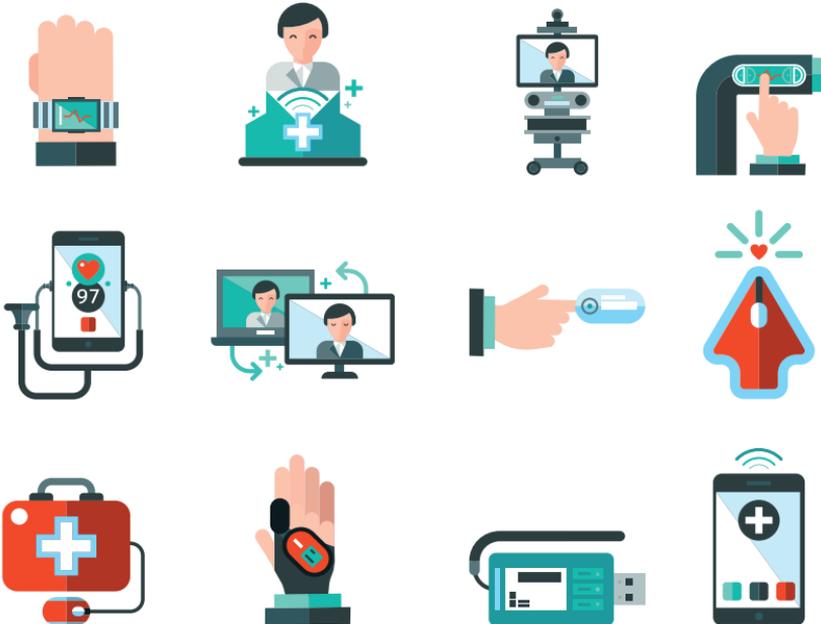


Reinhard Merz · Wolfram Wiegers (Hrsg.)

Die Zukunft der medizinischen Information

Wie das Internet Informationslandschaft
und Gesundheitswesen verändert



Reinhard Merz / Wolfram Wiegers (Hrsg.)

Die Zukunft der medizinischen Information

Wie das Internet Informationslandschaft
und Gesundheitswesen verändert

Impressum

Bibliografische Information

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

2. erweiterte Auflage 2016. Die Zukunft der medizinischen Information –
Wie das Internet Informationslandschaft und Gesundheitswesen verändert

Herausgeber
Dr. Reinhard Merz
Dr. Wolfram Wieggers

Lektorat
Juliane Kube, Heidelberg

Covergestaltung
Künkelmedia, Brühl

Herstellung
Katharina Merz, Frankfurt

Druck
Neumann Druck, Heidelberg

Verlag
health&media GmbH
Dolivostr. 9
D-64293 Darmstadt
www.health-media.de

ISBN 978-3-945409-07-7

© health&media 2016

Bildnachweise:
Umschlag: Askold Romanov, istockphoto
alle anderen privat

Rechtlicher Hinweis: Die in diesem Werk wiedergegebenen Gebrauchsnamen, Handelsnamen und Warenbezeichnungen können auch ohne besondere Kennzeichnung Marken sein und als solche den gesetzlichen Bestimmungen unterliegen.

Der Inhalt wurde sorgfältig recherchiert, bleibt aber ohne Gewähr für Richtigkeit und Vollständigkeit. Nachdruck oder Kopien dieses Werkes nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	9
Interviews	
Aus Lesern werden User	17
Niedergelassene Ärzte kommunizieren mit wachsendem Interesse über das Web Jan Scholz, Chefredakteur Ärztenachrichtendienst	
Was der Facharzt braucht	22
Auf der Suche nach dem optimalen Informationsangebot Gabriele Angres-Wiegers, HNO-Ärztin und Allergologin	
Arzt, Telematik, Telemedizin	26
Praktische Erfahrungen aus der Perspektive eines Dermatologen Matthias Herbst, Vorstand der Qualitätsgemeinschaft Südhessischer Dermatologen	
Webinare im Einsatz	30
Fachfortbildungen mit neuen Möglichkeiten Mike Poßner, Medical Director Europe, Nestlé Nutrition Institute	
Selbst ist der Verband	36
Etablierte Verlage entfernen sich von ihren Zielgruppen - neue Player füllen die Lücken Monika von Berg, Chefredakteurin „Der Hausarzt“	
Technische Lösungen ergänzen persönliche Kontakte	43
Evolution statt Revolution bei der Verbandskommunikation Tilo Radau, Geschäftsführer Berufsverband Deutscher Internisten e.V.	
Informationen sind fließend	49
Die wissenschaftlichen Bibliotheken bereiten sich auf den größten Wandel ihrer Geschichte vor Rafael Ball, Direktor der Universitätsbibliothek Regensburg	
Sensoren und Geo-Daten für medizinische Anwendungen	57
Das Potenzial der neuen Fachdisziplin HealthGIS Klaus Böhm, Geoinformatiker, Hochschule Mainz	

Der selbstbestimmte Patient	63
Versorgungsrelevante Entscheidungen durch eine qualifizierte Einbeziehung der Patienten	
Antje Liesener, Leiterin Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen	
Zertifizierte Patienteninformationen werden Realität	72
Krankenkassen fordern einen Lotsen für den Informationsdschungel	
Evert-Jan van Lente, AOK-Bundesverband, EU Affairs	
Produkttransparenz ist für Verbraucher ein wichtiges Thema	77
Ein Industrieverband muss viele Interessen unter einen Hut bringen	
Birgit Huber, Bereichsleiterin Schönheitspflege beim Industrieverband Körperpflege und Waschmittel e.V. (IKW)	
Therapiebegleitung durch PR?	83
PR-Erfolg ist auch im Internet vor allem gutes Handwerk	
Klaus Schrage, Inhaber der PR-Agentur Cramer-Gesundheits-Consulting	
Marketing Automation	88
Verdrängen Closed-Loop-Marketing und eDetailing mittelfristig den Pharma-Außendienst?	
Klaus Mueller, Geschäftsführer xmachina GmbH	
Digitale Pillen für die Pharmaindustrie	94
Wie werden pharmazeutische Firmen zukünftig Präsenz zeigen?	
Lothar Nau, Unternehmensberater	
Medizin aus dem Netz - weil die Patienten es wollen!	101
Während Kommissionen noch über Sinn und Unsinn von medizinischen Internetanwendungen diskutieren, haben sich viele Patienten schon dafür entschieden	
Markus Müschenich, Kinderarzt und Vorstand des Bundesverbandes Internetmedizin	
Durch persönliches Datenmanagement zu besserer Gesundheit?	106
Wie geht man mit den sensiblen Gesundheitsdaten am besten um? Ein Genossenschaftsmodell aus der Schweiz hätte auch in Deutschland seinen Charme.	
Ernst Hafen, ETH Zürich	

Die „virtuelle Patientin“ – Meilenstein der individuellen Medizin? Die „personalisierte Medizin“ ist vor allem eins: digitale Medizin. Hans Lehrach, Gründer und Beirat Alacris GmbH	111
Datenschutz ist Einstellungssache Hundertprozentige Sicherheit gibt es in der digitalen Welt nicht. Gefordert sind Disziplin im Umgang mit Computern und Software, mit den eigenen Daten und sozialen Netzwerken. Udo Hohlfeld, Sicherheitsexperte und Leiter der pexesso GbR	117
Content is King – aber nur, wenn die Verpackung stimmt Inhalte sind das A und O der medizinischen Kommunikation. Warum werden sie dann so selten gelesen? Jörg Künkel, Inhaber der Agentur künkelmedia	124
Ärztliche Fortbildung muss sich am Praxisnutzen orientieren Online-Formate werden die Präsenzveranstaltung nicht verdrängen – aber sinnvoll ergänzen. Martin Fedder, Gründer der content4med GmbH	130
Publizieren ist und bleibt eine Momentaufnahme Warum wissenschaftliche und medizinische Verlage sich neu erfinden müssen, um langfristig zu überleben. Arnoud de Kemp, Geschäftsführer des AKA-Verlags	135
Von „Big Data“ können im Gesundheitswesen alle profitieren Beim Umgang mit medizinischen Daten ist genaues Abwägen gefragt: Nicht alle Daten sollten gesammelt werden, aber personenbezogene Daten müssen auch über private Zwecke hinaus verwendet werden können. Gunther Piller, Wirtschaftsinformatiker, Hochschule Mainz	140
Ausblick	145
Hinweis	151

Herausgeber



Dr. Reinhard Merz. Nach Studium der Biochemie, Promotion und Post-Doc-Tätigkeit am Deutschen Krebsforschungszentrum arbeitete er 15 Jahre für Verlage (u.a. Springer) und Pharmafirmen (u.a. Smith-Kline Beecham) im Bereich der digitalen Kommunikation. Seit 2005 ist er als freiberuflicher Medizinjournalist und Kommunikationsberater tätig.



Dr. Wolfram Wiegers ist Mitinhaber der Digital-Agentur health&media in Darmstadt. Auf seine Forschungstätigkeit am Max-Planck-Institut für Zellbiologie folgten Positionen im Pharma-Marketing und Fachverlagswesen. Als Dozent für das Gebiet „Verlagswesen und digitale Medien“ war er von 2001 bis 2006 an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg in Mannheim tätig.

Adressverzeichnis

Jan Scholz
änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG
Kattjahren 4
22359 Hamburg

Dr. med. Gabriele Angres-Wiegers
HNO-Zentrum
Friedrichstraße 1
69412 Eberbach

Dr. med. Matthias Herbst
Qualitätsgemeinschaft südhessischer
Dermatologen e.V.
Rheinstraße 7
64283 Darmstadt

Dr. med. Mike Poßner
Medical Director Europe Nestlé Nutri-
tion Institute
Lyoner Straße 23
60523 Frankfurt / Main

Dr. Monika von Berg
mm medizin + medien Verlag GmbH
Konrad-Zuse-Platz 8
81829 München

Dipl.-Betrw. (FH) Tilo Radau
Berufsverband Deutscher Internisten
e.V. Geschäftsstelle
Schöne Aussicht 5
65193 Wiesbaden

Dr. Rafael Ball
Universitätsbibliothek Regensburg
Universitätsstraße 31
93053 Regensburg

Prof. Dr.-Ing. Klaus Böhm
i3mainz, Institut für Raumbezogene
Informations- und Messtechnik
Hochschule Mainz
University of Applied Sciences
Lucy-Hillebrand-Straße 2
55128 Mainz

Antje Liesener
Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und
Patientenorientierung im Gesundheits-
wesen
Oranienburger Straße 13-14
10178 Berlin

Evert-Jan van Lente
AOK-Bundesverband
EU Affairs
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Birgit Huber
Industrieverband Körperpflege und
Waschmittel e.V. (IKW)
Mainzer Landstraße 55
60329 Frankfurt /Main

Dr. Klaus Schrage
Cramer-Gesundheits-Consulting
Rathausplatz 12-14
65760 Eschborn

Klaus Mueller
xmachina GmbH
Maaßstraße 24
69123 Heidelberg
Lothar Nau
Nau-Consulting GmbH & Co. KG
35315 Homberg (Ohm)

Dr. med. Markus Müschenich
Askaloner Weg 4
13465 Berlin

Prof. Dr. Ernst Hafen
Institut für Molekulare Systembiologie
ETH Zurich
Auguste-Piccard-Hof 1
CH-8093 Zürich
Schweiz

Prof. Dr. Hans Lehrach
Max-Planck-Institut für molekulare
Genetik
Inhnestraße 63-73
14195 Berlin

Udo Hohlfeld
Geschäftsführer pexesso GbR
Spießgasse 34-36
55232 Alzey

Jörg Künkel
Künkelmedia
Karlsbader Ring 1
68782 Brühl

Dr. med. Martin Fedder
content4med GmbH
Gatzenstraße 85c
47802 Krefeld

Arnoud de Kemp
Akademische Verlagsgesellschaft AKA
GmbH
Sakrower Landstrasse 122
14089 Berlin

Prof. Dr. Gunther Piller
Business Information Technology
University of Applied Sciences Mainz
Lucy-Hillebrand-Straße 2
55128 Mainz

Dr. Reinhard Merz
Bahnhofstraße 33
69115 Heidelberg

Dr. Wolfram Wiegers
Adalbert-Stifter-Straße 25
69151 Neckargemünd

Einleitung

Mit dummen Fragen fängt jede Revolution an. Dieser Joseph Beuys zugeschriebene Satz charakterisiert auch treffend den momentanen Zustand unseres Gesundheitssystems. Mancher Arzt stellt sich die Frage, warum er bei steigendem Einsatz und rückläufigen Einnahmen eigentlich noch weitermacht. Patienten dagegen fragen sich, warum sie für weniger Leistungen teurer bezahlen und wie sie selbst mehr Einfluss auf ihre Therapie nehmen können.

Was auf den ersten Blick verdächtig nach Krise aussieht, ist tatsächlich ein gewaltiger Umbruch, der den Gesundheitsmarkt nach Ansicht vieler Wirtschaftstheoretiker zur Wachstumslokomotive des 21. Jahrhunderts macht. Die Vertreter dieser Theorieteile die Entwicklung einer Volkswirtschaft in lange Zyklen von etwa 50 Jahren ein – sogenannte Kondratieff-Zyklen [1].

Seit der industriellen Revolution haben die Industrieländer fünf solcher Zyklen durchlaufen, jeder wurde von einer Basisinnovation begründet: Zunächst war es die stationäre Dampfmaschine, welche die Entwicklung der Textilindustrie vorantrieb, dann kamen mit der industriellen Stahlerzeugung Eisenbahn und Dampfschiffahrt und mit ihnen die Mobilität. Der dritte Kondratieff war geprägt von Strom und Chemie und im vierten Zyklus sorgten die Erdölchemie und die Automobilindustrie für individuelle Mobilität. Basisinnovation des fünften Kondratieff, der sich jetzt langsam dem Ende zuneigt, ist die Mikroelektronik. Sie brachte nicht nur völlig neue Produkte auf den Markt (Unterhaltungselektronik, Computer), sondern änderte mit dem Internet und mobilen Kommunikationsmitteln auch unser komplettes Informationsverhalten von Grund auf.

Und warum glauben wir, dass Gesundheit der nächste Motor sein wird? Da ist zum einen die „Hardware“: Das Human Genome Project und die Fortschritte in der Molekularbiologie werden über kurz oder lang eine „personalisierte Medizin“ möglich machen. Wo man heute noch zum therapeutischen Holzhammer greift, werden Therapien zukünftig nur für die Patienten eingesetzt, die auch mit einer hohen Wahrscheinlichkeit davon profitieren. In der Onkologie und der Infektiologie sind Targeted Therapies schon Realität, in vielen anderen Indikationsbereichen steht der Durchbruch vor der Tür. Und selbst für seit Jahrzehnten bewährte Medikamente

wird es möglich sein vorherzusagen, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Patient darauf ansprechen wird.

Mindestens genauso entscheidend werden die Änderungen der „Software“ sein, der medizinischen Infrastruktur: Telemedizin, Ferndiagnosen und Smartphone-gestützte Selbstdiagnosen, virtuelle Gesundheitszirkel – das alles wurde durch das Internet schon Realität. Dass die schon lange totgesagten Bücher und Fachzeitschriften trotzdem noch lebendig sind, scheint da fast schon verwunderlich. Aber nur fast. Denn die Entwicklung des medizinischen Internet verlief nicht immer wie geplant und schon gar nicht geradeaus. Viele Szenarien in den letzten 20 Jahren erinnern doch eher an den Wilden Westen ...

Der erste Goldrausch (1995–2000)

Mitte der 1990er-Jahre herrschte allerorten Goldgräberstimmung. Jeder sah das riesige, unbekannte Land namens Internet und jedem war auch schnell klar, dass man hier durchaus sein Glück machen konnte. Auch und gerade im Informationsgeschäft. Die großen Verlagshäuser fingen an, ihre Inhalte im Internet zu verkaufen – möglichst an zahlende Kunden, versteht sich. Neue Player wiederum versuchten, mit alternativen Geschäftsmodellen ihren Teil vom Kuchen abzubekommen. Der SPIEGEL stellte als eines der ersten Magazine eine Online-Redaktion zusammen und feierte folglich jüngst das 20-jährige Jubiläum von SPIEGEL ONLINE [2]. Doch deutlich mehr Umsatz macht der SPIEGEL auch heute noch mit der gedruckten Ausgabe. Wieso eigentlich?

Um das zu verstehen, ist es hilfreich sich noch einmal vor Augen zu führen, wie wir 1994 das Internet nutzten. Ein normaler PC hatte 4 Megabyte Hauptspeicher (nicht etwa Gigabyte), die Inhalte wurden auf einem Bildschirm mit 800x600 Pixeln dargestellt, Daten auf einer Diskette von A nach B transportiert und das weltweit am häufigsten genutzte Betriebssystem hieß Windows 3.1. Wer ins Netz wollte – und das ging tatsächlich schon – musste sich über ein Modem bei seinem „Internetprovider“ einwählen. Die Datenbandbreite des Modems zuhause betrug nicht einmal 10 kBit pro Sekunde, nur wer über ein Firmen- oder Kliniknetz angeschlossen war, kam vielleicht auf 128 kBit.

Das reichte für Texte, aber schon kleine Bilder dauerten fast eine Ewigkeit. An Audio- und Videodokumente war nicht zu denken.

In den letzten fünf Jahren des 20. Jahrhunderts wuchsen die Fähigkeiten der Computerhardware ähnlich schnell wie die Angebote im Internet. Wer was auf sich hielt, erstellte ein Homepage: Firmen und Privatpersonen; Organisationen, Verbände und natürlich auch die Medizinverlage. Hier begann man, der zahlenden Kundschaft die teuren Fachzeitschriften nicht nur als Heft, sondern auch elektronisch zur Verfügung zu stellen. Das hatte zum Beispiel für eine Universität oder Klinik den Vorteil, dass nicht jeder wissenschaftlich tätige Mitarbeiter ständig in die Bibliothek pilgern musste, um aktuelle Veröffentlichungen zu suchen, die dann doch nicht zu finden waren. In Zeitschriftendiensten wie Springers LINK konnte jeder kostenlos nach aktuellen Veröffentlichungen suchen, Abstracts lesen und mit einer entsprechenden Zugangskennung auch den Volltext laden.

Aus dieser Zeit rührt unser persönliches Interesse an diesem Thema. Als Mitarbeiter des größten deutschen Medizinverlages durften wir – die Herausgeber – die Entwicklung nämlich nicht nur aus der Nähe verfolgen, sondern auch aktiv mitgestalten. Schon damals wurde über Multimedia-Zeitschriften, Online-Bibliotheken und die elektronische Konsultation diskutiert [3], viele Ansätze scheiterten aber am fehlenden Interesse sowie an der noch dürren Infrastruktur. Das Auffinden relevanter Informationen funktionierte oft nur innerhalb eines Dienstes zuverlässig, nicht aber plattformübergreifend. So musste man einen Dienst nach den anderen abklappern.

Suchmaschinen wie Altavista oder Fireball waren die ersten, die hier für Abhilfe sorgten und halfen, auch im großen Pool an Informationen das Gesuchte zu finden. Als Nutzer musste man aber zumindest mit Booleschen Operatoren umgehen können, um auch tatsächlich eine Chance zu haben, die gewünschten Informationen zu entdecken. Denn die Suchmaschinen dieser Generation waren zwar gut im Auffinden von Wörtern, aber ansonsten ziemlich dumm. Alles in allem war es das Internet der Pioniere, die mutig gen Westen zogen – für Normalsterbliche hielt sich der Nutzen in Grenzen. Und vielen war das neue Medium tatsächlich suspekt.

Die Pioniere werden massakriert (2000-2002)

Manchen Unbequemlichkeiten zum Trotz hatte sich in den späten 1990er-Jahren eine Internetbranche etabliert. Man brauchte jetzt keine besonderen Computerkenntnisse mehr, um im Internet „zu surfen“. Die Hypertext-Technologie des World Wide Web machte die Nutzung intuitiv - zumindest dann, wenn der Anbieter der Informationen sich auch ein paar Gedanken über die Präsentation gemacht hatte.

Ab dem Jahr 2000 wurde es dann zum Volkssport, an der Börse zu spekulieren. Und Hinz und Kunz, aber auch institutionelle Großanleger wollten schnelles Geld mit Internetaktien verdienen. Schließlich wurden die neuen Firmen an den Börsen wie Könige verehrt. Da war ein Startup mit 50 Mitarbeitern und einer Anschubfinanzierung mit Risikokapital nach dem Börsengang schon eben mal mehr wert als ein DAX-Unternehmen, das nur Produkte wie Autos herstellte oder mit Gütern handelte. Man sprach von der dotcom-Blase, weil viele der gehypten Firmen eine internationale Webadresse hatten, wie www.yahoo.com.

Zu den medizinischen Pionier-Diensten gehörten Lifeline, Arztpartner, Intercomponentware und viele andere. Sie schossen wie Pilze aus dem Boden, hatten eine - mehr oder minder gute - Idee, viel Geld von überstürzten Börsengängen in der Tasche, aber kein richtiges Angebot. Immer mehr Anleger fragten sich: Wo soll das enden und ist mein Geld hier wirklich gut aufgehoben? Schließlich platzte die dotcom-Blase im März des Jahres 2000.

Es folgte ein Tal der Tränen. Die Befürworter der neuen Technologie hatten einen herben Dämpfer abbekommen, die Skeptiker hatten es schon immer gewusst und triumphierten jetzt. Trotz aller technischen Fortschritte war die Zeit nicht dazu angetan, dem Internet und der vernetzten Medizin auf breiter Front zum Durchbruch zu verhelfen. Jeder hatte gesehen, wie die Pioniere von Indianern massakriert wurden. Und keiner war mehr bereit, mit dem nächsten Treck gen Westen zu ziehen ...

Die Eisenbahn durchquert den Kontinent (2002–2005)

Danach begann man, die Lehre aus dem Massaker zu ziehen und einen realistischen Blick zu entwickeln: Nicht alles was neu ist, ist auch gut. Andererseits waren die Vorteile des Netzes unbestritten. Manches, was in der analogen Welt vielleicht schon alt und angestaubt scheint, hat andernorts vielleicht noch eine glänzende Zukunft vor sich.

Und wie im amerikanischen Westen verändert ein Verkehrsweg die Spielregeln. War es dort die Eisenbahn, mit der man gefahrlos durch die Indianergebiete zum Pazifik reisen konnte, sind es jetzt die Breitbandnetze. Dank DSL können nicht nur einfache Texte und Bilder über das Netz geschickt werden, sondern auch Audios und Videos, sogar Videokonferenzen in Echtzeit sind überall und jederzeit möglich. Die Welt wird zum Dorf. Parallel werden die Mobilfunknetze kräftig ausgebaut und können jetzt nicht nur dünne Sprachnachrichten, sondern auch dicke Datenströme transportieren. Auf Software-Seite wurde Google zur unumstrittenen Nr. 1 im Suchmaschinenmarkt und erlaubte mit seinen ausgeklügelten Algorithmen selbst Otto Normalverbraucher, im Internet schnell die gewünschten Informationen zu finden.

Auch in der Medizin gibt es keinen relevanten Player mehr, der nicht aufs Internet setzt. Pharmafirmen bauen Informationsangebote für Fachkreise und Endverbraucher auf, Verbände Intranets für die Kommunikation und die Abrechnung, Patienten organisieren sich in Selbsthilfe-Foren. Die Netzwerke funktionieren im Kleinen prima, doch spätestens an den Türen der eigenen Organisation ist Schluss. Das nervt auch die Politik und Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ruft das Zeitalter der Telematik aus. Das ehrgeizige Projekt heißt elektronische Gesundheitskarte und soll alle gesundheitsrelevanten Informationen der Deutschen miteinander vernetzen – mit hoher Datensicherheit.

Dazu vergibt sie einen Planungsauftrag an ein Industriekonsortium unter Führung von IBM Deutschland. Ende 2003 liefert das Konsortium einen ersten groben Entwurf ab, wie eine solche Informationsarchitektur aussehen könnte und viele Unternehmen interessieren sich auf einmal für den Gesundheitsmarkt. Keine Startups, sondern Schwergewichte wie

Bertelsmann, Siemens oder die Deutsche Telekom. Die Krankenkassen sowie Ärzte- und Apothekerverbände sowie die Kliniken sind per definitionem ohnehin zur Mitarbeit verpflichtet [4].

Im Frühjahr 2004 verspricht Frau Schmidt allen das gelobte Land im fernen Westen: Bis zur kommenden Bundestagswahl – die damals für den Herbst 2006 geplant war – sollte jeder gesetzlich Krankenversicherte eine eGK (so die Abkürzung der elektronischen Gesundheitskarte) besitzen. Vielen Beteiligten ging das viel zu schnell. Schließlich sollte mit der Karte auch Geld gespart werden, etwa für sinnlose Doppeluntersuchungen. Aber wo Geld gespart wird, fehlt irgendwem auch Umsatz. Und so formierte sich Widerstand. Während die Industrie schnell zur Tat schreiten und Fakten schaffen wollte, traten Ärzte- und Apothekerorganisationen aufs Bremspedal, wo es nur ging.

Schließlich kam der Mai 2005. Am Abend der Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen, wo die SPD und mit ihr Bundeskanzler Schröder und Gesundheitsministerin Schmidt eine schwere Schlappe einstecken mussten, kündigte Schröder Neuwahlen schon für den Herbst 2005 an. Die eGK-Bremser jubelten: Allen Umfragen zufolge wird Rot-Grün die Macht verlieren. Und mit Ulla Schmidt wird dann auch die ungeliebte Gesundheitskarte in den Schubladen verschwinden, so ihre Hoffnung. Und wieder schien eine Chance vertan ...

Der Streit ums Land (2005–2009)

Es kam anders. Zwar musste Rot-Grün tatsächlich abdanken, aber für Schwarz-Gelb hatte es auch nicht gereicht und so kam die Große Koalition. Mit wem als Gesundheitsministerin? Richtig, Ulla Schmidt ... Manch einem Funktionär klappte bei Bekanntgabe der neuen Regierungsmannschaft sicher die Kinnlade runter. Denn schwupp war auch die eGK wieder da. Jetzt ohne unsinnigen Zeitdruck und auf der Suche nach Konsens.

Als abzusehen war, dass das Projekt nicht mehr komplett gestoppt werden konnte, schwenkte man mancherorts zur Guerilla-Taktik. Mit kleinen Scharmützeln und dem großen Datenschutz-Hammer machen heute noch

versprengte Ärzte-Trupps gegen die Gesundheitskarte mobil. Erst 10 Jahre später, ab Januar 2015 wird sie die Krankenversichertenkarte vollständig ersetzt haben. Und auch das nur mit Grundfunktionen.

Der teils bizarr wirkende Streit hat durchaus einen wirtschaftlichen Hintergrund. Denn es steht die Frage im Raum, wem die Patientendaten gehören. Zwar gibt es dazu längst eine klare Antwort: dem Patienten. Aber die jahrelangen Schlachten um die Karte haben Wirkung gezeigt. Die gerne zitierten Mehrwertdienste, etwa ein elektronisches Rezept oder ein Check gegen unerwünschte Arzneimittelinteraktionen sind dadurch noch in weiter Ferne.

Der Westen wird schließlich doch besiedelt (2009–heute)

Dass die Zukunft der medizinischen Information allen Widrigkeiten zum Trotz vernetzt ist, haben wir einem weiteren technischen Durchbruch zu verdanken. Mit dem Smartphone – erstmal von Apple 2007 vorgestellt und seit 2009 unaufhaltsam auf dem Vormarsch – und im Gefolge den Tablets verfügt die Mehrheit der Deutschen mittlerweile über einen persönlichen, digitalen Begleiter. Der ist mit der ganzen Welt per Datenleitung verbunden und intelligent genug, uns bei wichtigen Entscheidungen zu unterstützen. Dazu sind die Netzwerkstrukturen im Hintergrund so breit ausgebaut, dass der Datentransfer kein limitierender Faktor mehr ist. Und kaum ein medizintechnisches Gerät kommt heute noch auf den Markt, dass nicht per Netz mit der Welt verbunden wäre.

Als Folge hat sich in den letzten fünf Jahren zumindest in Ansätzen das medizinische Internet entwickelt, über das schon vor 20 Jahren spekuliert wurde [5]. Das große Ganze ist näher gerückt, schon auf Sichtweite, aber der letzte Schritt fehlt vielerorts noch. Auch, weil es wirklich schwer ist, bei dem hohen Tempo der Entwicklung den Überblick zu behalten.

Wie sieht die Zukunft der medizinischen Information also aus? Wo werden wir 2020 stehen? Wir haben uns diese Frage oft gestellt und mussten sagen: Wir wissen es nicht. Deshalb haben wir 15 Experten aus den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens zu diesem Thema jeweils zehn Fragen gestellt. Und spannende Antworten erhalten, die Sie auf den

folgenden Seiten lesen. Und die Ihnen – um im Bild zu bleiben – eine Idee davon geben sollen, wie die Pläne zur Besiedlung des Westens jetzt tatsächlich aussehen.

- 1 www.kondratieff.net/#!der-sechste-kondratieff/cpyu
- 2 www.spiegel.de/netzwelt/web/spiegel-online-feiert-20-geburtstag-a-999169.html
- 3 Merz R, Wiegers W. Medizinverlag und Internet. In: Herbst M. Informations-management in der Medizin, Steinkopff 1999, S. 147-152
- 4 www.aerzteblatt.de/download/files/2008/04/x0000129198.pdf
- 5 Fokus Medizintechnik, Technologie Review 11/2014, S. 68-82

Aus Lesern werden User

Niedergelassene Ärzte kommunizieren mit wachsendem Interesse über das Web



Jan Scholz,
Chefredakteur
Ärztenachrichtendienst

Wie charakterisieren Sie die verschiedenen Online-Angebote des änd – ist das nicht zunächst verwirrend?

Eine berechtigte Frage – schließlich sind die Angebote des änd unter mehreren Namen bekannt. Doch das hat historische Gründe: Im Vergleich mit anderen reinen Online-Medien in unserer Branche sind wir schon relativ lange am Markt. Das Portal Facharzt.de wurde von Dr. med. Bernd Guzek 1999 entwickelt und ging 2000 ans Netz. Ursprünglich für den niedergelassenen Facharzt konzipiert, meldeten sich in den nachfolgenden Jahren auch immer mehr Allgemeinmediziner an, die unser Angebot spannend fanden. Daraufhin schufen wir auch den Auftritt Hausarzt.de. Schließlich kam der Zahnärztenachrichtendienst (zaend.de) dazu. Wir konnten jedoch über die Jahre beobachten, dass die niedergelassenen Ärzte mit wachsendem Interesse in größeren Gruppen und auch fach- und versorgungsbereichsübergreifend online kommunizierten. Daher haben wir die eigentliche Community unter dem Namen Hippokratet zusammengefasst und nur die redaktionellen Nachrichtenkanäle tragen noch die spezifischen Namen. Mittelfristig wird jedoch nur der Name änd (Ärztenachrichtendienst) bleiben. Wir führen die Angebote also nach und nach zusammen.

Unterscheiden sich die Angebote für Haus- und Fachärzte ausschließlich durch ihre Zielgruppenspezifität?

Noch vor einigen Jahren haben wir redaktionell stärker auf unterschiedliche Nachrichtenschwerpunkte bei Haus- und Fachärzten gesetzt. Inzwischen wissen wir, dass es bei den Interessen der Leser so viele Über-

scheidungen gibt, dass eine starke Aufteilung keinen Sinn macht. Beide Gruppen schauen insbesondere in der Berufspolitik und bei Fragen der Praxisführung gerne über den Tellerrand. Daher variieren die Angebote nur noch in einigen wenigen medizinischen Bereichen oder bei der Berichterstattung über besondere Haus- oder Facharztveranstaltungen. In der Community war eine Aufteilung von den Nutzern noch nie gewünscht.

Können Sie sagen, welche Arztgruppe besonders online-affin ist?

Wir beobachten da zwei interessante Entwicklungen: Zunächst hat natürlich besonders die junge Ärztegeneration keine Berührungängste mit berufsbezogenen Online-Angeboten. Praktisch mit dem Internet aufgewachsen, profitierte der Mediziner-Nachwuchs meist schon während des Studiums von den Diensten diverser Online-Lernportale.

Auf der anderen Seite steigt insbesondere im späteren Berufsleben und nach einer Niederlassung der Drang, mit den Kollegen über medizinische Fragen oder Probleme im Netz zu diskutieren und sich auch Ratschläge von den Kollegen in Sachen Praxismanagement zu holen. Darüber hinaus wächst mit den Jahren das Interesse an der Berufspolitik – und entsprechenden Online-Debatten mit den Kollegen. Es wäre also zu kurz gesprungen, wenn man erfahrenen Ärzten eher eine gewisse Distanz zu Internetangeboten nachsagen würde. In fast allen Altersgruppen steigt das Interesse. Nur variieren die Beweggründe. Bei den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten lassen sich kaum Unterschiede zwischen den Fachgruppen ausmachen.

Ein etwas anderes Online-Verhalten haben jedoch die Klinikärzte: Während sich der Niedergelassene Rat bei den Kollegen in seinem Online-Ärztenez holt, bringen in der Klinik Gespräche mit dem Chef, den Kollegen im OP oder im Pausenraum oft schon Antworten auf medizinische Fragen. Die Klinikärzte haben also nicht immer einen so großen Drang, sich in Online-Communities auszutauschen. Bei ihnen stehen in Sachen Online-Nutzung eher Fortbildungen und ein rascher medizinischer Nachrichtenüberblick im Fokus.

In den klassischen Fachzeitschriften finden sich zahlreiche Anzeigen. Welche Rolle spielt Werbung für Ihr Angebot?

Wir sind froh, dass unsere Nutzer einen so großen Mehrwert in unserem Angebot sehen, dass sich bislang rund 6.500 Ärzte bereit erklärt haben, ein sogenanntes Premium-Abo abzuschließen und den änd damit direkt finanziell unterstützen. Unsere Dienste lassen sich schließlich auch – wenn auch mit Einschränkungen – kostenlos nutzen. Die zweite finanzielle Säule, die den änd trägt, sind natürlich die Werbeeinnahmen.

Wäre ein Abo-Modell, welches komplett auf Werbeeinnahmen verzichtet, eine realistische Finanzierungsoption für Ärzte-Communities?

Es ist unserer Erfahrung nach immer nur ein gewisser Teil der Nutzer bereit, für ein solches Angebot Geld in die Hand zu nehmen. Darüber hinaus ist das Niveau der bestehenden Ärzte-Communities in Sachen Technik, Community-Management und Redaktion in den vergangenen Jahren stark gestiegen – was auch höhere Personalkosten nach sich zieht. Daher dürfte es ein Unternehmen komplett ohne Werbeeinnahmen am Markt sehr schwer haben.

Wie grenzen Sie sich zum Angebot der klassischen Fachverlage ab, wo sehen Sie Ihre Vorteile?

Redaktionell nutzen wir gezielt die Vorteile, die das Internet bietet. Insbesondere die minutenaktuelle Berichterstattung und zeitnahe Information über Mail-Newsletter schafft für den Leser einen Mehrwert gegenüber den vergleichsweise langsamen Print-Produkten: Im stressigen Praxis-Alltag ist der Arzt froh, wenn er schnell und einfach einen vollständigen Nachrichtenüberblick erhält und über besondere Ereignisse informiert wird. Darüber hinaus bietet die Community den direkten Draht zu unzähligen Kollegen und Experten. Die Pharma-unternehmen schätzen innovative Präsentations- und Kommunikationswege im änd.

Natürlich ist die Aufmerksamkeitsspanne der Leser im Internet begrenzt: Wer am Abend auf der Couch in Ruhe einen 15-seitigen medizinischen

Fachartikel lesen will, wird auch weiterhin zum Print-Magazin greifen. Da müssen sich die klassischen Fachverlage höchstens mittelfristig auf einen Wechsel hin zu E-Reader und Tablet einstellen.

Wie können Ihre Angebote ihre Attraktivität erhalten? Warum kommunizieren Ärztenetze nicht via Facebook etc.?

Ärzte nutzen Facebook, Twitter, und Co. zum Teil intensiv – jedoch in der Regel zur privaten Kommunikation. Aus gutem Grund: Größere Ärztediskussionen in offenen Communities werden meist von rat-suchenden Patienten, zwielichtigen Gesundheitsberatern und Geschäftemachern regelrecht gesprengt. Die Mediziner haben dann schnell keine Lust mehr und ziehen sich aus den entsprechenden Foren zurück. Eine sinnvolle Kommunikation unter Ärzten kann es aus unserer Sicht nur geben, wenn ein professioneller Leserservice eine „Eingangskontrolle“ vornimmt und überprüft, wer wirklich Arzt ist. Darüber hinaus muss es auch die Möglichkeit geben, in besonders geschützten Räumen anonym über Behandlungsfehler sprechen zu können. Zusammengefasst: Bei der beruflichen Nutzung von Communities erwarten die Ärzte aus gutem Grund strengere Kontrollkriterien. Die Pharmaunternehmen aufgrund des Heilmittelwerbegesetzes natürlich auch.

Arbeiten Sie mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften oder Berufsverbänden zusammen? Verlage sind ja oft stolz, wenn ihre Zeitschrift die Bezeichnung „Offizielles Organ“ trägt.

Wir gehen diesen Weg bewusst nicht, da er nicht unserem journalistischen Verständnis entspricht. Der Ärztenachrichtendienst wird bei den Nutzern als redaktionell besonders kritisches und unabhängiges Medium geschätzt. Die Verbindung mit einem Berufsverband oder einer Fachgesellschaft würde diesen Prinzipien früher oder später zuwiderlaufen.

Ein Blick in die Zukunft – wofür steht der änd (oder die Produkte) im Jahr 2020?

Bei der derzeitig rasanten Entwicklung lässt sich schwer voraussagen, welche neuen Online-Lösungen bis dahin technisch umsetzbar sind. Eines ist unserer Auffassung nach jedoch sicher: Die Zahl der Ärzte, die einen echten Nutzwert in der Online-Diskussion mit den Kollegen im änd erkennen, wird weiter wachsen. Je mehr Ärzte sich im änd austauschen, desto interessanter und gehaltvoller gestalten sich die Fachdiskussionen. Gleichzeitig verkürzt sich die Reaktionszeit bei Fragen an die Kollegen zu konkreten Behandlungsfällen – das fördert die Entwicklung der Community rasant. Daran, dass sich unser berufspolitisches und medizinisches Angebot gleichzeitig professionell weiterentwickelt, haben wir keinen Zweifel.

Was der Facharzt braucht

Auf der Suche nach dem optimalen Informationsangebot

Im Medizinstudium standen sicherlich noch Lehrbücher an erster Stelle der Informationsquellen, wie sieht es heute aus



Dr. med. Gabriele Angres-Wiegers, niedergelassene HNO-Ärztin und Allergologin

Da hat sich selbstverständlich einiges geändert. Eigene Lehrbücher waren in meiner Studien- und Weiterbildungszeit in den 1980er- und 1990er-Jahren seinerzeit ja das einzige Medium, das permanent zur Verfügung stand. Fachzeitschriften waren nur in der Klinikbibliothek vorhanden, das Lesen der Artikel fand eher in den Dienstpausen statt. Heute dienen mir meine Bücher zwar noch als Nachschlagewerke, werden aber zunehmend vom Blick ins Internet abgelöst.

Sind Sie sehr internet-affin?

Nein, überhaupt nicht. Viele, auch Kollegen, sind begeistert von Technologie – und gerade bei männlichen Kollegen ist der Spieltrieb unübersehbar. Ich sehe das deutlich nüchterner. Das Internet ist ein Werkzeug, das mir dabei hilft, zum richtigen Zeitpunkt an wichtige Informationen zu kommen. Die Frage ist heute nicht mehr, ob man als Ärztin das Internet nutzen will, sondern wie intensiv man damit umgeht.

Nutzen Sie also in der Praxis Ihr iPad zum Lesen von Fachzeitschriften?

Zum Lesen von Zeitschriften ist absolut keine Zeit während der Sprechstunde. Wir sind froh, wenn wir den Patientenandrang bewältigen können und müssen uns ja heutzutage auch noch um viel Bürokratie wie Qualitätssicherung, Medizinprodukteverordnungen usw. kümmern. Die älteren

Kollegen kannten die modernen Zeitfresser ja gar nicht. In der Sprechstunde erfolgt die Information situativ, da wird vielleicht mal in der Arzneimittelliste nachgeschlagen, aber sicherlich kein Fachartikel gelesen. Außerdem vermisste ich bei Fachzeitschriften oftmals die Option, dass ich mir ohne Abonnement zu sein, einzelne Ausgaben auf das iPad laden kann – zu einem akzeptablen Preis!

Sie hatten vorhin erwähnt, dass Sie früher Zeitschriften in der Klinikbibliothek gelesen haben. Wo lesen Sie jetzt?

Entweder in der Mittagspause, überwiegend aber zuhause, abends oder am Wochenende. Ich habe neulich einmal durchgezählt und bin auf sechzehn Zeitschriften gekommen, die ich regelmäßig erhalte. Die Zeitschrift „HNO“ vom Springer-Verlag habe ich tatsächlich selbst abonniert, die anderen kommen aufgrund von Mitgliedschaften in Ärztekammern oder Fachgesellschaften, viele werden aber auch kostenlos zugestellt und sind dann wohl über Anzeigen der Pharmaindustrie finanziert. Bei der großen Zahl an Zeitschriften ist wohl nachvollziehbar, dass ich nicht alle Beiträge lesen kann. Aber oft kann man ja anhand der Überschrift oder der Autoren schon recht schnell erkennen, welche inhaltliche Tendenz ein solcher Artikel verfolgt. Schließlich befasse ich mich ja schon fast 20 Jahre mit meinem Fachgebiet.

Erfüllen denn die Zeitschriften überhaupt Ihre Erwartungen, stört Sie die Werbung darin?

Werbung stört mich nicht grundsätzlich, die kann man ja überblättern, wie im Spiegel oder Focus. Kritisch wäre für mich eine Einflussnahme auf die Inhalte der Beiträge. Solange aber Ross und Reiter genannt werden, habe ich kein Problem damit. Sponsoring sollte immer deutlich ersichtlich sein, was mitunter bei eingelegten Beiträgen nicht so einfach ist, da sie aussehen wie die Zeitschrift selbst.

Da würde ich mir eine deutlichere Unterscheidbarkeit wünschen. Aber viel wichtiger ist der Inhalt der Zeitschriften. Die optimale Zeitschrift für mich als niedergelassene Ärztin habe ich noch nicht gefunden, vermutlich

gibt es sie auch (noch) nicht. Selbstverständlich interessieren mich die Forschungsergebnisse in meinem Fachgebiet sehr – nur bedeutet internationale klinische Forschung noch lange nicht auch deutsche Behandlungsrealität.

Die ideale Mischung würde stärker die Praxisführung, aktuelle Kurzmeldungen, praxisrelevante Forschung und natürlich CME-Fortbildung berücksichtigen.

Erreichen Sie Ihre Pflicht-Fortbildungspunkte überwiegend aus Zeitschriftenbeiträgen?

Die letzte Einreichungsperiode ist gerade eben zu Ende gegangen. Meine Pflichtpunktzahl von 250 Punkten in fünf Jahren habe ich persönlich sowohl durch den Besuch von Kongressen und Seminaren, über Zeitschriftenbeiträge und auch über Online-Angebote erarbeitet. Beim Thema CME sieht man sehr gut, wie das Internet und der gedruckte Beitrag heute ineinandergreifen. Der Text wird erst in der Zeitschrift gelesen, bei Online-Fortbildungen drucke ich den Text aus, der Fragebogen wird dann aber online beantwortet. Gute Internet-angebote leiten die Punkte automatisch an die Ärztekammer weiter.

Existiert eine Lieblingswebsite – aus beruflicher Sicht?

Ich habe keinen alleinigen Favoriten. Meine Suchen beginnen oftmals bei Google und dann wähle ich aus den Treffern diejenigen Websites aus, denen ich einen Vertrauensbonus gebe. Das sind häufig Kliniken, Fachgesellschaften, Ärzteverbände. Sehr praktisch sind Downloads von Formularen usw. wie zum Beispiel auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung. In diesen Fällen ist das Web unser Dokumentenarchiv und wir verzichten in der Praxis auf eine eigene Archivierung. Für Patientendaten trifft das selbstverständlich nicht zu, hier sorgt unser eigener Server für die korrekte und sichere elektronische Ablage.

Nutzen Sie Internetcommunities für Ärzte - und was halten Sie von Bewertungsportalen?

In Communities wie facharzt.de schaue ich manchmal vorbei, insbesondere wenn ich spezielle Kasuistiken suche. Ich habe allerdings noch keinen Beitrag verfasst. Den Ärztebewertungsportalen stehe ich eher kritisch gegenüber. Anonyme Bewertungen verhindern doch jeden konstruktiven Dialog, wem nutzt denn das? Vermutlich nur den Betreibern dieser Portale.

Gefährdet der informierte Patient die Therapie des Arztes?

Der informierte und mündige Patient ist in der heutigen Medizin erwünscht, das erhöht letztlich auch die Compliance. Schwierig wird es nur dann, wenn Patienten sich selbst über zum Teil dubiose Internetangebote diagnostiziert haben - und dann falsch liegen. Die nachfolgende Aufklärungsarbeit kann sehr zeitraubend werden.

Ihr Wunsch für die Zukunft?

Ich würde mich freuen, wenn es irgendwann einmal auch für eine kleinere Facharztgruppe wie uns ein umfassendes Internetportal geben würde. Darin sollten alle deutschsprachigen Lehrbücher und Zeitschriften sowie die wichtigsten internationalen Zeitschriften im Volltext verfügbar sein; dazu aktuelle Beiträge zu betriebswirtschaftlichen Aspekten der Praxisführung.

Arzt, Telematik, Telemedizin

Praktische Erfahrungen aus der Perspektive eines Dermatologen



Herr Dr. Herbst, welche Bedeutung hat die Telematik für die tägliche Arbeit in der Arztpraxis?

Dr. med. Matthias Herbst,
Vorstand der Qualitäts-
gemeinschaft Südthessischer
Dermatologen

Die Telematik ist zunächst einmal gleichbedeutend mit der Vernetzung im Gesundheitswesen. Diese kann vom Arzt zum Laien hin erfolgen, zum anderen aber auch zu den Kollegen untereinander. Ziel ist eine Verbesserung des Informationsaustausches, sei es in Wort- oder Bildform. Eine der Potenziale der Telematik ist zum Beispiel die Erhebung von radiologischen Befunden an einem Ort unter Ausnutzung der bestmöglichen technischen Infrastruktur, auf der anderen Seite wird die Befundung dezentral von Experten in Behandlungszentren durchgeführt. Dort ist die beste Möglichkeit, um Bilddiagnostik mit klinischen Symptomen zusammenzuführen.

Was sollte sich hier noch ändern bzw. verbessern?

Die Potenziale der Telematik sind bis heute nur teilweise gehoben. Gerade durch den Ausbau der Breitbandverbindungen sollte sich hier in den nächsten Jahren ein steter Wandel vollziehen. Insbesondere die speicherintensiven Bildanalyseprogramme werden durch eine schnellere Netzinfrastruktur gefördert. Ebenso ist es vorstellbar, dass vermehrt Telekonferenzen zu medizinischen Themen und Patienten stattfinden.

Mit IT im Gesundheitswesen verbinden viele die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Sie auch?

Die Einführung der IT im Gesundheitswesen ist schon viel länger im Gange. Bereits in den achtziger Jahren gab es leistungsfähige Praxisverwaltungsprogramme. Insbesondere durch Normierungsprobleme blieb ein durchgreifender Siegeszug diesen Programmen verwehrt. Auch heute noch erinnern etliche an Dinosaurier, die allein dem Zweck der Abrechnungsdokumentation dienen, aber die Diagnosefindung und Diagnosesicherheit nicht unterstützen. Im positiven Sinn kann durch eine Unterstützung der Diagnosefindung eine Optimierung der Therapie und eine Absenkung der Kosten erreicht werden.

Ist das Experiment Gesundheitskarte geglückt?

Das kann man heute noch nicht abschließend beurteilen. Hier sollte in den nächsten Jahren auf jeden Fall noch einmal von vorne gedacht werden und eine kritische Analyse erfolgen.

Ein offener Diskussionspunkt ist die Datenhoheit: Macht es Sinn, dass Daten auch zukünftig ausschließlich auf dem Praxisrechner des Arztes liegen?

Der Arzt ist gemäß der gültigen Gesetzgebung verantwortlich für die sichere Lagerung der hoch vertraulichen Patientendaten. Eine Verlagerung der Daten nach außen an Dienstleister ist von der schriftlichen Einverständniserklärung des Patienten abhängig. Als Ausnahme sollte der Fall diskutiert werden, wo der Praxisinhaber die Daten vor Ort verschlüsselt und dann zur sicheren Verwahrung auf einen externen, hochsicheren Server verschickt. Von diesem könnte später eine Rekonstruktion der Praxisdaten erfolgen, gerade in Fällen von Brand, Hacking und Vandalismus ein sinnvolles Unterfangen.

Insbesondere im dermatologischen Bereich kommen immer wieder Apps auf den Markt, die in einer einfachen telemedizinischen Anwendung Bilder von Hautveränderungen einem Experten zur Begutachtung übermitteln. Was halten Sie von diesen Angeboten, wird der Hautarzt vor Ort überflüssig?

Der Hautarzt vor Ort wird nie überflüssig sein, weil nur er in der Lage ist, sinnvolle Diagnostik abzufragen und zu beurteilen und daraus eine effiziente Therapie zu gestalten. Apps wie Goderma haben ja den Zweck kooperierende Ärzte Patienten oder eher Fälle zuzuführen, ein Erstkontakt persönlicher Natur hat zuvor nicht stattgefunden. Dies widerspricht klar den Vorgaben des Berufsrechts. Für Verlaufskontrollen bereits bekannter Patienten zum Beispiel nach OP sowie für die Konsultation von Kollegen kann eine derartige App nur von Vorteil sein.

Sie sind Experte für Telematik-Anwendungen – was ist für Sie der große Vorteil solcher Anwendungen?

Optimal ist die dezentrale Vermittlung von Wissen auch an entlegene Orte, von wo ansonsten nur schwer in zeitökonomischer Form eine Teilnahme an Kursen garantiert werden kann. Die Telematik ist für den Arzt auch in der Zukunft eine stete Herausforderung. Die klassische Medizin kennt zum Beispiel die klinisch pathologische Konferenz, an der die Ärzte an einen bestimmten Ort zu einer bestimmten Zeit teilnehmen. Übersetzt man dies in den IT-Bereich, so heißt dies, dass Fälle unabhängig von Ort und Zeit innerhalb eines gewissen Zeitraums von Experten erörtert werden können und so eine höhere Informationsdichte und damit eine sichere Diagnose gestellt werden kann.

Für Ärzte und Patienten gibt es eine unüberschaubare Menge an medizinischen (Fach-) Informationen. Wie sieht es denn für die Medizinische Fachangestellte aus?

Die Medizinische Fachangestellte wird erst langsam als Vermittler von Informationen entdeckt. Dies ist umso mehr bedauerlich, als ihr eine wichtige Funktion im Spannungsfeld zwischen Arzt und Pati-

ent zukommt. Eine gut informierte und weitergebildete Medizinische Fachangestellte ist in jeder Praxis eine Perle. Zunehmend bemühen sich daher Internetanbieter, hier durch Kurse und CME-Zertifizierungen eine bessere Weiterbildung dieser Gruppe zu erreichen.

Welchen Wandel in der Medizininformation können Ärzte in den nächsten Jahren erwarten?

Die medizinische Information ist heutzutage einem ständigen Wandel unterworfen, das Fachwissen verdoppelt sich alle zwei Jahre. Zunehmend wird für die Vermittlung des Wissens das Internet eingesetzt, was ich gerade auch in Fragen der Lernkontrolle und der Zertifizierung zunehmend bewährt. Gleichzeitig wird die Entscheidungsfindung transparent und der gesamte Prozess in einem zweiten Verfahren noch einmal überdacht. All diese Puzzleteile ergeben zusammen ganz neue Möglichkeiten in Bezug auf Qualität und Effizienz.

Sehen Sie dabei auch Gefahren?

Natürlich gibt es die auch – gerade im Hinblick auf den Datenschutz. Hier ist es so, dass sowohl die Persönlichkeit des Arztes als auch die Integrität des Patienten unter allen Umständen angemessen berücksichtigt werden müssen. Dabei die richtige Balance zu finden, ist die eigentliche Kunst bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens.

Webinare im Einsatz

Fachfortbildungen mit neuen
Möglichkeiten

Das Nestlé Nutrition Institute (NNI) betreibt unter dem Dach der internationalen Website für Angehörige von Gesundheitsfachgruppen auch eine explizit deutsche Internetplattform. Welche Rolle spielt diese Form der fachgruppenspezifischen Informationsvermittlung für Ihre Kommunikationsstrategie?



Dr. Mike Poßner,
Medical Director Europe,
Nestlé Nutrition Institute

Für NNI ist es wichtig, unterschiedliche Wege der Informationsvermittlung zu gehen, über die regelmäßigen Präsenzveranstaltungen hinaus wissenschaftliche Inhalte, Diskussionsthemen und Studienergebnisse zur Verfügung zu stellen. Unser Fortbildungsprogramm, also die Angebote für medizinische Fachkräfte, wird durch die Internetpräsenz ergänzt, hier können Inhalte nachgeschlagen und vertieft werden, eben auch deshalb, weil unsere wissenschaftlichen Beiträge zum Download bzw. Druck zur Verfügung stehen. Mit dieser Kombination von verschiedenen Wegen der Informations- und Wissensvermittlung befinden wir uns derzeit in einem Prozess des Lernens. Der Newscharakter unserer Informationspräsenz im Internet ist für viele User attraktiv, weil wir damit die aktuelle wissenschaftliche Erörterung im Bereich Ernährung widerspiegeln und das weltweit. Diese Chance bietet nur das Internet, denn mit Präsenzveranstaltungen unter Beteiligung weltweit anerkannter Experten wäre das eigentlich kaum möglich.

Webinare sind auf Ihrer Internetpräsenz, sowohl auf der internationalen als auch der deutschen Website, ein zentraler Service. Welche Bedeutung hat diese Wissensvermittlung (Charts, Keywords) für Sie und Ihr Institut?

Präsenzveranstaltungen sind sehr aufwendig, da bieten Webinare bessere Möglichkeiten. Da wir die Vorträge der international anerkannten Referenten 1:1 im Internet zur Verfügung stellen, also die Original-Charts und das gesprochene Wort, sind die Beiträge authentisch und in hohem Maße glaubwürdig. Diese Vermittlungsebene macht das Lernen für den User leichter, außerdem können Charts, also die Argumente, Fakten, Diagramme eben wiederholt angeschaut werden, ein „Zurückspulen“ bei einem Live-Vortrag ist ja schlechterdings möglich. Die Zugriffszahlen für unsere Webinare bestätigen die hohe Akzeptanz und das große Interesse für diese Form der Wissensvermittlung. Im internationalen Vergleich wird allerdings auch deutlich, dass diese Form sich in Deutschland noch nicht so durchgesetzt hat, wie in anderen Nationen. Aber auch im deutschsprachigen Raum sind Steigerungsraten zu verzeichnen.

Welchen entscheidenden Unterschied sehen Sie bei der Wissensvermittlung zwischen Texten und Diagrammen einerseits und Video bzw. Webinaren andererseits?

Der Vorteil der modernen Darstellungsmedien, also Video oder Webinar, liegt in der animierbaren Illustration von Sachverhalten, die durch die rein textliche Darlegung kaum erreicht werden kann. Bewegte Bilder, gesprochene Worte sind einprägsamer. Im wissenschaftlichen Kontext und im Angebot dieser Medien für junge Akademiker ist das zunehmend zeitgemäß. Unter dieser Darstellungsform mit modernen Medien leidet die Seriosität der Inhalte nicht. Gelegentlich wurden animierte Grafiken oder nachgestellte Sequenzen von physiologischen Prozessen ja skeptisch bewertet, weil man ihnen einen primären Unterhaltungswert unterstellte, aber dieses Urteil teile ich nicht – ganz im Gegenteil. An der wissenschaftlichen Erörterung Interessierte präferieren diese Form der Animation und Visualisierung von Sachverhalten. Die übliche wissenschaftliche Erörterung von These, Antithese zu Synthese wird dadurch sogar eher untermauert. Dieser Zusatznutzen wird oft bei jungen Akademikern, die wir an den Uni-

versitäten erreichen, deutlich. Denn hier erhalten wir im direkten Gespräch, also sozusagen „offline“ sehr positives Feedback. Unsere medialen Angebote werden aufgrund der Aktualität und aufgrund ihrer Gestaltung gerne auch in wissenschaftlichen Lehrveranstaltungen eingesetzt. Dadurch wird unser mediales Vorgehen bestätigt.

Spielt in Ihrer Internet-Präsenz und den entsprechenden Informationsangeboten das Thema Glaubwürdigkeit eine Rolle? Welchen Beitrag leisten Ihre Internetaktivitäten in diesem Kontext?

In der Veröffentlichung wissenschaftlicher Studienergebnisse und entsprechender eventuell „neuer“ Erkenntnisse spielt Glaubwürdigkeit eine große Rolle. Denn die Erörterung dieser Ergebnisse leitet eine breite Diskussion ein und macht mitunter ein Umdenken in bis dato als gesicherten Haltungen erforderlich. Im Ernährungsbereich, konkret für die Rolle von Protein, ist dieser Wandel gerade eingeläutet. Dabei machen wir die Erfahrung, dass die Publikation neuer wissenschaftlicher Gedanken, die sich in Forschungsergebnissen abzeichnen, eher einen Beitrag zur Glaubwürdigkeit unseres Engagements leistet, weil es einem ehrlichen, einem am Thema interessierten Gedankenaustausch dient. Auch deshalb, weil wir durchaus kritische Positionen darlegen. Dies wird in unserer Zielgruppe, den Theoretikern und Praktikern der Medizin und Ernährungswissenschaft, sehr geschätzt.

Zur kontinuierlichen Kommunikation mit Ihren Zielgruppen nutzen Sie regelmäßige Newsletter. Welche Erfahrung haben Sie mit dieser Form der Zielgruppenkommunikation gemacht? Wo sehen Sie Vorteile bzw. Grenzen dieser Interaktion?

Die überdurchschnittlichen Öffnungsraten unserer Newsletter, die der User über unsere Website abonnieren kann, bestätigen dieses Instrument. Hier weisen wir nicht nur auf aktuelle Forschungsergebnisse, Webinare und Publikationen hin, wir ermutigen die Empfänger auch, sich am wissenschaftlichen Gedankenaustausch zu beteiligen. Da unsere Newsletter zudem absolut produktneutral auftreten, ist die Resonanz auf diesen Service durchweg positiv. Die Akzeptanz ist nach

meiner Einschätzung aber auch deshalb hoch, weil wir sehr bewusst nur eine vertretbare Frequenz für die Versendung realisieren. Damit „belästigen“ wir die Empfänger nicht, was wir mit einer wöchentlichen oder monatlichen Versendung tun würden, so meine persönliche Erfahrung. Wir beschränken uns auf das Wesentliche, hinsichtlich Inhalt und Frequenz. Natürlich haben die Newsletter auch eine Erinnerungsfunktion, sie machen „Appetit“ auf unsere Website zu Fragen rund um Ernährung. Ein meines Erachtens wichtiger Bestandteil unserer Newsletter ist die Personalisierung. Dies geschieht einerseits durch die moderierende Ansprache und andererseits durch die namentliche, also nicht anonyme Publikation von Beiträgen durch namhafte Wissenschaftler – Webinare, Studien und eben auch Interviews, die auf YouTube zur Verfügung gestellt werden. Mit der Auswertung der Öffnungsraten unserer Newsletter bekommen wir ein direktes Feedback über die Interessensbereiche unserer Zielgruppe. Dies fließt dann in unsere weiteren Kommunikationsstrategien ein.

Sie führen regelmäßig in Deutschland Symposien zu aktuellen Ernährungsfragen durch. Namhafte Wissenschaftler und Praktiker halten dabei Vorträge. Diese Fortbildungsveranstaltungen finden ein großes Interesse. Welche Möglichkeiten der gezielten Fortbildung kommen für Sie zukünftig in Betracht. Ist das Lernen am PC im Rahmen von zertifizierten Lerntools zum Beispiel eine Option?

Im Rahmen unserer Aktivitäten in der Aus- und Weiterbildung von medizinischem Fachpersonal, das wir derzeit durch Präsenzveranstaltungen und unsere Website erreichen, ist zukünftig sicher auch das „E-Learning“ ein wichtiges ergänzendes Tool. Im Vorfeld sind dazu allerdings noch einige Fragen der möglichen Zertifizierung von Fortbildungsmaßnahmen, z.B. für Hebammen zu klären. Perspektivisch sehe ich hier ein gutes Potenzial, denn viele Teilnehmer unserer Symposien sind im Internet „lernend“ unterwegs. Diese Wissbegierde zukünftig durch E-Learning-Angebote zu befriedigen, halte ich für durchaus handlungsrelevant. Dabei ist aber abzuwägen, welchen Stellenwert unsere eigenen E-Learnings gegenüber denen von Institutionen und Universitäten haben.

Bei der Umsetzung Ihrer strategischen Ziele zur Aufklärung über Ernährungsfragen und gesundes Aufwachsen für Kinder sind Themen wie „Kaiserschnitt“ (Geburtsmodi), „Stillen“, „Allergien bzw. Unverträglichkeiten“, „Adipositas“ gesundheitsrelevante Kriterien. Wäre eine Möglichkeit der Geo-Visualisierung entsprechender Daten für Ihre Aktivitäten in Deutschland hilfreich?

Generell sind orts- bzw. klinikbezogene Daten für uns außerordentlich interessant, weil sie uns die Möglichkeit einräumen, unsere Informationen zum Beispiel für Ernährungsempfehlungen im Kontext von Kaiserschnitt, Adipositas oder Allergie recht zielgenau an das jeweilige medizinische Fachpersonal zu richten. Allerdings haben die öffentlich zur Verfügung stehenden Daten (Qualitätsberichte der Krankenhäuser oder die Gesundheitsberichterstattung des ÖGD) oft den Makel der zeitlichen Verzögerung, sie werden oft erst im Nachgang von zwei Jahren publiziert. Damit ist eine punktgenaue Ausrichtung unserer Aktivitäten erschwert. Die Datenbetrachtung und Korrelation von Geburtenraten, Geburtsmodi und eventuell auftretenden gesundheitlichen Einschränkungen wird von uns regelmäßig vorgenommen. Möglichkeiten, diese Zusammenhänge anhand von Karten zu visualisieren, sind nicht nur komfortabel, sie eröffnen auch Erkenntnisgewinne, die mit tabellarischer Betrachtung oft nur mühsamer erreicht werden.

Ein primäres Ziel Ihrer Kommunikationsaktivitäten ist auf Fachzielgruppen aus den Bereichen Gesundheit und Medizin gerichtet, die sozusagen Multiplikatoren für Verbraucher sind. Betreiben Sie auch Aktivitäten im Bereich Consumer-Kommunikation mit entsprechenden Portalen? Welche Erfahrungen haben Sie mit solchen Consumer-Portalen gemacht? Wie gestaltet sich dort das User-Interesse?

Da das Nestlé Nutrition Institute gemäß Satzung ausschließlich in wissenschaftlichen Handlungsfeldern angesiedelt ist und sich somit nur an Fachzielgruppen wenden kann, kann ich keine Einschätzung zu den Aktivitäten in der Consumer-Kommunikation geben.

Bestehen in Ihrem Unternehmen Erfahrungen mit Social-Media? Also sind Sie aktiv in Facebook oder Twitter unterwegs? Wenn Ja, welche Erfahrungen haben Sie in diesem Feld gemacht, welchen Aufwand muss ein Unternehmen betreiben, um diese Kanäle lebendig und dialogorientiert zu gestalten?

Offensichtlich tauschen sich auch explizite Fachgruppen zunehmend via Twitter oder Facebook aus, stellen Fragen, suchen Antworten, geben zu Bedenken. Aus meiner Sicht findet hier durchaus eine interessante Kommunikation statt, bei der ich allerdings manchmal, das gebe ich in aller Ehrlichkeit zu, die fachkundige Moderation vermisse. Wenn NNI sich daran aktiv beteiligen wollte, und das eben nicht nur punktuell, sondern regelmäßig mit der vorhandenen Expertise, wäre das mit einem relativ großen Aufwand verbunden. Dafür stehen uns allerdings die Kapazitäten derzeit nicht zur Verfügung.

Selbst ist der Verband

Etablierte Verlage entfernen sich von ihren Zielgruppen - neue Player füllen die Lücken



Frau Dr. von Berg, viele Jahre erschien „Der Hausarzt“, das Organ des Deutschen Hausärzteverbandes, in einem der großen Medizinverlage. Seit Anfang 2014 ist alles anders - warum?

Dr. Monika von Berg,
Chefredakteurin
„Der Hausarzt“,
Geschäftsführerin
mm medizin + medien
Verlag GmbH

Da kam einiges zusammen. Zunächst einmal lief Ende 2013 der Vertrag aus, durch den beide Partner gebunden waren, d.h. hier musste neu verhandelt werden - mit dem alten Partner, aber durchaus auch mit neuen Partnern, die sich angeboten haben. Ausschlaggebend war dann meines Erachtens, dass der Deutsche Hausärzteverband in den letzten Jahren eine enorme Entwicklung vollzogen und sich durch das Aufkommen der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) ein gewisses Stück Unabhängigkeit geschaffen hat. Da sehr viele Hausärztinnen und Hausärzte momentan noch sehr printaffin sind, spielt das eigene Verbandsorgan als Kommunikationsmedium für die Zielgruppe nach wie vor eine große Rolle, zumal hier durch eine Auflage von 54.500 pro Ausgabe alle tätigen Hausärzte, Praktiker, Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten erreicht werden, nicht nur die Mitglieder. Der Verband hat sich nun gefragt, ob die eigene neue Ausrichtung und Zielsetzung noch konform geht mit dem, was ein Verlagshaus mit alter Prägung und Struktur bieten kann. Und kam zu dem Schluss, dass man diese Ziele besser erreichen kann, wenn man die Zeitschrift in einem Umfeld produziert, das möglichst nahe am Verband ist. Weil man das Verlagsgeschäft aber nicht als eigene Kernkompetenz ansieht, hat man sich die Fachleute ins Haus geholt.

Welche Kommunikationsziele verfolgt ein großer Verband wie der Deutsche Hausärzteverband damit?

Zunächst einmal spielt die Selbstbestimmung für den Verband eine große Rolle. In einem großen Verlag muss es bestimmte Vorgaben für Abläufe, Layouts etc. geben, ansonsten funktioniert das System nicht. Aber das schränkt natürlich auch gleichermaßen ein, macht unflexibel. Selbstverständlich ist das Know-how eines Verlages, insbesondere der Redaktion, nach wie vor sehr wichtig. Beide – Herausgeber und Redaktion – müssen jedoch meiner Meinung nach zukünftig näher aneinander rücken und den anderen in seinen Intentionen und Zielen versuchen zu verstehen. Erst dann – wenn noch eine gewisse Flexibilität und Schnelligkeit hinzukommt – können Kommunikationskonzepte, die man gemeinsam erarbeitet hat, auch funktionieren.

Ein weiterer Punkt ist: Dem Verband ist ein guter Kontakt zu den einzelnen Landesverbänden sehr wichtig. Auch hier spielt die gemeinsame Kommunikation eine große Rolle, verlangt aber einen hohen Einsatz der Redaktion, denn von ärztlicher Seite ist nach einem langen Arbeitstag in der Praxis und berufspolitischer Tätigkeit nicht auch noch redaktionelle Arbeit zu erwarten. Da muss viel von der Redaktion angeregt, vorbereitet und v.a. auch ausgearbeitet werden. Das kostet Zeit und ist bei den Gewinnvorgaben und Sparkonzepten in großen Verlagshäusern dort kaum noch machbar. Wünsche, die von den Lesern an die Redaktion herangetragen werden und nicht „im System“ abgebildet bzw. integriert werden können, können dort einfach nicht mehr umgesetzt werden, da es zu teuer und aufwendig ist.

Es wird von den Verlagen aber auch nicht bemerkt, dass man sich so immer weiter von seiner Zielgruppe entfernt, bis diese sagt: Ich fühle mich nicht mehr richtig und individuell betreut. Ich bin überzeugt, dass in den nächsten Jahren noch mehr Fachgesellschaften und Berufsverbände einen ähnlichen Weg einschlagen werden und sich bei ihren wichtigen Kommunikationsmitteln versuchen, unabhängiger von großen Verlagen zu machen.

Trotzdem ist wieder ein Medizinverlag zumindest Mitgesellschafter. Hatte man Angst vor der eigenen Courage?

Das ist so nicht richtig. Ich hatte eingangs schon das redaktionelle Know-how eines Verlages hervorgehoben, dazu kommen natürlich auch andere Bereiche wie Vertrieb, Herstellung oder der Onlineauftritt. Hier ist es durchaus von Vorteil, wenn man sich als „Newcomer“ bzw. kleines Unternehmen mit einem Partner aus dem Verlagswesen zusammen tun kann, um Synergien zu nutzen. In unserem Fall heißt das z.B.: „Der Hausarzt“ wird über ein Redaktionssystem produziert, das uns von unserem Partner zur gemeinsamen Nutzung zur Verfügung gestellt wird. So können wir erhebliche Kosten sparen, weil wir kein eigenes System anschaffen mussten und nutzen Synergien im Layout, in der Druckvorstufe und in der direkten redaktionellen Bearbeitung der Texte.

Sie waren zu Springer-Zeiten Chefredakteurin und sind es heute wieder. Wo liegen die Unterschiede für die Leser? Wo für die Autoren?

Für die Leser und Autoren macht es auf den ersten Blick sicher keinen großen Unterschied. Die Heftinhalte haben sich ja nicht gewaltig geändert, es geht nach wie vor um medizinische Inhalte, um Berufspolitik und Themen rund um die Praxisorganisation. Aber wir haben ganz viel an kleinen Schrauben gedreht. Und die vielen positiven Rückmeldungen, die wir nach dem Neustart erhalten haben, zeigen, dass Leser und Autoren das sehr wohl registrieren. Beide sind Teil des Verbandes und seiner Landesverbände und ihre Themen und Anliegen können jetzt viel besser und individueller umgesetzt werden.

Glaubt man den Berichten und Prognosen, dann stehen wir vor einem großen Hausärztemangel. Viele Praxisinhaber finden schon jetzt keinen Nachfolger für ihre Praxis mehr. Welchen Einfluss hat das auf ein Hausärzte-Magazin?

Das hat einen großen Einfluss. Der Deutsche Hausärzteverband engagiert sich sehr stark für die Nachwuchsförderung. Also spiegeln wir das auch in unseren Inhalten wider. Der Anteil der Studentinnen

im Medizinstudium steigt und Frauen haben ganz andere Vorstellungen und Ansprüche. Nicht nur an ihr Berufsleben in der eigenen Praxis, sondern auch, was Themen und Leseverhalten sowie Vereinbarkeit von Familie und Beruf angeht. Darauf reagieren wir, gehen auf die jungen Ärztinnen und Ärzte zu und wollen ihnen zeigen, dass der Hausarzt-Beruf eine sehr erfüllende Tätigkeit sein kann.

Neben dem medizinischen Wissen spielt auch die Patientenkommunikation und Information für die Medizinische Fachangestellte (MFA) eine entscheidende Rolle. Solche Themen finden sich deshalb immer häufiger in einer leserorientierten Verbandszeitschrift wie „Der Hausarzt“. Sie spielen aber auch im Verband selbst eine immer größere Rolle.

Ich frage konkreter: Können PDF-Archive und Newsletter tatsächlich das Informationsbedürfnis eines jungen Hausarztes decken? Brauchen Sie da nicht ganz neue Konzepte?

Natürlich reicht es nicht aus, eine Zeitschrift so weiterzuführen wie bisher und zu hoffen, dass man von dem großen „Printsterben“ und den Veränderungen in der Branche nicht betroffen ist. Momentan kommunizieren noch 80 Prozent der Hausärzte über Fax. Das ist erstaunlich, wird aber sicher nicht so bleiben. PDF-Archive und Newsletter sind heute „Standard“, die Online-Fortbildung auch.

Wichtig ist der Dialog mit den Hausärzten. Dann wird es letztendlich zweitrangig sein, ob es die Zeitschrift zukünftig noch gedruckt oder nur noch als ePaper gibt. Wichtig sind die Inhalte und der Servicegedanke. Sie müssen ständig mit ihrer Zielgruppe kommunizieren, der persönliche Kontakt ist wichtig, sie müssen in die Praxen gehen und sich vor Ort ein Bild machen von dem, was die Hausärztin oder der Hausarzt an unterstützender Information braucht und mit den Leuten reden und vor allem zuhören. Ich glaube an eine crossmediale Verknüpfung von unterschiedlich aufbereiteten Inhalten, sodass für jeden „Lesertyp“ etwas dabei ist. Welche Form dann am meisten genutzt wird, ist zweitrangig. Wichtig ist, zielgruppenspezifisch, authentisch, beratend und fachlich kompetent anzubieten.

Ist das „Fernbehandlungsverbot“ in Zeiten von Landärztemangel und Internet noch zeitgemäß?

Der persönliche Kontakt, das Arzt-Patienten-Gespräch unter vier Augen, wird immer seine Bedeutung behalten. Sie wissen im Internet ja nicht wirklich, wer auf der „anderen Seite“ sitzt bzw. was mit ihren vertraulichen Informationen passiert (Datenschutz).

Wir werden aber sicher irgendwann eine Lockerung dieses Verbotes bekommen. Natürlich sollte es hier weiterhin strenge Regeln geben, aber das Internet ist aus unserem Leben nicht mehr wegzudenken und wird seinen Platz in der medizinischen Kommunikation deutlich ausbauen. Besonders in ländlichen Regionen, wo der Ärztemangel schon deutlich zu spüren ist, wird das Internet perspektivisch eine große Rolle in der gesundheitlichen Versorgung von Patienten spielen.

Ein anderer Weg, dem Hausärztemangel zu begegnen, ist die Aufwertung der medizinischen Assistenzberufe. Wie kann diese Zielgruppe adäquat mit Informationen versorgt werden?

Das ist ein wichtiger Punkt. Ohne die medizinischen Assistenzberufe und eine „Aufwertung“ und Erweiterung ihres beruflichen Spektrums und der Verantwortlichkeiten wird eine adäquate Patientenversorgung zukünftig nicht mehr möglich sein. Der Hausärzteverband ist hier bereits seit über fünf Jahren mit seinem Konzept der VERAH aktiv, der Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis. VERAHS fahren zu Hausbesuchen, leisten Hilfestellung bei der Prävention, bei der Rehabilitation und unterstützen bei Koordinations- und Managementaufgaben, insbesondere bei Multimorbiden und chronisch Kranken. Sie ist damit das ideale Konzept zur Unterstützung der Hausarztpraxis und ein Meilenstein für die zukünftige Patientenversorgung.

Das hat aber nicht nur für die Ärztinnen und Ärzte Vorteile. 95% aller VERAHS gaben in einer Umfrage an, dass sie diese Qualifikation anderen MFA empfehlen würden. Soziale Anerkennung und eigenverantwortliches Arbeiten sind immer wieder genannte Pluspunkte dieser Qualifikation. Das VERAH-Konzept ist mittlerweile bundesweit, auch

von allen Ärztekammern und den Kassenärztlichen Vereinigungen als Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung anerkannt.

Der Informationsbedarf dieser Zielgruppe, der MFA, wird steigen. Wir müssen uns sehr genau anschauen, wie das Medienverhalten dieser Zielgruppe ist und darauf die Kommunikation aufbauen. Es darf aber auch nicht vergessen werden, dass die medizinischen Assistenzberufe weiterhin von den Vorstellungen der Praxisleitung abhängig sind. Hier wird auch bestimmt, welche Art der Fortbildung besucht wird, was an Investitionen geleistet wird und was in einer Praxis an Informationsbeschaffung erforderlich ist.

Ich sehe hier die „Tage der Allgemeinmedizin“, die practica und den IhF-Kongress als ein spannendes Konzept, wo Ärzte und MFA sich gemeinsam fortbilden. Das funktioniert natürlich nicht nur vor Ort, auch im Zeitschriftenbereich sind solche Konzepte hochinteressant. Bei chronischen Erkrankungen, für die es zum Teil ein Disease Management Programm gibt, ist es ja heute schon so, dass die Patienten nicht vom Arzt allein betreut werden, sondern das Praxisteam wichtige Funktionen übernimmt. In Pilotprojekten wird aktuell untersucht, wie MFA direkt ins Case Management eingebunden werden können. Solche integrierten Ansätze erfordern auch eine integrierte Kommunikation und alle Fachgesellschaften und Berufsverbände wären gut beraten, sich darüber rechtzeitig Gedanken zu machen.

Bleibt noch der Patient. Wie kann seriöse und unabhängige Beratung für Patienten Ihrer Meinung nach aussehen?

Die Antwort ist in der Frage schon genannt: Es geht um seriöse, fachlich kompetente und möglichst unabhängige Information für den Patienten. Selbst für Fachleute und versierte Journalisten und Redakteure wird es mittlerweile schwierig, die Spreu vom Weizen zu trennen und mit einem adäquaten Zeitaufwand an die richtigen Informationen zu kommen.

Es geht also um die „Bewertung“ der Information, wo finde ich die für mich richtigen Informationen? Aber was heißt „richtig“ überhaupt? Mancher Patient möchte bis ins kleinste Detail über seine Erkrankung oder mögliche Gefahren informiert werden, der nächste hat davor Angst, will sich nicht mit Details beschäftigen und vertraut einfach dem behandelnden Arzt. Im-

mer mehr Patienten sind informiert und interessiert, was ihre Krankheit betrifft, aber es ist noch lange nicht der Regelfall.

Gerade bei älteren Patienten spielen auch die Angehörigen eine wichtige Rolle bei der Kommunikation. Denn sie sind oft die Informationsbeschaffer. Die Art der Übermittlung ist für mich in diesem Zusammenhang zweitrangig: Das wird für den einen sein Smartphone sein oder andere, noch in der Zukunft liegende mobile Devices, für den anderen ist es die gedruckte Zeitschrift. Fachgesellschaften und Berufsverbände sollten das Thema Patienteninformation jedenfalls nicht alleine der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung und den Pharmafirmen überlassen.

Schauen Sie doch bitte mal für uns in die Glaskugel: Wann wird das letzte gedruckte Heft ausgeliefert? Und wie sieht die Verbandszeitschrift „Der Hausarzt“ 2020 aus?

Ich bin überzeugt davon, dass wir auch in 2020 noch gedruckte Exemplare von „Der Hausarzt“ haben werden, nur: wie viele es sein werden, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Vielleicht wird ein gedrucktes Exemplar dann ein Luxusgut sein, was nicht jedem im Freiverteiler zur Verfügung gestellt wird.

Ich kann mir auch vorstellen, dass „Der Hausarzt“ als ePaper mehr nach dem Baukastenprinzip funktioniert – mit „redaktionellen Beibooten“, die jedem Leser genau die Informationen und Services liefern, die er gerade braucht – über Newsletter, Videos, Apps und andere Anwendungen. Wir sind auch 2020 noch lange nicht am Ende einer Entwicklung, die von individualisierten Therapiekonzepten getrieben wird. Aber der Verband ist mit seinem Verlag und seiner Zeitschrift mittlerweile so gut aufgestellt, dass er auf neue Anforderungen schnell und flexibel reagieren kann.

Technische Lösungen ergänzen persönliche Kontakte

Evolution statt Revolution bei der
Verbandskommunikation



Tilo Radau, Geschäftsführer Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

Welche Kommunikationsziele verfolgt der BDI mit den Verbandsorganen wie „Der Internist“ und „BDI aktuell“?

Als Berufsverband möchten wir unsere Mitglieder in der Ausübung ihres Berufes unterstützen und die besten Voraussetzungen für sie schaffen. So einfach sich diese Aufgabe theoretisch in Worte fassen lässt, so umfangreich ist sie in der Praxis, da die ärztliche Tätigkeit heutzutage von vier zentralen Punkten beeinflusst wird: dem medizinischen Fortschritt, dem demografischen Wandel, den gesetzlichen Rahmenbedingungen und den persönlichen Lebenszielen.

Unser Verbandsorgan „Der Internist“ hält unsere Mitglieder immer auf dem aktuellsten medizinischen Kenntnisstand. Die wechselnden Themenschwerpunkte decken das breite Spektrum der Inneren Medizin ab. Die dort publizierten Studien, Befunde und Beispiele aus der Praxis sind eine sehr gute Fortbildung und bieten Einblicke in die aktuelle Forschung. Nicht umsonst wird das Selbststudium mithilfe der Fachzeitschrift mit zehn CME-Punkten zertifiziert.

Der demografische Wandel wird für Ärztinnen und Ärzte insofern spürbar, da sie immer mehr ältere und damit multimorbide Patienten betreuen. Gleichzeitig ändern sich die rechtlichen Rahmen- und Arbeitsbedingungen, die sowohl den Umfang der ärztlichen Tätigkeit regeln als auch z.B. neuen Verwaltungsaufwand schaffen. In „BDI aktuell“ informieren wir unsere Mitglieder über genau diese Veränderungen, die einen enormen Einfluss auf den Arztberuf haben. So ist z.B. trotz der stetig wachsenden Anzahl von Ärzten die Arbeitsleistung pro Arzt in den letzten Jahren deutlich gesunken. Nicht aufgrund des Leistungspotenzials, sondern aufgrund ge-

setzunglicher Veränderungen wie z.B. dem Arbeitszeitgesetz. Angesichts der persönlichen Lebensziele der jüngeren Generation ist dies eine gesunde Entwicklung und hilft, den Arztberuf weiter attraktiv zu halten. Als Verband wollen wir diese Rahmenbedingungen mitbegleiten, lenken und unsere Mitglieder mittels der Verbandsorgane informieren. Zusätzlich bieten wir regelmäßige Informationen über unseren Newsletter.

Heißt das, die gedruckte Ausgabe einer Mitgliederzeitung wird mittelfristig ihr Existenzrecht nicht verlieren?

Nein, in unserem Newsletter setzen wir andere Schwerpunkte als in „BDI aktuell“. In ihm greifen wir interessante Urteile auf, weisen auf Fortbildungsveranstaltungen hin und berichten über Verbandsaktivitäten und -serviceleistungen. Aber wir nehmen natürlich den Trend zum digitalen Medium auf und stellen „BDI aktuell“ zusätzlich als App zur Verfügung. Eventuell wird sich dies langfristig auf die Auflage der gedruckten Version auswirken, aber nicht zur Frage der Existenzberechtigung führen.

Wie schafft es der BDI, sich über sein Kommunikationskonzept von anderen Verbänden abzugrenzen?

Es geht uns weniger darum, uns abzugrenzen, als eine gute Verbindung zu unseren Mitgliedern zu schaffen, in der Politik wahrgenommen zu werden und darüber aufzuklären, was wir als Verband leisten. Ich denke, dass uns dies über unseren Newsletter, die regelmäßigen Aussendungen und zahlreichen Gespräche mit Parteien, Krankenhäusern, Krankenkassen, Körperschaften und anderen Verbänden schon gut gelingt. Eine herausragende Stellung haben wir sicherlich durch unseren jährlich stattfindenden Deutschen Internistentag. Er vereint berufspolitische Diskussionsrunden mit fachlichem Fortbildungsprogramm und stellt gleichermaßen ein Forum für unsere Mitglieder und Funktionsträger dar. Mit diesem Format ist er einzigartig und ein Kompaktprogramm für jeden interessierten Internisten.

Was wir aber noch stärker fokussieren werden, ist unsere Darstellung in der Öffentlichkeit, d.h. über die Verbandsgrenzen hinaus. Viele Internistinnen und Internisten kennen die Vorteile einer Mitgliedschaft im BDI einfach nicht – obwohl wir diese stetig erweitern. Deshalb werden wir unseren Service und unsere fachlichen wie rechtlichen Kompetenzen medial neu aufbereiten. Im kommenden Jahr steht ein umfassender Relaunch unserer Website an, mit dem wir das Image des BDI modern und klar transportieren sowie Services, medizinische und rechtliche Inhalte leicht und prägnant zugänglich machen und nach außen tragen. Vor allem aber werden wir uns noch mehr unserem ärztlichen Nachwuchs zuwenden.

Wie können Sie recht früh an zukünftige Mitglieder herantreten oder anders gefragt: Würde sich eine Mitgliedschaft im BDI schon für den Medizinstudenten lohnen?

In jedem Fall! Wir stellen den Medizinstudenten ganz praktische Hilfen zur Verfügung, die das Studium erleichtern, so z.B. unsere Studis App. In Form eines Curriculums der Inhalte von Famulatur und PJ lassen sich mit ihr alle Schritte der Ausbildung bequem dokumentieren und bewerten. Man kann zusätzlich Berichte versenden, seine Termine verwalten und wichtige Kontakte hinterlegen – ein praktisches Rundum-Paket für diese Ausbildungsphase. Außerdem vergeben wir jedes Jahr ein Stipendium an Studenten, die ihre berufliche Zukunft im Bereich „Innere Medizin“ sehen. Auch rein finanziell lohnt es sich, Mitglied bei uns zu sein. Im Beitrittsjahr können Studenten schon alle Leistungen des Verbands nutzen und zahlen dafür nichts. Erst im zweiten Jahr fällt ein Jahresbeitrag von 50 Euro an. Inklusiv sind in diesem Betrag schon das Jahresabo von „Der Internist“ sowie „BDI aktuell“. Zusätzlich können Studenten vier Monate lang die Onlineplattform von Mediscript nutzen und an vielen BDI-Fortbildungen kostenfrei teilnehmen.

Können PDF-Archive und Newsletter tatsächlich das Informationsbedürfnis eines jungen Arztes decken? Brauchen Sie da nicht ganz neue Konzepte?

Als alleinige Quelle sind diese Medien sicher nicht ausreichend. Deshalb entwickeln wir Tools, die dem Informationsbedürfnis des ärztlichen Nachwuchses mehr entsprechen. Schon unsere Studis App bietet eine Übersicht über die einzelnen Weiterbildungsmöglichkeiten in der Inneren Medizin mit direkten Links zu detaillierten Informationen der Landesärztekammern. Unsere Verbandszeitung lässt sich als App installieren, über die Website berichten wir über die aktuellen politischen und medizinischen Entwicklungen und die Liste lässt sich fortführen. Vor der Überlegung, wie man junge Ärzte erreicht, steht meines Erachtens die Frage, welche Informationen sie benötigen, d.h. Qualität statt Quantität. Wir sehen beispielsweise vor allem einen Bedarf an technischer Unterstützung im Praxisalltag und bieten unseren Mitgliedern an, ihre eigene Praxis-Website und eine eigene Praxis-App einzurichten. Mittels der App können die Praxen nicht nur ihr Zeitmanagement verbessern. Mit dieser Anwendung können sie z.B. auch viele Patienten auf die fällige Grippeimpfung hinweisen, an Untersuchungstermine erinnern oder über veränderte Sprechzeiten und Notdienstregelungen informieren.

OER (Open Educational Resources - freie Lern- und Lehrmaterialien) ist eine Bewegung, die Verlage zittern lässt. Sieht sich der BDI auch als Content-Provider für Verbandsmitglieder? Erwarten die Mitglieder ggf. noch viel mehr kostenfrei zugängliche Inhalte?

Unsere Mitglieder haben schon lange die Möglichkeit, sich über unsere Website per E-Learning fortzubilden und ihre CME-Punkte zu sammeln. Wir überlegen derzeit, ob wir dieses Konzept weiter ausbauen.

Alle - auch die Berufsverbände - reden gerne vom selbstbestimmten Patienten. Aber wollen die Patienten denn überhaupt selbst bestimmen?

Patienten wollen sich garantiert nicht fremdbestimmt fühlen. Aber das Fachwissen für die richtige Entscheidung hinsichtlich Operationen und Behandlungsoptionen lässt sich ohne Beratung seitens eines Arztes schlecht treffen. Der Grad der Selbstbestimmtheit bzw. der Wunsch danach ist meines Erachtens abhängig vom Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Wie kann seriöse und unabhängige Beratung für Patienten Ihrer Meinung nach aussehen?

Es geht nichts über den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt. Bei einem guten Vertrauensverhältnis stellen Patienten nicht die Seriosität der Beratung infrage. Und sollten doch Zweifel entstehen, kann sich jeder Patient eine Zweitmeinung einholen. Dieses Prinzip funktioniert übrigens schon seit langem wunderbar. Doch erst jetzt soll es dafür gesetzliche Regelungen geben. Die dahinterstehenden Beweggründe lassen uns leider hellhörig werden. Der Gesetzgeber will die Einholung einer Zweitmeinung nur für Entscheidungen über elektive Eingriffe festlegen. Dies sind Behandlungen, die sehr häufig vorkommen und von angeblich wirtschaftlicher Bedeutung sind, wie z.B. Hüftoperationen. Man könnte vermuten, dass sich hier unter dem Siegel der Qualitätssicherung eine stille Rationierung anbahnt. Abgesehen davon wäre es sinnvoller, sich mit der Frage zu beschäftigen, was passiert, wenn die Zweitmeinung gegensätzlich ausfällt. Wer hilft dem Patienten dann weiter? Dazu sagt die gesetzliche Regelung leider nichts.

Sehen Sie sich in der Patientenkommunikation als Gegenpart zu den Interessenvertretern von Kassen, Apothekern und Pharmaindustrie?

Die Krankenkassen können als Verwalter der Beitragszahlungen nicht gleichzeitig Anwalt ihrer Versicherten, also der Patienten sein. Ansprechpartner Nummer eins der Patienten ist und bleibt der Arzt. Insofern bilden wir einen Gegenpart zu Kassen, Apothekern und Pharmaindustrie, da wir im Interesse der Ärzte handeln.

Ihr Blick in die Kristallkugel: Was wird sich in der Verbandskommunikation bis 2020 ändern?

Blickt man auf die Geschwindigkeit zurück, mit der sich das Kommunikationsverhalten auch bei Verbänden in den vergangenen fünf Jahren verändert hat, ist diese Prognose schwierig. Wahrscheinlich werden Verbände noch stärker die digitalen Medien nutzen, um ihre Tätigkeiten darzustellen und Services anzubieten. Hier sehe ich auch Potenzial im Bereich der Apps und Online-Datenbanken. Diese technischen Annehmlichkeiten bedienen aber nicht das Wesen eines Verbands. Erst die gelebte Verbandsphilosophie vor Ort und Kontaktknüpfung zu den Mitgliedern schaffen Sympathien, Identifikation und „Verbundenheit“. Mitgliederbindung erreichen wir nur durch den persönlichen menschlichen Kontakt. Aus diesem Grund wird Verbandskommunikation meiner Ansicht nach nie allein auf digitale Kommunikationsstrategien setzen. Der Erfolg unseres Verbands wird weiterhin abhängig von unseren persönlichen Kontakten zu Entscheidungsträgern sein und ganz wesentlich von engagierten Mitgliedern, die sich ebenfalls für die Belange der Internistinnen und Internisten auf Landes- und Bundesebene einsetzen.

Informationen sind fließend

Die wissenschaftlichen Bibliotheken bereiten sich auf den größten Wandel ihrer Geschichte vor



Dr. Rafael Ball,
Direktor der Universitätsbibliothek Regensburg

Herr Dr. Ball, Sie leiten eine der großen Universitätsbibliotheken in Deutschland. Aber Hand aufs Herz: Wie lange werden wir noch lokale Bibliotheken brauchen?

Wir werden Bibliotheken noch sehr lange brauchen und wir werden vor allem lokale Bibliotheken brauchen, denn nur zentrale Bibliotheken können durch digitale Inhalte zunehmend ersetzt werden. Der besondere Charme von lokalen Bibliotheksbeständen ist ja gerade die leichte Vorort-Verfügbarkeit von gedruckten Materialien, die nicht digital verfügbar sind. Lokale Bibliotheken werden deshalb sowohl für die physischen Bestände gebraucht, die es nach wie vor im Wissenschaftsbetrieb gibt und weiterhin geben wird, sie werden jedoch auch gebraucht als Arbeitsort, als Kommunikations- und Lernort, sie werden als Forschungs- und Denkraum gebraucht, oder, wie man heute modern sagt, als Learning oder Maker Spaces.

Lokale Bibliotheken werden also noch gebraucht, ihre Funktion als klassische Bibliothek werden sie allerdings nur noch zum Teil erfüllen müssen, da sie weitaus mehr neue, andere, dienstleistungsorientierte Aufgaben erfüllen werden, die mit dem klassischen Bibliotheksbegriff nicht mehr übereinstimmen.

Vor 20 Jahren mussten Bibliotheken vor allem Archivieren und Katalogisieren. Das wird heute größtenteils von Google erledigt. Welchen Mehrwert können Sie als Bibliothek noch bieten?

Das ist vollkommen korrekt, viele Aufgaben in der digitalen Welt werden schon heute (und in der Zukunft zunehmend) von Maschinen und Geräten erledigt, so auch das Katalogisieren und Strukturieren von digitalen Dokumenten. Dazu ist intellektuelle Leistung kaum mehr erforderlich. Große amerikanische Bibliothekssysteme, z.B. das Boston Library System, setzt heute noch zwei professionelle Katalogisierer ein. Alles andere, z.B. das sogenannte Copy Cataloging, erledigen Maschinen oder Hilfskräfte.

Bibliotheken bieten aber Mehrwerte gegenüber klassischen Suchmaschinen wie Google, indem sie Informationen strukturiert aufbereiten, in spezifische Kontexte einbinden, die Verbindung von physischen und digitalen Inhalten konstruieren und realisieren, sowie Zugänge für Informationen hinter der Pay-Wall organisieren. Diesen Bereich an Bezahlinformation darf man nicht vernachlässigen. Sie sind nicht frei im Internet verfügbar und der persönliche Kauf dieser Dokumente überfordert bei Weitem die Möglichkeiten von Wissenschaftlern und Studierenden.

Bibliotheken können deshalb in vielen Bereichen auf der Basis der allgemein zugänglichen, freien, digitalen Inhalte des Web, die im Wesentlichen durch Google erschlossen werden, aufsetzen und darüber hinaus Mehrwertdienste anbieten, die von Wissenschaft und Studierenden gebraucht und genutzt werden.

Die Verlage haben viel Geld in die Digitalisierung ihrer Zeitschriften und Bücher gesteckt. Im Prinzip sind die eJournals und eBooks, die dabei herauskamen, aber doch auch schon überholt, oder?

Ihre Frage zielt eindeutig auf die Veränderung der Medienform. Sie haben tatsächlich Recht, dass die 1:1-Übertragung von analogen Medien und ihrer Strukturen, z.B. Bücher oder Zeitschriften, in eBooks und eJournals ein Zwischenstadium charakterisiert, das heute bereits überholt ist. Die digitale Welt bietet weit mehr als die Möglichkeit, analoge Inhalte auf dem Bildschirm eines Computers abzubilden.

Das ist nicht das, was wir wirklich wollen und was einen echten Mehrwert bietet. Selbstverständlich (und hier trifft das Argument der digitalen Gegner immer wieder zu), liest man ein gedrucktes Buch schneller und einfacher als die gleichen Seiten auf einem Bildschirm. Allerdings – und hier sind wir schon einen Schritt weiter – reden wir in der Zukunft über digital-born-Materialien, also Inhalte, die genuin digital erstellt und verbreitet werden. Wer heute ein Buch für die digitale Umgebung schreibt, wird es nicht mehr so schreiben, wie er es für den gedruckten analogen Markt früher getan hat. Aber auch das müssen Autoren erst lernen.

Vor diesem Hintergrund sind neue digitale Medien und Informationen qualitativ andere Medienformen: Sie sind mehr als die einfache Übertragung analoger Bücher und Zeitschriften auf den Bildschirm eines Computers. Und diesen Mehrwert müssen alle an der Publikationskette Beteiligten nutzen: Angefangen von den Autoren, über die Verlage (bei der Produktion dieser echten Multimedia-Produkte) und Händler (die vielleicht in dieser Kette eine zunehmend weniger wichtige Rolle spielen werden), bis hin zu den Bibliotheken und zum Leser. Sowohl Autor wie Leser. Autor und Leser (der mehr denn je in der digitalen Umgebung ein Nutzer ist) echter digitaler Multimedia-Produkte gehen anders damit um als mit einem gedruckten Pendant. Der nächste Schritt in der digitalen Sukzessionslinie sind dann die liquiden Dokumente: Also Inhalte, die per se nicht abgeschlossen sind und permanent fortgeschrieben werden.

Wie kann eine Bibliothek solche „liquiden Dokumente“, von denen Sie reden, vorhalten? Macht da Archivieren überhaupt Sinn?

Liquide Dokumente sind gewissermaßen die Klimax von digitalen multimedialen Objekten und Dokumenten. Liquide Dokumente sind eigentlich keine Dokumente, denn das Wort „Dokument“ beinhaltet eine Abgeschlossenheit, ein klares Ende eines Schriftstücks, eines Inhaltes, was für liquide Dokumente per se nicht gilt. Liquide Dokumente sind deshalb keine echten Dokumente, sie sind Inhalte, die permanent fortgeschrieben werden: Sie sind am besten vergleichbar mit dem aktuell vorhandenen Medienformat eines Portals. Solche Portale im klassischen Sinne zu archivieren, macht keinen Sinn. Bestenfalls sichert man den Zugang zu diesen Portalen und führt definierte

„Zählerstände“ von Zeit zu Zeit einer Archivierung zu. Dies aber nicht in einem permanenten Sinne.

Vor diesem Hintergrund zeichnet sich die Auflösung der kontinuierlichen, diskreten Schritte in der Entwicklung der Erkenntnis hin zu einem fließenden Erkenntnisfortschritt ab. Wir müssen uns also – und dies greift weiter als auf den Begriff der Bibliothek – davon verabschieden, dass das Wissen in klaren Sprüngen und konstanten Schritten in Form fester Dokumente, Veröffentlichungen und Büchern weitergegeben wird, sondern sich in einem kontinuierlichen Wissensfluss weiterentwickelt.

Und wem gehören diese Dokumente? Wirft das nicht viele Copyright- und Lizenzfragen auf?

Copyright- und Lizenzfragen, oder auch Fragen nach dem Eigentumsrecht von klassischen oder liquiden Dokumenten, sind ein ganz zentrales Thema. Das bisherige Verständnis von Urheberrecht und geistigem Eigentum, das sich erst seit dem 18. Jahrhundert entwickelt hat, ist an festgeschriebene Dokumente gekoppelt. Bis dahin galt nur der Diebstahl eines Buches als Straftat, nicht aber das Abschreiben, also das Kopieren. Wir hätten heute kaum mehr Zugriff auf Bücher aus dem Mittelalter, wenn sie nicht – frei von Copyright – hätten beliebig oft kopiert werden können.

Ein klassisches Urheberrecht, das auf festen Dokumenten basiert, ist aber mit dem liquiden, fließenden Erkenntniszuwachs kaum mehr zu vereinbaren. Selbstverständlich wird es Bereiche geben, in denen mit der Produktion von Inhalten Geld verdient werden muss, z.B. im Bereich der Belletristik oder der Lehrbuchproduktion. Aber im Bereich der primären Wissenschaft wird man sich von der starren Vorstellung alter juristischer Besitzstandsansprüche (oder „Erkenntnisstandsansprüche“) langfristig verabschieden müssen. Auch die Vorstellung, dass jeder einzelne Wissenschaftler seine Karriere und sein Image durch das Veröffentlichen von Papern und Büchern dokumentieren muss, wird sich ändern müssen. Wem es letztlich um den Fortschritt der Erkenntnis geht, kann nicht kleinlich auf Eigentumsrechte und Copyrights bestehen. Wie dies dann in die Hierarchisierung, Karriereentwicklung und Berufungssysteme von Wissenschaftlern, etwa

an Universitäten und akademischen Forschungseinrichtungen passt, ist eine Frage, die Politik und Wissenschaftsmanagement zu klären haben. Die Veränderung unserer Welt, insbesondere der Welt der Kommunikation auf digitaler Basis, wird aber auch diese alte Tradition des „es gehört mir“, „ich habe Anspruch auf“ und „ich bin der Inhaber dieses Rechtes“, verändern können.

Wer heute an der Hochschule Karriere machen will, braucht vor allem eins: Viele Veröffentlichungen in hochrangigen Publikationen. Stellen Ihre „liquiden Dokumente“ dieses System nicht völlig infrage?

Die Frage nach Publikationen und ihren Stellenwert, etwa in der Karriereplanung, ist mit liquiden Dokumenten noch völlig offen. Wie bereits erläutert, ist das System der bisherigen Karriereentwicklung und Belohnungssysteme auf der Basis von Publikationen, ihrer Bedeutung und ihrer Wahrnehmung anhand von Zitaten eine Vorstellung, die auf konkreten distinkten Dokumenten beruht. Die Veränderung unserer Welt hin zu einer digital basierten wird auch die Beurteilung der Leistung eines Wissenschaftlers neu definieren. Im Zeitalter der liquiden Dokumente wird sich niemand mehr auf einzelne Erkenntnisstückchen und Mosaiksteinchen berufen können, die er oder sie zum Erkenntnisfortschritt beigetragen hat. Antworten darauf können nur Wissenschaftspolitik und Wissenschaftsmanagement geben. Gefährlich ist es allerdings in dieser Übergangszeit, dass viele der Verantwortungs- und Entscheidungsträger noch im alten System verharren und die neuen Möglichkeiten der Leistungserkennung auf Basis einer neuen Medienrealität, weder erkennen noch umsetzen.

Können Sie uns bitte einmal an einem konkreten Beispiel beschreiben, wie der Informationsaustausch zwischen Ihnen und Ihren Kunden heute aussieht?

Der Informationsaustausch zwischen Bibliothek und Kunden ist heute ein sehr direkter. Ein konkretes Beispiel sind etwa Physiker, die in einem Sonderforschungsbereich Experimente und Fragestellungen diskutieren, bearbeiten und dabei eine große Menge von Daten produzieren. Sie kommen ganz informell und unkompliziert zu den Fachleuten der Bibliothek, sprechen uns an und klären zusammen mit der Bibliothek, in welcher Form etwa diese Forschungsdaten gehostet, archiviert und zur Verfügung gestellt werden können.

Dieser Informationsaustausch und der direkte Kontakt mit den Kunden aus der Wissenschaft erfordert, dass Bibliothekarinnen und Bibliothekare verstehen, wie Wissenschaft funktioniert, dass sie ganz nah bei ihren Kunden sind und sich auch informieren, wie diese Kunden heute Wissenschaft betreiben.

Für den Kontakt mit Studierenden etwa nutzen wir alle möglichen Kanäle des 21. Jahrhunderts: Webseite, Newsletter, Soziale Medien. Auch hier sind die Übergänge zwischen formaler und informeller Kommunikation fließend: Ein Phänomen, mit dem wir alle noch besser umzugehen lernen müssen. Auch hier gilt: Die Kommunikation auf digitaler Basis löst klassische (Kommunikations)Strukturen auf und eröffnet gleichzeitig viele neue Optionen, die zunehmend informell-fließend und nicht mehr statisch-bürokratisch sind.

Was wird sich daran im Zeithorizont bis 2020 ändern?

In den nächsten zehn bis fünfzehn Jahren wird sich an dieser grundlegenden Form der Kommunikation und des Informationsaustausches zwischen Bibliothek, Wissenschaft und Studierenden nichts grundlegend ändern. Der Informationsaustausch wird allerdings intensiver und er wird direkter werden. Die Zeiten sind vorbei, in denen Bibliothekare in ihren eigenen Büros sitzen und sich überlegen, was für Wissenschaft und Lehre gut ist, Inhalte beschaffen und Dienstleistungen erfinden. Viel wichtiger wird eine

enge Zusammenarbeit, wie es das Wort vom „embedded librarian“, das ja nicht mehr ganz neu ist, aber meint: Bibliothekarinnen und Bibliothekare müssen da sein, wo Mehrwertdienste im Bereich Information, Publikation und Datenmanagement an Universitäten gebraucht werden. Sie können sich nicht mehr zurückziehen und ihre eigenen Prozesse pflegen. Dies werden künftig, wie bereits erwähnt, Automaten und Computer erledigen. Der direkte Kontakt mit den Kunden wird auch die Bibliothek überleben lassen, weil er zeigt, dass Bibliothekarinnen und Bibliothekare, als Informationsspezialisten, Dienste und Unterstützung bieten, die in der Wissenschaft und bei den Studierenden nicht selbstverständlich sind und die sowohl den Output der Forschenden als auch die Studierfähigkeit der Studenten verbessern helfen.

Sie beschäftigen sich ja auch mit „Nutzerforschung“. Welche Services wünschen sich denn Ihre Bibliothekskunden?

Die Wünsche der Bibliothekskunden sind immer eine wichtige Information für die Entwicklung unserer Dienste. Allerdings sind die Wünsche durchaus nicht spektakulär, innovativ und zukunftsgerichtet, wie man sich das vielleicht vorstellt. Bibliothekskunden erwarten mehr Inhalte (also mehr Subskriptionen und Lizenzen), sie wünschen sich ruhige Leseplätze, aber auch Kommunikationsorte und Gruppen-räume, sie wünschen sich eine Betreuung durch die Bibliothekarinnen und Bibliothekare und sie erwarten aber gleichzeitig, alle Informationen elektronisch auf jedem Gerät, an jedem Ort und zu jeder Zeit verfügbar zu haben. Alle diese Wünsche sind verständlich, viele davon sind allerdings rein finanziell nicht leistbar.

Aber auch hier gilt, was Henry Ford schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts formuliert hat: Hätte er die Menschen seiner Zeit gefragt, ob sie ein Auto wollen, so hätten alle nein gesagt. Vor diesem Hintergrund müssen Bibliotheken auch Dienste anbieten, die Bibliothekskunden nicht konkret wünschen oder fordern, sondern die ihnen zeigen, was eigentlich noch machbar ist und was jenseits des scheinbar Denkbaren heute – vor allem auf der Basis digitaler Inhalte – schon realisiert werden kann.

Bisher haben Sie vor allem interne Kunden (Wissenschaftler und Studenten) mit externer Information (von Verlagen und anderen Anbietern) versorgt. Mit den MOOCs werden die Universitäten auf einmal zum globalen Contentprovider. Wie kann die Bibliothek hier unterstützen?

MOOCs werden die Bildungswelt revolutionieren. Noch gibt es große Bedenken, noch werden MOOCs von vielen Universitäten als reine Spielerei oder gar als Dilettantismus abgetan. Tatsächlich jedoch gibt es Bereiche, in denen die flexiblen Selbstlernmöglichkeiten auf der digitalen Basis mit MOOCs ausreichend sind. Dies gilt vor allem für die Vermittlung von Grundwissen und Basisinformationen. So etwa muss heute nicht mehr in aller Welt tausendfach redundant Anfängerkwissen in überfüllten Hörsälen vermittelt werden. Anfängervorlesungen in der Betriebswirtschaftslehre, Einführungen aller Art, Grundlagen der Physik, Mathematik oder der Soziologie sind heute weltweit identisch und können über MOOCs abgebildet werden. Hier ergibt sich ein riesiges Potenzial, das die Bildungseinrichtungen künftig nutzen werden, um Studierenden Inhalte und Bildung auch methodisch hoch differenziert anbieten zu können. Bibliotheken werden diese Online-Learning-Kurse massiv unterstützen können, indem sie in Zusammenarbeit mit den Entwicklern und Dozenten der MOOCs-Kurse, Primär- und Sekundärinformationen bereitstellen sowie entsprechende Materialien einspielen und Kontexte herstellen. Die Bibliothek wird die Lehrenden und Lernenden in der E-Learning-Umgebung eines MOOCs genauso unterstützen wie in einer physischen, konkreten Situation der Universität.

Sensoren und Geo-Daten für medizinische Anwendungen

Das Potenzial der neuen Fachdisziplin
HealthGIS



Prof. Dr. Ing. Klaus Böhm,
Geoinformatiker,
Hochschule Mainz

Herr Professor Böhm, Sie haben 2013 den Innovationspreis Rheinland-Pfalz gewonnen. Worum ging es?

Ich habe mich eingehend mit der Thematik eines persönlichen Pollenexpositions- und Beschwerdeprofils beschäftigt. Die gemeinsam mit T. Sehlinger (Bluestone Technology GmbH) entwickelte Lösung besteht aus dem Pollensammler – einer Art Mini-Pollenfalle – und einer speziellen App. Der Pollensammler ist ein kleines Gerät, welches Allergiker vielleicht schon in naher Zukunft am Körper tragen können. Es erfasst in konfigurierbaren Abständen die in der direkten Umgebungsluft vorhandenen Pollen, indem es diese auf einem Streifen mit haftendem Material sammelt. Der Streifen wird in einer Kassette des Geräts in regelmäßigen Abständen weiter transportiert, wodurch ein chronologisches Pollenprofil entsteht. Parallel dazu speichert das Gerät ergänzende Daten wie geografische Position, Luftdruck, Feuchtigkeit und Temperatur. Mithilfe der App trägt jeder Allergiker die subjektiv empfundene Stärke von Symptomen bei Nase, Bronchien und Augen in eine Art Tagebuch ein und speichert diese in einem zentralen Service. Damit ist es möglich, körperliche Symptome mit Pollenkonzentrationen in Verbindung zu setzen und damit einen wichtigen Beitrag zur Steigerung der Effizienz und Verbesserung der Qualität in klinischen Studien und personalisierten Therapien zu leisten.

Wie kommt ein Geoinformatiker zu medizinischen Themen?

Die Distanz zwischen Geoinformatik und medizinischen Themen ist tatsächlich kürzer als man spontan denken würde. Die Geoinformatik be-

schäftigt sich unter anderem damit, Daten mit einem räumlichen, zeitlichen und geografischen Bezug zu analysieren und zu verstehen. Im Gesundheitswesen gibt es eine sehr große Zahl von sehr heterogenen Daten, deren Verständnis bei Weitem nicht trivial ist. Um die Inhalte dieser Daten für Stakeholder verständlich und interpretierbar zu machen, sind spezielle Analyse und Visualisierungsverfahren notwendig. Durch die Einbeziehung der räumlichen Komponenten bei den Analyse- und Visualisierungsprozessen wird der Erkenntnisgewinn signifikant gesteigert. So lassen sich beispielsweise zeitliche und räumliche Verteilung von Krankheiten regional, national und auch international auf Karten darstellen und dann auch vergleichen. Ein weiteres sehr aktuelles Thema in diesem Kontext ist die Analyse der Versorgungsqualität insbesondere im ländlichen Bereich. Hier ist die Einbeziehung der räumlichen Aspekte unerlässlich.

Da scheint sich aktuell ein neuer Begriff zu etablieren: HealthGIS ...

Ja, ganz richtig. Unter dem Begriff HealthGIS hat sich inzwischen eine eigene Unterdisziplin herauskristallisiert. Im Gebiet HealthGIS (GIS steht für Geoinformationssysteme) werden verschiedene Disziplinen in ihrer Schnittmenge integriert. Geographie, Medizin und Public Health schmelzen hier zusammen, da die Betrachtung raumbezogener Daten von hoher Relevanz ist. Die neuartigen Methoden, aber auch eine veränderte Herangehensweise erlauben völlig neue Fragestellungen und liefern neue Erkenntnisse.

Gibt es schon marktreife Produkte oder Anwendungen Ihrer Forschungsarbeit?

Die Entwicklung im Kontext des bereits erwähnten Mini-Pollensammlers und die Aufzeichnung der Beschwerdeprofile sind bereits weit fortgeschritten. Aktuell befindet sich sowohl die Hardware, die Software als auch die Infrastruktur in einem Vor-Produktstadium. Im Bereich der raum- und zeitbezogenen Analyse von komplexen Zusammenhängen im Gesundheitswesen wurden bereits marktfähige Produkte entwickelt. Ein Beispiel ist der QB-Analyzer, eine webbasierte Analysesoftware zur schnellen und einfachen Ermittlung von Potenzialen im Krankenhausmarkt; Datenquelle

ist dabei die Referenzdatenbank zu den maschinenverwertbaren Qualitätsberichten der Krankenhäuser des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der Transfer von der Forschung in den Markt ist uns schon mehrfach geglückt.

Der Gesundheitsmarkt ist anscheinend auch ein Lieblingsgebiet von Apple. Was halten Sie vom HealthKit?

Aus meiner Sicht war dies ein konsequenter Schritt von Apple, um die heterogenen Daten von unterschiedlichen App- und Sensoranbietern unter einen Hut zu bringen. Ich halte es für eine gute Idee, denn nur ein großer Plattformanbieter kann einen quasi Standard etablieren, der über den proprietären Formaten der anderen Anbieter steht.

Zudem ist die Möglichkeit einer Betrachtung unterschiedlicher Daten aus verschiedenen Sensor-Quellen erst das wirklich Interessante. Aktuell erhält der Nutzer für spezielle Anwendungsszenarios angepasste Auswertungen, z.B. aus dem Sportbereich. Es werden parallel zwar viele Daten mit unterschiedlichen Zielrichtungen erfasst, eine App-übergreifende Analyse bleibt in der Regel aus. Daher ist die Zusammenführung - im Idealfall aller Daten eine ideale Basis für eine umfassende individuelle Analyse. Für den Arzt könnten diese Informationen wertvolle Hinweise bei der Diagnose liefern und therapiebegleitend eingesetzt werden.

Software als Lieferant medizinischer Information, wie neu ist das?

Die Daten, die heute mit Sensoren und Apps gesammelt werden, sind nicht neu. Deren Auswertung ist bereits seit Jahrzehnten ärztliches Tagesgeschäft. Auch die Einbeziehung von Software zur Stellung von Diagnosen ist seit den 1970er-Jahren in der Medizin verfügbar. Ich denke vor allem an medizinische Expertensysteme wie MYCIN, CASNET, INTERNIST etc. Hier wurden „wissensbasierte“ Ansätze zur medizinischen Entscheidungsunterstützung untersucht; Zielsetzung war die Simulation eines menschlichen Experten. Keiner der damaligen Ansätze hat sich wirklich durchgesetzt.

Heute haben wir eine andere technologische Ausgangssituation. Durch die aktuelle Entwicklung der Low-cost-Sensoren und deren Verbindung

mit dem Smartphone (als Synonym für hochperformante Computer im Taschenformat) wird es plötzlich für den Endanwender bzw. Patienten völlig neue Möglichkeiten geben.

Soll die App den Arzt ersetzen?

Keinesfalls. Die Daten, die durch die Sensoren gesammelt werden, enthalten wertvolle Informationen, die der Arzt in der Diagnose nutzen kann. Weiterhin kann eine App den Therapieerfolg überwachen. Trotz der tollen technischen Möglichkeiten bin ich fest davon überzeugt, dass nur ein Arzt mit seinem Wissen und seiner Erfahrung die Information von Sensoren und Apps korrekt interpretieren kann. Dennoch wird es für den Arzt eine gewisse Umstellung bedeuten. In der Vergangenheit gab es bereits die Bewegung hin zum „aufgeklärten Patienten“. In der Zukunft wird der Patient zudem mit eigenen Analysedaten beim Arzt erscheinen. Aus technologischer Sicht erscheint mir auch das Thema der Schnittstellen relevant. Nur wenn die von Patienten gesammelten Daten vom Arzt auch ausgewertet werden können, funktioniert diese Idee. Die Suche nach gemeinsamen Standards wird uns Informatiker noch beschäftigen.

Die sogenannte „QuantifiedSelf“-Bewegung wächst. Ist das mehr als ein momentaner Hype?

Ich bin nicht sicher, wie neu diese Bewegung wirklich ist. Es liegt im Interesse der Menschen, gewisse Aspekte über sich selbst zu protokollieren und zu verstehen. Schon vor der Smartphone-Ära haben sich viele Betroffene z.B. in Form von speziellen Tagebüchern Information zu Symptomen notiert. Die neuen Technologien erfüllen aus meiner Sicht diese offensichtlich vorhandenen Bedürfnisse – nur eben auf eine für den User viel komfortablere Art und Weise.

Wie so oft bei der Verfügbarkeit von neuen Technologien ergibt sich derzeit ein Hype, dass jeder alles über sich aufzeichnen – und leider auch verbreiten will. Ich gehe davon aus, dass sich dies jedoch einpendelt und sich auf zielgerichtete, sinnvolle Anwendungen fokussieren wird.

Hier lautet die Gretchenfrage: „Wie halten Sie es mit der Datensicherheit?“

Diese ist sicherlich die zentrale Fragestellung im Kontext von Daten im Gesundheitswesen überhaupt und Gegenstand einer separaten Diskussion. Für alle persönlichen Daten, die durch Apps etc. generiert werden, wünsche ich mir zumindest, dass ein Sicherheits-Mindeststandard eingehalten wird und diese entsprechend verschlüsselt werden. Idealerweise werden Hardware-unterstützte Verfahren eingesetzt, die robust auch bei Verlust oder Diebstahl eines Smartphones schützen. In diesem Zusammenhang ist zentral zu fragen, wem gehören denn eigentlich die Patientendaten? Die mit Apps gesammelten Daten sind natürlich für unterschiedliche Bereiche hochinteressant, z.B. für das Marketing aber auch für Versicherungen. Daher ist die Sicherstellung von essenzieller Bedeutung, dass die Daten nicht ohne Zustimmung weitergegeben oder gar verkauft werden.

Ihre Prognose für 2020?

Ich persönlich möchte mich auf das Thema HealthGIS weiter fokussieren. Nach meiner Überzeugung werden durch den Einsatz von GIS neue Erkenntnisse in den medizinischen Gebieten Epidemiologie, Umweltmedizin, Versorgungsforschung möglich. Bei aktuellen Epidemien, wie die für die betroffenen afrikanischen Länder verheerende Ebola-Krise, wären weitere geobezogene Analysen zur Ausbreitung etc. sicherlich sehr hilfreich.

Auf dem Gebiet HealthGIS sind noch viele Fragestellungen vertiefend zu betrachten. Dazu zählen z.B.:

- geeignete – für die Stakeholder im Gesundheitswesen angepasste – interaktive Visualisierungsformen
- neue Analyseverfahren unter Einbeziehung unterschiedlichster heterogener Umgebungsinformation – zum Auffinden von räumlichen Mustern
- die Möglichkeit, aus zeit- und ortsbezogenen Analysen der Vergangenheit Annahmen für zukünftige Entwicklungen zu treffen – im Sinne eines decision support systems

Der selbstbestimmte Patient

Versorgungsrelevante Entscheidungen durch eine qualifizierte Einbeziehung der Patienten



Frau Liesener, seit Jahren wächst der Stellenwert des „Erfahrungswissens“ von Patienten. Können wir heute von einer Patientenorientierung im Gesundheitswesen reden?

Antje Liesener,
Leiterin Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen

Theoretisch ja, praktisch sind wir zumindest auf einem guten Weg dorthin. Eine wesentliche Voraussetzung für erfolgreiche Patientenorientierung im Gesundheitswesen ist die systematische und qualifizierte Beteiligung von Patientinnen und Patienten an versorgungsrelevanten Entscheidungen. Nur so können Patienten ihre Sichtweisen, Kompetenzen, Interessen und Bedürfnisse regelhaft einbringen. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2003 wurde hierfür der rechtliche Rahmen geschaffen: Patienten haben seitdem ein verbrieftes Recht auf Beteiligung in unterschiedlichen Gremien, die für die Gestaltung unseres Gesundheitswesens maßgeblich sind, wie z.B. dem Gemeinsamen Bundesausschuss von Ärzten und Krankenkassen, der festlegt, welche Behandlungs- und Diagnosemethoden in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen und von ihnen finanziert werden. Auch das Patientenrechtegesetz weist in diese Richtung und trägt dazu bei, dass Patientinnen und Patienten besser informiert sind und auf Basis dieser Informiertheit ihre eigenen Interessen kompetent vertreten und an Entscheidungen informiert mitwirken können.

Die formalen Beteiligungsmöglichkeiten sind also vielfach gegeben, allerdings ist die praktische Umsetzung oftmals schwierig. Sehr häufig fehlen geeignete Rahmenbedingungen, wie z.B. eine gesicherte Finanzierung und Qualifizierung von Patientenvertretung oder vor Ort verfasste Beteiligungsrechte. Die konkreten Beteiligungsmöglichkeiten, -verfahren und -strukturen sind weder für die Beteiligten noch für die Öffentlichkeit hinreichend

transparent gestaltet. Patienten werden noch zu selten systematisch in Entscheidungsprozesse einbezogen.

Hier setzen wir mit unserem Konzept „Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal“ an, das im Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen von Vertretern der Selbsthilfe und Gesundheitseinrichtungen gemeinsam entwickelt wurde. Wir ermutigen und fördern sowohl Gesundheitseinrichtungen, ihre Patientenorientierung durch eine systematische und strukturierte Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe als organisierter Patientenschaft auszubauen. Gleichzeitig unterstützen wir die Selbsthilfe, sich als verlässlicher und qualifizierter Partner für eine Zusammenarbeit zur Verfügung zu stellen.

Sehen Sie sich als Gegenpart zu den Interessenvertretern von Ärzten, Apothekern und der Pharmaindustrie?

Ich verstehe mich in meiner Tätigkeit für das Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit eher als Ergänzung und manchmal als Korrektiv. Im Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit arbeiten wir daran, dass Patienten regelhaft und strukturiert an der Planung und Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung beteiligt werden. Dafür bringen wir die verschiedenen Akteure an einen Tisch, um gegensätzliche Interessen durch die Formulierung gemeinsamer Ziele zu überwinden. Auf diese Weise wollen wir dazu beitragen, dass in der Patientenversorgung nicht vorrangig wirtschaftliche und standespolitische Interessen von Leistungsträgern, Leistungserbringern und anderen, wie z.B. der Pharmaindustrie dominieren, sondern die Interessen von Patienten, chronisch Kranken und Behinderten zielführend werden und bleiben.

Wir sind uns dabei bewusst, dass das Gesundheitswesen als bedeutender wirtschaftlicher Sektor sehr starken Konkurrenzen unterliegt. Wichtig ist uns aber, dass die Deutungshoheit zum Thema Patientenorientierung in der Hand der Patienten verbleibt. Was hier gut und richtig ist, können nur die Betroffenen selbst bewerten. Gerade weil die Interessen der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen teilweise so unterschiedlich sind, gilt es achtsam zu sein und sichtbar zu machen, wo Entwicklungen zum Wohle

der Patienten beitragen und wo sie dem Patientenwohl zuwider laufen. Und das können Patienten natürlich selbst am allerbesten.

Im Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit fördern wir deshalb eine Kultur des Miteinanders, in der voneinander gelernt und miteinander gearbeitet wird und in der die Rolle der Patienten so gestärkt wird, dass sie ihre Interessen kompetent selbst vertreten können.

Alle reden vom selbstbestimmten Patienten. Aber wollen die Patienten denn überhaupt selbst bestimmen?

Dazu gibt es eindeutige wissenschaftliche Aussagen: Nehmen Sie zum Beispiel die Ergebnisse des Projekts „Patient als Partner“: Danach möchten über 70% der Patientinnen und Patienten allein oder gemeinsam mit dem Arzt über ihre Behandlung entscheiden [1]. Und selbst die Patienten, die die Entscheidung allein dem Arzt überlassen möchten, gehen doch davon aus, dass dieser ihre persönlichen Werte und Vorlieben kennt und mit einbezieht. Die Frage ist also nicht mehr länger, ob Patienten selbstbestimmen wollen, sondern wie sie dies können.

Unsere Erfahrung ist, dass informierte Laien sehr kompetent die Bedürfnisse und den Bedarf von Patienten vertreten können – sie müssen allerdings auf Rahmenbedingungen treffen, die das strukturell ermöglichen und die begrenzten Ressourcen der Betroffenen hinsichtlich zeitlichen und finanziellen Kapazitäten, aber auch kognitiven oder körperlichen Einschränkungen berücksichtigen. Wer Patienten-orientierung ernst meint, darf diese Aspekte nicht außer Acht lassen.

Was müssen wir ändern, um zu mehr Selbstbestimmung der Patienten zu kommen?

Formal ist die Möglichkeit zur Selbstbestimmung durch das Recht des Patienten auf Information und Behandlung nur nach Einwilligung festgeschrieben.

Patienten muss dann aber auch ermöglicht werden, ihre Rolle als mündiger Patient ernsthaft wahrzunehmen, sei es als Patientenvertretung oder im Rahmen der eigenen Behandlung. Patienten benötigen hierfür in erster Linie qualitativ hochwertige, unabhängige Information, die sie in die Lage versetzt, den gleichberechtigten Dialog mit den Fachkräften zu führen. Patienten möchten ausführlich über ihre Behandlung, über Risiken und Nebenwirkungen und auch schlechte Prognosen informiert werden. Sie müssen wissen, welche Alternativen es gibt und welche Konsequenzen eine Entscheidung haben kann. Dafür sind sie auf Ärzte, Therapeuten und andere medizinische Fachkräfte angewiesen, die sie umfassend beraten. Und schließlich gehört dazu meines Erachtens auch der unmittelbare Zugang zu den eigenen medizinischen Daten.

Außerdem benötigen Patienten ein Umfeld, das ihnen signalisiert, dass die Entscheidungskompetenz bei ihnen verbleibt. Denn ganz grundlegend ist die Frage der Selbstbestimmung eine Handlungsfrage: Patientensouveränität wird nur dort ermöglicht und gefördert, wo Betroffene als Experten in eigener Sache anerkannt und respektiert werden. Wer selbst bestimmt, bleibt zugleich in der aktiven Rolle, was sich positiv auf die Compliance, auf die Krankheitsakzeptanz und Krankheitsbewältigung auswirkt. Das gilt sowohl für den einzelnen Patienten im Behandlungsprozess, als auch für Aktive in der Patientenvertretung: Die Akzeptanz für Entscheidungen, die die eigenen Bedürfnisse berücksichtigen, ist größer als ein durch Dritte verordneter Beschluss.

In der konkreten Arzt-Patient-Beziehung hat sich in den letzten Jahrzehnten viel verändert. Eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung ist heute meistens selbstverständlich. Zwar gibt es Patientengruppen, die für die aktive Ausübung einer mündigen Patientenrolle weitere Unterstützung benötigen, z.B. weil kommunikative, kognitive oder andere, den Verhältnissen zuzuordnende Barrieren vorhanden sind. Ich denke hier z.B. an Menschen

mit Behinderungen, mit fehlenden Sprachkenntnissen oder auch Kinder. Grundsätzlich sind aber alle Menschen in der Lage, ihre Bedürfnisse und Anliegen zu formulieren, sei es mit bestimmten Hilfsmitteln oder mithilfe der Unterstützung von Angehörigen. Wir müssen im Gesundheitswesen Räume schaffen, in denen allen Menschen – individuell und auf ihre Bedürfnisse bezogen – ermöglicht wird, selbstbestimmt zu handeln.

Selbst in Fachkreisen werden viele Diskussionen kontrovers geführt. Wie sollen Patienten ohne fachliches Hintergrundwissen da mitreden können?

Indem sie in dieser Diskussion die Betroffenenkompetenz vertreten. Nicht mehr und nicht weniger. Patientenvertreter wollen, können und sollen gar nicht fachlich, i.S. von medizinisch – technisch oder finanzpolitischen Details mit diskutieren. Das wäre eine merkwürdige Erwartungshaltung. Sie können aber ihr Erfahrungswissen einbringen und vor dem Hintergrund ihrer Betroffenheit bewerten, wie sich bestimmte Entscheidungen auf ihre Situation auswirken werden.

In diesem Sinne können sie die fachliche Diskussion begleiten, um immer wieder den Fokus auf die Bedürfnisse von Patienten zu richten. Ihre Aufgabe als Patientenvertretung ist es, darauf zu achten, dass die Bedeutung von Entscheidungen für die Lebensqualität Einzelner nicht aus dem Blick gerät.

Wie sollte seriöse und unabhängige Information und Beratung für Patienten Ihrer Meinung nach aussehen?

Unabhängige Information und Beratung für Patienten muss transparent, fachlich fundiert und umfassend sein.

- Transparent heißt, dass deutlich wird, wer hinter welchen Angeboten und Informationen mit welchen Interessen steckt, woher diese Informationen stammen und wie sie zustande gekommen sind.
- Fachlich fundiert bedeutet, dass die Informationen auf dem neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand beruhen.
- Umfassend heißt, dass auch auf Unwägbarkeiten, Unklarheiten und offene Fragen hingewiesen wird – oder auf die Abweichung im Einzelfall. Wo es keine Evidenz gibt, ist dies anzugeben.

Nur auf der Grundlage unabhängiger und seriöser Information können Patienten individuelle Entscheidungen treffen.

Mit der Qualität und Transparenz bei Gesundheitsinformation ist es aktuell aber nicht so einfach. Vielen Patienten ist nicht klar, ob sie im Einzelfall eine sachlich und unabhängig recherchierte Information oder eine versteckte Produktwerbung in Händen halten. Das betrifft die Infobroschüren aus dem Wartezimmer der Arztpraxis ebenso wie die im Internet. Wer dort zum Beispiel nach einer bestimmten Erkrankung sucht, landet wahllos in Internetforen, Krankheitsbeschreibungen etc. Wer aber steckt dahinter, wer ist der Anbieter und wie aktuell und fachlich gut recherchiert ist das angebotene Wissen? Das Internet ist hier Segen und Fluch zugleich. Es fehlt meines Erachtens eine zentrale, unabhängige und niedrigschwellige Patienteninformation.

Welche Rolle können Selbsthilfegruppen dabei spielen?

Die Selbsthilfe bietet unabhängige Informationen und Beratung durch andere Betroffene. Für erkrankte Menschen kann die Gesundheitsselfhilfe in Form von Selbsthilfegruppen oder -organisationen daher als zentrale Quelle der Gesundheitskompetenz dienen. Die Selbsthilfe unterstützt darüber hinaus den Menschen, diese Informationen für sich persönlich sinnvoll zu ordnen, zu gewichten und in den Kontext der eigenen Erkrankung, Familie und Lebenswelt zu bringen. Sie hilft dabei, den Blick auf vorhandene Ressourcen zu richten, und achtet die subjektive Selbstwahrnehmung des Einzelnen. Selbsthilfeaktive berichten häufig davon, wie wohltuend die wertschätzende und anerkennende Haltung der Gruppe ihrer individuellen Geschichte gegenüber für ihr Selbstwertgefühl war. Dass die Gruppe ihr Selbstbewusstsein aktiv

gestärkt hat und dazu beigetragen hat, eigene Selbstheilungskräfte zu aktivieren.

Damit fördert Selbsthilfe eine salutogenetische Orientierung, indem sie Antworten auf die Frage gibt, wie Gesundheit neu entstehen und erhalten werden kann, um langfristig mit den entstandenen Beeinträchtigungen umgehen zu können und damit die eigene Lebensqualität zu befördern.

Und schließlich tragen Selbsthilfegruppen ganz unmittelbar zur Transparenz von Gesundheitsinformationen bei, indem sie gute Informationen bewerben und vor einseitigen oder falschen Informationen warnen.

Welche anderen Organisationen sehen Sie hier „in der Pflicht“?

Seriöse und unabhängige Patienteninformation sollte im Interesse aller liegen. Neben den Leistungserbringern mit ihrer Pflicht, Patienten vollständig aufzuklären sind es die Leistungsträger, wie Krankenkassen, Länder und Kommunen, die ein Interesse daran haben sollten, gut informierte, selbstbestimmte Patienten zu versorgen. Denn selbstbestimmte Patienten sind aktiv mitwirkende Patienten. Eine Bündelung unabhängiger Patienteninformationen an zentraler Stelle wäre wünschenswert und würde erheblich zur Transparenz von Gesundheitsinformation beitragen. Anfänge hierfür gibt es wie die BzGA, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, www.leitlinien.de und andere.

Gesundheitskommunikation beinhaltet aber mehr als Information. Zu der Frage der grundsätzlichen Haltung gegenüber Selbstbestimmung und Patientenbeteiligung sind alle Verantwortlichen in der Pflicht, diese regelhaft umzusetzen und zu ermöglichen. Das bedeutet in vielen Bereichen einen Paradigmenwechsel vom reinen Fürsorgeprinzip zum Prinzip der Teilhabe und Mitbestimmung.

Unabhängige Information und Beratung muss zudem für alle Menschen zugänglich und nutzbar sein, unabhängig vom Bildungsstand, sozialen Status, Sprache oder Behinderungen. Hier gibt es noch zu viele Barrieren und Hindernisse, deren Beseitigung auch der politischen Unterstützung bedarf.

Prävention ist der Teil der Medizin, den Patienten heute schon selbst verantworten sollen. Kann eine Organisation wie Ihr Netzwerk auch dort eine Rolle spielen?

Alle Organisationen, Netzwerke oder Kooperationen, die das Zusammenwirken von Betroffenen und Fachkräften auf Augenhöhe fördern, spielen natürlich auch in diesem Bereich eine wichtige Rolle. Eine Stärkung der Prävention ohne Einbindung der Menschen um die es geht, kann nicht gelingen. Partizipation und Selbstbestimmung sind für die Gestaltung von sowohl gesundheitsförderlichen Verhältnissen als auch gesundheitsförderlichem Verhalten unabdingbar.

Prävention ist in allen Lebenslagen und für alle Menschen wünschenswert und förderungswürdig. Die Gesundheitskompetenz von betroffenen Menschen in Selbsthilfegruppen kann hier sicher hilfreich sein und zu einer direkten Qualitätsverbesserung z.B. in der Tertiärprävention aber auch in der Primär- und Sekundärprävention beitragen. Selbsthilfeaktive, seien es selbst erkrankte Menschen oder ihre Angehörigen, verfügen aufgrund ihrer eigenen Betroffenheit über praktisches Wissen zu förderlichen und hemmenden Faktoren im Gesundungsprozess. Das können Sie wunderbar in präventive Maßnahmen übertragen. Fragen wir also die betroffenen Menschen und setzen ihre Erfahrungen in gemeinsam geplante Maßnahmen um!

Ist das „Fernbehandlungsverbot“ in Zeiten von Landärztemangel und Internet noch zeitgemäß?

Meiner Meinung nach ist gerade in Zeiten des Landärztemangels das Fernbehandlungsverbot hoch aktuell und im Sinne der betroffenen Patienten zeitgemäß. Es führt nämlich dazu, dass sich Politik und ärztliche Selbstverwaltung bei der Frage der Sicherstellung einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung auch in strukturschwachen Regionen nicht aus der Verantwortung stehlen können. Eine reine Fernbehandlung, bei der kein persönlicher Arzt-Patient-Kontakt mehr erfolgt und diesen ersetzt, liegt gerade nicht im Interesse der betroffenen Patienten. Es besteht vielmehr der Bedarf an einer verlässlich verfügbaren und zeitnah erreichbaren Versorgung vor Ort. Fernbehandlung als

gleichberechtigte alternative Behandlungsmethode würde diesem Wunsch zuwiderlaufen – und eher dazu führen, dass Patienten in strukturschwachen Regionen bald ausschließlich per Fernbehandlung versorgt werden würden. Nicht weil sie dies wünschen würden, sondern weil sie keine andere Wahl haben. Zur Behebung des Landärztemangels sind damit andere Lösungen zu diskutieren, wie die Attraktivitätssteigerung von Regionen und Arbeitsplätzen oder der Kompetenzausbau anderer Gesundheitsberufe etc.

Gleichwohl wird das Fernbehandlungsverbot, so wie es nach den Musterberufordnungen der Heilberufe heute ausgelegt wird, sicherlich einem Wandel unterliegen. Das Internet hat den Bedarf nach überall und jederzeit verfügbarer Information und Beratung geweckt. Die heutige und künftige Generationen, für die das Kommunikationsmittel Internet selbstverständlich sind, werden künftig Möglichkeiten der Telemedizin verstärkt einfordern. Bereits heute werden telemedizinische Angebote sehr sinnvoll und erfolgreich zur Therapiekontrolle und Überwachung von Behandlungen eingesetzt. Für Patienten kann es eine große Erleichterung und Zeitersparnis bedeuten, wenn sie bestimmte Untersuchungen zu Hause oder unterwegs anstatt in der Arztpraxis durchführen können. Die Heilberufe sind daher ganz sicher gefordert, die Möglichkeiten für Fernbehandlungen aktiv als ergänzende und unterstützende Maßnahmen für ihre Patienten zu definieren, auszugestalten und auszubauen mit allen damit verbundenen Fragen zu den Rahmenbedingungen wie Diagnostikmöglichkeiten oder Datenschutz. Denn als ergänzende Maßnahme ist Fernbehandlung auch heute schon ein sehr patientenorientiertes Angebot.

- 1 Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen, Robert Koch-Institut (Hrsg), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 32, 15-17

Zertifizierte Patienten- informationen werden Realität

Krankenkassen fordern einen Lotsen für den Informationsdschungel

Herr van Lente, die AOK versichert bundesweit etwa 24,4 Millionen Menschen – mit denen Sie auch regelmäßig kommunizieren (müssen). Welche Rolle spielen dabei Internet und elektronische Kommunikation?



Evert-Jan van Lente,
AOK-Bundesverband –
EU Affairs

Internet und elektronische Kommunikation spielen eine immer wichtigere Rolle. Wir haben in unseren Internetauftritten eine Vielzahl von Informationsangeboten für verschiedene Zielgruppen – von unseren Versicherten über Firmenkunden bis hin zu Vertragspartnern. Das Themenspektrum für die Versicherten reicht von allgemeinen Informationen zur Krankenversicherung über medizinische Themen bis zu regionalen Angeboten bezüglich Versorgungsprogrammen und Kursangeboten.

Über unsere Online-Geschäftsstelle werden wir zukünftig noch mehr Geschäftsprozesse internetbasiert anbieten. Das bedeutet, dass der Kunde seine Geschäfte mit der AOK bequem von zuhause durchführen kann.

Relativ neu ist, dass wir unsere Versicherten nach einem Krankenhausaufenthalt oder einem Arztbesuch nach ihrer Meinung fragen und die Ergebnisse in unseren Internetportalen veröffentlichen. So bieten wir eine zusätzliche Orientierungshilfe für unsere Versicherten, wenn sie sich nicht nur auf Empfehlungen von Freunden oder Verwandten verlassen wollen. Neben diesen persönlichen Einschätzungen veröffentlichen wir im Krankenhausnavigator übrigens auch Ergebnisse zur Behandlungsqualität bei bestimmten Eingriffen wie dem Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks oder der Entfernung der Gallenblase. So können sich Patienten vor einem geplanten Eingriff über die Qualität der Kliniken in ihrer Umgebung informieren.

Im Bereich Social Media waren Sie mit der BARMER GEK und der Weißen Liste ja eine Art Vorreiter. Wie sind nach drei Jahren Ihre Erfahrungen mit dem „Arztnavigator“?

Das Portal wird sehr gut angenommen: Inzwischen enthält der Arztnavigator bundesweit fast 290.000 Bewertungen von Versicherten für mehr als 75.000 Haus- und Fachärzte. Auswertungen auf Basis der bisher eingegangenen Bewertungen zeigen, dass die Patienten mit ihren Haus- und Fachärzten grundsätzlich sehr zufrieden sind: Im Bundesdurchschnitt würden 85 Prozent der Patienten ihren Arzt oder ihre Ärztin weiterempfehlen. Allerdings fallen die Unterschiede zwischen den einzelnen Ärzten teilweise sehr deutlich aus. Die Zufriedenheit ist am stärksten abhängig von der Kommunikation des Mediziners: Ärzte, die auf Fragen, Ängste und Sorgen des Patienten eingehen und verständlich erklären, erhalten die höchste Zustimmung. Hierbei schneiden insgesamt Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte und Internisten am besten ab, Orthopäden und Hautärzte erzielten die geringsten Zustimmungswerte.

Bei den Ärzteverbänden kam der Navigator trotzdem nicht allzu gut an. Wie wichtig ist diese Art von Transparenz?

Das trifft so nicht zu. Bewertungsportale sind tatsächlich etwas Neues und lösen damit zunächst auch Ängste aus. Viele Ärzte haben aber wahrgenommen, dass wir hier auf Qualität setzen. So haben wir zum Beispiel den Fragebogen eigens wissenschaftlich entwickeln und evaluieren lassen. Zudem muss eine Mindestzahl an Bewertungen pro Arzt vorliegen, damit wir im Portal keine Einzelmeinungen darstellen. Ein spezielles Registrierungsverfahren sorgt dafür, dass ein Versicherter seinen Arzt nicht mehrfach bewerten kann. Damit erfüllt der Arztnavigator ein Qualitätsniveau, das von anderen Portalen bei langem nicht erreicht wird.

Google und Facebook machen es vor, wie man dezentrale Daten zusammenführt, um aus den Auswertungen neue Erkenntnisse zu gewinnen. Diese Art des Data Mining wäre eigentlich auch ein perfektes Tool für die Versorgungsforschung – warum wird es hier so wenig genutzt?

Es gibt viele Probleme mit den Datensammlungen von Facebook und Google. Die Datenschutzfrage wird ja in der breiten Öffentlichkeit diskutiert. Das ist auch wichtig, weil sich viele Nutzer offensichtlich keine Gedanken darüber machen, wer ggf. Zugriff auf ihre medizinischen Daten haben könnte. Für die Wissenschaft sind die Sammlungen meistens völlig wertlos: Einerseits werden Messungen von den Nutzern vorgenommen, die wegen fehlerhafter Messinstrumente oder falscher Anwendung durch die Nutzer keine verlässlichen Ergebnisse liefern. Wenn man vom Fahrrad steigt und direkt den Blutdruck misst, wird man sehen, dass der Blutdruck weit über den Normalwerten liegt. Und so gibt es eine Reihe von Fehlern, die bei Selbstmessungen gemacht werden können. Ärzte verlassen sich deshalb in der Regel nur auf die Werte, die sie selber in der Praxis gemessen haben. Aber auch methodisch gibt es ein Problem: die Versorgungsforschung benötigt Daten für bestimmte Gruppen, die nach Gesundheitsstatus definiert werden können. Die Nutzer von Google und Facebook werden immer eine besondere Gruppe innerhalb dieser Gruppe bilden, sodass die Wissenschaft aus ihren Ergebnissen keine Schlüsse für die Gesamtheit der Bevölkerung ziehen kann.

Ihre Datenschutzbedenken können wir natürlich verstehen – welche Möglichkeiten haben die Krankenkassen solche Daten zu nutzen. Gibt es da nicht die gleichen Bedenken? Wie sehen Sie die zukünftige Entwicklung?

Krankenkassen haben keine Gewinnorientierung und stehen als öffentlich-rechtliche Organisationen unter Aufsicht des Staates. Sie sollen Aufgaben für eine gute Versorgung von Patienten sicherstellen. Dazu ist gesetzlich geregelt, welche Möglichkeiten die Krankenkassen bei Datenauswertungen haben. So können die Krankenkassen zum Beispiel eine Auswertung der Daten durchführen, um potenzielle Teilnehmer an Disease Management Programmen auf eine Teilnahme ansprechen zu können. Diese Möglichkeit im Sinne der Versicherten gibt es schon seit vielen Jahren und ist von den

Versicherten völlig akzeptiert. In Zukunft sollten die Möglichkeit der Krankenkassen ausgeweitet werden und das sehe ich nicht problematisch, weil es eine Aufsicht gibt und der Staat grundsätzlich bei Fehlentwicklungen eingreifen kann. Dass ist bei Google & Co nicht möglich.

Nun machen DMPs und Auswertungen ja nicht an Ländergrenzen halt. Sehen Sie mittelfristig einen größeren Einfluss der EU auf die Versorgung in Deutschland?

Grundsätzlich liegt die Gestaltung der Versorgung in der Hoheit der Mitgliedsstaaten. Aber die Zulassung von Arzneimitteln und Medizinprodukten wird jetzt schon nach EU-Regelungen vorgenommen. Zudem sollen die Bürger überall in Europa Gesundheitsleistungen erhalten können. Das ist natürlich besonders wichtig in Grenzregionen oder Urlaubsgebieten. Zurzeit wird auch in Brüssel über eine neue Datenschutzverordnung diskutiert. Eine solche Verordnung wäre für alle EU-Länder bindend. Also: Ja, die EU wird mittelfristig mehr Einfluss haben.

Ein ganz anderes Thema: Wie stehen Kassen zum „Fernbehandlungsverbot“ in Zeiten von Landärztemangel und Internet? Ist das noch zeitgemäß?

Es ist tatsächlich Zeit, dass wir hier weiterkommen. Es gibt eine Reihe von Fragen, die eindeutig beantwortet werden müssen. Das Wichtigste ist, dass die Patientenbehandlung weiterhin vollständig von einem Arzt verantwortet wird. Es gibt heute schon viele Ärzte, die keine Berührungängste mit den neuen Medien haben und gerne statt eines Hausbesuchs einen Video-Termin machen würden – oder die Therapie anpassen auf der Grundlage von Werten, die der Patient selber gemessen hat (wenn der Arzt davon überzeugt ist, dass der Patient das kann und es richtig handhabt). Dann kommt die Frage, wie das abgerechnet werden soll. Internet und Telematik ersetzen Verfahren, die bisher praktiziert werden. Das bedeutet, dass eine neue Leistungserbringung alte Verfahren ersetzt und dass nicht alles zusätzlich abgerechnet werden kann. Das sorgt leider für Konfliktstoff.

Alle – auch die Kassen – reden gerne vom selbstbestimmten Patienten. Aber wollen die Patienten denn überhaupt selbst bestimmen?

Bislang wurden die Präferenzen und die aktive Mitwirkung der Patienten zu sehr vernachlässigt. Das ist nicht mehr zeitgemäß, zumal eine bessere Mitwirkung auch zu besseren Behandlungsergebnissen führen. Eine respektvolle Patientenbehandlung muss die Patienten, soweit es geht, in die Therapieentscheidungen einbeziehen. Aber Sie haben Recht: Da gibt es Grenzen. Es gibt viele Patienten, die sich wirklich nur auf die Expertise des Arztes verlassen wollen und nicht in der Lage sind, sich aktiv mit der Behandlung auseinanderzusetzen. Oder nicht wollen. Auch das muss respektiert werden.

Sehen Sie sich in der Patientenkommunikation als Gegenpart zu den Interessenvertretern von Ärzten, Apothekern und der Pharmaindustrie?

Nein, das kann man so nicht sagen. Auch Ärzte, Apotheken und Industrie haben schon erkannt, dass mehr Transparenz und mehr Patientenorientierung notwendig sind. Die AOK versteht sich aber als Anwalt des Patienten und wird Informationen über die Qualität von medizinischen Leistungen und Arzneimitteln sicher auch weiterhin öffentlich machen. Dass das nicht allen Leistungserbringern gefällt, ist unvermeidlich.

Wie wird seriöse und unabhängige Beratung für Patienten Ihrer Meinung nach im Jahr 2020 aussehen?

Patienteninformationen werden inzwischen von einer Vielzahl von seriösen Stellen angeboten – beispielsweise vom IQWiG. Aber es gibt leider auch viel schlechte bzw. Fehlinformationen im Internet. Das Problem ist, dass der Patient nicht richtig unterscheiden kann, was gut ist und was nicht. Deshalb sollte es bis 2020 zu einer allgemein anerkannten Zertifizierung kommen. Es wird dann weiterhin ein großes Angebot an Informationen geben, aber Patienten können besser einschätzen, welche Seiten vertrauenswürdig sind. Das würde die Spreu vom Weizen trennen.

Produkttransparenz ist für Verbraucher ein wichtiges Thema

Ein Industrieverband muss viele Interessen unter einen Hut bringen

Als Industrieverband sind Sie mit unterschiedlichen Service- und Informationsangeboten via Internet und Apps präsent. Welche Gründe gibt es im Sinne der Verbraucherkommunikation für diese Aktivitäten?



Birgit Huber,
Bereichsleiterin Schönheitspflege beim Industrieverband Körperpflege und Waschmittel e.V. (IKW)

Für uns spielen bei der Verbraucherkommunikation das Internet und auch mobile Angebote eine große Rolle. Unsere Erfahrung zeigt: Verbraucher erwarten hier nicht nur Präsenz und Verfügbarkeit, sondern vor allem hilfreiche Serviceangebote. Diese Erwartung erfüllen wir gerne, denn bei Fragen zu Haut- und Haarpflege, Schönheit und Selbstwert sind wir der richtige Ansprechpartner – auch und gerade im Internet. Auf unserer Website geben wir zum Beispiel zu grundsätzlichen Fragestellungen wie der Europäischen Kosmetikverordnung oder zur Sicherheit der Inhaltsstoffe in kosmetischen Mitteln Auskunft. Mit vielfältigen Informationen zum gesamten Themenfeld Körperpflege, aber auch mit themenspezifischen Initiativen, zum Beispiel mit dem Tag des Sonnenschutzes, folgen wir einem zentralen Anspruch unserer Aufklärungsarbeit: der gesundheitlichen Vorsorge und Prävention.

Dient die Internet-Kommunikation in Ihren Augen der Produkttransparenz und Verbraucheraufklärung, die ja von Verbraucherschutzverbänden oft reklamiert wird?

Produkttransparenz ist für uns und unsere Mitgliedsunternehmen ein ganz wichtiges Thema. Unsere Angebote sind auf diese Zielsetzung entsprechend ausgerichtet. So publizieren wir etwa die Funktionen und Wirkungen der Inhaltsstoffe kosmetischer Produkte. Seit geraumer Zeit sind wir auch

im Handlungsfeld „Allergie“ sehr engagiert und bieten entsprechende Informationen zur „Kontaktallergie“ [1]. Betroffene und sensibilisierte Menschen erhalten damit eine wichtige Hilfestellung zur Kontaktvermeidung und zur alltagspraktischen Bewältigung von Allergien. Damit wollen wir einen Beitrag zur Produkttransparenz leisten und Verbraucherunsicherung gar nicht erst aufkommen lassen.

Im Sinne der Europäischen Kosmetikverordnung müssen außerdem alle Inhaltsstoffe der Produkte auf der Verpackung in absteigender Reihenfolge deklariert sein. Diese gesetzliche Vorgabe ist in meinen Augen ein zentraler Baustein für Transparenz und Verbraucheraufklärung. Damit die eher chemischen Bezeichnungen für Verbraucher dann auch wirklich verständlich sind, übersetzen wir sie zusammen mit anderen Organisationen in eine allgemein verständliche Sprache und stellen sie zusammen mit anderen Informationen, wie z.B. der Erklärung der jeweiligen Funktion im Produkt auf www.haut.de zur Verfügung. Das geht übrigens weit über die gesetzlichen Pflichten hinaus – aber wir sind der Meinung, Transparenzinitiativen sollten auch wirklich allgemein verständliche Informationen liefern.

Der aufgeklärte und gut informierte Verbraucher kann aufgrund der allgemeinen Informationsfülle ja auch leicht zum „überkritischen“ Verbraucher werden. Welche Erfahrung haben Sie hier gemacht?

Die Informationsfülle, sowohl durch die Deklaration auf dem Produkt als auch im Internet, hat nach meiner Einschätzung neben positiven Effekten auch durchaus negative Folgen: Einerseits liest der Verbraucher nicht alles, was geboten wird. Die Informationsfülle kann schnell überfordern, manchmal sogar irritieren. In solchen Fällen ist es gut, fundierte und wissenschaftlich geprüfte Informationen für Multiplikatoren, also Verbraucherberatungsstellen, Journalisten oder Hautärzte, parat zu haben. Ein Beispiel für den erforderlichen fachlichen Austausch ist unser Dialog Kosmetik. Einmal im Jahr treffen sich in diesem Rahmen Vertreter aus Wissenschaft, Industrie, Behörden und Umwelt-, Gesundheits- und Verbraucherverbänden. Die bisherigen Ergebnisse dieser Treffen sind vielversprechend. Etwa bei den Themen Nanotechnologie oder Tierversuche konnte der Dialog Kosmetik schon erheblich zur Aufklärung beitragen.

Der eher „kritische“ bzw. aufgeklärte Verbraucher sucht sehr gezielt nach Detailinformationen, das ist auch eine Erfahrung der letzten Jahre. Das Internet spielt dabei als Recherchequelle Nummer 1 längst die Hauptrolle bei der Informationsvermittlung. Deshalb haben wir uns beim IKW ganz darauf eingestellt, umfassend, offen und faktisch gut belegt über diesen Weg zu kommunizieren.

Falschinformationen aus anderen Quellen gibt es aber immer noch und es ist manchmal schwierig für den Verbraucher, die richtige Information herauszufiltern. Da alle Informationen, auch die „kritischen“, sich zu jedem Zeitpunkt im Internet finden lassen, kann man mittlerweile allerdings darauf vertrauen, dass sich Fehlinformationen oder Haltungen, die auf Missverständnissen bzw. Unkenntnissen beruhen, entlarven und eine Richtigstellung erfahren. Für dieses Vertrauen braucht es manchmal Geduld und manchmal fundierte Hartnäckigkeit. Das Internet ist also durchaus eine „korrigierende Gewalt“ im Informationsgeschehen.

Im Internet ist die Schönheitspflege ein beliebtes Themenfeld, in dem Neuigkeiten, Erfahrungen und Tipps zur Anwendung ausgetauscht werden. Haben diese Entwicklungen für Sie „meinungsbildende“ Bedeutung?

Ja, der Beauty-Bereich nimmt im Internet einen beachtlichen Raum ein. Früher war der Erfahrungsaustausch über Körperpflege und Kosmetik eher an die „face-to-face-Kommunikation“ in der persönlichen Begegnung geknüpft. Heute findet dieser Austausch zunehmend über das Internet statt. Aber gleichzeitig hat sich in der Produktvielfalt und auch bei den Zielgruppen etwas getan. Denken Sie an Männerkosmetik oder Naturkosmetik. Vor Jahren waren das nur recht kleine Interessensgebiete. Deshalb ist es für mich nicht verwunderlich, dass die Ausweitung der Anwendungsbereiche und zielgruppenspezifischen Interessen auch entsprechend im Internet präsent sind. Allerdings können wir uns nicht auf allen Kommunikationsebenen, die das Internet und auch die sozialen Medien ermöglichen, aktiv beteiligen.

Und wie gehen Sie damit um?

Auf grundsätzliche Fragestellungen gehen wir mit der Publikation von häufig gestellten Fragen ein und geben die fachlich-orientierten Antworten, die den Austausch auf den verschiedenen Plattformen ergänzen. Und wir beobachten natürlich die für uns wichtigen Themen im Internet. Wenn uns dabei auffällt, dass Missverständnisse oder unrichtige Behauptungen Grundlage für Bewertungen sind, stellen wir die Fakten klar und zeigen auf, welche Sicherheitsverfahren zum Beispiel für Inhaltsstoffe kosmetischer Mittel durchgeführt werden, um die gesundheitliche Unbedenklichkeit zu gewährleisten. Diese Aufklärungsarbeit soll einerseits den Verbraucher befähigen, sich eine fundierte Meinung zu bilden und eine individuelle Haltung zu entwickeln. Andererseits dient diese aufklärende Kommunikation auch der Glaubwürdigkeit unserer Mitgliedsfirmen, denn schließlich hat die Sicherheit der Verbraucher für unsere Mitgliedsfirmen oberste Priorität.

Im Bereich Social Media (Facebook, Twitter etc.) ist das Thema „Schönheitspflege“ vielfältig präsent. Bringt Ihr Verband sich hier aktiv ein?

Wer sich hier aktiv einbringt, sollte kontinuierlich präsent und ansprechbar sein. Unserem Verband, dem IKW, fehlen für diese umfangreichen Kommunikationsmöglichkeiten tatsächlich die personellen Kapazitäten. „Highlights“ oder „Wellen“ in Social Media zu Themen der Schönheitspflege gehen aber natürlich auch an uns nicht vorüber, dann bringen wir uns punktuell ein. Außerdem machen wir zunehmend die positive Erfahrung, dass sich Blogger an uns wenden und Informationen erfragen. Hier stellen wir unsere Publikationen und Hintergrundinformationen gerne zur Verfügung. Nur kurze Zeit später entdeckte ich dann den „Wissenswert“ unserer Informationen in Social Media – und das finde ich spannend.

Ein exzellentes Beispiel für Verbraucheraufklärung ist die von Ihnen mit einigen anderen Organisationen zur Verfügung gestellte INCI-Datenbank. Was ist das?

Der Name „INCI-Datenbank“ (International Nomenclature Cosmetic Ingredients) klingt zunächst vielleicht etwas kompliziert. Aber es geht darum, die Komplexität zu verringern: Mit diesem inzwischen seit einigen Jahren gepflegten Werkzeug bieten wir nicht nur ein interaktives Nachschlagewerk, sondern ein Instrument, das die gezielte Suche nach Inhaltsstoffen ermöglicht. Die Wirkung der Substanzen und ihre jeweilige Anwendung in kosmetischen Mitteln werden in leicht verständlicher Sprache erläutert. Hiermit bieten wir sozusagen einen „Schnittstellen-Service“ in puncto Produkttransparenz.

Welche Bedeutung hat dieses Angebot für Ihre Kommunikationsstrategie?

Der User kann anhand der auf dem Produkt deklarierten Inhaltsstoffe im Internet nachvollziehen, was es mit dem genannten Stoff auf sich hat, sei es ein Konservierungsstoff, Farbstoff oder ein pflegender Stoff. Dieses Angebot spielt im Rahmen unserer gesamten Kommunikationsstrategie eine zentrale Rolle. Denn damit ergänzen wir unsere Informationen zur Körperpflege – die Anwendungstipps, die Hinweise zur sicheren Handhabung von Produkten, zur Haltbarkeit von kosmetischen Mitteln und grundsätzlichen Themen von Haut, Haar oder Zahnpflege mit konkretem Produktbezug – ohne allerdings Marken oder Produktnamen zu nennen. Die Zugriffszahlen für dieses „INCI-Tool“ bestätigen unser Vorgehen. Neben interessierten Verbraucherinnen und Verbrauchern, zum Beispiel Allergikern, greifen auch Journalisten, Fachverkäuferinnen und Fachkosmetikerinnen auf dieses Angebot zu.

Seit Jahren engagiert sich der IKW im Handlungsfeld „Sonnenschutz“, hier bieten Sie unter anderem zusammen mit einigen anderen Organisationen eine Service-App an, die weltweite Daten zur UV-Strahlung einbezieht und für individuelle Hauttypen entsprechende Empfehlungen zum Sonnenschutz (LSF) liefert. Wie kam diese Entscheidung zustande?

Die Entscheidung, dem Thema „Sonnenschutz“ ein Mehr an Aufmerksamkeit zu widmen und den „Tag des Sonnenschutzes“ als Gesundheitstag ins Leben zu rufen, ist vor Jahren im Rahmen des Dialog Kosmetik entstanden, bei dem sich neben Behörden und Verbraucherorganisationen auch Vertreter von Herstellerfirmen regelmäßig treffen und austauschen.

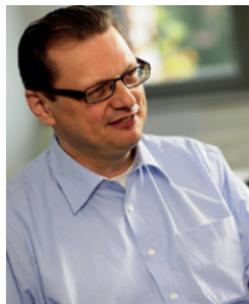
Und was ist Ihre Zielsetzung dieser aufwendigen Maßnahme?

Der Schutz vor den UV-Strahlen der Sonne ist unter Berücksichtigung von Hautschädigungen und Hauterkrankungen äußerst wichtig. Vielen Verbrauchern ist das klar, andere müssen darauf aufmerksam gemacht werden. Um dies aber nicht mit erhobenem Zeigefinger zu tun, haben wir auch hier eine Möglichkeit gesucht, individuelle und ortsgebundene Kriterien zu kombinieren. Der notwendige Sonnenschutz ist eben vom jeweiligen Hauttyp bestimmt und auch von der Strahlenintensität an dem Ort, an dem sich der Verbraucher gerade befindet, zum Beispiel am gewählten Urlaubsort. Insbesondere für die jüngeren Zielgruppen, die wir erreichen wollen, bot sich die Anbindung in einer interaktiven App an: Hier hat der gezielte Sonnenschutz noch die größten Effekte. Außerdem erreicht man jüngere Menschen heute am besten mit Angeboten für ihr Smartphone.

Unsere Informationen zum Sonnenschutz sind aber, das ist mir ganz wichtig, keine Promoting-Aktionen für Sonnenschutzkosmetik. Wirksame Schutzmaßnahmen wie Schatten, Kleidung und Sonnenbrillen werden in unseren Empfehlungen intensiv erläutert und auch in diesem Themenbereich sind wir produktneutral und werbefrei unterwegs. Generell verleiht uns die Werbefreiheit und Produktneutralität in all unseren Informationen bei den Verbrauchern ein hohes Maß an Glaubwürdigkeit. Darin sehe ich eine ganz wichtige Basis für gesundheitliche Aufklärung.

Therapiebegleitung durch PR?

PR-Erfolg ist auch im Internet vor allem gutes Handwerk



Dr. Klaus Schrage,
Inhaber der PR-Agentur
Cramer-GesundheitsCon-
sulting

Herr Schrage, Sie sind bereits seit über 20 Jahren in der Medizinkommunikation tätig - ist das Internet Fluch oder Segen für Ihre Arbeit?

Ganz klar ein Segen. Nehmen wir zum Beispiel die Recherche, eine extrem wichtige Aufgabe in einer PR-Agentur. Wir können so Inhalte, Personen, Verbände, Themen deutlich leichter verifizieren als im Prä-Internet-Zeitalter. Ein Großteil unserer Arbeit ist schließlich das Sammeln und Überprüfen von Informationen, um unseren Kampagnen eine objektive Grundlage geben zu können. Wir arbeiten evidencebased und wir wissen es zu schätzen, dass wir deutlich mehr Instrumente für die spätere Kommunikation mit dem Endkunden einsetzen können als noch vor zehn Jahren: von der Themenwebseite über Kooperationen mit etablierten Gesundheitsinformationsdiensten wie Onmeda.

In einer aktuellen Analyse berichtet TNS-Infratest, dass für 35% der Deutschen das Internet primär unverzichtbar ist, aber nur 4% nennen Zeitschriften. Machen Sie noch „klassische“ PR in gedruckten Zeitschriften?

Erstmal ist es im Umkehrschluss spannend, dass es offensichtlich immer noch viele Menschen gibt, die das Internet für unverzichtbar halten. In der genannten Umfrage wurden aber natürlich auch die Kanäle TV und Radio abgefragt – die haben ebenfalls an Boden verloren. Trotzdem ist Print in der Fachkommunikation noch lange nicht zu vernachlässigen. Natürlich bedienen wir klassische PR auch in Print Medien – denn Print und Online sind heute hauteng verknüpft. Das ist ein entscheidender Punkt. Es gelangen

90-95% der Printinhalte in die Online-Entsprechung des jeweiligen Titels. Es gibt also gar keinen klassischen Kanal mehr. „Der Kanal“ ist der Content Ersteller, der Journalist. Mal schreibt er für Print, mal für Online – immer öfter für beide Plattformen gleichzeitig.

Inwiefern muss PR-Arbeit heute Google-optimiert sein?

Die aktuellen Google-Algorithmen sind ein Segen für unsere PR-Arbeit, so wie wir diese verstehen. Google bewertet hochwertigen Inhalt überdurchschnittlich: Content der Antworten gibt, Content welcher dem Leser weiterhilft und der Neuigkeiten liefert. Ein Wesen der PR ist es ja nicht nur einen Titel oder eine Auswahl von Titeln zu belegen, wie in einer Anzeigenschaltung, sondern an alle Zielgruppen-Kommunikatoren und -Multiplikatoren zu streuen. Eine gute Storyline streut breit, ist weit im Netz verbreitet. Da hilft uns Google unglaublich.

Kritische Stimmen findet man häufig, wenn es um Projekte geht, die von der Pharma-Industrie gesponsert wurden. Also, wie anrühlich ist die Kommunikation mit dem Arzt – ... und mit dem Patienten?

Gar nicht, wenn man – ich wiederhole mich – wertvolle Informationen für den Arzt kommuniziert, das Gleiche gilt für den Patienten. Nehmen wir als Beispiel seltene Erkrankungen, d.h. eine Erkrankung an der weniger als 0,05% der Bevölkerung leiden. Es vergehen in der Regel 5-10 Jahre bis ein Patient mit einer seltenen Erkrankung die richtige Diagnose gestellt bekommt. Jede Kommunikation, welche den Arzt entweder weiterbildet oder bei einer offenen Frage an das zutreffende Kompetenzzentrum weiterleitet, ist ein Segen. Das Gleiche gilt für die Patienten. Diese erkennen – auch mithilfe von Pharma-Kommunikation – an welchen Facharzt, welche Fachklinik, welche Selbsthilfeorganisation sie sich sinnvollerweise wenden sollten.

Aber auch bei „gängigen“ Erkrankungen ist das natürlich ein Vorteil. Ein Beispiel ist die aktuelle Innovation in der Hepatitis-C-Therapie. Betroffene haben ein Recht darauf zu erfahren, dass es eine neue Medikation gibt, welche langfristig eine Lebertransplantation erspa-

ren kann. Auch wenn die Krankenkasse des Betroffenen vielleicht höhere Arzneikosten tragen muss.

Patienten, gerade chronisch Erkrankte, sind heute gut informiert über ihre Therapie. Sie sollten erfahren, wenn es für sie Verbesserungen gibt, auch wenn es sich „nur“ um Schrittinnovationen wie eine bessere Verträglichkeit, eine geringere Einnahmefrequenz handelt. Ein Arzneimittelhersteller darf bekanntlich in Deutschland nicht für seine verschreibungspflichtigen Medikamente direkt beim Patienten werben. Hier erfüllt der Medizin-Journalist eine wichtige Funktion bei der Information der Patienten. Ein guter Journalist recherchiert und prüft die Herstelleraussagen und stellt eine objektive Berichterstattung sicher.

Wann sind Sie erfolgreich?

Da kommen mir gleich mehrere Punkte in den Sinn:

- Wenn wir „Strategie dürfen“: dann können wir unseren ganzen Werkzeugkoffer Schritt für Schritt sinnvoll einsetzen.
- Wenn wir uns eng = vertrauensvoll mit unseren Mandanten abstimmen können. Bei Diskussion mit offenem Visier dürfen wir Sparingspartner auf Augenhöhe sein. Unsere Kommunikationskompetenz ist sehr groß, diese Erfahrung teilen wir gerne und erklären, wie die PR-Welt arbeitet.
- Der Markteffekt ist durch eine langfristig angelegte Kommunikation fast immer weit überdurchschnittlich. Wer zeitig sät, kann auch viel ernten.
- Wenn wir schon im Prä-Marketing an Bord sind, ggf. sogar die Phase III / IV-Studienplanung einsehen können. Wir durften durch diese intensive Art der Zusammenarbeit schon mehrmals dazu beitragen, Marktführer zu werden.

Streuzeitschriften, also Zeitschriften, die der Arzt kostenlos erhält, finanzieren sich fast ausschließlich durch Anzeigenerlöse. Hat dieses Modell noch Zukunft?

Vor zwanzig Jahren habe ich schon gestöhnt über die hohe Anzahl der Anzeigen-Titel je Arzt. Soviel weniger sind es heute nicht, allerdings sind die Hefte deutlich dünner geworden. Das liegt jedoch daran, dass z.B. die Generikahersteller als Anzeigenkunden fast komplett weggefallen sind. Es wird sicherlich eine Reduktion auf weniger Titel geben. Aber solange diese Fachtitel den Arzt/Facharzt erreichen – dazu brauchen die Hefte inhaltliche Qualität – wird es auch Anzeigenkunden geben, ob Pharmaindustrie oder Krankenkasse. Beide wollen weiterhin den Arzt erreichen, und nur über die Online-Medien schaffen das beide noch nicht.

Spannend wird es in ca. 5-10 Jahren werden, wenn der Generationswechsel in der Ärzteschaft vollzogen ist: Werden die jungen Ärzte noch bedrucktes Papier lesen? Ja, aber sehr viel weniger und nur das, was etwas im Praxisalltag leistet. Werden sie für elektronischen Content bezahlen? Meine Antwort ist ebenfalls: Ja! Aber nur für exklusive Top-Inhalte.

Das Heilmittelwerbegesetz schränkt in Deutschland den Zugang zu Informationen für Patienten stark ein. Erwarten Sie ein „Aufweichen“ durch eine EU-weite Anpassung?

Ja – denn die Einschränkung ist nicht mehr zeitgemäß. Der Patient ist heute wesentlich mündiger als in den 1950er-, 1960er-Jahren, als die Gesetze zum Schutz der Patienten gemacht worden sind. Es darf m.E. auch deutlich mehr sein, als der Zugang zu den sog. Fachinformationen. Allerdings heißt Zugang dann nicht „Verkaufen“, sondern mit sachgerechten Informationen zum Arzneimittel, z.B. der korrekten Anwendung, Verständnis der Wirkungsweise des Produktes, Zugang zu klinischen Studien etc., um die optimale therapeutische Wirkung beim Betroffenen zu erzielen. Weil dieser die Therapie dann besser versteht und besser unterstützt.

Kann gute PR die Compliance beeinflussen?

Eindeutig ja – PR macht Therapie verständlich. PR kann Wissenschaft und Therapieanforderungen in Facharzt-, Hausarzt- und Patienten-sprache übersetzen.

Wie fokussiert man denn Patienten-PR in den Zeiten von WhatsApp, Facebook und Twitter. Wie erzeugen Sie Interesse?

Gar nicht. Das Interesse ist ja schon da, wenn ich Schuppenflechte, Asthma, Migräne habe. Werbung erzeugt Aufmerksamkeit mit der Brechstange. PR nimmt ein latentes Informationsbedürfnis auf. Entscheidend ist jedoch die Aufarbeitung der latent gesuchten Information. Die muss zielgruppengerecht sein und auf keinen Fall aufmerksamkeitsheischend! Wichtig ist hier wieder die breite Streuung und die zeitliche Redundanz der Information. Schlussendlich hängt der Erfolg von PR von einem guten Handwerk ab.

Ein Blick in die Zukunft: Wie sieht die Kommunikation zwischen Pharmaindustrie und Patienten im Jahre 2020 aus?

Es gibt nach Transparenzrichtlinien der Bundesärztekammer resp. des Gesetzgebers erlaubte Informationskanäle, in denen klar definiert wird, wer was an wen kommunizieren darf – oder sogar muss. Dies wird in enger Abstimmung mit den Krankenkassen (über den G-BA) geschehen, denn letztlich liegen hier die Budgets. Die Firmen müssen Produkttherapie-Hotlines stellen. Die verbesserte Compliance wird via Versorgungsforschungs-App erfasst und der Therapieerfolg „post AMNOG“ bewertet. Sehr gut wäre es, wenn die Patienten (Selbsthilfe-organisationen) mitreden dürften.

Marketing Automation

Verdrängen Closed-Loop-Marketing und eDetailing mittelfristig den Pharma-Außendienst?

Herr Mueller, Marketing Automation klingt trendy, aber ist das nicht eher etwas für die Amazons und Media Märkte dieser Welt als für den Gesundheitsbereich?



Klaus Mueller,
Geschäftsführer
xmachina GmbH

Von Marketing Automation kann wirklich jede Branche profitieren, denn letztendlich ist es ja nichts anderes als die Ausgestaltung der Kundenbeziehung. Und in der Medizin sind diese Kundenbeziehungen sehr vielfältig. Der gleiche Arzt hat vielleicht mit der MedWiss im Rahmen einer Anwendungsbeobachtung zu tun, hält für das Marketing ab und an Vorträge und wird regelmäßig vom Außendienst besucht. Gerade durch die vielen möglichen Anknüpfungspunkte muss eigentlich jeder Kunde individuell angesprochen werden. Dabei kann Marketing Automation helfen, die Kontaktpunkte zu managen und damit letztlich die Qualität der Kundenbeziehung verbessern.

Jede Pharmafirma nutzt doch heute schon ein CRM-System, um diese vielfältigen Kundenbeziehungen abzubilden. Wo liegt da der Unterschied?

CRM-System und Marketing Automation sind zwei unterschiedliche Dinge. Das eine - CRM - ist eine Software, die zentral Informationen zur Verfügung stellt. Marketing Automation ist dagegen ein Konzept zur Automatisierung von Marketingprozessen. Marketing Automation basiert auf E-Mailings, die auf bestimmte Ereignisse automatisiert, gleichwohl aber personalisiert versendet werden. Im E-Mail Marketing spricht man in diesem Zusammenhang von sogenannten Triggermails. Schauen wir doch mal zehn Jahre zurück: Gestartet sind die meisten Firmen mit nationalen Adressdatenbanken, die für Printmailings und für die Außen-

dienststeuerung genutzt wurden. Doch das ist längst Schnee von gestern. Heute sind globale CRM-Systeme die zentrale Schnittstelle zwischen Marketing, Vertrieb und dem After-Sales-Service. Hier werden alle Daten zu einem Kunden gesammelt, analysiert und ausgewertet.

Marketing Automation geht noch einen entscheidenden Schritt weiter. Denn hier werden die vorhandenen Daten zur Optimierung der Kundenansprache genutzt. Dazu werden die internen Stammdaten sowohl mit individuellen Daten angereichert, die zum Beispiel der Außendienstler vor Ort erfasst hat, als auch durch externe Daten. Das können Verordnungszahlen sein, aber auch Aktivitäten in Netzwerken wie Xing, LinkedIn oder Coliquio. Marketing Automation ist ein Prozess hin zur ganzheitlichen Kundenbetrachtung, an dessen Ende eine individuelle und kontextabhängige Kommunikation steht.

Ist das nicht zu schön, um wahr zu sein? Solche Prozesse ändert man in großen Unternehmen doch nicht von heute auf morgen. Wie muss ich mir das praktisch vorstellen?

Sie haben Recht, der Teufel liegt hier manchmal im Detail. Vor allem in global tätigen Konzernen ist das auf Länderebene oft ein komplexer Prozess, bei dem es durchaus auch Interessenkonflikte gibt. Der Klassiker: Die Business-IT pocht aus guten Gründen auf standardisierte Abläufe in der Unternehmens-Software, die Mitarbeiter vor Ort brauchen aber Lösungen, die an die national sehr verschiedene Gesetzeslage und an ihre gelernten Arbeitsabläufe angepasst sind.

Lassen Sie mich das an einem Beispiel verdeutlichen: Einer unserer Kunden stellte nach dem Wechsel des CRM-Anbieters erstaunt fest, dass die Auswertemöglichkeiten hier in Deutschland auf einmal deutlich weniger flexibel waren als vorher. Sie können sich vorstellen, wie groß der Aufschrei war. Natürlich gibt es dann die Möglichkeit, die Standardsoftware entsprechend anzupassen. Da die Anforderung in diesem konkreten Fall aber nur aus Deutschland kam und die Upgrade-Fähigkeit gefährdet schien, wurde diese Möglichkeit schließlich zu den Akten gelegt.

Und wie hat Ihr Kunde das Problem gelöst?

Mit einer Individualsoftware, die sich die Daten aus dem neuen CRM-Tool holt und dabei die Auswertungen des alten Systems nachbildet. Im Rahmen des Projektbriefings haben wir zusammen mit dem Kunden eine Liste von Funktionen erstellt, die nachimplementiert werden sollten. Wir entwickelten daraus ein kombiniertes Datenanalyse- und Reportwerkzeug, mit dem die Mitarbeiter anhand verschiedenster Kriterien Berichte erstellen können. Die einzelnen Operatoren der Filter können dabei nacheinander angewandt werden, in der Trefferliste sind dadurch jeweils neue Selektionen möglich. Da die Filter zudem gespeichert, verteilt und als xls-Dateien exportiert werden können, sind praktisch beliebige Abfragen möglich.

Ursprünglich hatte die verantwortliche Business-IT diese Software zunächst nur als Übergangslösung eingeplant. Aufgrund der positiven Resonanz des Außendienstes und der guten Performance (skalierbar für Datensätze im siebenstelligen Bereich) entschied man sich aber dann doch, es als Dauerlösung zu nutzen. Heute ist diese Datenbank-Anwendung Teil einer großen Applikations-Suite des Kunden. In der Zwischenzeit wurden zusätzliche Module (u.a. zur Musterabgabe-Dokumentation) ergänzt.

Wie lassen sich dadurch Marketing-Maßnahmen individualisieren?

Wenn ich die Bedürfnisse des Kunden kenne, kann ich ihm den passenden Content liefern. Im gerade beschriebenen Fall arbeiten wir mit dem Kunden aktuell an der Anbindung mobiler Endgeräte, denn der komplette Außendienst wird im Lauf des Jahres mit iPads ausgestattet. Und damit eröffnet sich wieder ein völlig neues Feld. Das ermöglicht es den Mitarbeitern, die kurze Zeit beim Arzt viel zielgerichteter zu nutzen. Denn je nachdem, welche Fragen der Arzt gerade hat, kann er die Präsentation steuern. Diese Art des Content Marketing ist für mich ein integraler Bestandteil von Marketing Automation. Und beschränkt sich im Gesundheitsbereich keinesfalls auf Ärzte und andere Fachkreise. Marketing Automation und Content Marketing sind auch in der Patientenkommunikation wichtige Werkzeuge.

Ist das im Gesundheitsbereich aufgrund der rechtlichen Bestimmungen nicht besonders schwierig?

Natürlich sind durch die rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen gewisse Grenzen vorgegeben. Und richtig ist auch, dass alle Maßnahmen genau und detailliert geplant und durchgeführt werden müssen. Man kann hier sicher nicht eben mal schnell ein paar Dinge ausprobieren und einfach sehen, was funktioniert. Die hohen Ansprüche an Rechtssicherheit und Verifizierbarkeit – oft getrieben aus Angst vor dem nächsten Audit und dem abmahnenden Mitbewerber generieren natürlich vor allem in den Fachabteilungen Medizin und Recht entsprechende Aufwände. Die genaue Planung hat aber auch den Vorteil, dass die Ergebnisse oft besser sind.

Worauf muss ich beim Inhalt besonders achten?

Erste Voraussetzung: Sie müssen etwas zu sagen haben. Ihr Content muss also nicht nur gut präsentiert werden, er muss vor allem gut sein. Und gut heißt, die Bedürfnisse der Zielgruppe treffen. Um es plakativ zu sagen: Der Content muss im täglichen Leben helfen. Entweder bei der Arbeit oder im Umgang mit der Krankheit. Auch das gilt also für Fachkreise genauso wie für Patienten und ihre Angehörigen.

Welches sind aus Ihrer Sicht so etwas wie Grundzutaten für erfolgreiches Content Marketing?

Die Grundzutaten sind:

- hochwertiger Inhalt
- kommunikativ gut gemachter Zugang zu der Information für den Menschen und die Suchmaschine
- Aktualität des Contents
- der Kontext, in dem ich die Information benötige

Vor allem beim letzten Punkt gibt es viele Missverständnisse. Ein Apothekenfinder auf der Website ist nicht per se guter Content. In meinem gewohnten Umfeld ist dieses Tool für mich völlig nutzlos, da habe ich meine

Stamm-Apotheke. Das ändert sich schlagartig, wenn ich auf Dienstreise bin und morgens mit einer kräftigen Erkältung aufwache. Dann freue ich mich zu lesen, wo ich die nächste Apotheke finde, die mich mit den richtigen Präparaten gegen meine Erkältungssymptome versorgt. Alles ist von der Situation abhängig. Ich muss also in möglichst vielen Situationen passende Lösungen anbieten können, und dazu muss ich möglichst viel über den Kunden wissen. So schließt sich dann auch der Kreis zur Marketing Automation wieder.

Wie kann ich mich als kleines oder mittelständisches Unternehmen ohne globale Business-IT auf die Herausforderungen des digitalen Marketing vorbereiten?

Auf technischer Seite gibt es eigentlich nur eine Voraussetzung: Alle IT-Systeme mit Kundendaten müssen miteinander reden. Dazu müssen gegebenenfalls vorab entsprechende Schnittstellen programmiert werden. Genauso wichtig sind aber die Prozesse, die auch noch längst nicht überall umgesetzt sind. Wie generieren wir neue Leads? Welche Kunden werden persönlich angesprochen, welche über Mailings und welche gar nicht? All das muss ich analysieren und dann festlegen, was meine Marketingziele sind. Will ich viele Neukunden gewinnen? Oder eher die Kundenausschöpfung verbessern?

Durch die Zusammenführung der Informationen aus unterschiedlichen IT-Systemen entsteht mehr Wissen über alle Arten von Kunden. Die weichen Faktoren hinter den harten Verordnungszahlen helfen mir, den Customer Lifetime Value (CLV) eines Bestandskunden zu verbessern. Sie helfen mir aber auch, die Bedürfnisse eines potenziellen Kunden besser zu beurteilen und ihm so ein passendes Angebot zu machen. Wir monitoren E-Mail-Öffnungsraten und geklickte Links ja nicht nur, um den Erfolg unseren Marketingmaßnahmen zu messen und deren Kosten zu rechtfertigen. Wir lernen daraus auch, wofür sich dieser individuelle Kunde interessiert - und auch das gilt für Fachkreise und Patienten gleichermaßen. Den Außendienstlern oder den Mitarbeitern im Callcenter stehen damit wertvolle Informationen zur Verfügung, um einfach besser zu beraten.

Welche Rolle spielen dabei die digitalen Informationsangebote?

Der Webauftritt hilft mir, Informationen über Kunden zu sammeln. Was schauen sich die Kunden an, welche Suchbegriffe geben sie ein, wo kommen sie her? Produktzentrierte Seiten machen hier absolut keinen Sinn, man muss die Patienten abholen, wo sie stehen und hier sind Landingpages für ganz konkrete Fragestellungen oft eine prima Sache.

Für Patienten können auch Social-Media-Angebote interessant sein, sie haben allerdings auch ihre Tücken. Das gleiche gilt für Smartphone- und Tablet-Apps. Sie können das Angebot sinnvoll erweitern, wenn sie im täglichen Leben helfen. Für Fachkreise ist das Thema komplexer, da es hier in der Regel mit dem Außendienst, dem Callcenter und den Kongressaktivitäten eine Vielzahl weiterer Kontaktpunkte gibt, die ins Kommunikationskonzept mit einfließen müssen.

Digitale Pillen für die Pharmaindustrie

Wie werden pharmazeutische Firmen zukünftig Präsenz zeigen?

Sie sind seit 25 Jahren in und für die pharmazeutische Industrie tätig. Haben die digitalen Medien die Kommunikation erleichtert?



Lothar Nau,
Unternehmensberater

Die digitalen Medien haben Einfluss auf die Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb eines Unternehmens. Das bisherige Treffen, Meetings oder der E-Mail-Verkehr werden durch Möglichkeiten des Web ergänzt. Sicherlich können Effizienzgewinne realisiert werden. Aber ebenso werden Hierarchien und Unternehmenskultur einem hohen Veränderungsdruck ausgesetzt. Vielleicht ist dies neben dem Aufwand der Grund, dass gerade kleinere und mittlere Unternehmen die Nutzung von Facebook, Twitter und Co. mit Skepsis betrachten. Größere Unternehmen sind hier schon viel stärker engagiert.

Die sozialen Medien bieten den Unternehmen die Chance, die Geschäftspartner und Beschäftigten besser zu informieren und integrieren – und vielleicht auch stärker an das Unternehmen zu binden.

Welches war die bedeutendste Entwicklung der letzten Jahre?

Kommunikation findet nun wie zwischen physisch anwesenden Gesprächspartnern in Echtzeit statt. Es gibt keine Karenzen mehr. Die Zeitverschiebung oder weit entfernte Orte sind unerheblich. Nun ist dies nicht ganz neu, schon das Fax war natürlich ein Beschleuniger von Information im zeitlich-räumlichen Kontext. Ganz zu schweigen von der E-Mail, die unsere Kommunikation in den letzten zwanzig Jahren auch stark verändert hat. Für global agierende Unternehmen bietet diese Kommunikation natürlich ungeheure Vorteile, was Steuerung und das Management, Planung,

Forschung und Entwicklung eines global operierenden Unternehmens anbelangt.

Schon vor zehn Jahren war der virtuelle Außendienst ein Hype-Thema. Es gibt ihn aber immer noch, den Pharmaberater, der täglich Ärzte besucht. Ist das immer noch ein Modell der Zukunft?

Auszuloten ist nicht die zukünftige Rolle des Außendienstes, sondern es geht um die generellen Formen der Präsenz pharmazeutischer Unternehmen bei ihren Kunden. Ausgang der Überlegungen ist hierbei, dass sich die gegenwärtige Vertriebsarbeit in einer Sackgasse befindet und Experten ohnehin von einer Reduktion der Kapazitäten ausgehen.

Die durch die Gespräche mit dem Pharmareferenten ausgelöste Handlungsrelevanz in Bezug auf den Präparate-Einsatz wird von über der Hälfte der Ärzte als „ohne Konsequenz“ bewertet. Unter Kosten-Nutzen-Aspekten rechnen sich damit dauerhafte Außendienstbesprechungen für etablierte Präparate kaum mehr, Leasing-Außendienste sind eine deutlich bessere Alternative. Vor allem fehlt gegenwärtig vielen Mitarbeitern eine B2B-orientierte Betreuungsstrategie, die den Arzt in seiner Doppelrolle als Arzt und Unternehmer sieht. Diejenigen Mitarbeiter, die von Ärzten hervorragende Betreuungsnoten erhalten, setzen vor allem dieses Prinzip um.

Zum Prinzip der Personalisierten Medizin existiert bei Ärzten ein starker Trend zu Personalisierter Information. Das bedeutet, dass sie individuelle Informationen zu einer von ihnen gewünschten Zeit an einem für sie bequemen Ort wünschen. Das Internet ist hierbei ein wichtiges Instrument. So erstaunt es nicht, dass der Außendienst aus Kundensicht bereits jetzt bei Präparate- und Indikationsinformationen durch Internetquellen fast vollständig ersetzbar ist.

Diese Punkte verdeutlichen, dass es in der Perspektive nicht um die Entwicklung des Pharmaberater-Außendienstes geht, sondern dass die grundsätzliche Kommunikations- und Interaktions-Strategie der Pharmaindustrie überdacht und neu ausgerichtet werden muss.

Die Ärzte scheinen in ihrer Bedeutung für die Industrie etwas nachzulassen, der Patient gewinnt mehr Aufmerksamkeit. Was bedeutet das für die Marketing-Budgets?

Auf der einen Seite sind da große Erfolge bei der Entwicklung neuer Therapien zu verzeichnen – mit der Notwendigkeit, grundlegende Erkenntnisse in die Ärzteschaft zu tragen. Aber zum anderen führte zunehmender Kostendruck dazu, dass der Umgang miteinander schwieriger wurde und der Blickwinkel des jeweils eigenen Interesses dominierte. Verloren ging dabei oft das primäre Patienteninteresse. Grundsätzlich gilt weiterhin, dass das Arzneimittel für den Arzt in seiner täglichen Praxis eine unverzichtbare Bedeutung hat. Gleichzeitig gilt für die Industrie: Ohne den Arzt und dessen Wissen, Erfahrung und Kompetenz wäre das Arzneimittel eher gefährlich als hilfreich. Die Erfahrung lehrt auch, dass manche Therapiefortschritte (z.B. gegen HIV oder Leukämie bei Kindern) ohne enge Zusammenarbeit mit den Ärzten nicht erzielt worden wären.

Bei der Einführung neuer Arzneimittel wird die Industrie mehr Marketing-Budget darauf verwenden müssen, mit Arzt und Patient zusammen zu arbeiten, um erfolgreich zu sein. Für den wirtschaftlichen Erfolg eines Arzneimittels muss in der Zukunft der Fokus auf die Unterstützung des Arztes bei therapiebegleitender Kommunikation zwischen Arzt und Patient gerichtet werden.

Die dezidierte Information der Patienten scheitert in Deutschland am Heilmittelwerbe-gesetz. Erwarten Sie eine Änderung, ggf. durch EU-weite Anpassung?

Das HWG reglementiert besonders die Werbung außerhalb der Fachkreise. Patienteninformationen in Anzeigen und im Internet dürfen nicht gegen das HWG verstoßen. Seit dem Inkrafttreten des HWG 1965 hat sich das Patientenbild grundlegend gewandelt. Patienten haben mehr Eigenverantwortung und ein größeres Informationsbedürfnis. Das damalige Bild des eher unmündigen und hilflosen Patienten als Leitmotiv für das HWG ist heute nicht mehr vertretbar – das hat auch der Gesetzgeber erkannt und 2012 Änderungen vorgenommen. Mit der Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften hat der

Gesetzgeber Änderungen und Anpassungen des HWG eingeführt, die das Heilmittelwerberecht liberal an die Regelungen der entsprechenden EU-Richtlinie angepasst und an die Rechtsprechungsrealität angenähert haben. Die Änderungen wirken sich vor allem auf die Öffentlichkeitsarbeit aus, sodass nunmehr ein Mehr an Öffentlichkeitsarbeit möglich ist, ohne sich in einer rechtlichen Grauzone zu bewegen. Änderungen im HWG sehe ich durch EU-weite Anpassungen zurzeit nicht, oder wenn dann nur als sehr langsamen Prozess voranschreiten.

Ärzte informieren sich noch häufig mittels gedruckter Fachzeitschriften, die wiederum häufig nur durch Anzeigen der Industrie lebensfähig sind. Ist das ein Geschäftsmodell, das langfristig überdauern kann?

Es gibt technisch gesehen keinen Grund, warum eine Fachzeitschrift nicht auch ausschließlich digital erscheinen und dann viele Vorteile dieses Formats nutzen könnte. Ich denke auch, dass das im Verlauf der nächsten fünf bis zehn Jahre passieren wird. Es ist einfach eine logische Entwicklung. Inzwischen werden Bücher ja schon zu erheblichen Teilen digital gelesen. Ich möchte das nicht mehr missen. Ich denke auch nicht, dass gedruckte Bücher bald ganz aussterben werden. Aber der Massenkonsum wird digital sein und/oder ist es heute schon vielfach.

Digitale Fachzeitschriften haben ähnliche Vorteile, sowohl für die Macher wie die Leser. Es würde allerdings zu weit führen, die hier jetzt aufzulisten. Vielleicht einige Dinge: Ich bin als Macher vollkommen unabhängig von Seitenzahlen – ich habe also genau so viele Artikel, wie ich es für richtig halte und nicht wie es die Zahl der Anzeigen und die Druckmaschine diktieren. Die Artikel sind zudem exakt so lang und so illustriert, wie ich es für richtig halte. Bei Bedarf sind multimediale Ergänzungen wie Bildergalerien und Videos möglich. Die Liste ließe sich wirklich lange fortsetzen. Diese Vorteile werden schlaue Leute künftig für spannende und tolle Inhalte nutzen.

Dass es digitale Fachzeitschriften heute noch schwer haben, hat verschiedene Gründe. Viele Leser wissen nicht, dass es diese Möglichkeit gibt. Viele Angebote sind schlecht gemacht (Multimedia-Schnickschnack oder einfach das Print-PDF in eine App gepackt etc.). Und nicht zuletzt bezahlt die In-

dustrie noch immer unfassbare Summen dafür, dass ihre Anzeige leicht überblätterbar und praktisch ohne jede Erfolgskontrolle auf Papier gedruckt wird. Aber hier wird sich die Erkenntnis in den nächsten Jahren eventuell durchsetzen, dass man seine Werbegelder einmal in andere Projekte investieren sollte ...

Obwohl ich ein ausgesprochen großer Fan von Fachzeitschriften bin, weine ich dem bedruckten Papier keine Träne nach. Ich warte stattdessen ungeduldig darauf, dass die großen Verlage endlich einmal aufwachen und rein digitale Magazine auf die Beine stellen, die keine gedruckten Fußfesseln haben.

Weiß die Industrie wirklich, welche Informationen die Ärzte bzw. die Patienten benötigen?

Forschungsnews werden für die Medien immer wichtiger. Kommt zum Beispiel ein Medikament gegen Darmkrebs auf den Markt, behandelt Focus diese News sehr umfassend.

Viele Möglichkeiten bieten auch Applikationen im Web. Diese Applikationen werden das heutige Verhältnis und die heutige Art und Weise, wie Medizin ausgelegt und wie über Gesundheit kommuniziert wird, ziemlich drastisch verändern. Es ist aber eine nicht ganz unkomplizierte bzw. unproblematische Situation. Neben dem Problem des Vertrauens besteht auch die Frage der Informationsüberflutung. Es ist sehr schwierig, an gute Informationen heranzukommen. Ein weiteres Problem ist die Sicherheit. Aber nach wie vor genießt das Internet ein sehr großes Potenzial, und es wird sowohl von den Experten als auch von den Patienten als Informationsquelle akzeptiert.

Wenn die Aussage stimmt, dass der informierte Patient ein wirtschaftlicherer Patient ist, dann müssen wir uns, wie das die Behörden in Europa auch tun, dringend mit der Förderung der Patienteninformation befassen. Der mündige Patient sollte vermehrt auf Informationen zu Prävention, Diagnostik, Therapie und Versorgungsqualität zugreifen können, auf qualitativ hochwertige Informationen. Das heißt: auf objektive, umfassende, verständliche, präzise und aktuelle Informationen.

Wer die Informationen vermittelt, ist letztlich zweitrangig. Damit sollten diejenigen Stellen beauftragt werden, die tatsächlich in der Lage sind, diesen Informationsansprüchen zu genügen. Dazu gehört unter anderem die Pharmaindustrie.

Welches sind die großen Zukunftsthemen des Pharmastandorts Deutschland?

Die pharmazeutische Industrie trägt maßgeblich zum medizinischen Fortschritt und damit zu einer höheren Lebenserwartung und verbesserten Lebensqualität der Menschen bei. In der öffentlichen Debatte in Deutschland dominieren allerdings die mit dem medizinischen Fortschritt einhergehenden höheren Kosten. Die Pharmabranche gehört zu den dynamischsten Branchen des verarbeitenden Gewerbes und wächst weitgehend unabhängig von der konjunkturellen Entwicklung. Aufgrund ihrer Forschungsintensität sind die Pharmaunternehmen auf gut ausgebildete Fachkräfte angewiesen, umgekehrt bieten sie aber auch attraktive Beschäftigungschancen. Auch in Zukunft hat die Pharmabranche aufgrund der Alterung der Bevölkerung in den Industrieländern, der wachsenden Weltbevölkerung sowie weltweit steigender Einkommen gute Wachstumsperspektiven.

Die Öffnung der Märkte bietet den deutschen Pharmaunternehmen einerseits neue Absatzchancen, andererseits verschärft sich gleichzeitig der Standortwettbewerb. In Deutschland angesiedelte Unternehmen müssen sich gegen internationale Mitbewerber behaupten, die an anderen Standorten oft bessere Forschungs- und Produktionsbedingungen vorfinden. Die Politik steht daher vor der schwierigen Aufgabe, den Pharmastandort Deutschland mit Blick auf Investitionen, Innovationen und qualifizierte Beschäftigung zu stärken und gleichzeitig für eine möglichst gute medizinische Versorgung der Bevölkerung zu sorgen.

Ihr Blick in die Zukunft: Wird sich die Gesundheitsinformation zukünftig ändern?

Nach meiner Ansicht werden Informationen über Krankheit und deren Heilung zukünftig die entscheidenden Inhalte für die Nutzer des Internets oder mobiler Informationsdienste werden. Dabei werden sowohl vor als auch nach einem Arztbesuch zusätzliche Informationen zu Krankheiten im Internet gesucht. Mithilfe des Internets bereiten sich einige Patienten schon auf Termine mit Ärzten vor, um gezieltere Fragen stellen zu können. Dass hingegen auch nach Arztbesuchen das Internet konsultiert wird, könnte darauf hindeuten, dass Fragen, die durch das Gespräch mit dem Mediziner aufgetreten sind, mit ihm nicht ausreichend diskutiert oder gar Aussagen nicht verstanden wurden.

Gesundheitsinformationen im Internet könnten vor allem ältere Menschen für dieses Medium begeistern. Derzeit hat aber über die Hälfte der Altersgruppe 70+ noch keinen Zugang zum Internet. Angesichts der demografischen Entwicklung in Deutschland müssen mehr ältere Menschen für das neue Medium gewonnen werden, um eine digitale Spaltung zu verhindern. Nur so kann sichergestellt werden, dass ältere Menschen Zugang zu Informationen oder Dienstleistungen haben, die in Zukunft nur noch im Internet angeboten werden.

Medizin aus dem Netz – weil die Patienten es wollen!

Während Kommissionen noch über Sinn und Unsinn von medizinischen Internetanwendungen diskutieren, haben sich viele Patienten schon dafür entschieden.



Markus Müschenich,
Kinderarzt und Vorstand
des Bundesverbandes
Internetmedizin

Herr Müschenich, Sie sind Vorstand des Bundesverbandes Internetmedizin. Wen vertreten Sie mit welchem Ziel?

Das reicht von Suchmaschinen, elektronischen Patientenakten und Expertensystemen über Portale zur Bewertung von Ärzten und Krankenhäusern bis hin zum Management der eigenen Gesundheit über Apps. Die Internetmedizin verändert die Welt von allen, die im Gesundheitswesen unterwegs sind: vom Patienten bis zum Arzt und Therapeuten, von der Krankenkasse bis zum Medizintechnikunternehmen, vom Apotheker bis zum Pharmakonzern. Der Bundesverband Internetmedizin setzt sich dafür ein, dass in Deutschland die Internetmedizin mit allen Beteiligten und insbesondere mit dem kostbaren Know-how und der Unabhängigkeit der approbierten Ärzte voran gebracht werden kann. Gleichzeitig suchen wir nach starken Signalen, die uns den Weg in die Zukunft weisen.

Welche Entwicklungen entdecken Sie derzeit in der Gesundheitsversorgung?

Rund um die Gesundheitsversorgung gibt es heute eine ganze Reihe interessanter Entwicklungen, die unser Gesundheitswesen – meiner Einschätzung nach – nachhaltig verändern werden: Begeben wir uns dafür auf eine Zeitreise in den Dezember des Jahres 2013. Ungefähr zu diesem Zeitpunkt taucht im Appstore die App einer Berliner Firma mit dem Namen goderma auf. Patienten, die an sich eine auffällige Hauterscheinung beobachten (also einen Hautausschlag oder ein merkwürdig aussehendes Muttermal)

können nun über diese App ein Foto von der besagten Hautstelle direkt an goderma senden. Das Foto wird dann an einen Hautarzt weitergeleitet und 48 Stunden später erhält der Patient eine Einschätzung zu seinem Hautproblem. Das Ganze als Selbstzahler-Leistung zum Einstiegspreis von damals 9,95 Euro.

Bei dem angebotenen Service handelt es sich doch aber zweifelsfrei um den Tatbestand einer strengstens durch die ärztliche Berufsordnung verbotenen Ferndiagnose ...

Ja, und die Ärztekammern liefen Sturm. Die Firma goderma schien dem Untergang geweiht, noch bevor es so richtig losgegangen ist. Doch das Gegenteil passiert. Denn die Patienten – vollkommen unbeeindruckt von der ärztlichen Berufsordnung – beginnen, die App herunterzuladen und zu nutzen. Und heute, also gut 10 Monate später, haben 130.000 Patienten die App heruntergeladen, goderma heißt heute KLARA und verfügt – neben Berlin – über ein weiteres Büro in New York und 47 Hautärzte kümmern sich um die eingesandten Fotos. Nicht die Ärzteschaft oder der GBA hatten entschieden, sondern die Patienten. Patienten, die nicht wochenlang auf einen Facharzttermin warten wollten.

Sind Internetmedizin-Start-ups nicht nur eine kurzzeitige Ausnahmeerscheinung?

Wer das behauptet, ignoriert die Zeichen der Zeit: Das Jahr 2014 ist auch für eine Firma mit dem Namen Clue recht erfolgreich. Clue befasst sich mit einem äußerst lukrativen Bereich der Medizin – der weiblichen Fruchtbarkeit. Clue bietet ebenfalls eine App an, mit der Frauen ihren Zyklus verfolgen können und so in Sachen Familienplanung wichtige Informationen über sich erhalten. Seit Januar 2014 vertrauen 25.000 Frauen jeden Tag ihre basale Körpertemperatur der Clue-App an.

Woran erkennt der Patient den Nutzen einer App?

Noch ein Beispiel: mySugr. Wie der Name schon suggeriert geht es um Diabetiker, die über das Internet die Möglichkeit erhalten, mit ihrer Zuckerkrankheit besser zu leben. Blutzuckerwerte werden automatisch aus den Blutzuckermessgeräten in das Profil der Patienten hochgeladen und die verköstigten Broteinheiten werden ebenso dokumentiert, wie Blutdruck, Gewicht und die weiteren Medikamente, die der Patient täglich einnimmt. Ein Algorithmus erkennt, ob die Therapie verbessert werden kann – Tipps für die Optimierung inklusive. Eine Diabetes Academy schult Diabetiker online im Umgang mit ihrer Erkrankung. Fast 30 Entwicklerjahre stecken in der Internetplattform mySugr, die im Übrigen als Medizinprodukt zertifiziert ist. Diese Zulassung hat mySugar nur bekommen, weil er nachweisen konnte, dass sein Produkt sicher ist und die technischen und medizinischen Leistungen auch so erfüllt, wie sie von ihm beschrieben werden. Mittlerweile versorgt mySugr 150.000 Patienten. Im Übrigen wird der Bundesverband Internetmedizin gemeinsam mit dem TÜV Rheinland ein Zertifikat herausbringen, das nach einem festen Kriterienkatalog die qualitative Überprüfung von Anwendungssoftware vornimmt. Patienten, Mediziner und Kostenträger können zukünftig anhand des Siegels erkennen, ob ein Service einen echten gesundheitlichen Nutzen hat und ob ihre Daten sicher aufgehoben sind.

Sind solche „Erfindungen“ denn überhaupt integrierbar in unser Gesundheitssystem?

Die ersten Anwendungen haben bereits Einzug gehalten. So hat die Firma Caterna Vision eine Therapie für Kinder mit Amyblopie entwickelt – einer Sehstörung, deren Ursache direkt im Sehzentrum des kindlichen Gehirns liegt. Und das funktioniert so: Die Kinder sitzen zuhause vor dem Bildschirm und spielen Computerspiele. Während sie das tun, laufen im Hintergrund dieser Spiele wellenförmige sogenannte Sinusoidalmuster ab, die über viele Jahre an der Universität Dresden erforscht und entwickelt wurden. Diese Muster wirken direkt im Gehirn der Kinder und sollen dazu führen, dass die Kinder ihr Sehvermögen schneller wiedererlangen als mit der Standardtherapie über das Augenpflaster. Man spricht von „Software as a drug“. Nicht mehr Moleküle wirken im Gehirn, sondern Bits und Bytes. Was nach

Science Fiction klingt, ist ein zertifiziertes Medizinprodukt. Und nachdem diese rein digitale Therapie ausschließlich von Augenärzten verordnet wird und die Barmer GEK seit April diesen Jahres die Kosten für diese Therapie übernimmt, kann sich Deutschland rühmen, die weltweit erste App auf Rezept für eine digitale Therapie im Angebot zu haben.

Was sagt uns diese Entwicklung und was bedeutet das für die Gesundheitswirtschaft?

Die Internetmedizin überwindet die Sektorengrenzen: mySugr, KLARA, Clue oder Caterna agieren nicht im stationären und auch nicht im ambulanten Sektor. Diese Medizin gibt es nicht im Krankenhaus, der Arztpraxis oder Apotheke. Diese Medizin gibt es nur via Internet. Und diese Internetmedizin ist gerade dabei, einen neuen Versorgungssektor zu etablieren. Allerdings keinen Sektor, der sich wie die übrigen Sektoren gerne abschottet. Dieser Sektor, in dem die Medizin via Internet passiert, ist quasi ein neuer Meta-Sektor, der das Potenzial hat, die anderen Sektoren zu verbinden. Zu verbinden, weil der Patient in diesem Sektor der Treiber und Steuerer ist und sich damit tatsächlich im Mittelpunkt seiner individuellen Gesundheitsversorgung befindet.

Damit sind wir bei der zweiten Deutungsebene des Signals. Die Medizin über das Internet kennt – und genau das ist ja typisch für das Internet – nur eine Zielgruppe: den User. Und hier ist der User eben der Patient. Und genauso, wie wir, wann immer wir es wollen, bei Google, Wikipedia oder online bei unserer Bank vorbeischaun, verbindet die Internetmedizin den Patienten in Echtzeit mit jedem Leistungserbringer und gleichzeitig mit seiner eigenen Gesundheit. Über das Internet ist das kein Problem. Und dass die Patienten diesen Sektor lieben, zeigen die Patientenzahlen, die niemals eine Praxis erreicht und über die sich mancher Krankenhauskonzern freuen würde.

Warum glauben Sie, wird kein Weg an der Internetmedizin vorbeiführen?

Ganz einfach, weil der Versorgungssektor Internetmedizin helfen kann, den Alltag zu bewältigen. Den Alltag, in dem unsere Problempatienten dank Lifestyle krank wurden und in dem wir erwarten, dass sie dort auch wieder gesund werden; den Alltag, in dem die Patienten nach kurzem Krankenhausaufenthalt entlassen werden; den Alltag, in dem die Patienten viele Wochen auf einen Facharzt-Termin warten müssen. Also den Alltag, in dem unsere Patienten mehr als 99% ihrer Zeit als Kranke verbringen und im Idealfall wieder gesund werden sollen - mindestens aber bestmöglich mit ihrer Krankheit zu leben haben.

Ihre Prognose: Wann wird sich die Internetmedizin in unserem Gesundheitssystem etabliert haben?

Das ist die falsche Frage. Denn die Internetmedizin ist schon längst im Gesundheitssystem des Patienten angekommen. Der Gesundheitsmarkt für die Internetmedizin wird gerade von den verschiedenen Beratungsfirmen abgeklopft und auf viele hundert Milliarden Dollar geschätzt. Bereits im Jahr 2018 sollen, so die Prognosen, allein im Bereich der Onlinesprechstunden 14 Milliarden Dollar umgesetzt werden. Kein Wunder, dass Google hier aktiv ist und der Deutsche Anbieter für Online-Sprechstunde, die Firma Patientus, auch mit amerikanischen Investoren verhandelt.

Bietet die Internetmedizin die Lösung für die Probleme in der Gesundheitsversorgung?

Ich habe keinen Zweifel, dass sich gute Medizin in der Zukunft auch im Internet abspielen wird. Aber nicht als Notlösung für Probleme wie etwa die Unterversorgung auf dem Land ist. Und auch nicht, weil die Gesundheitsversorgung dadurch preiswerter werden kann. Sie wird Teil der Versorgung, alleine deshalb, weil es die Patienten so wollen.

Durch persönliches Datenmanagement zu besserer Gesundheit?

Wie geht man mit den sensiblen Gesundheitsdaten am besten um? Ein Genossenschaftsmodell aus der Schweiz hätte auch in Deutschland seinen Charme.



Prof. Ernst Hafen,
ETH Zürich

Herr Hafen, Sie haben die MIDATA Genossenschaft in der Schweiz gegründet. Welches Ziel verfolgen Sie und Ihre Mitstreiter?

Daten haben einen großen persönlichen und ökonomischen Wert, wie die Börsenbewertung der großen Datenfirmen zeigt, denen wir bewusst oder unbewusst unsere Daten liefern.

Jeder von uns hat ein Bankkonto und entscheidet ganz bewusst, wie er sein Geld ausgeben oder anlegen will. Im Gegensatz dazu sind unsere Daten in verschiedenen Silos verteilt oft ohne unser Wissen. Unsere Gesundheitsdaten liegen verteilt in verschiedenen Arztpraxen oder Krankenhäusern, unsere Fitnessdaten zunehmend auf Apps und Smartphones. Wir möchten Bürgern ein Konto anbieten, auf dem sie ihre Gesundheitsdaten sicher aufbewahren, verwalten und teilen können. Nur so kann jeder selbst entscheiden, ob und wie er seine Daten nutzen will. Er kann sie einem Arzt für eine Zweitmeinung zur Verfügung stellen, mit Freunden oder Verwandten teilen oder an einem Forschungsprojekt (z. B. einer klinischen Studie) teilnehmen.

Warum gerade eine Genossenschaft?

Der eigentliche Wert der Daten liegt ja nicht im Datensatz eines einzelnen Menschen, sondern in der Aggregation ganz unterschiedlicher Datensätze. Die ökonomische Wertschöpfung aus diesen Daten sollte unserer Meinung nach der Gesellschaft zugute kommen und nicht den Shareholdern von großen

Banken oder multinationalen Konzernen. Die Genossenschaft mit ihrem „ein Mitglied – eine Stimme“-Prinzip hat eine demokratische Firmenstruktur. Und da alle Menschen ähnlich viele persönliche Daten haben, ist die Genossenschaft als „Bank für persönliche Daten“ besonders gut geeignet.

Aber ist dieses Modell nicht eher ungünstig, wenn man hohe Start-Up-Kosten finanzieren muss, etwa für die IT - und Sicherheitsinfrastruktur?

Ja, die Finanzierung ist schwieriger. Aber die Demokratisierung der persönlichen Datenökonomie kann man genauso wenig mit Geld kaufen wie die demokratische Organisation eines Staates. Letztlich hängt es davon ab, dass wir die Menschen mit guten Beispielen vom Nutzen solcher Datenbanken überzeugen. Gelingt uns das, können wir auch über Crowdfunding nachhaltig wachsen.

An wen richtet sich MIDATA? Beschränkt sich der Nutzen auf aktive Teilnehmer oder sehen Sie auch einen Vorteil für die Gesellschaft?

Eine Genossenschaft wie MIDATA richtet sich an alle Bürger – mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Chronisch Kranke können ihre Krankheit besser verfolgen, effizienter mit dem Arzt kommunizieren und mit anderen Patienten neue Gemeinschaften aufbauen. Sportlern oder Fitnessinteressierten helfen wir, ihre Daten von verschiedenen Apps und Sensoren zu sammeln und zu analysieren. Wer viel auf Reisen ist, weiß es zu schätzen, von überall auf die eigenen Gesundheitsdaten zugreifen zu können. Wieder andere wollen ihre Daten als Beitrag zu einer besseren Gesundheitsversorgung der Forschung zur Verfügung stellen.

Die Allgemeinheit kann zum Beispiel durch das frühzeitige Erkennen von Medikamentennebenwirkungen profitieren oder durch die schnellere Einführung neuer Therapien der personalisierten Medizin. Letztendlich lassen sich so die Kosten für das Gesundheitssystem stabilisieren. Darüber hinaus hat man als Bürger die ganz neue Möglichkeit, sich auch über das gelegentliche Blutspenden hinaus für die Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems zu engagieren.

Gibt es dafür denn einen Bedarf? Und mit welcher Botschaft wollen Sie Bürger zum Mitmachen bewegen?

Im Mai 2015 kündigte Apple das Research Kit an. Damit können Kliniken via iPhone App geeignete Patienten für klinische Studien rekrutieren. Innerhalb von 24 Stunden meldeten sich über 11.000 Kandidaten, um an einer kardiovaskulären Studie der Stanford University mitzumachen. Dies zeigt doch deutlich, dass Bürger bereit sind, sich einzubringen – und damit sich selbst und anderen zu helfen. Man muss nur die Möglichkeiten schaffen und es zulassen.

Jeder weiß, dass ein Umbau der Gesundheitssysteme in Richtung individueller Prävention unumgänglich ist. Welchen Beitrag kann MIDATA dazu leisten?

Unser Ansatz stellt nicht nur Gesundheitsdaten im richtigen Moment zur Verfügung, sondern auch in der erforderlichen Integrationsdichte. Das ist nur möglich, weil die Bürger selbst entscheiden und nicht irgendwelche Leistungserbringer, die eigene Interessen haben. Auf einem MIDATA-Konto werden medizinische Daten (Anamnese, Labordaten etc.) und mobile Health Daten über einen langen Zeitraum erfasst. Und durch diesen longitudinalen Datensatz besteht für jeden Teilnehmer erstmals die Möglichkeit, Veränderungen frühzeitig zu erkennen. Wenn ich diese Daten noch mit externen Einflussfaktoren – Ärger am Arbeitsplatz, ein krankes Kind zu Hause oder zu viel gutes Essen – korreliere, kann ich individuelle Handlungsempfehlungen geben. Damit lerne ich mit der Zeit, was mir gut tut und was nicht.

Wird es MIDATA nur in der Schweiz geben? Wann kann ich Mitglied werden und welche Voraussetzungen muss ich erfüllen um dabei zu sein?

Nein, MIDATA Genossenschaften soll es in allen Ländern geben. Dabei muss sichergestellt werden, dass der Austausch von Daten zwischen den Mitgliedern der Genossenschaften funktioniert – genauso, wie SWIFT heute Finanztransaktionen zwischen verschiedenen Banken und Ländern ermöglicht. Wenn ich zum Beispiel an einer seltenen Krankheit leide, möchte ich

Patienten mit der gleichen Krankheit finden, egal ob sie in den USA oder in Tanzania leben. Und die globale Forschergemeinde kann so schneller und einfacher Teilnehmer für klinische Studien finden.

Wenn ich Sie richtig verstanden habe, wird MIDATA nur die Bank sein, die den Datenaustausch zwischen lokalen Genossenschaften ermöglicht. Wer erbringt denn dann die Wertschöpfung – die Zinsen und Erträge, wenn wir bei der Bankalogie bleiben?

Das ist so nicht ganz richtig. Wir stellen die Plattform und Tools bereit, um die Daten zu verwalten und zwischen den einzelnen Ländern auszutauschen. Außerdem bestimmen wir im Auftrag der Mitglieder, wer zu welchen Konditionen Zugang zu den Daten bekommt, die die Mitglieder für einen bestimmten Zweck freigegeben haben.

So ergibt sich für Dritte die Möglichkeit, neue Analyse- und Visualisierungstools anzubieten. Etwa ein personalisiertes Fitnessprogramm, welches meine Genomdaten, medizinischen und Ernährungsdaten integriert. Für einen solchen Service, den ich aus einem App Store auswählen kann, bin ich bereit zu bezahlen, weil ich weiss, dass diese Firma meine Daten nicht weiterverkaufen wird. Aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher Daten, die nur die Bürger zusammenführen können, entsteht ein völlig neuer Markt für Services.

Bei Gesundheitsdaten kommt reflexartig die Frage nach der „Datensicherheit“. Wie ist die aktuelle Situation in der Schweiz?

Machen wir uns nichts vor, absolute Sicherheit gibt es nicht. Das hält aber auch anderweitig niemanden davon ab, ein Angebot zu nutzen. Nehmen wir das Fliegen, gibt es da die absolute Sicherheit? Nein. Trotzdem fliegen wir. Und auch Ihr Bankkonto ist nicht absolut sicher. Bei der Gründung der ersten Banken haben sich viele Menschen deshalb nicht getraut, ein Konto zu eröffnen. Heute haben wir trotz Finanzkrise und fataler Misswirtschaft vieler Banken alle ein Bankkonto. Die Vorteile müssen einfach die Risiken klar übertreffen.

Die Schweiz und Deutschland haben aufgrund ihrer strengen Datenschutzgesetze gesetzlich gute Voraussetzungen. Außerdem arbeiten wir bei der Entwicklung der Plattform mit den großen Datenfirmen und den Data Security Experten der ETH in Zürich zusammen.

Wenn Sie Risiken gegen Chancen abwägen – wo sehen Sie Angebote wie MIDATA in zehn Jahren?

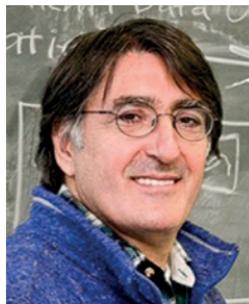
In zehn Jahren sind wir in der Schweiz, in Deutschland, den Niederlanden und Ländern der Low and Middle Income Countries (LMICs) auf dem Weg zu einer Datendemokratie, wo der Wert der persönlichen Daten zum Nutzen aller der Gesellschaft und der Wirtschaft zugute kommt. Denn auch Google und Facebook und unzählige neue Startups werden davon profitieren, dass wir als Bürger Daten aus Silos zusammenbringen, die bis jetzt durch die ganz Großen nicht zusammengebracht werden konnten. Google Health und MS HealthVault sind u. a. deshalb gescheitert, weil die demokratische Legitimierung und das Empowerment fehlten.

Das Interview führte Dr. Evelyn Orbach-Yliruka

Die „virtuelle Patientin“ – Meilenstein der individuellen Medizin?

Die „personalisierte Medizin“ ist vor allem eins: digitale Medizin.

Herr Lehrach, seit vielen Jahren berichten die Medien über „personalisierte Therapie“ in den letzten Jahren zurückhaltender von „gezielter Therapie“. Was ist damit gemeint?



Prof. Hans Lehrach,
Gründer und Beirat
Alacris GmbH

Beide Begriffe verdeutlichen das gleiche Bestreben: die Therapien spezifischer – also wirksamer – zu machen. Wenn z. B. zwei Patientinnen Brustkrebs haben, unterscheiden sich die Tumoren bei genauer Analyse deutlich. Aber nicht nur der Tumor, sondern auch die Reaktionen auf die Behandlung werden sich in jedem Körper unterscheiden. Damit kann die Therapie mit demselben Medikament einmal helfen und einmal komplett unwirksam sein.

Echte personalisierte Behandlungen kann es nur geben, wenn der behandelnde Arzt die Möglichkeit erhält, die individuelle Situation im Patienten in seiner gesamten Komplexität zu erfassen. Hierzu braucht er Informationen, welche Auswirkungen verschiedene Therapien bei dieser Patientin haben, um so seinen Behandlungsansatz optimieren zu können.

Eine solche individuelle Behandlung ist in manchen Bereichen der Medizin selbstverständlich, wie bei der chirurgischen Behandlung komplizierter Knochenbrüche. Mittels bildgebender Verfahren kann der Arzt die Situation sehr exakt charakterisieren und seine (chirurgische) Behandlung entsprechend anpassen. Bei medikamentösen Therapien ist das bisher nicht möglich. Die Komplexität der molekularen Prozesse, die durch ein Medikament beeinflusst werden, können derzeit für den einzelnen Patienten nicht ausreichend charakterisiert werden. Bestenfalls ist es bisher möglich, mithilfe von Biomarkern Patienten in Untergruppen zu unterteilen (zu stra-

tifizieren), die dann statistisch besser oder schlechter auf ein bestimmtes Medikament ansprechen („gezielter Therapieansatz“).

Die Verwendung des Begriffs „personalisierte Medizin“ geht in der medikamentösen Therapie völlig an der Realität vorbei, als hätten wir vor der Erfindung des Flugzeuges schnelle Pferdekutschen als Düsenflugzeuge bezeichnet. Personalisierte Therapie verlangt eine völlig neue Technologie. Dafür existieren im Moment die besten Voraussetzungen in der Onkologie durch die hohen Investitionen in die Grundlagenforschung. Der Ansatz wird aber sicher früher oder später in allen Bereichen der Medizin eingesetzt werden.

Sie haben zusammen mit Kollegen die „virtuelle Patientin“ entwickelt. Was ist das und was wird sich dadurch verändern?

In nahezu allen Bereichen des Lebens versuchen wir, unsere bei komplexen Situationen unvermeidbaren Fehler an Computermodellen zu machen. Wir bauen Hochhäuser, Autos und Flugzeuge erst, wenn sie als Computermodelle unter allen vorstellbaren Bedingungen getestet und für fehlerfrei befunden wurden.

In der Medizin sind wir Menschen, zumindest im Bereich der medikamentösen Behandlung, noch immer selbst die Versuchskaninchen. Neue Therapien werden in klinischen Studien ausprobiert, oft in lebensbedrohlichen Situationen, um noch einige zusätzliche Monate Lebenszeit zu gewinnen.

Unser Ziel ist es, das zu ändern. Am MPI für Molekulare Genetik in Berlin und am Dahlem Zentrum für Genomforschung und medizinische Systembiologie haben wir mit der virtuellen Patientin die technologischen Voraussetzungen geschaffen, um eine echte Personalisierung der medikamentösen Patientenbehandlung zu ermöglichen. Dabei wird für jeden Patienten, jede Patientin Tumorgewebe und Blut detailliert analysiert. Das beinhaltet meist die Exomanalyse des Blutes sowie die Exom- und Transkriptomanalyse des Tumors. Auf Basis dieser molekularen und weiterer Daten wie Proteom- und Immunstatus kann dann ein ausreichend detailliertes Computermodell des Patienten erstellt werden, an dem Wirkung und Nebenwirkungen aller theoretisch verfügbaren Therapien *in silico* vorausgesagt werden können.

Welche Informationen sind denn nötig, um ein krankheitsspezifisches in silico Modell zu entwickeln? Und brauche ich für jede Krebsart ein neues Modell?

Notwendig sind weitreichende molekulare Kenntnisse der Krebsignalwege, der Interaktionen zwischen den Signalwegen, Information über Protein-Protein Interaktionen, posttranslationale Modifikationen von Proteinen, Proteinkomplexbildung, Proteindegradationen u.v.m. Diese Informationen plus Informationen über die Bindungsaffinitäten von Wirkstoffen bilden ein generisches Modell, das prinzipiell für alle Krebsarten eingesetzt werden kann. Durch den Input von Transkriptomdaten und genetischen Varianten (z. B. mittels einer Hautkrebsbiopsie einer Patientin) wird das generische Krebsmodell zu einem wirklich individuellen Hautkrebsmodell dieser einen Patientin.

Wenden sich Kliniken an Sie oder die Betroffenen selbst? Wie stellen Sie sich den Routineeinsatz vor?

Patienten haben sich bereits in vielen Fällen direkt an Alacris gewendet. Diese Firma vermarktet die „virtuelle Patientin“. Auch Kliniken senden uns Proben, die wir dann sequenzieren und bioinformatisch analysieren. Am Schluss bekommt der Arzt einen ausführlichen Bericht mit den im Tumor und im Patienten gefundenen Veränderungen und damit verbundenen möglichen Behandlungsansätzen. Der Arzt muss dann aufgrund der vorliegenden Informationen und seiner Kenntnisse über den Patienten (bisherige Behandlungen, Stadium des Tumors / Erkrankung etc.) entscheiden, welche Behandlung am besten für den Patienten eingesetzt werden kann. In der Zukunft wird die Sequenzierung von Patient und Tumor wahrscheinlich von zentralen Diagnostiklabors routinemäßig durchgeführt werden. Der Arzt kann dann auf seinem Terminal die Daten und mögliche Behandlungsoptionen aufrufen. In Pilotmodellen funktioniert das schon.

Natürlich verlangen solche Entwicklungen signifikante Investitionen, die sich in Anbetracht der enormen Kosten der heutigen Gesundheitssysteme (in Europa allein ungefähr 4 Milliarden Euro pro Tag) und der hohen Kosten der Medikamentenentwicklung (ungefähr 75 Milliarden pro Jahr) jedoch sehr rasch bezahlt machen könnten.

Wie viel zusätzliche Lebenszeit bzw. Lebensqualität kann die „Virtuelle Patientin“ den Patienten bringen?

Als ein realistisches Therapieziel in der Onkologie erscheint heute die Chronifizierung der Krankheit analog zur Situation bei HIV Kranken. Das bedeutet, wir hoffen, dass wir viele Lebensjahre mit guter Lebensqualität gewinnen, nicht nur einige wenige zusätzliche Lebensmonate.

Da sich die molekulare Struktur des Tumors, der Metastasen, aber auch die komplexe Physiologie des Patienten insgesamt stetig ändert, ist ein Monitoring der patientenspezifischen Änderungen und somit auch eine angemessene Anpassung der Therapie notwendig. Beide Schritte, das Monitoring der Änderungen und die Optimierung der Therapie können mit unserem Modell *in silico* getestet und die Wirkungen von Therapien vorhergesagt werden. Das heißt, wir schaffen erst eine wesentliche Voraussetzung, dass eine chronische Therapie unter ethischen und finanziellen Gesichtspunkten möglich wird.

Die Lebensqualität der Kranken würde sich durch den Ersatz ungezielt wirkender Medikamente mit zum Teil grauenhaften Nebenwirkungen durch gezielt wirkende Medikamente bei weit geringeren Nebenwirkungen deutlich verbessern.

Was bedeutet das für die Pharmaindustrie und letztendlich für unser Gesundheitssystem?

Das Prinzip des virtuellen Patienten ist analog auf den Ansatz des virtuellen klinischen Versuches übertragbar. *In silico* können wir Medikamente oder Medikamentenkombinationen an Tausenden von Patienten durchtesten, bevor diese überhaupt in einen klinischen Versuch gehen. Damit werden der Pharmaindustrie Entscheidungshilfen gegeben, welche Patientengruppe am ehesten auf das Medikament ansprechen wird und wie möglichst vieler dieser Patienten identifiziert werden können, z. B. durch Biomarker. Damit kann dann ein Medikament in einem gezielten klinischen Versuch sehr viel effizienter zugelassen werden und, begleitet von Companion Diagnostics, eine viel höhere Wirkung erzielen.

Patienten, von denen man im Voraus weiß, dass sie nicht auf das Medikament reagieren, werden gar nicht mehr in den klinischen Versuch aufgenommen. Die Kosten für die Behandlung von Non-Respondern, die praktisch nur die Nebenwirkungen haben, sind enorm. Das sollte allein im Interesse der Patienten so gut wie möglich vermieden werden.

Wären solche Modelle für andere Krankheiten nicht wesentlich wichtiger?

An sich sollten in Zukunft in allen Bereichen der Medizin medikamentöse Behandlungen an Computermodellen der einzelnen Patienten optimiert und getestet werden. Wir sollten uns zu schade sein, weiterhin unnötige Risiken und Kosten auf uns zu nehmen, statt sie wie in nahezu allen anderen Bereichen, durch Verwendung individueller Computermodelle weitestgehend auszuschalten.

Aus vielen Gründen – wie leichterem Zugang zum erkrankten Gewebe für molekulare Untersuchungen und dramatische Änderungen im Genom, Epigenom und Transkriptom des Tumors – ist die Onkologie im Moment besonders gut geeignet, diesen neuen Ansatz umzusetzen. Die Umsetzung in weiteren Bereichen der Medizin ist dann vor allem eine Frage der zur Verfügung stehenden Mittel. Viele Erkrankungen wie Rheuma oder Diabetes haben starke Immunkomponenten. Die Etablierung eines „deep immune status“ (z. B. des Auslesens des Spektrums an B- und / oder T-Zellen, die im Blut des Patienten zirkulieren) und die Modellierung des Immunsystems des einzelnen Patienten könnten hier enorme Auswirkungen haben. Auf mittlere Sicht erwarten wir von diesem Ansatz in den meisten Bereichen der Medizin revolutionäre Veränderungen.

Wir verwalten heute Krankheit. Wie kann Ihre virtuelle Patientin dazu beitragen, stattdessen gesunde Lebensumstände zu fördern?

Gerade in der Prävention ergeben sich natürlich enorme Möglichkeiten. Es sollte zum Beispiel möglich sein, das Computermodell des Patienten in silico altern zu lassen, und so den Einfluss möglicher präventiver Maßnahmen während des Alterungsprozesses frühzeitig zu analysieren.

Würden sich die Möglichkeiten Ihres in silico Modells verbessern, wenn auch Daten des Betroffenen, als sie noch gesund waren zur Verfügung stünden?

Natürlich. Die Erfassung von möglichst vielen und tiefen molekularen Daten – insbesondere auch von gesunden Personen bevor sie überhaupt krank werden – wird eine wichtige Voraussetzung für ein besseres Verständnis und Modellierung mit dem Ziel des Erreichens einer besseren Lebensqualität sein.

An sich wäre es am besten, solche Modelle als „Schutzengel“ des Menschen bereits vor der Geburt (Pränatalmedizin) zu schaffen und laufend mit allen zur Verfügung stehenden Informationen zu aktualisieren. Solche Modelle könnten dann viele Vorgänge mit potenziell negativen Auswirkungen auf unsere Gesundheit (medizinische Behandlungen, Medikamente, aber auch Nahrungsmittel oder bestimmte Umweltfaktoren) auf Ebene des Modells überprüfen. Das würde es dem Einzelnen erlauben, seine Gesundheit gezielt zu verbessern. Durch kontinuierliche Anpassung des Modells könnten auch subtile Änderungen im Gesundheitszustand früher erkannt und damit früher behandelt werden.

In letzter Zeit trifft man auch noch einen neuen Begriff, die „longitudinale Medizin“. Was erwarten sie von einem solchen Ansatz und wie häufig müsste ein Modell aktualisiert werden?

Solche statistischen Ansätze können in bestimmten Bereichen recht nützlich sein. In Kombination mit persönlichen Computermodellen sollten die Ursachen für solche Änderungen jedoch leichter identifiziert und damit, wenn notwendig, medizinisch behandelt werden können.

Das Modell des einzelnen Menschen kann bei notwendigen medizinischen Untersuchungen (relativ selten) aktualisiert werden. Aber auch andere Informationen, die z. B. über Sensoren zur Pulsfrequenzmessung beim Joggen erhalten werden, könnten das Modell des Menschen kontinuierlich aktualisieren.

Das Interview führte Dr. Evelyn Orbach-Yliruka

Datenschutz ist Einstellungssache

Hundertprozentige Sicherheit gibt es in der digitalen Welt nicht. Gefordert sind Disziplin im Umgang mit Computern und Software, mit den eigenen Daten und sozialen Netzwerken.



Udo Hohlfeld, Sicherheits-
experte und Leiter der
pexesso GbR (Unterneh-
mensberatung in der
Gesundheitswirtschaft)

Herr Hohlfeld – Datenschutz bzw. Datenklau sind seit Monaten im Zentrum der Berichterstattung in den Medien –

Stichwort NSA. Wie sieht es Ihrer Meinung nach aktuell in der Medizin aus, müssen wir davon ausgehen, dass hier auch massenhaft Daten abgegriffen werden?

Ein ganz klares JA. Alle Daten, mit denen sich Geld verdienen lässt, sind attraktiv. Und meistens nur durch illegale, kriminelle Aktivität zu erhalten. Aktuelle Fälle verdeutlichen die Gefahr: 2014 wurden einem US-amerikanischen Krankenhausbetreiber rund 4,5 Millionen Patientendatensätze geklaut; im Frühjahr 2015 wurden dem zweitgrößten US-amerikanischen Krankenversicherer rund 80 Millionen Versicherten-Datensätze gestohlen. Da war alles dabei, was für weiterführenden Identitätsdiebstahl benötigt wird: der vollständige Name, das Geburtsdatum, medizinische ID, Sozialversicherungsnummer, registrierte Wohnadresse sowie Kommunikationsdaten wie E-Mail, Telefon- und Handynummer etc. Mit diesen Daten lässt sich viel Geld verdienen.

Die Digitalisierung der Medizin ist notwendig, um das deutsche Gesundheitssystem, welches eines der teuersten der Welt ist, effizienter und kostengünstiger zu machen. Sie ist notwendig, um optimierte Behandlungen für Patienten zu ermöglichen. Rein technisch gesehen, sind viele Anwendungen auch ausgereift. Der Umgang damit und das Verantwortungsgefühl der Akteure allerdings nicht. Und da unterscheidet sich die Medizin, die Gesundheitswirtschaft nicht von anderen Bereichen unseres Lebens wie der

öffentlichen Verwaltung, der Wirtschaft oder dem einzelnen (Privat-)Anwender. Technische Systeme sind nie 100 Prozent geschützt; der Mensch ist die größte Schwachstelle in der Sicherheitskette.

Wie kann Datensicherheit in der Medizin denn Ihrer Meinung nach hergestellt werden?

Sicherheit ist immer nur relativ. Es gilt, Datensicherheit durch Anwendung von Datenschutz- und Datensicherungsmaßnahmen zu optimieren. In der Medizin haben Sie eine Vielzahl von Akteuren – Unternehmen, medizinische und pflegerische Einrichtungen sowie medizinische Geräte –, die mit Patientendaten arbeiten. Eine komplexe Umgebung per se, die sich nicht durchgehend kontrollieren und sichern lässt. Unterschiedliche Plattformen, Kommunikationsprotokolle, Übertragungswege, Speichersysteme, Behandlungssysteme ... und wieder viele menschliche Schnittstellen. Da gibt es eine Vielzahl von Angriffspunkten für kriminelle Aktivitäten.

Ein Beispiel aus dem wirklichen Leben: Ein weltweit führender Hersteller weiß schon seit längerer Zeit, dass seine Dosierpumpen manipulierbar sind, die amerikanische Zulassungsbehörde FDA weiß das auch. Doch bisher wird die Gefahr kleingeredet. Ein Hacker hat bewiesen, dass es möglich ist, diese Pumpen für die automatische Dosierung von Medikamenten über ihre Kommunikationsschnittstelle zu manipulieren und falsche Dosierungsschemata einzuspielen. Ein Horror-Szenario. Größtmögliche Datensicherheit kann nur hergestellt werden, wenn sich alle Beteiligten über Gefahrenpotenziale bewusst sind und sich bei jedem Handgriff fragen, was sie noch besser machen können.

Stichwort Notfall – oft geht es hier um schnelle und allgemeine Verfügbarkeit von Daten. Widerspricht das nicht diametral dem Datenschutz-Gedanken?

Nein, die schnelle und allgemeine Verfügbarkeit von Daten widerspricht nicht dem Datenschutz-Gedanken. Und mal ehrlich, wenn es um Menschenleben geht, wäre da der Datenschutz in diesem Moment nicht sekundär? Betrachten wir doch einmal eine Notfallsituation, einen Autounfall mit

Schwerstverletzten: Die Identität der Verletzten ist nicht bekannt, somit besteht keinerlei Zugriff auf irgendwelche Daten. Die Notärzte vor Ort müssen mit den Verletzten „arbeiten“ und entsprechend deren Zustand handeln. Selbst mitgeführte elektronische Gesundheitskarten oder Organspendeausweise können zerstört sein.

Daten können nicht überall in jeder Lebenssituation vorhanden sein, im Rahmen von Arztpraxen, Krankenhäusern, Pflegeheimen aber schon. Die dort eingesetzten IT-gestützten Administrations-, Pflege- und Behandlungssysteme müssen den Sicherheitsanforderungen und Datenschutzrichtlinien entsprechen. Da sind selbstverständlich auch die Hersteller der Produkte in der Pflicht.

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) war - unter anderem - auch einmal als „Schlüssel“ zu den gespeicherten Patientendaten gedacht. Wie aktuell ist dieses Konzept noch?

Gute Frage, denn die eGK hätte das Potenzial verschiedene Funktionen zu erfüllen. Es gibt die Aufteilung in Pflichtenwendungen und freiwillige Anwendungen gemäß §291a SGB V, die mit der eGK zur Verfügung stehen sollen. Pflichtenwendungen sind die Versicherungsstammdaten wie auch das elektronische Bearbeiten von Verordnungen. Dann hört der Standardnutzen auch schon auf, da über die Nutzung der freiwilligen Anwendungen jeder Patient selbst entscheiden kann.

Bei den freiwilligen Anwendungen würden auf der eGK u. a. Daten für die Notfallversorgung, elektronische Arztbriefe, Arzneimittelunverträglichkeiten oder eine elektronische Patientenakte gespeichert werden. Die entsprechenden Daten wären dann so sicher wie die benutzte Verschlüsselungstechnologie. Einen konsequenten Nutzen sehe ich aktuell bei der eGK nicht, da sie nicht standardisiert eingesetzt wird. Das ist im Zeitalter des Cloud-Computing vielleicht aber auch gar nicht mehr nötig.

Lassen sich durch „Big Data“, also das Sammeln großer Mengen strukturierter und unstrukturierter Daten, in der Medizin zusätzliche Erkenntnisse gewinnen?

Ja, auf jeden Fall. Die – aus Datenschutzgründen anonymisierte – Auswertung von medizinischen Datensammlungen kann in vieler Hinsicht helfen. Die Erforschung komplexer medizinischer Zusammenhänge mithilfe von Big Data kann die Effizienz von medizinischen Sachverhalten steigern. Und je mehr die Digitalisierung in der Medizin Einzug hält, umso größere Datenmengen stehen für die Analyse zur Verfügung.

In meinen Augen gehört dazu, die zur Verfügung stehenden Diagnose- und Therapie-Daten aus Arztpraxen, Krankenhäusern, Reha- und Physiotherapieeinrichtungen zu analysieren und mit demografischen Daten zu verknüpfen. Das erst wird wichtige Erkenntnisse für das Auftreten von Krankheiten, für die Prävention, für Behandlungskostenentwicklung oder für gesellschaftstypische Entwicklungen liefern. Big Data kann dabei nur ein Teil des Methodenkanons sein. Es ist und bleibt eine statistische Methode, die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Fakten herstellt und quantifiziert. Es wäre sträflicher Leichtsin, die Leistung von Big Data zu überschätzen. Beispiele für Big Data Anwendungen sind zum Beispiel „Google Grippe-Trends“ oder „Google Denguefieber-Trends“ wie auch das Analysesystem „Watson“, das zu Diagnosezwecken in der Onkologie eingesetzt wird.

Und welchen Nutzen hat ein Patient davon, seine Daten der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen?

Der Traum ist eine vorausschauende Diagnose und in der Folge ein personalisierter Therapieplan. Und das ist nicht nur Zukunftsmusik, wie ein Beispiel zeigt. Michael Snyders, Professor für Genetik an der Stanford Universität, wurde im Rahmen einer Studie über einen längeren Zeitraum untersucht. In der computergestützten Analyse der Daten kam überraschender Weise eine Veranlagung für Diabetes ans Licht. Es gab keinerlei familiäre Vorbelastung oder Übergewicht. Und in der Tat, im Verlauf der Studie ist Snyder an Diabetes erkrankt. Durch die Vorwarnung war er aber in der Lage, durch angepassten Lebensstil die negativen Folgen zu mindern.

Big Data ist ein neues Hilfsmittel, das den Arzt bei seiner Tätigkeit unterstützt. Ein Computer kann nicht die medizinische Urteilskraft des Arztes ersetzen, welche auch durch die emotionale und soziale Kompetenz und Erfahrung des Arztes getragen wird.

Und ist das mit Datensicherheit und Datenschutz vereinbar?

Ja, das ist mit Datensicherheit und Datenschutz vereinbar. Die grundsätzliche Frage, die sich stellt, ist doch: Wem gehören die patientenbezogenen Daten? Sie gehören dem Patienten und der hat die Verantwortung und die Nutzungshoheit. Wenn ein Patient seine Daten freiwillig jemanden zur Verfügung stellt, dann ist das seine Entscheidung. Wichtig ist nur, dass die Systeme, mit denen die Patientendaten verarbeitet werden, die aktuellsten Sicherheitsstandards beherrschen und die Systembetreiber die gültigen Datenschutzrichtlinien befolgen und die personenbezogenen Daten (für Massenanalysen) anonymisiert werden.

Und wie kann ich als Patient meine Daten schützen?

Das ist in meinen Augen reine Einstellungssache - und Disziplin im Umgang mit Computern und Software, mit den eigenen Daten und sozialen Netzwerken. Voraussetzung ist, sich mit diesen Fragen zu beschäftigen und zu verstehen, was für Daten anfallen, wer dazu Zugang hat und haben sollte und sich darüber im Klaren sein, welche Konsequenzen ungeschützte Daten haben.

In den 1980er-Jahren demonstrierten viele gegen die harmlose Volksbefragung, heute vollzieht sich ein hemmungsloser Datenstriptease in den sozialen Netzen. Meine personenbezogenen Daten, meine medizinischen Daten gehen nur mich und meinen Arzt etwas an, in begrenzter Weise auch meine Versicherung. Die Systeme, in denen meine Daten gespeichert werden, müssen bestmöglich gesichert sein, und nur ich darf entscheiden, wer Zugang erhält. Für alle weitergehenden Anwendungen wie hier besprochen, benötigt es nur anonymisierte Daten.

Wir müssen ehrlich sein, das Risiko für das Kompromittieren von digitalen Daten und von Speichersystemen kann nicht auf 0 Prozent reduziert werden. Mit genügend krimineller Energie und Ausdauer findet sicher immer eine Sicherheitslücke, die ausgenutzt werden kann. Denken Sie an die Krankenakte von Michael Schuhmacher, die aus dem behandelnden Krankenhaus entwendet wurde. Es gibt keine hundertprozentige Sicherheit.

Spielt in Zukunft auch das Internet der Dinge, also die Vernetzung von medizintechnischen Geräten und Gebrauchsgegenständen, eine Rolle?

Immer mehr technische Geräte produzieren Daten, sei es EEG, MRT, Röntgen, CT oder Labor. Diese Daten müssen in die Informationssysteme eingespeist werden. Somit spielt die Vernetzung medizintechnischer Geräte eine große Rolle. Auf einfache Weise passiert dies schon. Wir hatten vorhin die Dosierungspumpen angesprochen, welche Informationen an das Pflegepersonal übermitteln können über Füllstände, Dosierung, planmäßige Funktion. Es gibt die verschiedensten von Patienten benutzten Injektionsgeräte (z. B. für die Diabetes- oder MS-Behandlung), die über das Internet Daten an Pflegepersonal und Ärzte oder Selbsthilfegruppen schicken wie auch zum Beispiel Blutdruckmessgeräte mit Bluetooth-Schnittstellen.

Für die Telemedizin ist es ein wichtiger Aspekt, dass von Patienten genutzte Technologien und Geräte in den Gesamtprozess einbezogen werden, denn dadurch lassen sich patientenspezifische Therapien erstellen. Smart Watches messen Vitalwerte und speichern diese in der elektronischen Patientenakte ab. Da dies in Echtzeit passiert, können Auffälligkeiten in den Messwerten direkt an den Patienten und das Pflegepersonal gemeldet werden. Adäquate Gegenmaßnahmen können sofort eingeleitet werden. Die Vernetzung in der Medizin hat an vielen Stellen bereits begonnen. Wichtig ist es, sie zur Effizienz- und Qualitätssteigerung zu nutzen. In den kommenden Jahren werden aus allen Arbeits- und Lebensbereichen Billionen von „things“ (Geräten) über das Internet vernetzt. In meinen Augen ist dies eine noch nie dagewesene Anforderung an Datensicherheit und Datenschutz, der jetzt durch Standards, Protokolle, Definitionen und Mechanismen begegnet werden muss. Jetzt, nicht erst dann, wenn es zu spät ist.

Wie geht das europäische Ausland mit den Themen Datenschutz, Datensicherheit und auch Big Data Analysen um?

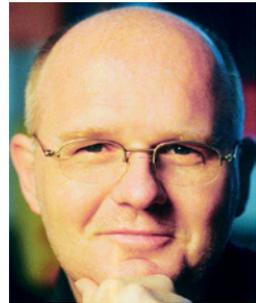
Da gibt es keine großen Unterschiede mehr im allgemeinen Verständnis dieser Themen. Die Realisierung ist natürlich von unterschiedlicher Qualität. Umso mehr ist eine einheitliche europäische Evaluierung und Exekution von Datensicherheit und Datenschutz vonnöten, welche in meinen Augen noch nicht existiert. Die Bundesregierung hat im Frühjahr letzten Jahres ein weiteres Forschungsprogramm zum Thema IT-Sicherheit gestartet. Sicherheit wird aber schon jetzt benötigt, nicht erst in einigen Jahren, wenn das Programm 2020 beendet ist. Wichtig ist dabei auch die übergreifende Sicht, denn Sicherheit hört nicht an den Grenzen der Gesundheitsbranche auf.

Europaweit entstanden und entstehen auch nationale Register oder Datenpools mit medizinischen Informationen. 2013 startete der Aufbau eines nationalen Krebsregisters. Die gesammelten Daten umfassen Parameter wie Diagnose, Therapieplan, Auffälligkeiten, Rückfälle und Krankheits- und Heilungsverlauf. In England werden anonymisierte Krankenakten aller Einwohner in einer zentralen Datenbank gesammelt und mit weiteren Datensammlungen wie Umweltdatensammlungen, genetischen und demografischen Datenbeständen zusammen analysiert. Diese Daten des „Clinical Practice Research Datalink“ (CPRD) werden der Wissenschaft für Studien bereitgestellt.

Deutschland hängt bei den Themen eHealth, Telemedizin, vernetzte Krankendaten und altersgerechte Assistenzsysteme den europäischen Nachbarn hinterher. Die Mensch-Technik-Interaktion wird immer prägender für unseren Alltag, nicht nur in der Medizin. Es ist eigentlich ein wichtiger Bestandteil des demografischen Wandels, der sich vollzieht. Für das Gesundheitswesen entstehen aus der Digitalisierung viele Vorteile durch gezielte Unterstützung der Menschen bei der Prävention, durch die Vermeidung unnötiger Behandlungen, durch die Unterbindung von Missbrauch und durch patientenspezifische Diagnosen und Therapien.

Content is King – aber nur, wenn die Verpackung stimmt

Inhalte sind das A und O der medizinischen Kommunikation. Warum werden sie dann so selten gelesen?



Jörg Künkel, Inhaber der Agentur künkelmedia, ist einer der renommiertesten Zeitschriftenmacher Deutschlands.

Herr Künkel, als Designer und Medienentwickler „verpacken“ Sie medizinische Informationen – warum ist die Verpackung überhaupt wichtig?

Bei medizinischen Informationen steht die Fachkompetenz natürlich an erster Stelle. Es geht nicht darum, den Leser zu unterhalten, sondern darum, ihm wichtige Informationen und Hilfestellungen zu geben. Damit diese wertvollen Informationen den Leser aber auch erreichen, muss die Verpackung stimmen.

Lassen Sie mich das an einem Beispiel erklären. Das Buch von Giulia Enders „Darm mit Charme“ stand wochenlang auf der Bestsellerliste des deutschen Buchhandels. Der Titel war einfach gut gemacht, locker geschrieben und hat deshalb wesentlich mehr Menschen erreicht als ein übliches Fachbuch. Gerade weil Fachinformationen oft keine leichte Kost sind, muss man die Lektüre so einfach und verständlich wie möglich machen und das Produkt attraktiv verpacken.

Leider ist oft genau das Gegenteil der Fall. Vor allem Wissenschaftler neigen dazu, Texte sehr komplex aufzubereiten und mit zahllosen Fachbegriffen „aufzuwerten“. Und deshalb darf das Produkt auch nicht zu „schön“ sein. Mir sagte vor Jahren mal ein Herausgeber: „Schön ist unwissenschaftlich ...“ Ich sage: Kein Leser will sich quälen, auch kein Fachleser. Und wenn die Lektüre so aussieht, als ob ich mich quälen müsste, lasse ich es einfach sein.

Widerspricht das nicht der alten Weisheit „Content is King“?

Keineswegs. Natürlich sollte ein wissenschaftlicher Autor einen wissenschaftlichen Hintergrund haben. Seriosität und Qualität der Information müssen gewährleistet sein. Aber was nützt der beste Content, wenn die Information beim Leser nicht ankommt? Henri Nannen hat das wunderbar auf den Punkt gebracht: „Erst müssen wir die Kirche vollkriegen, dann können wir predigen.“

Wir alle kennen das: Stöße von Zeitschriften, Newslettern und digitale Informationen, die man eigentlich lesen wollte, aber die Zeit fehlt. Nach zwei Wochen wandert das Ganze ungelesen in den Papierkorb und man hat sogar noch ein schlechtes Gewissen. Wenn ein Beitrag uns spontan angesprochen hätte, hätten wir auch die Zeit gefunden, ihn zu lesen. Content ist nur King, wenn er beim Leser ankommt.

Gilt das für gedruckte Informationen und Online-Informationen gleichermaßen?

Natürlich. Zu Hause liest man vielleicht eher Print, unterwegs zieht man das Tablet vor. Vielleicht ist es aber auch umgekehrt. Es gibt keine richtige oder falsche Mediennutzung. Es gibt nur eine richtige oder falsche Aufbereitung von Informationen. Und das gilt für Online genauso wie für Print. Vielleicht sogar noch mehr für digitale Medien, denn hier ist das Angebot noch viel größer und die nächste „Versuchung“ näher.

Was bedeutet das konkret für medizinische Informationen?

Verlage und Unternehmen haben heute das Problem, dass die Grenze zwischen Fachcontent und Informationen für Laien, also Patienten und Angehörige, immer mehr verschwimmt. Gerade Menschen mit chronischen Erkrankungen werden im Laufe der Zeit zu Experten, was ihre eigene Situation betrifft. Sie geben sich nicht mit banalen Infos aus der Publikumspresse zufrieden, sondern wollen seriös und kompetent informiert werden – aber auch verständlich. Im Idealfall erleichtern Publikationen die Kommunikation, etwa zwischen Arzt und Patient, mithilfe von Checklisten,

Illustrationen oder schematischen Darstellungen. Der Arzt spart Zeit, der Patient fühlt sich gut informiert und gut behandelt. Oft landen diese Informationen später bei Angehörigen oder Freunden und werden so zur Empfehlung.

Auch bei rein wissenschaftlichen Publikationen gibt es Probleme, die mit der Aufbereitung von Informationen zu tun haben. Ich kenne Fachärzte, die offen zugeben, dass sie viele Beiträge nicht lesen, weil sie zu umfangreich und wissenschaftlich geschrieben sind. Am Abend nach der Praxis ist der Akku leer – und die Bereitschaft gering, sich durch eine mehrseitige Originalarbeit zu quälen. Dabei ist es gar nicht so schwer auch wissenschaftliche Inhalte intelligent und nutzerfreundlich aufzubereiten, wenn Autoren und Herausgeber über ihren Schatten springen und an ihre Leser denken. Carl Friedrich von Weizsäcker hat einmal gesagt: „Information ist nur, was verstanden wird.“

Wie hat sich Ihre „Stellenbeschreibung“ im letzten Jahrzehnt geändert?

Eigentlich gar nicht. Früher galt der Satz: Kommunikation ist erfolgreich, wenn der richtige Inhalt in der richtigen Form auf den richtigen Empfänger trifft. Heute muss der Satz ergänzt werden: Kommunikation ist nur erfolgreich, wenn der richtige Inhalt in der richtigen Form zum richtigen Zeitpunkt auf dem richtigen Kanal auf den richtigen Empfänger trifft.

Was sich aber gewaltig geändert hat, ist die Mediennutzung. Wenn ich mir heute unsere Zeitschriftenkonzepte anschau, die wir in den 1980er- und 1990er-Jahren entwickelt haben, staune ich, mit wie wenig die Leser damals zufrieden waren. Das lag vermutlich daran, dass sie keine Alternativen hatten. Das war gestern. Heute kann sich der Kunde seine Informationen aus unterschiedlichsten Quellen besorgen und damit sind seine Ansprüche extrem gestiegen. Gute Inhalte allein reichen nicht mehr, das Gesamtprodukt muss überzeugen.

Viele sehen die Verlage in einer Krise, da sie immer noch keine Antworten auf die Herausforderungen der Internet-Medienwelt haben. Ist das auch Ihre Ansicht?

Leider ist das so. Viele Verlage arbeiten noch mit Geschäftsmodellen aus der Print-Ära. Zum Teil funktionieren diese Modelle ja auch immer noch – zumindest in Deutschland. Nur eben mit sinkenden Auflagen und schlechteren Margen. Das wird noch eine Weile gut gehen, aber die Zeit läuft. Erst kürzlich sagte mir ein bekannter Verleger: „Wir leben in Deutschland auf einer Insel der Glückseligen. Aber nicht mehr lange.“

Das Problem: Ein Umbau vom klassischen Printverlag zum digitalen Informationsanbieter ist alles andere als leicht. Als Verleger kann man nicht einfach den Schalter umlegen. Es gibt gewachsene Strukturen, eingeführte Prozesse und Workflows, die sich über Jahre oder teilweise sogar Jahrzehnte entwickelt und bewährt haben. Langjährige Mitarbeiter, gute Werbekunden oder Stammleser will man nicht verlieren. Die Bereitschaft, Wagnisse einzugehen ist daher bei vielen sehr begrenzt.

Die meisten Verleger haben längst erkannt, dass es höchste Zeit ist, etwas zu ändern. Nur wissen sie nicht wie. Seit Jahren suchen alle den Erfolg in digitalen Medien, aber nur wenige verdienen wirklich Geld damit. Und musste man sich früher nur um wenige Konkurrenzunternehmen kümmern, kommen heute ganz neue Anbieter dazu, die auch ein Stück vom Kuchen wollen. Die entscheidende Hürde ist aber nach meiner Erfahrung der fehlende Mut, Veränderungen und neue Ideen zuzulassen. Ich kann nur sagen: Die mutigen Relaunchs waren immer die erfolgreicheren.

Hat die klassische Fachzeitschrift überhaupt noch eine Zukunft, wo ich mir heute mit Flipboard oder anderen Apps meine ganz persönliche Zeitschrift zusammenklicken kann?

Ja und nein. Die klassische Fachzeitschrift ist heute in den meisten Fällen ja schon eine crossmedial aufgestellte Medienmarke. Ist sie gut gemacht, liefert sie doch wertvolle, relevante und geprüfte Informationen und ist dem selbst zusammengestellten Medienmix noch deutlich überlegen.

Die wenigsten Leser haben die Zeit sich Informationen mühsam zusammenzusuchen und fachlich zu überprüfen. Sie haben auch keine Zeit wichtige Messen zu besuchen, mit Meinungsbildnern zu sprechen oder die neuesten Entwicklungen der Industrie zu recherchieren. Genau das aber macht eine gute Redaktion und das macht ihr Medium wertvoll und im Idealfall unverzichtbar. Stellen Sie sich einen Arzt vor, der seine Patienten mit ungeprüften Empfehlungen aus irgendwelchen Onlineportalen behandeln würde. Würden Sie diesem Arzt vertrauen?

Apps generieren bereits automatisierte Texte aus Datenbankinformationen. Welche Rolle spielt die Verpackung bei dieser Art von Roboterjournalismus?

Das erinnert mich irgendwie an Fastfood. Kann man essen, muss man aber nicht. Natürlich wird das in einen oder anderen Fall funktionieren, aber ist der Leser wirklich bereit, sich diese Art der Informationsaufbereitung anzutun? Wenn ich meine kostbare Zeit mit der Lektüre von Fachinformationen verbringen muss, dann erwarte ich, so einfach, verständlich, lesefreundlich und unterhaltsam wie möglich informiert zu werden. Nur satt sein reicht auf Dauer nicht.

In Fachbüchern und Zeitschriften wurden „Bleiwüsten“ mittlerweile durch gut strukturierte und lesbare Seiten ersetzt. Gibt es hier überhaupt noch weiteres Entwicklungspotenzial?

Jede Menge. Wir haben vor einigen Jahren ein „Werkzeug“ entwickelt, mit dem man die Qualität von Medien überprüfen und bewerten kann. Wir nennen es den „MedienCheck“. Und wir haben festgestellt: Es gibt vielleicht nur noch wenige echte Bleiwüsten, aber immer noch viele Medien, die erkennbar nicht auf der Höhe der Zeit sind. Die Qualität insgesamt steigt, der Unterschied zwischen guten und schlechten Medien wird aber eher größer. Wir stoßen bei der Analyse immer noch auf schwache Headlines, langweilige, nichtssagende Bilder, unverständliche Infografiken, fehlende Dialogmöglichkeiten und vieles mehr, was den Leser abschreckt.

Print ist noch lange nicht ausgereizt und ein gutes Angebot hat immer eine Chance. Man muss dem Kunden etwas geben, dass er selbst nicht oder nur mit sehr großem Aufwand erreichen kann. Dafür ist er bereit, Zeit und Geld auszugeben oder auf andere Art zu bezahlen. Man sollte allerdings genau wissen, was der Kunde braucht. Und wem er vertraut.

Eine starke Marke ist da äußerst hilfreich, denn das Vertrauen in eine Marke ist ein entscheidendes Erfolgsmerkmal. Die meisten Medienmarken werden immer noch von Print geprägt. Deshalb sollte man handeln, solange die Marke noch strahlt.

Blicken Sie doch für uns einmal ins Jahr 2020 und darüber hinaus: Wer bietet medizinische Informationen an und wie werden sie präsentiert?

Sie wissen doch: Erfahrene Propheten warten die Ereignisse ab (lacht). Im Ernst: die Entwicklung in meiner Branche hat sich den letzten Jahren so dramatisch beschleunigt, dass Voraussagen kaum möglich sind. Ich denke und fürchte, dass die Unterscheidung zwischen den verschiedenen medizinischen Informationsquellen kleiner wird. Die Dominanz der klassischen Facharztmedien wird meiner Meinung nach eher abnehmen, der Einfluss von Informationen aus anderen Quellen, wie Industrie, Hochschulen, Verbänden, Gesundheitsorganisationen, Onlineforen, Blogs und anderen Initiativen eher deutlich zunehmen. Durch die stärkere Konkurrenz im Markt steigt der Druck auf alle Medien, sich aus der Masse abzuheben.

Wer den Wandel überleben will,

- sollte etwas zu sagen haben,
- sollte geprüfte, qualitativ hochwertige Informationen zur Verfügung stellen,
- sollte diese medien- und zielgruppengerecht darstellen und
- sollte immer ein wenig besser sein als die Konkurrenz.

In der medizinischen Kommunikation wird die Grundregel auch nach 2020 noch heißen: Du sollst nicht langweilen.

Ärztliche Fortbildung muss sich am Praxisnutzen orientieren

Online-Formate werden die Präsenzveranstaltung nicht verdrängen
– aber sinnvoll ergänzen.

Herr Dr. Fedder, Sie sind Geschäftsführer der content4med GmbH. Sind Ihre Inhalte ausschließlich für Fachkreise bestimmt oder produzieren Sie auch für das Laienpublikum?

Wir produzieren Medien und entwickeln Konzepte für die medizinische Fortbildung im Rahmen von Präsenzveranstaltungen und im Online-Bereich. Die ärztliche Fortbildung steht im Mittelpunkt aber in den letzten Jahren hat der Anteil von Fortbildungen für medizinische Fachangestellte, Patienten und deren Angehörige zugenommen.

Von Interesse sind neben medizinisch-therapeutischen Inhalten auch die Bereiche Kommunikation und Prophylaxe. Mir ist es wichtig, dass sich die aufbereitete Information immer am Bedarf in der täglichen Praxis oder im täglichen Leben orientiert und einen echten Nutzen darstellt.

Was ist Ihrer Meinung nach die beliebteste Form von Fortbildung?

Ich habe in meinem Berufsleben die Fortbildungsbranche von allen Seiten kennengelernt: als Sponsor, als Dienstleister bzw. Produzent und als Nutzer. Ich halte die Präsenzfortbildung wegen der direkten und persönlichen Kommunikation und der individuellen Atmosphäre für die meistgeliebte Form, dann folgen Internet und Zeitschriften. Präsenzveranstaltungen sind einfach ein emotionaleres Erlebnis.



Dr. med. Martin Fedder gründete die content4med GmbH. Er entwickelt und produziert Lernkonzepte und Medien für die Medizin.

Ist das ein Bauchgefühl oder gibt es dafür Belege?

Vor allem Gespräche mit den Teilnehmern an Präsenzfortbildungen haben mich in dieser Meinung bestärkt. Natürlich ist es heute bei der Menge an Parallelangeboten oft schwer, dass ausreichend viele Interessenten tatsächlich auch an einer Fortbildung teilnehmen. Aber wenn sie einmal da sind und das Kommunikationskonzept funktioniert, dann sind doch fast immer alle sehr zufrieden.

Werden Online-Fortbildungen die Präsenzveranstaltungen jemals verdrängen können?

Nein, das glaube ich nicht. Online-Fortbildungen bedienen entweder den aktuellen Informationsbedarf zu einem breiten Themenspektrum mithilfe sinnvoller Suchfunktionen oder sie sind spezifisch in ein Präsenzkonzept eingebunden. Ich stelle mir da zum Beispiel Online-Fortbildungen zu Vertiefungsthemen vor, die Teilnehmer einer Präsenzveranstaltungsserie per Umfrage gewählt haben. Oder umgekehrt Themen zur spezifischen Vorbereitung auf eine Präsenzveranstaltung. Daneben werden die Präsenzveranstaltungen ja immer interaktiver, mit Online-Beiträgen und Online-Teilnehmern.

Was treibt Ihrer Meinung nach die Fortbildungsanbieter und was treibt die Fortbildungsteilnehmer?

Natürlich wünschen sich die Veranstalter volle Veranstaltungen, zufriedene Teilnehmer, hoher Nutzerzahlen und unter dem Strich eine gute Rendite. Die Aufbereitung der Information, die Organisation und die Durchführung der Fortbildung kostet Geld und ein erfolgreicher Anbieter muss einen Gewinn erwirtschaften.

Ein Fortbildungsteilnehmer wünscht sich inhaltlich ausgewogene, interessante und aktuelle Fortbildungen in Wohnort- oder Arbeitsplatznähe – zu passenden Terminen mit einem möglichst hohen individuellen Praxisnutzen und zu einem möglichst niedrigen Preis. Allerdings muss man auch sehen: Die finanzielle Hauptlast der medizinischen Fortbildungen tragen

Sponsoren und auch die haben Wünsche. Die Mehrheit der Ärzte lehnt einerseits eine kostenfreie staatlich geregelte Fortbildung ab, andererseits ist aber vor allem im niedergelassenen Bereich die Bereitschaft gering, für Präsenz- und Online-Fortbildungen angemessen zu bezahlen. Diese Situation erfordert Kompromisse bei allen Beteiligten und gleichzeitig eine größtmögliche Transparenz.

Generelle Trends im Web sind die Bereiche „social“ und „mobile“. Auch in der medizinischen Fortbildung?

Ein ganz klares Ja! Allerdings breiten sich diese Trends im Bereich der medizinischen Fortbildung nach meinen Erfahrungen deutlich verzögert aus. Technische Gründe für diese Verzögerung sind in den letzten Jahren in den Hintergrund getreten, aber gesetzliche Vorgaben und die Standespolitik sind nach wie vor relevant. Wenn es um Fortbildung von Ärzten für Ärzte geht, sind die Spielregeln klar, aber wenn es um die Kommunikation von medizinischem Wissen von Ärzten an Laien in sozialen Netzwerken geht, dann wird es sehr schnell sehr komplex.

Welchen Eindruck haben Sie von medizinischen Communities? Haben Sie einen Favoriten?

Um es gleich vorweg zu nehmen: einen Favoriten habe ich nicht. Mich interessiert bei den medizinischen Communities der Betreiber, wie er sein Geschäft finanziert und wie ernst er den Datenschutz nimmt. Communities nur für Ärzte müssen einen echten Nutzen bringen, um sich zum Beispiel von Kollegen Befunde kommentieren zu lassen. Dieses konsiliarische Prinzip ist in der Ärzteschaft ja uralte, nur das Medium ist moderner.

Patienten suchen meist dann Communities auf, wenn sie selbst von einer Erkrankung betroffen sind oder für Angehörige oder Freunde Rat suchen. Tabuthemen und Erkrankungen mit einem hohen Involvement der Patienten, wie Inkontinenz, neurologische Erkrankungen und Sexualthemen sind hier wegen der möglichen Anonymität sehr beliebt. Hier kann eine Community etwas Licht in den unübersichtlichen Informationsdschungel bringen, sie kann helfen Informationen zu filtern und gibt den Patienten

das Gefühl nicht alleine zu sein. Aber sie ersetzt nicht den erfahrenen Arzt.

Ärzte müssen Ihre Fortbildungspunkte sammeln. Braucht zukünftig jedes Fortbildungsangebot zwingend eine Zertifizierung?

An der Notwendigkeit, Fachwissen regelmäßig aufzufrischen, besteht kein Zweifel. Und ich habe den Eindruck, dass der gesetzliche Druck zur Fortbildung gut ist. Als Maßeinheit wurden CME-Punkte definiert und das setzt Spielregeln für deren Vergabe voraus.

Nicht jedes Fortbildungsangebot braucht zwingend eine Zertifizierung, aber wenn Punkte vergeben wurden, ist das Angebot für die meisten Ärzte einfach attraktiver. Aufgrund der regionalen Zuständigkeiten gibt es bundesweit keine einheitlichen Regeln für die Punktevergabe, Kooperationsverträge zwischen Fortbildungsanbietern und Ärztekammern sind kein Standard und so wird zum Beispiel die gleiche Online-Fortbildung in einem Bundesland mit einem Punkt und in einem anderen mit drei anerkannt. Hier gibt es durchaus noch Verbesserungsmöglichkeiten.

Wie wird sich das Thema Medical Education in fünf Jahren darstellen und wer sind die Player?

Das Wissen nimmt nicht nur im medizinischen Bereich rasant zu. Es wird auch in fünf Jahren entscheidend sein, daraus nützliche Strategien für die Anwendung in der täglichen Praxis abzuleiten. Ich persönlich wünsche mir, dass es bei den Fortbildungen noch mehr Interaktivität mit den Teilnehmern gibt, damit sofort spürbar wird, ob und wie die Informationen verstanden werden. Bei größeren Präsenzveranstaltungen sollte auch eine aktive digitale Teilnahme möglich sein.

Das kostet Geld. Fortbildung muss unabhängig sein und ich hoffe, dass mehr Ärzte in Zukunft bereit sind, für gute Fortbildung zu bezahlen. Wer die Player in fünf Jahren sind? Das sind die Unternehmen, die nicht nur auf neu zugelassene Medikamente und innovative Medizintechnik schauen, sondern ihr Angebot ganz nah am wirklichen Bedarf der Ärzte ausrichten.

Einer der großen Trends in vielen Fortbildungsbereichen ist Gamification – also die Integration von “Spielementen” – um komplexe Aufgaben zu vermitteln. Sehen Sie hier auch Anwendungsmöglichkeiten in der medizinischen Fortbildung?

Auf den ersten Blick könnte man ja meinen, Spielen gehört nicht in die Fortbildung. Dabei gehört Spielen meiner Meinung nach zu den wichtigsten Arten der Wissensvermittlung und des Lernens. Ich fange mal mit der Patientenfortbildung an, wo ich mich vor ein paar Jahren selbst mit der Entwicklung eines Computerspiels für Kinder mit Typ-1 Diabetes beschäftigt habe. Der Prototyp wurde zusammen mit Studenten produziert, Diabetologen waren sehr angetan von der Idee, aber für die notwendige wissenschaftliche Validierung fand sich kein Sponsor.

Für die ärztliche Fortbildung könnten Spielelemente auf einem entsprechendem Niveau nicht nur den Spaßfaktor erhöhen und damit die Motivation, sondern tragen auch dazu bei, dass die Teilnehmer sich die Lerninhalte viel besser merken können. Gamification bringt die Lernenden weg vom passivem „sich mit Information berieseln lassen“ hin zur Interaktion, zur aktiven Auseinandersetzung mit dem Stoff, zum spielerischen Finden von Lösungen auch für komplexere Problemstellungen. Das macht die Fortbildung attraktiver. Natürlich steigen dadurch auch die Anforderungen an die Entwickler und Produzenten der Fortbildungen. Bei den meisten ärztlichen Fortbildungen ist bislang die Lernerfolgskontrolle der einzige interaktive Bestandteil. Das sollte sich ändern.

Publizieren ist und bleibt eine Momentaufnahme

Warum wissenschaftliche und medizinische Verlage sich neu erfinden müssen, um langfristig zu überleben.

Herr de Kemp, als Geschäftsführer des AKA-Verlags verlegen Sie Bücher zu Medizin, Wissenschaft und Technik. Wie lange kann ein Verlag davon noch leben?

Im Moment ist es wirklich schwierig zu sagen, wie lange das noch gut geht. Vor allem die aktuellen Änderungen beim Urheberrecht werden die Verlage hart treffen. Die VG Wort hat kürzlich alle Verlage angeschrieben, dass die Ausschüttungen der letzten drei Jahre voraussichtlich zurück gezahlt werden müssen aufgrund eines Urteils des Europäischen Gerichtshofs.

Wenn man wie wir mit kleinen Gewinnspannen arbeitet, nimmt das schon bedrohliche Ausmaße an. Man kann eigentlich nicht mehr tun, als Politik und Öffentlichkeit nachhaltig wachzurütteln, dass viele – vor allem kleine – Verlage hier in ihrer Existenz bedroht sind.

Sehen Sie auch jenseits des Jahres 2020 noch gedruckte Bücher und Zeitschriften? Gute eBook-Reader liefern doch heute schon Papierqualität, oder?

Die eben beschriebenen Rahmenbedingungen sind für gedruckte Bücher und eBooks leider ähnlich schlecht. Aber um die Frage zu beantworten: Wir haben mit eBooks bisher eher schlechte Erfahrungen gemacht, aber das liegt vielleicht auch an den komplexen Inhalten. eBook-Reader sind toll für das schnelle Lesen unterwegs. Wenn ich aber viele Links, multimediale Inhalte und ähnliches im Dokument habe, sind die eBook-Reader schnell am Ende. Das sind dann eher Dokumente für „echte“ Computersysteme,



Arnoud de Kemp ist Geschäftsführer des AKA-Verlags und organisiert jährlich die Konferenz Academic Publishing in Europe.

die wie gedruckte Bücher aufbereitet werden – und nicht vom Reader gestaltet. Die Druckauflagen werden sicher weiter sinken, aber darauf haben sich die Druckereien eingestellt und können beliebig kleine Auflagen wirtschaftlich herstellen.

Als Vordenker bei Springer haben Sie eBooks und eJournals salonfähig gemacht. Das war vor gut 15 Jahren. Sind diese Formate im Medizin- und Wissenschaftsbereich heute nicht schon überholt?

Springer war nicht nur Vorreiter für eBooks, sondern ist auch heute hier noch Marktführer. Dort publiziert man jedes Jahr 12.000 neue eBooks – gedruckt wird nur noch „on demand“. SpringerLink ist zu einer riesigen Datenbank geworden – da können kleinere Verlage nicht mithalten. Das Problem von allen, groß und klein, sind die verschiedenen Formate, die vorgehalten werden müssen – mit entsprechend hohem Aufwand. Daran wird sich in absehbarer Zeit nichts ändern.

Universitäten stellen Kursunterlagen ins Netz, zum Teil für jedermann. Und MOOCs bringen die Vorlesung in Echtzeit oder auf Abruf an den heimischen Schreibtisch. Wofür braucht man da noch Lehrbücher?

Das sind meiner Meinung nach zwei verschiedene Dinge. Wir machen schon einen Unterschied zwischen „Depositieren“ in einer Universitätsdatenbank und „Publizieren“ – es der Öffentlichkeit zugänglich machen. Dazu gehören dann auch Formalien und Metadaten wie eine ISBN, das Anzeigen im VLB und so weiter. Wir erlauben unseren Autoren zweigleisig zu fahren, also z. B. Vorlesungen auf der eigenen Website einzustellen und von dort auf die offizielle Veröffentlichung zu verlinken.

Für die Wissenschaft ist es wichtig, dass Referenzen auch langfristig verfügbar sind. Identifier wie DOI machen eine sinnvolle Verknüpfung wie CrossRef erst möglich. Die neueste Entwicklung in dieser Richtung ist ORCID, die Open Researcher and Contributor ID. Dieser Code dient der eindeutigen Identifizierung wissenschaftlicher Autoren.

Auch Open Access ist ein Thema, das an den Grundfesten eines Verlags rütteln kann. Sponsoren wissenschaftlicher Forschung – vor allem große Stiftungen und die öffentliche Hand – wollen nicht länger doppelt zahlen: für die Forschung selbst und dann noch einmal für den Kauf der Ergebnisse. Bedroht Open Access das Überleben der Wissenschaftsverlage?

Diese Entwicklung ist schon alt. In den USA werden Forschungsergebnisse, die mit Steuergeldern finanziert wurden, schon länger frei zur Verfügung gestellt. Das ist jetzt hier rüber geschwappt, vor allem in den Niederlanden wird das Thema aktuell hoch aufgehängt.

Ich sehe das ziemlich gelassen, im Endeffekt ist es ja nur eine andere Finanzierungsform der Publikation. Statt der Bibliotheken zahlen dann die Autoren für die Veröffentlichung in Form von Archival Processing Charges, APCs. Die Verlage übernehmen dafür die Verpflichtung, die Werke verfügbar zu halten.

Spinnen wir den Faden noch ein bisschen weiter: Die Medizin wird zunehmend persönlicher und die Therapieempfehlungen kommen aus Datenbanken. Datenbanken, die von IT-Spezialisten wie IBM oder dem Hasso-Plattner-Institut betrieben werden. Welchen Einfluss hat diese Entwicklung auf Ihr Programm?

Ein wichtiger Anspruch in der Wissenschaft ist die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse. Und der Ruf nach Daten ist dabei immer lauter geworden. Wir sind ja nicht erst seit gestern im Computer- und Internetzeitalter und natürlich gehört den maschinenlesbaren Daten die Zukunft. Gerade im Bereich der Biomedizin ist der aktuelle Fortschritt gewaltig. Und hier macht es Sinn, dass Maschinen Auswertungen im Sinn einer Veröffentlichung erstellen, die dann von Menschen interpretiert werden.

Sie sind Organisator der Konferenz Academic Publishing in Europe, die in diesem Jahr schon zum elften Mal stattfand. Auf solchen Veranstaltungen wird immer gerne von „liquiden Dokumenten“ gesprochen – also Inhalten, die ständig fortgeschrieben werden. Kann ein klassischer Verlag auch liquide Dokumente?

Natürlich. Das Wesen einer Publikation ist doch immer, dass man eine Momentaufnahme schriftlich fixiert. Und diskutiert. Und gegebenenfalls auch widerlegt. Durch die schiere Zahl an Veröffentlichungen ist es heute fast unmöglich, alles „wasserdicht“ zu prüfen. Die Zahl der zurückgezogenen Veröffentlichungen ist in den letzten Jahren sprunghaft gestiegen.

Manche neuen Player gründen einfach 40 neue Zeitschriften, sagen „wir machen Open Access“ und sammeln Manuskripte ein. Weil das gute alte Peer Reviewing aber schlichtweg eingespart wird, produzieren sie auch haufenweise Schrott. Im Umkehrschluss heißt das: Auch ein liquides Dokument braucht Peer Reviewing – und hält damit Momentaufnahmen fest.

Nun sind solche Dokumente, an denen viele Nutzer mitgearbeitet haben, schlecht mit den klassischen Copyright- und Lizenzbedingungen vereinbar. Welche Lösungen sehen Sie hier?

Für die Wissenschaft selbst ist ein solcher integrativer Ansatz sicher gut – alles andere sind Fragen, mit denen sich eher die Juristen und Betriebswirte beschäftigen. Es gibt an anderer Stelle ja durchaus genügend Beispiele, dass man auch als Community erfolgreich sein kann.

Bei Ihnen ist aktuell ein Buch mit dem Titel Wissensmanagement beflügelt erschienen. Mit dem spannenden Untertitel: Wie Sie einen unbegrenzten Rohstoff aktivieren. Wie aktivieren Sie persönlich denn den unbegrenzten Rohstoff Wissen?

Indem ich extrem gut vernetzt bin und für mein Netzwerk immer aktiv nach Themen suche. Im Januar fand die APE-Konferenz bereits zum elften Mal statt. Hier reden Wissenschaftler und Verlagsleute darüber, wie Informationen in Zukunft „gehandelt“ werden.

Nach Prognosen gefragt, haben Sie einmal gesagt: „Ich habe sehr nette Sachen gesagt, die oft zitiert wurden. Und alle sind nicht eingetreten.“ Wagen Sie trotzdem noch einen Ausblick darauf, wie ein Verlag den medizinischen Fortschritt in zehn Jahren kommunizieren wird?

Die Themen der nächsten Jahre heißen Open Data und Open Science. Wir werden „soziale Suchmaschinen“ haben, die mit großen Datenmengen strukturiert umgehen können. Stellen Sie sich das vor wie Einkaufen bei Amazon: Dort weiß die Datenbank nach ein paar Einkäufen, was Ihre Vorlieben sind und macht Ihnen passende Vorschläge. Die EU hat gerade ein entsprechendes Projekt vorgestellt, die Open European Science Cloud. Das ist eine Art Suchmaschine über alle möglichen Datenbanken, und da die Datenbanken über eindeutige Identifier verknüpft sind, ist alles indexiert und suchbar. Betrieben wird das Ganze von einem Netzwerk von Universitäten und Cloud-Anbietern. Die Verlage werden ein Modell finden müssen, daraus ein Geschäft zu generieren. Sie werden zu Datenhändlern, so wie das Reuters und andere mit Börsendaten machen.

Von „Big Data“ können im Gesundheitswesen alle profitieren

Beim Umgang mit medizinischen Daten ist genaues Abwägen gefragt: Nicht alle Daten sollten gesammelt werden, aber personenbezogene Daten müssen auch über private Zwecke hinaus verwendet werden können.



Prof. Dr. Gunther Piller,
Wirtschaftsinformatiker,
Hochschule Mainz

Herr Prof. Piller, was bringt einen Wirtschaftsinformatiker dazu, sich mit Gesundheit zu beschäftigen?

Aktuell befasst sich mein Team an der Hochschule Mainz mit neuen Möglichkeiten, umfangreiche und vielfältige Daten auszuwerten – in vielen Bereichen. „Big Data Analytics“, „Smart Data“ oder „In-Memory-Datenbanken“ sind oft genannte Schlagworte. Aber nennen Sie mir einen Bereich, wo eine umfassende Datenauswertung mehr Sinn machen kann als beim Thema Gesundheit. Körper sind unglaublich komplexe Systeme – da helfen viel Erfahrung und „Big Data“.

Wie können Sie einem Laien die Begriffe „Big Data“ und „In-Memory-Datenbanken“ erklären?

„Big Data“ ist ein seit einigen Jahren oft gebrauchter Begriff für stark wachsende Datenvolumen unterschiedlicher Art in fast allen Lebensbereichen – von Sensormesswerten bis Videoaufzeichnungen. Der Begriff „Big Data“ ist allerdings nicht genau festgelegt und lässt viele Interpretationen zu.

In-Memory Datenbanken nutzen die Möglichkeit, mit moderner Hardware große Datenmengen im Hauptspeicher von Computersystemen vorzuhalten und dort zu verarbeiten. Dadurch sind extrem schnelle Auswertungen möglich. Analysen die mit traditionellen Datenbanken typischerweise

mehrere Stunden dauern, können in Sekundenbruchteilen durchgeführt werden. Auch die früher oft notwendige Aggregation von Daten vor Analysen und der hiermit einhergehende Verlust an Information und Flexibilität sind hinfällig. Berechnungen können immer auf Originaldatensätzen durchgeführt werden.

Big Data wird von manchen auch sehr skeptisch gesehen. Droht nicht eine totale Transparenz der Bürger?

Skepsis ist sicher angebracht. Die Rahmenbedingungen müssen natürlich mit den technologischen Möglichkeiten Schritt halten. Hier müssen alle Beteiligten – Unternehmen, Privatpersonen wie auch Gesetzgeber – kontinuierlich lernen und am Ball bleiben. Und ein genaues Abwägen ist angebracht: So sollten sicher nicht alle Daten gesammelt und zu jeglichen Zwecken ausgewertet werden dürfen. Andererseits muss es möglich sein, personenbezogene Daten unter bestimmten Voraussetzungen auch über private Zwecke hinaus zu verwenden.

Oft kann gerade die Untersuchung sensibler Daten von großem Nutzen sein, etwa bei einer Analyse von Wirkzusammenhängen im medizinischen Bereich. Notwendig ist dann eine ausreichende Anonymisierung eingehender Daten sowie die Anwendung komplexer Speicher- und Analysemethoden, die Rückschlüsse auf Einzelpersonen für Unberechtigte unmöglich machen.

Welche konkreten Anwendungen gibt es denn bereits?

Die Bandbreite der bereits vorhandenen Anwendungen ist groß – gemäß der Breite und Unschärfe des Begriffes „Big Data“. Die Beispiele reichen von der Vorhersage und effizienten Steuerung von Servicevorfällen für komplexe Anlagen, der Optimierung von Marketing- und Vertriebsaktivitäten durch die Berücksichtigung externer Daten aus sozialen Netzwerken und Nachrichtenkanälen, bis hin zu Anwendungen im Bereich personalisierter Medizin, etwa in der Onkologie.

Auch für konkrete medizinische Fragestellungen werden also bereits Big Data-Analysen durchgeführt. Sie selbst sind in einem aktuellen Forschungsprojekt tätig – worum geht es?

Das Projekt „ActOnAir“ verfolgt einen neuartigen Ansatz zur Erfassung, Kombination und Analyse persönlicher Belastungsinformationen und feinschichtiger Umweltdaten. Dabei werden individuelle Handlungsalternativen identifiziert, bewertet und überwacht. Nutzer der angestrebten Ergebnisse sind Personen, die ihre Belastung durch Luftschadstoffe vermindern möchten. Im Fokus stehen derzeit vor allem Asthmatiker.

Unter anderem werden in dem Projekt neuartige, kostengünstige Sensoren für eine umfassende Messung von Luftschadstoffen entwickelt und auf einer Integrationsplattform für Sensor- und Umweltdaten verfügbar gemacht und analysiert. Eine anwenderfreundliche Smartphone-Anwendung macht die Ergebnisse für jedermann zugänglich.

Worin besteht hier für Sie die Herausforderung?

Unser Beitrag in diesem Projekt ist die Bereitstellung performanter Analysen von Sensordaten, die es erlauben, Handlungsempfehlungen für Betroffene in Echtzeit, d. h. unter Verwendung aktueller Messwerte ohne Zeitverzug, verfügbar zu machen. Wir nutzen dazu die Möglichkeiten der In-Memory Plattform SAP HANA, die uns dankenswerterweise vom Hasso-Plattner-Institut an der Universität Potsdam zur Verfügung gestellt wird.

Welche Big Data-Ansätze halten Sie bei medizinischen Fragestellungen für besonders interessant?

Für mich sind insbesondere Data Mining-Anwendungen für Sensordaten interessant. Das ist allerdings eine persönliche Präferenz, die sich aus der Nähe zum Projekt „ActOnAir“ ergibt. Aber ich kann mir da viele Anwendungen vorstellen, etwa bei klinischen Anwendungssystemen. Ein Beispiel ist die Früherkennung möglicher Komplikationen bei Patienten auf Intensivstationen durch Korrelationsanalysen kontinuierlich erfasster individueller Gesundheitsparameter. Aber auch außerhalb des Klinikbereichs gibt

es interessante Anwendungsfelder wie zum Beispiel die Unterstützung der Betreuung alter oder erkrankter Menschen in sogenannten „Smart Homes“. Durch die Erfassung und Analyse von Sensormesswerten über Bewegungsvorgänge können sich Risikosituationen und Belastungssituationen auch von der Ferne erkennen lassen. Sie sehen: Im Gesundheitsbereich gibt es viele Anwendungsmöglichkeiten, die auf der Analyse von Daten beruhen.

Sind Big Data-Ansätze in der Medizin kostenintensiv?

Teils, teils. Im Gesundheitsbereich rechnet man mit vielen interessanten Anwendungen, die auch kostengünstig realisiert werden können. Die Entwicklung medizinischer Anwendungen nach klinischen Kriterien – die strenge Auflagen erfüllen müssen, was ihre Sicherheit und Wirksamkeit betrifft – wird schon alleine durch die dafür nötigen Studien nicht unbedingt günstig.

Wer kann von den Big Data-Analysen im Gesundheitswesen letztlich profitieren?

Profitieren können theoretisch natürlich alle Beteiligten im Gesundheitssystem. Dass zu guter Letzt vor allem Patienten profitieren, ist zu hoffen. Das Entsprechende zu steuern ist auch eine Aufgabe des Gesetzgebers.

Ein Blick in die Zukunft: Wie wird sich „Big Data in der Medizin“ Ihrer Meinung nach in fünf Jahren darstellen?

Zunächst wird „Big Data“ als Begriff verschwinden und durch differenziertere Bezeichnungen abgelöst werden. Diese werden durch viele neue, datengetriebene Anwendungen mit hoffentlich hohem Innovationsgrad und Nutzwert mit Leben gefüllt.

Im Bereich Echtzeitanalyse und -prognose – mit dem wir uns beschäftigen – wird es notwendig sein, unterschiedliche Data Mining-Algorithmen zu kombinieren und für die jeweiligen Fragestellungen weiterzuentwickeln. Die dabei betrachteten Abhängigkeiten sind oft extrem komplex und erfordern

deshalb umfassende Untersuchungen und Tests.

Bei den notwendigen IT-Systemen halte ich die Echtzeitfähigkeit für den kritischen Faktor. Denn dafür muss zunächst eine Infrastruktur aufgebaut werden, die Datenkommunikation von Sensoren über Analysen zu Anwendungen für Endverbraucher ohne merkbaren Zeitverlust ermöglicht - und das möglichst auch über größere Entfernungen.

Ausblick

In den vorangegangenen Interviews haben wir Experten aus dem Gesundheitsumfeld um eine aktuelle Zustandsbeschreibung gebeten. Kann das überhaupt umfassend und differenziert gelingen? Bei kaum einem anderen Thema gibt es eine so große Vielzahl möglicher Akteure, auch wenn es eigentlich nur um Arzt und Patient geht, um Prävention, Therapie und Aufklärung. Das Gesundheitswesen ist organisiert in Verbänden, Kammern und Krankenkassen, dazu kommen Behörden, Kliniken, Industrie, Verlage ... mit all ihren spezifischen Interessenslagen und Bedürfnissen.

Der Wandel als einzige Konstante

Die Gesundheitswirtschaft hat in Deutschland hohe ökonomische Bedeutung. Laut Bundesministerium für Gesundheit beliefen sich die Ausgaben im Jahr 2012 auf rund 300 Mrd. Euro – das entspricht 3.740 Euro je Einwohner und einem Anteil von 11,3% am Bruttoinlandsprodukt.

Ein Wandel in der Informationsbeschaffung, -bereitstellung und -wahrnehmung in diesem Sektor hat aber nicht nur wirtschaftliche Bedeutung, sondern ist gleichzeitig ein Spiegel der derzeitigen generellen Einstellung zu diesem Thema sowie der Summe individueller Medienpräferenzen. Insofern sind die Interviews immer als subjektive Aussage zu werten und in der Summe weder spektakulär noch überraschend. Doch sie belegen klar den Trend:

- Informationsanfragen über das Internet sind nicht mehr wegzudenken.
- Die Bedeutung der Papierinformation lässt drastisch nach.
- Für den User werden Apps nicht erst bedeutsam, sie sind es längst.
- Mobile Anwendungen werden zunehmend nachgefragt.

Insbesondere die professionelle Seite der Medizininformationen wird immer noch stark von Verlagsprodukten geprägt. Selbstverständlich wurde auch hier viel investiert, um das Informationsangebot zu digitalisieren und Umsätze zu verteidigen. Doch fragt man sich bei den immer wiederkehrenden Begriffen wie Zeitschriftenkrise und Zeitungsterben, ob das bislang gelungen ist – und dauerhaft überhaupt gelingen kann.

Seit einigen Jahren spricht die an der Universität St. Gallen tätige Medien-Professorin Miriam Meckel vom „Selbstmord der Verlage, aus Angst vor dem Tod“. Accenture-Berater Sebastian Krolop meinte auf einer IHK-Veranstaltung 2014 in Frankfurt, die sich u.a. mit Innovationsgeschwindigkeit auch im Gesundheitswesen befasste sinngemäß: „Die Verlage, die heute noch kein digitales Geschäftsmodell entwickelt haben, können sich die Investition sparen – es ist zu spät.“ Auch viele andere Experten sehen die Zukunft der Branche mit großer Skepsis.

Wie sieht es andernorts aus? Blicken wir zur Belletristik: Der Bestsellerautor Nick Hornby (kein eBook-Fan) räumte in einem Interview kürzlich ein: „Zur Zukunft der Bücher kann niemand voraussagen, in welcher Form wir Literatur in fünf oder zehn Jahren lesen werden oder ob es dann überhaupt noch Buchläden gibt“ [1]. Da kann man ihm nur Recht geben, denn in den USA haben die eBooks bereits mehr als 20% Anteil am Buchmarkt. Und gilt eine solche Aussage nicht erst recht auch für Fachinformationen? Hier wurden Bücher schon immer als Datenbank betrachtet, situativ genutzt und selten von vorne bis hinten durchgelesen. Aufgrund dieser Nutzung gelten Fachinhalte als besonders e-konform. Will man sich dagegen einen Text gründlich erarbeiten, schneidet auch heute noch die gedruckte Version besser ab [2]. Noch.

Am Ende zählen Preis und Qualität

Bei der Verbreitung eines Mediums spielt letztlich immer auch der Preis eine entscheidende Rolle. Ein Problem bei der Preisgestaltung erscheint die Wertigkeit eines eBooks zu sein. Für das gedruckte, schwere Fachbuch mit 3 Kilogramm Lebdgewicht ist man ggf. noch gewillt, einen Kaufpreis von über 100 Euro zu akzeptieren – aber für ein PDF-Dokument mit gleichem Inhalt auch? Sicher nicht so ausgeprägt. Was kann die Lösung sein? Solange man unter einem eBook die 1:1-Simulation eines gedruckten Buches versteht, wird sich der Markt nicht weiter öffnen. Nur wer die Vorteile des elektronischen Mediums, wie Interaktivität, Multimedialität und ständige Aktualisierung (vgl. liquide Dokumente im Interview mit Rafael Ball) ausnutzt und neue Geschäftsmodelle entwickelt, wird sich im hart umkämpften Fachbuchmarkt behaupten. Flatrates könnten, ähnlich wie in der Musikindustrie, einen zusätzlichen Anreiz darstellen.

Lange zehrten die klassischen Verlage von ihrem etablierten Vertriebsweg über den stationären Buchhandel. Doch diese Handelsschiene befindet sich genauso in der Krise wie die Verlage, dank Amazon und vielen Nachahmern. Zudem macht sich offenbar eine Guerillabewegung breit, die langfristig den Markt verschieben wird: Die Zahl der Selbstverleger nimmt rasant zu, laut dem Branchen E-Magazin iBusiness gibt es in Deutschland bereits 75.000 davon. Bei den eBooks soll die Zahl der Neuerscheinungen der „Selfpublisher“ die der klassischen Verlage bereits im nächsten Jahr überflügeln. Kein Wunder, denn Autoren übernehmen das verlegerische Risiko – bei Verlagen oft das Argument für magere Autorenhonorare – lieber selbst und erzielen bei Erfolg wesentlich höhere Margen.

Der Direktor der Frankfurter Buchmesse, Jürgen Boos, betonte im Umfeld der 66. Buchmesse: „Verlage haben ein neues Selbstverständnis als Technologieanbieter“ [3]. Wie bitte? Bislang wollten Verlage weder Papierhändler noch Druckerei sein. Jetzt verstehen sie sich als Anbieter des Trägermediums? Das angestammte Territorium der Inhalte wird also erweitert, wenn nicht gar verlassen. Das wird die Probleme der Branche aber nicht lösen, denn im Technologiebereich gibt es bereits heute zahlreiche Anbieter, die den Job mindestens ebenso gut (teilweise sogar besser) machen können.

Neben Büchern spielen vor allem Fachzeitschriften eine tragende Rolle im medizinischen Umfeld. Der Markt stellt sich extrem vielschichtig dar. Allein Branchenprimus Springer bietet unter www.springermedizin.de den Zugriff auf über 500 nationale und internationale Fachzeitschriften an. Auch dieses Marktsegment steht vor neuen Herausforderungen. Das Trägermedium Papier scheint hier kaum noch Bedeutung zu haben, die komplett digitale Zeitschrift, mit allen Vorteilen der vernetzten Informationsbereitstellung, wird hier eher ersehnt als befürchtet.

Vorreiter zu lebendigen, liquiden Zeitschriften finden sich im Web. Ein Beispiel: Bereits seit 1998 existieren die „Living Reviews“ der Max-Planck-Gesellschaft. Elektronische, frei verfügbare („Open Access“) Zeitschriften, deren Beiträge durch die Autoren immer wieder aktualisiert werden und eine hohe wissenschaftliche Reputation haben.

Hätten die User/Leser die freie Auswahl, würden sie sich nicht auf die Angebote eines einzigen Verlages konzentrieren, sondern lieber die Vielfalt des gesamten vorhandenen Wissens nutzen. Sie wollen unabhängig von der Quelle sein, behalten aber durchaus die Herkunft, sprich die Autorenschaft, im Blick, denn sie fordern Verlässlichkeit der Information.

Altes Spiel, neue Spieler

Die pharmazeutische Industrie, oftmals finanziell ein Unterstützer von Medizinzeitschriften in Form von Werbeanzeigen, wird in der digitalen Welt neue Möglichkeiten der Kundenansprache suchen und finden (müssen). Das Sponsoring von Fortbildungs-Websites (ohne Produktwerbung) für die Fachberufe im Gesundheitswesen wird eine wichtige Image bildende Maßnahme bleiben. Die Fokussierung auf den Arzt wird insgesamt abnehmen, der neue digitale Dialog wird wieder zunehmend dem Patienten gelten. Die in diesem Buch diskutierte bessere Zugänglichkeit zu Gesundheitsdaten und die Möglichkeiten der Big Data-Analysen erfordern ohnehin neue Kommunikationsstrategien, die den technologischen Möglichkeiten gerecht werden.

Wer wird also mittelfristig Gesundheitsinformationen erzeugen? Wir denken alle, die es jetzt bereits tun, und viele andere mehr. Das System wird dynamischer, bereits heute haben klassische Informationsanbieter ihre Exklusivität eingebüßt. PR-Agenturen erstellen hochwertige Inhalte, die Websites wissenschaftlicher Gesellschaften oder Universitätskliniken haben z.T. schon Lehrbuchniveau. Alles erschließbar für Laien und Profis via Google und Wikipedia. Alles kostenfrei. Der Anbieter übernimmt die Finanzierung, der Nachfragende freut sich über gesparte Euro. Schön, aber unkontrolliert. Wer bürgt für Qualität und Seriosität der Information – gerade im Gesundheitsbereich? Schließlich kommen ja nicht alle Informationen direkt aus den medizinischen Fakultäten.

Die Antwort ist trivial, und wird doch noch zu selten gelebt: Ross und Reiter müssen genannt werden. Auch bei verkaufsunterstützenden Informationen sollte gelten, dass Autoren und Begutachter der Texte klar erkennbar sind. Dann hat der mündige User auch die Chance, sich selbst ein Urteil über die Vertrauenswürdigkeit der Informationen zu bilden.

In einigen der Interviews war auch der Zugang zu den Informationen ein zentrales Thema. Das Heilmittelwerbegesetz beschränkt die Werbung, aber damit auch häufig weiterführende Informationen, auf die Fachkreise. Ginge es nur um Werbeaussagen, wären die Patienten eher gelassen, aber sie sehen sich auch im Zugriff auf ihre eigenen Daten eingeschränkt. 70% der Patienten möchten den vollständigen Zugriff auf ihre Daten, aber nur 12% der Ärzte sind der Meinung, dass dieser Zugriff gewährt werden sollte [4].

Bittere Pillen für den Verbraucher?

Ein weiterer Punkt, der zukünftig intensiv diskutiert werden wird: Wem gehören die Gesundheitsdaten, wer darf darüber verfügen? Der Patient generiert seine eigenen Gesundheitsdaten, Sensoren werden Content-Provider, nicht nur beim Arztbesuch, sondern rund um die Uhr werden Daten erzeugt. Von ganz zentraler Bedeutung ist dabei die Datensicherheit, hier diskutiert im Interview mit Prof. Böhm. Kaum hatten wir das Interview geführt, erschien eine Pressemeldung: „US-Behörden sind besorgt, wenn iPhones und Android-Smartphones unablässig sensible Gesundheitsdaten sammeln, deren letztllicher Schutz offensichtlich noch nicht ganz klar ist“ [5]. Auch Krankenkassen sind an Daten interessiert, die der Patient selbst sammelt und womöglich für diese Transparenz mit günstigeren Versicherungstarifen belohnt wird.

Nach wie vor lesen User keine Datensammlungen, sondern Texte oder schätzen die komprimierten Inhalte einer Grafik. An der Schnittstelle zu den Datensammlungen der Apps und ihrer Wearables entsteht ein neues journalistisches Genre, der Roboterjournalismus [6]; eine etwas hölzerne Übersetzung des amerikanischen „automated journalism“. Hier werden z.B. aus Messdaten automatisierte Texte erstellt und bereits jetzt in Erdbeben vorhersagen oder in der Darstellung der Feinstaubbelastung in Berlin eingesetzt [7].

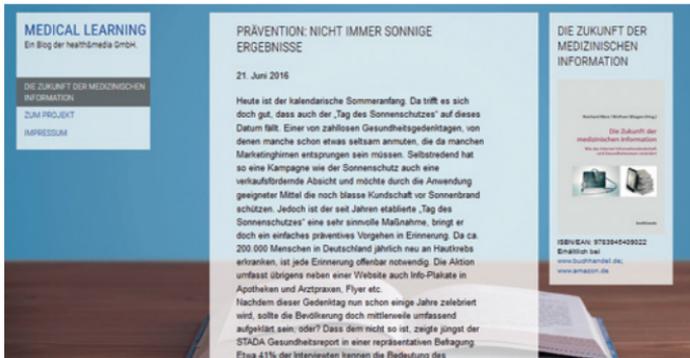
Die Kombination von Gesundheits- und lokaler Information in Form von Geo-Daten kann eine neue Evolutionsstufe in der Darstellung medizinischer Informationen bedeuten. Wenn es uns dann noch gelingt, auf den verschiedenen Trägermedien (Papier, PC, Tablet, Smart-

phone) gleich gut erfassbare, lesbare, konsumierbare Inhalte zu präsentieren, im Sinne eines „responsive writings“, dann bleibt die Zukunft der medizinischen Information ein extrem spannendes Thema.

- 1 www.welt.de/kultur/literarischewelt/article134277101/Die-Alten-wollen-doch-nur-spielen.html
- 2 www.spektrum.de/news/bits-und-bytes-statt-buchregal/1211519
- 3 www.fr-online.de/hintergrund/buchmesse--welthauptstadt-der-ideen-,24549698,28360446.html
- 4 www.accenture.com/SiteCollectionDocuments/Local_Germany/PDF/Accenture-Elektronische-Patientenakten-Den-Graben-zwischen-Patient-und-Arzt-%C3%BCberbr%C3%BCcken.pdf
- 5 www.ibtimes.com/ftc-eyes-apples-healthkit-privacy-concerns-surrounding-user-data-1723864
- 6 www.fachjournalist.de/roboerjournalismus-anwendungsgebiete-und-potenziale/
- 7 www.morgenpost.de/berlin/article127420411/Wo-die-Feinstaub-Belastung-in-Berlin-am-hoechsten-ist.html

Hinweis

Auf der Website www.medicallearning.de greifen wir als Herausgeber neue Entwicklungen im Themengebiet „medizinische Informationen“ auf und kommentieren diese. Und natürlich sind auch Ihre Ansichten und Kommentare sehr willkommen – denn sicher gibt es noch viel mehr Blickpunkte auf dieses komplexe Thema.



The image shows a screenshot of a website with a blue header and a white main content area. On the left, there is a navigation menu with the following items: 'MEDICAL LEARNING' (with a sub-line 'Ein Blog der healthmedia GmbH'), 'DIE ZUKUNFT DER MEDIZINISCHEN INFORMATION', 'ZUM PROJEKT', and 'IMPRESSUM'. The main article is titled 'PRÄVENTION: NICHT IMMER SONNIGE ERGEBNISSE' and is dated '21. Juni 2016'. The text discusses the 'Tag des Sonnenschutzes' and mentions that many people do not take sufficient sun protection measures. It notes that the campaign aims to reach a broader audience through sales promotion and the use of appropriate media to prevent sunburn. It also mentions that the 'Tag des Sonnenschutzes' is a well-established annual event, but a simple reminder is often insufficient. It states that approximately 200,000 people in Germany are hospitalized annually for skin cancer, and that reminders are necessary. The article concludes by mentioning that the AIDON survey shows that 41% of hospitalized patients have a significant need for information, and that this information should be provided in a representative manner. On the right side of the page, there is a sidebar with the title 'DIE ZUKUNFT DER MEDIZINISCHEN INFORMATION' and a small image of a book. Below the image, there is contact information: 'ISBN/EAN: 978345429022', 'E-Mail an: www.buch@med.de', and 'www.mediprom.de'.

Wir freuen uns auf Ihre Nachricht an:
info@medicallearning.de