krankenkasse vergrößert wird. Wichtiger als additive Informationen ist ein „Empowerment“ der versicherten Frauen. Das heißt, dass die Frauen Informationen brauchen, die sie in die Lage versetzen, die Informationsflut zu beurteilen und in ihrem Sinne zu selektieren. Den Frauen sollten die DISCERN-Kriterien sowie Raster zur Beurteilung der Qualität von Internetinformationen zur Verfügung gestellt werden.

Als Informationskanäle können Broschüren, eine Infoline und das Internet genutzt werden. Die Krankenkasse muss dieses Angebot bewerben, indem sie in der Tageszeitung und an Orten, an denen Schwangere sich aufhalten, darauf aufmerksam machen. Das Aufmerksammachen ist ein wichtiger Aspekt bei der Informationsübermittlung durch Krankenkassen. Da ein aktives Informationssuchverhalten der Zielgruppe vorausgesetzt werden kann, sollte die Krankenkasse solche „Vehikel“ benutzen, die die eigene Kompetenz darstellen. Hierzu eignen sich auch Plakate und regionale Radiowerbung.

Aufgrund des großen Informationsangebots auf der einen Seite und der aktiven Informationssuche auf der anderen Seite bietet sich eine Befragung zum Wissen und der Zufriedenheit der Frauen in Bezug auf schwangerschaftsbezogene Themen an. In der Regel erhalten die schwangeren Frauen die Informationen, die von den Professionen als wichtig eingestuft werden und nicht unbedingt die Informationen, die sie selbst als wichtig einstufen.<sup>548</sup> Durch Befragungsergebnisse könnte der tatsächliche Informationsbedarf identifiziert werden. Darauf aufbauend wäre es möglich, ein auf das Bedürfnis der Zielgruppe abgestimmtes Informationsangebot aufzubauen.

---

spektiven, 1999, Nr. 4, S. 197.

<sup>548</sup> Vgl.: Benn, C./Budge, R./White, G.: Women planning and experiencing pregnancy and child-birth: Information needs and sources. In: Nursing Praxis in New Zealand, Vol. 14, No. 3, 1999, S. 4.

Die Auswahl und Verbreitung von qualitativ hochwertigen Informationsbroschüren durch die Krankenkasse ist sinnvoll. Die eigene Herstellung von Informationsbroschüren rund um Schwangerschaft und Geburt hat angesichts der Vielfalt des vorhandenen Informationsmaterials keinen Mehrwert.

Inhaltlich ist wie bei Informationen für KHK- und Arthrose-Erkrankte die Darstellung regionaler Versorgungsangebote sinnvoll. Auch die Aufstellung von Entscheidungskriterien für die Auswahl von niedergelassenen Frauenärzten und einer Geburtsklinik ist eine wichtige Unterstützung der Schwangeren, da die Qualität der prä-, peri- und postnatalen Versorgung von Mutter und Kind wesentlichen Einfluss auf den Outcome hat.<sup>549</sup>

Zusammengefasst zeigt sich, dass der Krankenkasse neben den bereits beschriebenen Kooperationen mit Ärzten und diesem Fall auch mit Hebammen und dem Einsatz von Broschüren auch das Internet als Informationskanal zur Verfügung steht.

---

<sup>549</sup> Die AOK Niedersachsen bietet auf ihrer Internetseite eine Entscheidungshilfe für die Auswahl einer Geburtsklinik an. Es wird empfohlen, bei der Auswahl der Klinik folgende Fragen zu stellen:

- „Bietet die Klinik Geburtsvorbereitungskurse an?
- Wie viele Entbindungsräume gibt es und wie sind sie ausgestattet?
- Wie sind die Regeln: Darf in den Entbindungszimmern gegessen und getrunken werden? Eine Geburt kann unter Umständen mehrere Stunden dauern.
- Welche Geburtsmethoden werden angeboten?
- Wie viele Hebammen stehen zur Verfügung, rund um die Uhr?
- Stehen jederzeit ein Narkosearzt und ein Kinderarzt zur Verfügung?
- Welche schmerzlindernden Methoden werden angeboten?
- Kann jederzeit ein operativer Eingriff durchgeführt werden?
- Gibt es Rooming-in? Wie ist die Besuchszeit geregelt?
- Hat das Krankenhaus eine eigene Kinderklinik?
- Ist eine Frühgeborenen- oder Neugeborenen-Intensivstation vorhanden? Wenn nicht, in welches Krankenhaus wird ein behandlungsbedürftiges Neugeborenes verlegt?“

AOK Niedersachsen. URL: <http://www.aok.de>, (Stand: November 2002).

Diese Fragen sind aus Sicht der Autorin unzureichend, weil es keine Hinweise dazu gibt, was bestimmte Antworten bedeuten. Darüber hinaus sind einige Fragen überflüssig, wenn es ausschließlich um die Auswahl von Krankenhäusern geht. Dort müssen rund um die Uhr Hebammen zur Verfügung stehen, ein operativer Eingriff muss immer möglich sein, entsprechend steht immer ein Narkosearzt zur Verfügung.

Vor der Auswahl einer Klinik sollte sich die Schwangere überlegen, welche Aspekte ihr wichtig sind und anhand dieser die Vor- und Nachteile einzelner Kliniken aus ihrer Sicht beurteilen. Dazu muss entsprechendes Hintergrundwissen bspw. über schmerzstillende Methoden zur Verfügung stehen.

Allerdings wird bei der Informationsübermittlung an Schwangere durch Krankenkassen die Wahl der Informationskanäle in den Hintergrund geschoben. Im Vordergrund steht das Empowerment der Zielgruppe mit dem Ziel, die Versicherten in die Lage zu versetzen aus der Flut der Informationen hochwertige und für sie wichtige Informationen auszuwählen.

### 9 SCHLUSSBETRACHTUNG

#### 9.1 Bewertung und Ausblick

Die Herangehensweise, Informationen durch Krankenkassen zielgruppenorientiert zur Verfügung zu stellen, vergrößert die Wahrscheinlichkeit, dass die Informationen bei denen, die sie brauchen, ankommen. Zielgruppenorientierung muss über die Betrachtung von Krankheiten und deren Häufigkeiten hinausgehen. Schwerpunktmäßig sollten vielmehr auf die Betroffenen, ihre Charakteristika und ihre Informationsbedürfnisse betrachtet werden. Die vorliegende Arbeit hat die Methodik und Durchführung für diese neue Herangehensweise beispielhaft demonstriert.

In den Kapiteln 7.3, 8.1, 8.2 und 8.3 wurden Zielgruppen einer Beispielkrankenkasse identifiziert, deren Präferenzen in Bezug auf Informationsquellen und Mediennutzung betrachtet und so geeignete Zugangswege zu den Betroffenen herausgearbeitet.

Die Arbeit zeigt neben der theoretischen Fundierung, dass diese neue Art der Zielgruppenorientierung durch Krankenkassen keineswegs aufwendiger ist und einen höheren Zielerreichungsgrad aufweist.

Dem hier durchgeführten Vorgehen sind auf Grund mangelnder Datenlage Grenzen gesetzt, die bei einer Auswertung durch eine Krankenkasse weniger eng gezogen wären. So könnten sozio-ökonomische Kriterien hinzugezogen werden, die neben Aussagen zur Mediennutzung weitere Rückschlüsse auf die Erreichbarkeit der Versicherten zulassen, die durch Bildungsstand und Einkommensverhältnisse beeinflusst wird.

Die identifizierten Zielgruppen zeigen zum Teil deutliche Unterschiede im Mediennutzungsverhalten und in ihrer Erreichbarkeit. Diese Unterschiede konnten festgestellt werden, obwohl die Daten nicht in einem hohen Detaillierungsgrad ausgewertet werden konnten. Die Zielgruppen zeigen aber auch deutliche Gemeinsamkeiten, die z.B. durch das hohe Alter der Betroffenen begründet sind. Bei einer weitergehenden Auswertung der Daten wird sich vermutlich herauskristalisieren, dass es eine überschaubare Anzahl von Gruppen gibt, die ein unterschiedliches Mediennutzungsverhalten aufweisen, auf das die Krankenkasse unterschiedlich reagieren muss.

Die hier gefundenen Ergebnisse weisen daraufhin, dass die zielgruppenorientierte Informationsübermittlung an Versicherte einigen wenigen Regeln unterliegt, die ohne viel Aufwand beachtet werden können. Effiziente Zielgruppenorientierung durch Krankenkassen scheint nicht so aufwendig zu sein wie industrielle Marktsegmentierung. Durch

die Anwendung weniger Segmentierungskriterien können bereits Zielgruppen identifiziert werden und die Informationsübermittlung an deren Bedürfnisse angepasst werden. Dagegen würde eine an industrielle Zielgruppenbildung angelehnte Versicherten-segmentierung für Krankenkassen wahrscheinlich keinen relevanten Mehrwert schaffen, der den notwendigen Aufwand rechtfertigen würde. Die Umsetzung detaillierteren Wissens über die Zielgruppen und die damit ansteigende Zahl von Zielgruppen würde den Rahmen der Möglichkeiten in Bezug auf den Medieneinsatz einer Krankenkasse sprengen. Das derzeitige „Gießkannenprinzip“ im Medieneinsatz von Krankenkassen kann durch die Beachtung grundsätzlicher Prinzipien bei der Ansprache der Zielgruppen abgelöst werden.

Die derzeit - von wenigen Ausnahmen abgesehen - wenig differenzierte Informationspolitik deutscher Krankenkassen wird u.a. durch den unbefriedigenden Stand der Forschung zu diesem Thema in Deutschland „gefördert“. Aber auch in der Praxis mangelt es an Bewusstsein für die notwendige Zielgruppenorientierung von krankheitsbezogenen Informationen. Verschiedene Krankenkassen, die im Rahmen der Entstehung dieser Arbeit kontaktiert wurden, zeigten dem Thema gegenüber wenig aufgeschlossen. So entstand der Eindruck, dass es den Institutionen bislang nicht gelungen ist, die Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit und die Abteilung für Krankheitsmanagement zusammenzuführen.

„Patienteninformationen“ haben insgesamt an Bedeutung gewonnen; so nahmen in den vergangenen zwei Jahren viele Krankenkassen Callcenter für Patienteninformationen in ihren Service auf. Allerdings scheint es so zu sein, dass, wie bei der „Entdeckung“ des Internet durch Krankenkassen, das Mittel zum Zweck wird und der Einsatz des neuen Werkzeugs nicht kritisch hinterfragt wird.

Ein wichtiger nächster Forschungsschritt ist die modellhafte Anwendung und Überprüfung der erarbeiteten Herangehensweise in der Praxis.

Unbenommen von den teilweise noch ausstehenden Antworten auf die Frage *wie* Patienten effizienter als bisher informiert werden können, ist die Tatsache, *dass* sie besser informiert werden müssen.

Der zielgruppengerechte Einsatz von Medien ist ein Schritt in die richtige Richtung und ein Schritt zu einem nutzenstiftenden Verhältnis der Krankenkasse und ihren Versicherten. Trotzdem werden und sollen Krankenkassen nicht den Arzt in seiner Rolle als Ver-

trauensperson ersetzen. Während sich die Krankenkasse neben dem Arzt als vertrauenswürdige Quelle qualitativ hochwertiger Informationen positioniert, stellt sich die Frage, welchen Beitrag die Krankenkasse dabei leisten kann, dass die Informationen, die eine Versicherter von seinem Arzt erhält, von vornherein von hoher Qualität sind. Hohe Qualität wird in diesem Zusammenhang definiert als inhaltlich richtig, vollständig, zum richtigen Zeitpunkt und nachhaltig. Der gesetzliche Auftrag der Krankenkassen sieht eine unmittelbare Beratung und Unterstützung der Versicherten vor. Dagegen gibt es im Sozialgesetzbuch keinen Hinweis darauf, dass Krankenkassen diese Aufgabe mittelbar durch behandelte Ärzte wahrnehmen können und sollen. Die Gesetzliche Krankenversicherung befindet sich in einem Dilemma: Die Informationen, die ihre Versicherten/Patienten erhalten, sind i.d.R. in vielerlei Hinsicht unzureichend. Trotzdem wird der Arzt als wichtigste Informationsquelle angesehen, dem das größte Vertrauen entgegengebracht wird. Krankenkassen ist es in der Vergangenheit nur sehr partiell gelungen, sich als dritte Kraft im Arzt-Patienten-Verhältnis zu positionieren. Eine nutzenstiftende Positionierung dieser Art wird in den derzeitigen Rahmenbedingungen innerhalb der GKV nur in begrenztem Maß möglich sein, weil Versicherte und Patienten ,insbesondere im Behandlungsprozess, ein wenig ausgeprägtes Bewusstsein für ihre Eigenverantwortung haben. Da medizinische Informationen sehr komplex sind und unterschiedliche Sachverhalte (z. B. Behandlungsoptionen) nicht ausreichend vereinfacht dargestellt werden, ziehen sich Patienten häufig in eine passive Rolle zurück, hoffend, dass das Richtige mit ihnen getan wird. Die Überlegungen zum Medieneinsatz zeigen, dass Krankenkassen mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln ihren Versicherten Unterstützung bieten können. Es zeigte sich aber auch, dass insbesondere Kooperationen mit Leistungserbringern und Beteiligten im Gesundheitswesen Zugang zu den Versicherten schaffen. Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Selbsthilfegruppen, Verbraucherzentralen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und ambulanten Pflegediensten etc. steht hier im Vordergrund. Häufig scheitern solche Initiativen an den (monetären) Partikularinteressen der Beteiligten. Gerade angesichts begrenzter Ressourcen der gesetzlichen Krankenversicherung drängt sich kurzfristiges Erreichen finanzieller Vorteile häufig vor Qualitätsverbesserungen und Patienteninteressen.

Die heutige durch Unbeweglichkeit der Beteiligten geprägte Situation wird an Dynamik gewinnen, wenn die gesetzliche Vollversicherung aufgegeben werden muss. Der Versicherte und Patient wird angesichts der ihm durch Grund- und Zusatzversicherung aufgebürdeten Verantwortung sehr viel stärker als heute Informationen von Leistungserbringern und über Leistungserbringer einfordern. Neu wird an dieser Konstellation sein, dass hinter den Forderungen Marktmacht stehen wird, die der Patient durch eine bewusstere Wahl von Versicherungspaketen und Leistungserbringern wahrnehmen wird.

Die Kehrseite von Eigenverantwortung und Marktmacht ist das Risiko, dass viele Versicherte und Patienten überfordert sein könnten, Insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Weg zu mehr Informationsqualität und -balance lang sein wird.

Allerdings stellt sich angesichts der in weiten Teilen unbefriedigenden Informationssituation und des immer noch häufig von Ärzten ausgeübten benevolenten Paternalismus die Frage, ob Patienten und Versicherte nicht heute schon auf langen Strecken ihres Weges durch das deutsche Gesundheitssystem allein gelassen werden.



## LITERATURVERZEICHNIS

### GESETZESTEXTE

*Sozialgesetzbuch V*, Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988, (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen und zur Änderung anderer Gesetze vom 27. April 2002 (BGBl. I S. 14671).

### BUNDESDRUCKSACHEN

*Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Band III. Deutscher Bundestag Drucksache 14/6871 vom 31.08.2001. S. 217.

### WÖRTERBÜCHER UND LEXIKA

*Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch*. Berlin: Walter de Gruyter. 255. Auflage. 1986.

*Gabler-Wirtschaftslexikon*. 14. Auflage, Wiesbaden: Gabler, 1997, o. S., (CD-ROM).

### MONOGRAPHIEN

*AOK Hessen (Hrsg.): Qualität nachgefragt*. Tagungsband. Frankfurt am Main, 12. November 1998.

*Arnold, M./Lauterbach, K./Preuß, K.-J. (Hrsg.): Managed Care*. Stuttgart: Schattauer 1997.

*Arnold, M.: Strategien zum Umgang mit Knappheit im Gesundheitswesen*. In: Arnold, M./Lauterbach, K./Preuß, K.-J. (Hrsg.): *Managed Care*. Stuttgart: Schattauer 1997.

*Atkin, C.: Instrumental utilities and information seeking*. In: Clarke, P.: *New models for mass communication research*. Beverly Hills: Sage Publications, 1973.

*Augustin, S.: Der Stellenwert des Wissensmanagement im Unternehmen*. In: Mandel, H./Reinmann-Rothmeier, G. (Hrsg.): *Wissensmanagement: Informationszuwachs - Wissensschwund? Die strategische Bedeutung des Wissensmanagements*. München: Oldenbourg, 2000.

*Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H.: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens*. Baden-Baden: Nomos 1999.

*Barth, D.: Mediziner-Marketing*. Heidelberg: Springer 1999.

*Bloom/Novelli: Marketing Communications*. Zitiert nach: Kotler, P./Andreasen, A.: *Strategic Marketing for Nonprofit Organizations*. Upper Saddle River: Prentice Hall, 1996, S. 26. (Genauere Quellenangabe fehlt.)

- Blumler, G./Katz, E. (Hrsg.):* The uses of mass communication; current perspective on gratifications research. London: Sage Publications, 1974.
- Bruns, J.:* Marktsegmentidentifizierung. In: *Pepels, W.:* Marktsegmentierung. Heidelberg: I.H. Sauer Verlag, 2000.
- Bryant, J. (Hrsg.):* Television and the American family. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1990.
- Büchi, R./Chrobok, R.:* Organisations- und Planungstechniken im Unternehmen. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 1997.
- Bundesamt für Statistik (Hrsg.):* Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Wiesbaden: Metzler-Poeschel. 1998.
- Bundesamt für Statistik (Hrsg.):* Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.2, Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1999. Stuttgart: Metzler-Poeschel, 2001.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.):* Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. Auszug aus dem Jahresgutachten 1992 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bonn: Eigendruck.
- Clark, P. (Hrsg.):* New models for mass communication research. Beverly Hills: Sage Publications, 1973.
- Cooper, P.:* Health Care Marketing. Gaithersburg: Aspen, 1994.
- Coulter, A./Entwistle, V./Gilbert, D.:* Informing patients. London: King's Fund Publishing, 1998.
- Dierks, M./Schwartz, W./Walter, U.:* Patienten als Kunden – Informationsbedarf und Qualität von Patienteninformation aus Sicht der Public Health-Forschung. In: *Jazbinsek, D. (Hrsg.):* Gesundheitskommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 2000.
- Donohew, L./Tipton, L.:* A conceptual model for information seeking, avoiding and processing. In: *Clark, P. (Hrsg.):* New models for mass communication research. Beverly Hills: Sage Publications, 1973.
- Egger, G./Donovan, R./Spark, R.:* Health and the Media. Sydney: McGraw-Hill Book Company, 1993.
- Eichhorn, S.:* Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Stuttgart: Kohlhammer 1997.
- Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (Hrsg.):* Chancen und Risiken von Managed Care. Stuttgart: Kohlhammer, 1998.

- Entwistle, V./Watt, I./Herring, J.:* Information about Health Care Effectiveness. London: King's Fund Publishing, 1996.
- Evans, S./Clarke, P.:* When cancer patients fail to get well: flaws in health communication. In: Bostrum RN ed. Communication Yearbook 7. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1983.
- Focus Magazin Verlag GmbH (Hrsg.):* Communication Networks 5.0 – Basisdaten für Kommunikationsstrategien in der modernen Wissensgesellschaft. München: Focus Verlag, 2001.
- Follmer, R.:* Wie zufrieden sind die Kunden? Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der hessischen Bevölkerung. In: AOK Hessen (Hrsg.): Qualität nachgefragt. Tagungsband. Frankfurt am Main, 12. November 1998.
- Freimuch, V./Stein, J./Kean, T.:* The Cancer Information Service Evaluation: An Overview of Results. In: Searching for Health Information: The Cancer Information Service Model. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1989.
- Gaube, G.:* Senioren - der Zukunftsmarkt. Ettlingen: IM Marketing-Forum, 1997.
- Göpfert, W.:* Gesundheitsinformation – die Rolle der Medien bei der Stärkung von Bürgern und Patienten im Gesundheitswesen. In: Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H.: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Baden-Baden: Nomos, 1999.
- Harris, L./Hamburg, M.:* Back to the Future: Television and Family Health-Care Management. In: Bryant, J. (Hrsg.): Television and the American family. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1990.
- Härtl-Kasulke, C.:* Marketing für Zielgruppen ab 50. Neuwied: Luchterhand, 1998.
- Heinen, E.:* Grundfragen der entscheidungsorientierten Betriebswirtschaftslehre, München: Goldmann, 1976.
- Heinen, E.:* Industriebetriebslehre. Wiesbaden: Gabler, 1991.
- Heinrich, L.:* Wirtschaftsinformatik: Einführung und Grundlegung. München: Oldenbourg, 1993.
- Horovitz, J./Kumar, N.:* Getting close to the customer. In: Financial Times (Hrsg.): Mastering Management. London, 1997.
- Huang, K-T./Lee, Y./Wang, R.:* Quality Information and Knowledge. New Jersey: Prentice Hall, 1999.

- Huber, E./Hungeling, G.:* Medizinisch-ärztlicher Gutachtenteil. In: Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H.: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Baden-Baden: Nomos 1999.
- Hummert, M./Nussbaum, J. (Hrsg.):* Aging, Communication, And Health. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 2001.
- Jazbinsek, D. (Hrsg.):* Gesundheitskommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 2000.
- Katz, E./Blumler, G. /Gurevitch, M.:* Utilization of mass communication by the individual. In: Blumler, G./Katz, E. (Hrsg.): The uses of mass communication; current perspective on gratifications research. London: Sage Publications, 1974.
- Kelch, A.:* Information und Motivation von Patienten nach Schlaganfall in der ambulanten Krankenversorgung durch einen Patienten-Wegweiser. Dissertation. Frankfurt a. M., 1997.
- Kotler, P./Andreasen, A.:* Strategic Marketing For Nonprofit Organizations. London: Prentice-Hall International (UK), 1991.
- Krieb, C./Reidl, A.:* Senioren Marketing. Wien: Ueberreuter, 1999.
- Lauterbach, K./Westenhöfer, J./Wirth, A./Hauner, H.:* Adipositas Leitlinie – Evidenz-basierte Leitlinien zur Behandlung der Adipositas in Deutschland. Eigenverlag. Köln 1998. Bezug: Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Gleulerstr. 176-178, 50935 Köln.
- Lerch, M./Dierks, M.L.:* Gesundheitsinformation und -kommunikation als Basis für Patientensouveränität. In: Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195 im Auftrag des Instituts für Technologiefolgenabschätzung Baden-Württemberg. August 2001.
- Löffler, J./Windel, W.:* Media – Planung für Märkte. Hamburg: Axel Springer Verlag, 1995.
- Longe, M./Thomas, K.:* Consumer Health Resource Centers. Chicago: American Hospital Publishing, 1998.
- Mandel, H./Reinmann-Rothmeier, G. (Hrsg.):* Wissensmanagement: Informationszuwachs – Wissensschwund? Die strategische Bedeutung des Wissensmanagements. München: Oldenbourg, 2000.
- McDonald, M./Dunbar, I.:* Market Segmentation. London: Macmillan Business, 1995.
- Media Perspektiven und SWR-Medienforschung (Hrsg.):* Media Perspektiven Basisdaten. Daten zur Mediensituation in Deutschland 2001.
- Meffert, H. / Bruhn, M.:* Dienstleistungsmarketing. Wiesbaden: Gabler 1995.

- Meffert, H., Steffenhagen, H., Freter, H.:* Konsumentenverhalten und Information. Wiesbaden: Gabler, 1979.
- Meffert, H.:* Die Beurteilung und Nutzung von Informationsquellen beim Kauf von Konsumgütern. In: Meffert, H., Steffenhagen, H., Freter, H.: Konsumentenverhalten und Information. Wiesbaden: Gabler, 1979.
- Mühlenbruch, S.:* Aufgaben und Befugnisse der Kranken- und Pflegekassen In: Francke, R./Hart, D.: Rechtswissenschaftlicher Gutachtenteil. In: Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H.: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Baden-Baden: Nomos 1999.
- Neuffer, A.:* Managed Care - Umsetzbarkeit des Konzeptes in Deutschland. Dissertation. Bayreuth: P.C.O 1997.
- Oberdieck, V.:* Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung?: demographische und medizintechnische Determinanten der Beitragssatzdynamik und ihre reformpolitischen Implikationen. Hamburg: Steer- und Wirtschaftsverlag, 1998.
- Pepels, W.:* Marktsegmentierung. Heidelberg: I.H. Sauer Verlag, 2000.
- Pepels, W.:* Segmentierungsdeterminanten im Käuferverhalten. In: Pepels, W.: Marktsegmentierung. Heidelberg: I.H. Sauer Verlag, 2000.
- Peters, H.:* Handbuch des Sozialversicherungsrechts. Bd. 1 Krankenversicherung. In: Schulin, B. (Hrsg.): Handbuch des Sozialversicherungsrechts. München: Beck, 1994.
- Picot, A./Reichwald, R.:* Informationswirtschaft. In: Heinen, E.: Industriebetriebslehre. Wiesbaden: Gabler, 1991.
- Poensgen, A./Larsson, S.:* Patients, Physicians, and the Internet. Boston: Boston Consulting Group, 2001.
- Rados, D.:* Marketing For Nonprofit Organizations. Westport: Auburn House, 1996.
- Richard, S.:* Qualitätssicherung und technologischer Wandel im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos 1993.
- Rösler, A.:* Die deutschen Universitätsklinika im Spannungsfeld ihrer Rahmenbedingungen. Frankfurt a. M.: Europäischer Verlag der Wissenschaften 1999.
- Sandberg, B.:* Mikrogeographische Marktsegmentierung in öffentlichen Betrieben und Verwaltungen. Wiesbaden: Gabler Verlag, 1994.
- Schulin, B. (Hrsg.):* Handbuch des Sozialversicherungsrechts. München: Beck, 1994.

- Solomon, M./Bamosy, G./Askegaard, S.:* Konsumentenverhalten. München: Pearson Studium, 2001.
- Stadié, R.:* Altsein zwischen Integration und Isolation. Konrad-Adenauer-Stiftung, Melle, 1987. Zitiert nach: Gaube, G.: Senioren - der Zukunftsmarkt. Ettlingen: IM Marketing-Forum, 1997.
- Unger, F./Durante, N.-V./Gabrys, E./Koch, R./Wailersbacher, R.:* Mediaplanung. Heidelberg: Physica-Verlag, 1999.
- Wasem, J./Güther, B.:* Das Gesundheitssystem in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Eigenverlag Janssen-Cilag GmbH, Neuss, 1998.
- Wedel, M./Kamakura, W.:* Market Segmentation. Norwell: Kluwer Academic Publishers. 2000.
- Wengle, E. (Hrsg.):* Wissenschaftliche Vorbereitung und Begleitung des Modells Gesundheitsberatung in der gesetzlichen Krankenversicherung am Beispiel der AOK Mettmann. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1984.
- Whitten, P./Gregg, J.:* Telemedicine: Using Telecommunication Technologies to Deliver Health Services to Older Adults. In: Hummert, M./Nussbaum, J. (Hrsg.): Aging, Communication, And Health. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 2001.
- Wöhe, G.:* Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre. München: Verlag Franz Vahlen, 1993.
- Wollnitz, G.:* Marketing in der Gesundheitsvorsorge. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1983.
- Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (Hrsg.):* Das Discern-Handbuch. München: Zuckschwerdt, 2000.
- Zok, K.:* Anforderungen an die Gesetzliche Krankenversicherung. Wissenschaftliches Institut der AOK. Bonn 1999.

### ZEITSCHRIFTEN

- „\$10 Sure Thing“, *Time*, (4. August 1980), zitiert nach: Solomon, M./Bamosy, G./Askegaard, S.: Konsumentenverhalten. München: Pearson Studium, 2001.
- Albert, T./Chadwick, S.:* How readable are practice leaflets. In: *British Medical Journal*, Vol. 305, No. 6864, 1992, S. 1266-1268.
- Albrecht, H.:* Sondieren, was die Adern halten. In: *Die Zeit* vom 4. Juli 2002, S. 27.

- Annunziata, M./Foladore, S./Magri, M./Crivellari, D./Feltrin, A./Bildoli, E./Veronesi, A.:* Does the information level of cancer patients correlate with quality of life? In: *Tumori*, Vol. 84, 1998, S. 619-623.
- Appel, A.:* Fern(seh)diagnosen: Gesundheitssendungen für Patienten? In: *Public Health Forum*, Heft 26, 1999, S. 13.
- Aaronson, L./Mural, C./Pfoutz, S.:* Seeking Information: Where Do Pregnant Women Go? In: *Health Education Quarterly*, Vol. 15, Nr. 3, S. 335-345.
- Arthur, V.:* Written patient information: a review of the literature. In: *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 21, 1995, S. 1081-1086
- Asche, P./Amelung, K./Bender, A.:* Neue Serviceangebote von Patienten gewünscht. In: *f&w*, 15. Jg., 1998, S. 222-225.
- Baberg, T./Jäger, D./Kahrman, G./de Zeeuw, J./Bojara, W./Lemke, B./v. Dylander, S./Barmeyer, J./Kugler, J.:* Gesundheitsförderung und kardiovaskuläre Risikofaktoren. In: *Medizinische Klinik*. 95. Jg., Heft 2, 2000, S. 75-80.
- Bang, D./Farrar, S./Sellors, J./Buchanan, D.:* Consumer Health Information Services: Preliminary Findings about Who is using them. In: *Journal of Medical Systems*, Vol. 22, 1998, No. 2, S. 103-115.
- Becker, M./Mainman, L.:* Strategies for enhancing patients compliance. In: *Journal of Community Health*, Vol. 6., No. 2, 1980, S. 113-135.
- Beisecker, A.:* Aging and the Desire for Information and Input in Medical Decisions: Patient Consumerism in Medical Encounters. In: *The Gerontologist*. Vol. 28, No. 3, 1988, S. 330-334.
- Beisecker, A./Beisecker, T.:* Patient Information-Seeking Behaviours when communicating with Doctors. In: *Medical Care*, Vol. 28, No. 1, 1990, S. 19-28.
- Benn, C./Budge, R./White, G.:* Women planning and experiencing pregnancy and childbirth: Information needs and sources. In: *Nursing Praxis in New Zealand*, Vol. 14, No. 3, 1999, S. 4-15.
- Bergmann, E./Kamtsiuris, P.:* Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. In: *Das Gesundheitswesen*, Heft 61. Jg. 1999. Sonderheft 2. S. 138-144.
- Bernier, M.:* Developing and Evaluating Printed Education Materials. In: *Orthopaedic Nursing*. Vol. 12, No. 6, S. 39-46.
- Blanchard, C./Labrecque, M./Ruckdeschel, J./Blanchard, E.:* Information and decision-making preferences of hospitalised adult cancer patients. In: *Social Science and Medicine*, Vol. 27, No. 11, 1998, S. 1139-1145.

- Bonaguro, J./Miaoulis, G.:* Marketing: A Tool for Health Education Planning. In: Health Education, Vol. 3, No. 1, 1983, S. 9ff.
- Brug, J./Steenhuis, I./Assema, P./Vries, H.:* The Impact of Computer-Tailored Nutrition Intervention. In: Preventive Medicine, Vol. 25, 1996, S. 236-242.
- Burns, J.:* Consumers keep information lines ringing. In: Modern Health Care. Vol. 22, No. 36, 1992, S. 30-32.
- Caldwell, M./Miaskowski, C.:* Mass media interventions to reduce help-seeking delay in people with symptoms of acute myocardial infarction: time for a new approach? In: Patient Education and Counseling, Vol. 46, 2002, S. 1-9.
- Carr, A.:* Barriers to the effectiveness of any intervention in OA. In: Best Practice and Research Clinical Rheumatology. Vol. 15, No. 4, 2001, S. 645-56.
- Caughey, D.:* Patient communication and effective rheumatology. In: Journal of Rheumatology (Editorial), Vol. 16, 1989, S. 5-6.
- Cavill, N.:* National campaigns to promot physical activity: Can they make the difference? In: International Journal of Obesity, 22 Supplement 2, 1998, S. 48-51.
- Coulter, A.:* Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. In: Journal of Health Services Research and Policy, Vol. 2, No. 2, 1997, S. 112-121.
- Darschin, W./Gerhard, H.:* Tendenzen im Zuschauerverhalten. In: Media Perspektiven, Nr. 4, 2002, S. 154.
- Diseker, R./Michielutte, R./Morrison, V.:* Use and Reported Effectiveness of Tel-Med: A Telephone Health Information System. In: American Journal of Public Health, Vol. 70, No. 3, 1980, S. 229-234.
- Donabedian, A.:* Quality assurance in health care: consumers` role. In: Quality in Health Care, Vol. 1, 1992, S. 247-251.
- Donovan, J./Blake, D.:* Patient compliance: deviance or reasoned decision making? In: Social Science Medicine, Vol. 34, No. 5, S. 507-513.
- Dunkelman, H.:* Patients knowledge of their condition and treatment, how it might improved. In British Medical Journal, Vol. 2, No. 6185, 1979, S. 311-314.
- Eimeren van, B./Gerhard, H./Frees, B.:* ARD/ZDF-Online-Studie 2001: Internetnutzung stark zweckgebunden. In: Media Perspektiven, Heft 8, 2001, S. 382-397.
- Estey, A./Jeremy, P./Jones, M.:* Developing printed materials for patients with visual deficiencies. In: Journal of Ophthalmic Nursing & Technology, Vol. 9, 1990, S. 247-249.



- Ettema, J./Brown, J./Luepker, R.:* Knowledge Gap Effects in a Health Information Campaign. In: *Public Opinion Quarterly*. Vol. 47, 1983, S. 516-527.
- Fallowfield, L./Hall, A./Maguire, G./Baum, M.:* Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. In: *British Medical Journal*, Vol. 301, No. 6765, 1990, S. 575-580.
- Fitzmaurice, D./Adams, J.:* A systematic review of patient information leaflets for hypertension. In: *Journal of Human Hypertension*, Vol. 14, 2000, S. 259-262.
- Forbriger, A.:* INKA – neue Wege für Patienten im Informationsdschungel „Krebs“. In: *Public Health Forum*, 26, 1999, S. 19.
- Friedman, R.:* Automated Telephone Conversations to Assess Health Behavior and Deliver Behavioral Interventions. In: *Journal of Medical Systems*, Vol. 22, No. 2, 1998, S. 95-102.
- Gammon, J./Mulholland, C.:* Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on psychological coping outcomes. In: *Journal of Advanced Nursing*, Vol 24, 1996, S. 303-308.
- Gasse, C./Hense, H./Stieber, J./Döring, A./Liese, A./Keil, U.:* Assessing hypertension management in the community: trends o prevalence, detection, treatment, and control of hypertension in the MONICA Project, Augsburg. In *Journal of Human Hypertension*, Vol. 15, 2001, S. 27-36.
- Gruppo Italiano per lo Studio della Strestochinasi nell`Infarto Miocardico (GISSI):* Effectiveness of intrevenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. In: *Lancet* 1986; No. 1, S. 397-402.
- Gotay, C.:* The experience of cancer during early and advanced stages: the views of patients and their mates. In: *Social Science Medicine*, Vol. 18, 1984, S. 605-613.
- Greenberger, M./Puffer, J.:* Telemedicine: Toward Better Health Care for the Eldery. In: *Journal of Communication*. Vol 39, Heft 3, 1989, S. 137-144.
- Harris, J./Turnbull, A.:* You can't ask if you don't know what to ask: a survey of the information needs and resources of hospital outpatients. In: *New Zealand Medical Journal*, Vol. 105, 1992, S. 199-202
- Hartmann, P./Neuwöhner, U.:* Lebensstilforschung und Publikumssegmentierung. In: *Media Perspektiven*. Nr. 10, 1999, S. 531-539.
- Herlitz, J./Hartford, M./Aune, S./Karlsonn, T./Hjalmarson, A.:* Delay time between onset of myocardial infarction and start of thrombolysis in relation to prognosis. In: *Cardiology*, Vol. 82, 1993, S. 347-53.

- Hope, T.:* Evidence-based patient choice. In: Evidence-Based Medicine. March/April, 1999, S. 38-40.
- Karsch, C.:* Die Nachfrage nach Gesundheit. Wirtschaftspolitische Blätter, Nr. 6, 1993.
- Klingler, W., Schaack, J.:* MA 99: Hörfunk behauptet sich in der Medienkonkurrenz. In: Media Perspektiven, Heft 10, 1999, S. 506-517.
- Kok, G.:* Let op Vet campagne vooral zinvol voor de burens [Fat Watch campaign especially useful for the neighbors]. In: Tijdschr Gezondheidsvoorlicht, Vol. 11, 1994, S. 2-5.
- Lee, P.:* The Micro-Marketing Revolution. In: Small Business Reports, Vol. 15, 1990, S. 71-82.
- Linden, M./Gothe, H./Ryser, M.:* Das gibt der Hausarzt seinen Patienten auf den Weg. In: Münchner Wochenzeitschrift Fortschritte der Medizin. 141 Jg., Nr. 47, 1999, S. 30-33.
- Little, M./Saul, G./Testa, K./Gaziano, C.:* Improving Pregnancy Outcome and Reducing Avoidable Clinical Resource Utilization Through Telephonic Perinatal Care Coordination. In: Lippincott's Case Management. Vol. 7, No. 3, S. 103-112.
- Loughrey, K./Basiotis, P./Zizza, C./Dinkins, J.:* Profiles of Selected Target Audiences: Promoting the Dietary Guidelines for Americans. In: Family Economics and Nutrition Review, Vol. 13, No. 1, 2001, S. 3-14.
- Luker, K./Beaver, K./Leinster, S./Owens, G.:* Information needs and sources of information for women with breast cancer: follow-up study. In: Journal of Advanced Nursing. Vol 23, 1996, S. 487-495.
- Marshall, J.:* The information needs of patients with Crohn's disease. In: Patienten Counselling and Health Education, 1979, S. 142-145.
- Meissner, H./Anderson, M./Odenkirchen, J.:* Meeting Information Needs of Significant Others: Use of Cancer Information Service. In: Patient Education and Counseling, Vol. 15, 1990, S. 171-179.
- Meredith, P./Emberton, M./Wood, C./Smith, J.:* Comparison of patients' needs for information on prostate surgery with printed materials provided by surgeons. In: Quality in Health Care, Vol. 4, 1995, S. 18-23.
- Mumford, M.:* A descriptive study of the readability of patient information leaflets designed by nurses. In: Journal of Advanced Nursing, Vol. 26, 1997, S. 985-991.
- Munte, T./Schiltz, K./Kutas, M.:* When temporal terms belie conceptual order. In: Nature, Vol. 395, Sept. 1998, S. 71.

- Murero, M./D'Ancona, G./Karamanoukian, H.:* Use of the internet by Patients Before and After Cardiac Surgery: Telephone Survey. In: *Journal of Medical Internet Research*. Vol. 3, 2001. o.S. URL: <http://www.jmir.org/2001>, (Stand: Oktober 2002).
- National Multiple Sclerosis Society:* Survey of information needs. In: *MS Patient Service News*, Vol. 21, No. 3, 1980, o.S.
- Newby, L./Rutsch, W./Califf R./Simoons, M./Aylward, P./Armstrong, P.:* Time from symptom onset to treatment and outcomes after thrombolytic therapy. GUSTO-1 Investigators. In: *Journal of the American College of Cardiology*, 1996, Vol. 27, S. 1646-55.
- Oehmichen, E.:* Offliner 2001 – Internetverweigerer und potentielle Nutzer. In: *Media Perspektiven*, Heft 1, 2001, S. 26.
- Øvretveit, J.:* Informed Choice? Health service quality and outcome information for patients. In: *Health Policy*, Vol. 37, 1996, S. 75-90.
- Pattenden, J./Watt, I./Lewin, R./Stanford, N.:* Decision making process in people with symptoms of acute myocardial infarction: qualitative study. In: *British Medical Journal*, Vol. 324, No. 7344, April 2002. S. 1-5. URL: <http://www.bmj.com>, (Stand: Oktober 2002).
- Penninx, B./Messier, S./Rejeski, W./Williamson, J./DiBari, M./Cavazzini, C./Applegate, W./Pahor, M.:* Physical exercise and the prevention of disability in activities of daily living in older persons with osteoarthritis. In: *Archives of Internal Medicine*. 161. Jg. Heft 19, 2001, S. 2309-16.
- Petterson, T./Dornan, T./Albert, T./Lee, P.:* Are Information Leaflets Given to Elderly People with Diabetes Easy to Read? In: *Diabetic Medicine*, Vol. 11, 1994, S. 111-113.
- Pietzsch, J.:* e-health Gesundheit aus dem Cyberspace? In: *Der Kunde, Aventis Magazin*. Heft 1, 2001, S. 42-46.
- Pott, E.:* Wochenmarkt Gesundheit: Aufklärung oder Vermarktung. In: *European Journal of Communication*, Vol. 19, No. 2/3, 1994, S. 250.
- Paquet, R.:* Die Versicherten werden auf Trab gebracht – Soziale Krankenversicherung vor dem Systemwechsel. In: *Sozialer Fortschritt*, 45. Jg., Heft 11, 1996, S. 259-260.
- Rijt, G. van der:* Determinants of the Consumption of Health Information in the Media. In: *The European Journal of Communication Research*, Vol. 23, No. 3, 1998, S. 355-369.
- Rijt, van der G.:* Health Complaints and the search for Health Information. In: *The European Journal of Communication Research*, Vol. 25, No. 2, 2000, S. 143-160.

- Rijt, G. van der/Need, Y.:* Problem-guided and Interest-guided Information-seeking: Explaining Different Uses of a Health Information Device for Primary Schools and Day-care Centres. In: *The European Journal of Communication Research*, Vol. 21, No. 4, 1996, S. 419-431.
- Rimal, R./Flora, J./Schooler, C.:* Achieving Improvements in Overall Health Orientation. In: *Communication Research*, Vol. 26, No. 3, 1999, S. 322-348.
- Robinson, J./Conroy, C./Wickemeyer, W.:* A Novel Telephone-Based System for Management of Secondary Prevention to a Low-Density Lipoprotein Cholesterol  $\leq$  100 mg/dl In: *American Journal of Cardiology*, Vol. 85, February 1, 2000, S. 305-308.
- Rusch, B.:* Kompetente Ratgeber. In: *Media Spectrum*, 15. Jg., 1994, Nr. 10, S. 37-40.
- Ryll, C./Collier, P.:* Senioren im Netz. Lieben, Lachen, Lernen. In: *Financial Times Deutschland, Connectis Magazin*, Heft 15, 2001, S. 26-28.
- Sackett, D.:* Editorial. In: *Münchener Medizinische Wochenzeitschrift*, Vol. 139, No. 44, 1997, S. 644-645.
- Sarna, L./Ganley, B.:* A Survey of Lung Cancer Patient-Education Materials. In: *Oncology Nursing Forum*, Vol. 22, No. 10, 1995. S. 1545-1550.
- Schnabel, P.:* Public Health and Media. In: *European Journal of Communication*. Vol. 19, No. 2-3, 1994, S. 199-207.
- Schooler, C./Chaffee, S./Flora, J./Rosser, C.:* Health Campaign Channels. In: *Human Communication Research*. Vol. 24, No. 3, S. 410-423.
- Schwartz, F.W./Dörning, H./Bitzer, M./Grobe, T.:* Akzeptanz von Standardtherapien bei niedergelassenen Fachärzten - Potentiale für die Qualitätssicherung? In: *Die Krankenversicherung*. 48. Jg., Nr. 3, 1996, S. 75-83
- Schwarz, G./Mieth, I./Dierks, M.L./Martin, S./Schwarz, F.W.:* Ergebnisse und Erfahrungen mit der telefonischen Vermittlung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen. In: *Die Ersatzkasse*. Heft 3, 2001, S. 109-113.
- Segal, L.:* The Importance of Patient Empowerment in Health System Reform. In: *Health Policy*, Vol. 44, 1998, S. 31-44.
- Shah, N./Der, E./Heidenreich, P./Massie, B.:* Prevention of hospitalizations for heart failure with an interactive home monitoring programm. In: *American Heart Journal*, Vol. 135, No. 3, 1998, S. 373-378.
- Simpson, M./Buckman, R./Stewart, M.:* Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. In: *British Medical Journal*, Vol. 303, No. 6814, 1991, S. 1385-87.

- Shepperd, S./Coulter, A./Farmer, A.:* Using interactive videos in general practice to inform patients about treatment choices: a pilot study. In: *Family Practice*, Vol. 12, No. 4, 1995, S. 443-447.
- Slaytor, E./Ward, J.:* How risks of breast cancer and benefits of screening are communicated to women: analysis of 58 pamphlets. In: *British Medical Journal*, Vol. 317, No. 7153, 1998, S. 263-264.
- Smith, H./Gooding, S./Brown, R./Frew, A.:* Evaluation of readability and accuracy of information leaflets in general practice for patients with asthma. In: *British Medical Journal*, Vol. 317, No. 71453, 1998, S. 264-265.
- Sutherland H./Llewellyn-Thomas, H./Lockwood, G./Tritchler, D.:* Cancer patients: their desire for information and participation in treatment decision. In: *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 82, No. 5, 1989, S. 260-263.
- Stamatiadis-Smidt, H.:* Krebsforschung heute. Deutsches Krebsforschungszentrum. Zitiert nach: *Dierks, M./Schwartz, F./Walter, U.:* Patienten als Kunden. A.a.O.
- Tamm, E./Raval, B./Huynh, P.:* Evaluation of the Quality of Self-Education Mammography Material available for Patients on the Internet. In: *Academic Radiology*, Vol. 7, No. 3, 2000, S. 137-141.
- Tichenor, P./Donohue, G./Olien, C.:* Mass media and differential growth in knowledge. In: *Public Opinion Quarterly*. Vol. 34, 1970, S. 158-170.
- Thomas, R./Deary, A./Kaminiski, E./Stockton, D./De Zeeuw, N.:* Patients' preferences for video cassette recorded information: effect of age, sex and ethnic group. In: *European Journal of Cancer Care*, Vol. 8, 1999, S. 83-86.
- Turk-Charles, S./Meyerowitz, B./Gatz, M.:* Age Difference in Information-Seeking Among Cancer Patients. In: *International Journal of Aging and Human Development*. Vol. 45, No. 2, 1997, S. 85-98.
- Vahabi, M./Ferris, L.:* Improving written patient education materials: a review of evidence. In: *Health Education Journal*, Vol. 54, 1995, S. 99-106.
- Vignos, P./Parker, W.T./Thompson, H.M.:* Evaluation of a clinic education programme for patients with RA. In: *Journal of Rheumatology*, Vol. 3, 1976, S. 155-165.
- Vodermaier, A./Untch, M.:* Teilhabe von Brustkrebspatientinnen an Therapieentscheidungen. In: *Die Ersatzkasse*, Heft 12, 2001, S. 474-477.
- Wardt, E./Taal, E./Rasker, J./Wiegman, O.:* Media Coverage of Chronic Diseases in the Netherlands. In: *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, Vol. 28, No. 5, 1999, S. 333-341.

- Williams, J./Flora, J.:* Health Behavior Segmentation and Campaign Planning to Reduce Cardiovascular Disease Risk Among Hispanics. In: Health Education Quarterly, Vol. 22, No. 1, Febr. 1995, S. 36-48.
- Wilson, F./Baker, L./Brown-Syed, C./Gollop, C.:* An Analysis of the Readability and Cultural Sensitivity of Information the National Cancer Institut's Web Site: CancerNet. In: Oncology Forum, Vol. 27, No. 9, S. 1403-1409.
- Windler, E./Beil, F./Greten, H.:* Lipidtherapie in der Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit. In: Deutsches Ärzteblatt, Bd. 98, 2001, S. 691-696.
- Wragg, J./Robinson, E./Lilford, R.:* Information presentation and decisions to enter clinical trials: a hypothetical trial of hormone replacement therapy. In: Social Science and Medicine. Vol. 51, No. 3, S. 453-462.

### INTERNETQUELLEN

- American Heart Association:* Hypertonie: Mangelhafte Compliance verursacht vermeidbare Zusatzkosten in dreistelligen Milliardensummen. Presseerklärung 9. November 1999. URL: [http://www.report-medizin.de/texte/ausgabe7/hypertonie\\_compl1.html](http://www.report-medizin.de/texte/ausgabe7/hypertonie_compl1.html), (Stand: Oktober 01).
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland (AWMF):* Leitlinie zur Koxarthrose. URL: <http://www.awmf-online.de>, (Stand: November 2002).
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland (AWMF):* Leitlinie zur Koronaren Herzkrankheit/Angina Pectoris. URL: <http://www.awmf-online.de>, (Stand: November 2002).
- BKK für Heilberufe:* Mitgliederbefragung der BKK für Heilberufe. Pressemitteilung vom 09. Oktober 2001. URL: <http://www.bkk-heilberufe.de>, (Stand: Februar 2002).
- Bundesministerium für Gesundheit:* Begründung zum Referentenentwurf (Stand: 25.05.1999), URL: [www.bmgesundheit.de/gesetze/sgb/begruendung/htm](http://www.bmgesundheit.de/gesetze/sgb/begruendung/htm), (Stand: Juli 1999).
- Burda Advertising Center.* URL: <http://www.ma.bik-gmbh.de/burda>, (Stand: Juni 2002).
- Centre of Health Information Quality (Hrsg.):* Quality Issues in Consumer Health Information. Bulletin Number 1, URL: [http://www.hfht.org/chiq/download\\_pdf.htm](http://www.hfht.org/chiq/download_pdf.htm), (Stand: April 2000).
- Deutsche Arthrose Hilfe e.V.:* Was ist Arthrose?. URL: <http://www.arthorse.de>, (Stand: November 2002).
- Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks.* Anruferstatistik des Herz-Kreislauf-Telefons. URL: <http://www.paritaet.org/hochdruckliga> (Stand: Juli 2002).

- Discern.*: URL: <http://www.discern.org.uk/background.htm>, (Stand: Januar 2001) englische Originalfassung. Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover/Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. URL: <http://www.discern.de>, (Stand: Juli 2002) deutsche Übersetzung und Bearbeitung.
- Dürer, U./Moore, A./Schröder, M.*: Citizen's Advisory System Based on Telematics for Communication and Health (CATCH II): Deliverable 2.1 Overall Report on User Needs. Part B: Results, Consequences and Conclusions. URL: <http://catch.cs.uni-magdeburg.de>, (Stand: September 2001).
- Gruner + Jahr Electronic Media Service (Hrsg.)*: Online-Monitor Welle 7. URL: <http://www.ems.guj.de/studien/gfk7.html>, (Stand: Dezember 2001).
- Journal for medical Internet Research*. URL: <http://www.imir.org>, (Stand: Juni 2002).
- Klinik heute*: Meldung vom 16. Februar 2001. URL: <http://www.klinikheute.de>, (Stand: Februar 2001).
- Lühmann, D./Hausschild, B./Raspe, H.*: Hüftgelenkendoprothetik bei Osteoarthritis – Eine Verfahrensbewertung. Health Technologie Assessment Berichte. URL: <http://www.dimdi.de>, (Stand: November 2002).
- Nohr, H.*: Management der Informationsqualität. Arbeitspapiere Wissensmanagement Fachhochschule Stuttgart, Nr. 3, 2001. S. 5. URL: <http://www.iuk.hdm-stuttgart.de/nohr/KM/KmAP/Informationsqualität.pdf>, (Stand: Juli 2002).
- VdAK/AEV*: Presseerklärung „Versichertenbefragung über Ermittlung von Versichertenpräferenzen zu integrierten Versorgungsformen/Disease-Management-Programmen“. 11. Februar 2002. URL: <http://www.vdakaev.de>, (Stand: März 2002)

## UNVERÖFFENTLICHTES MATERIAL UND AUSKÜNFTE

- BKK Bundesverband (Hrsg.)*: Versichertenerwartungen 1998. Unveröffentlichte Studie. April 1999.
- Emnid Institut GmbH & Co*: emphasis Studie 1425. Der Patient im Mittelpunkt – Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung zum Gesundheitswesen der Zukunft. 1999. Im Auftrag von Janssen-Cilag GmbH. Unveröffentlichte Teilauswertung.
- INRA Deutschland im Auftrag von Medvantis Medical Services GmbH*: Repräsentativbefragung von 1.000 Personen ab 14 Jahren in Deutschland. 2001. Unveröffentlichte Teilauswertung.

- Saltman, R. (Emory School of Public Health, Atlanta, USA):* Mündliche Mitteilung anlässlich der Tagung „Citizen Participation“ am 4-5 Februar 1999 in Bonn. Veranstalter: School of Public Health der Universität Bielefeld.
- Svarstad, B.:* The Doctor-Patient Encounter: An Observational Study of Communication and Outcome. Unveröffentlichte Doktorarbeit. Universität von Wisconsin, 1974. Zitiert nach: Becker, M./Maiman, L.: Strategies for enhancing patient compliance. In: Journal of Community Health, Vol. 6, Heft 2, 1980, S. 113-135.
- VdAK:* Das Verzeichnis der Krankheitsbilder stammt aus einer persönlichen schriftlichen Mitteilung von Frau Niederbühl, Abteilung Leistungen, an Alice Börgel vom 17. August 1999
- Volkswagen Betriebskrankenkasse:* TR:M Mitgliederbindung. Unveröffentlichte Studie, 1997.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln:* ZI-ADT-Panel Nordrhein, persönliche Mitteilung Dr. Heinz Koch an Alice Börgel am 15. April 2002.

### ARBEITSBERICHTE

- Perleth, M.:* Vergleichende Effektivität und Differentialindikation von Ballondilatation (PTCA) versus Bypasschirurgie bei Ein- und Mehrgefäßerkrankungen der Herzkranzgefäße. Veröffentlichung der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung. Februar 2000.
- Dräger, D./Kuhlmey, A./Feige, L.:* Zielgruppenorientiertes Beraten - Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung älterer und alter Menschen. Forschungsauftrag der VW BKK an das Wolfsburger Institut für Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung e.V., unveröffentlichter Bericht, 2000.
- Dierks, M./Siebeneick, S./Röseler, S.:* Patienten, Versicherte, Kunden - eine neue Definition des Patienten? In: Dierks, M./ Bitzer, E., Lerch, M./Martin, S., Röseler, S./Schienkiewitz, A./Siebeneick, S./Schwartz, F.: Patientensouveränität - Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195 im Auftrag des Instituts für Technologiefolgenabschätzung Baden-Württemberg. August 2001.
- Dierks, M./ Bitzer, E./Lerch, M./Martin, S./ Röseler, S./Schienkiewitz, A./Siebeneick, S./Schwartz, F.:* Patientensouveränität - Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195 im Auftrag des Instituts für Technologiefolgenabschätzung Baden-Württemberg. August 2001.
- Klingemann, C./Schmieder, A./Kastenbutt, B.:* Dokumentation der Ergebnisse des Pre-Tests Forschungsprojekt. Geschichtliche und aktuelle Entwicklung der Gesundheitszentren in Deutschland in ihrer Rolle als Beratungsinstitutionen, Selbsthilfekontaktstellen und Akteure kommunaler Gesundheitsförderung. Ohne Datum. URL: [www.uni-osnabrueck.de](http://www.uni-osnabrueck.de) (Stand: Oktober 2002).



*Ehrenpfort, U./Fauth, G./Günther, P./Hatzack, A.: Darf´s ein bißchen mehr sein? Zusätzliche Serviceleistungen im Krankenhaus. Unveröffentlichte Forschungsarbeit der FH Osnabrück. Osnabrück 1999.*

### **SONSTIGES**

*Murrhardter Kreis (Hrsg.): Das Arztbild der Zukunft. Gerlingen o.V. 1995.*

*MBO Verlag Münster in Zusammenarbeit mit der VW BKK: Rheuma. Ursachen der Erkrankung und Ratschläge für die Betroffenen. o. J., o.S.*

*Kempson, E.: Informning Health Consumers. Eigendruck 1987.*