



**WWU**  
MÜNSTER





Lisa Terfrüchte (Hrsg.)



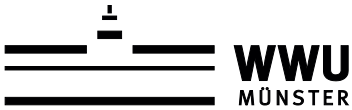
**Organisationskommunikation  
von Krankenhäusern online**

Die Niederlande und  
Deutschland im Vergleich



**Lisa Terfrüchte (Hrsg.)**

**Organisationskommunikation von Krankenhäusern online**



## **Schriften aus dem Haus der Niederlande**

herausgegeben von  
Gunther De Vogelaer, Lut Missinne, Lisa Terfrüchte, Friso Wielenga, Markus Wilp

Band 1

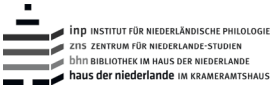
**Lisa Terfrüchte (Hrsg.)**

# **Organisationskommunikation von Krankenhäusern online**

Die Niederlande und Deutschland im Vergleich

## Schriften aus dem Haus der Niederlande

herausgegeben von Gunther De Vogelaer, Lut Missinne, Lisa Terfrüchte, Friso Wielenga, Markus Wilp



## FID Benelux – Open Access Publications

herausgegeben von der Universitäts- und Landesbibliothek Münster  
<http://www.ulb.uni-muenster.de>

Ein Service des Fachinformationsdienstes Benelux / Low Countries Studies  
<http://www.ulb.uni-muenster.de/benelux>



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

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

Dieses Buch steht gleichzeitig in einer elektronischen Version über den Publikations- und Archivierungsserver der WWU Münster zur Verfügung.  
<http://www.ulb.uni-muenster.de/wissenschaftliche-schriften>

Lisa Terfrüchte (Hrsg.)

„Organisationskommunikation von Krankenhäusern online. Die Niederlande und Deutschland im Vergleich“

Schriften aus dem Haus der Niederlande, Band 1

© 2017 der vorliegenden Ausgabe:

Die Reihe „FID Benelux – Open Access Publications“ erscheint im Imprint „Münsterscher Verlag für Wissenschaft“ der readbox publishing GmbH – readbox unipress  
<http://unipress.readbox.net>

Dieses Werk ist unter der Creative-Commons-Lizenz vom Typ 'CC BY-NC-ND 4.0 International'

lizenziert: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>  
Von dieser Lizenz ausgenommen sind Abbildungen, welche sich nicht im Besitz der Autorin oder der ULB Münster befinden.



ISBN 978-3-8405-1000-7

(Druckausgabe)

URN urn:nbn:de:hbz:6-42219535018

(elektronische Version)

direkt zur Online-Version:

© 2017 Lisa Terfrüchte (Hrsg.)

Alle Rechte vorbehalten

Satz:

Zentrum für Niederlande-Studien, WWU Münster

Umschlag:

WWU Marketing, Designerservice



## Vorwort

Strategischer Kommunikation kommt in der modernen massenmedialen Gesellschaft eine zentrale Rolle in der Unternehmensführung zu. Insbesondere die steigende Relevanz der Kommunikationsmöglichkeiten, die online gegeben sind, stellen Unternehmen und Organisationen vor die Herausforderung, auf allen Kanälen und jederzeit präsent zu sein. Eine konsistente Organisationskommunikation erfordert also verstärkte Professionalisierung. Dies gilt auch für Krankenhäuser, die heute steigendem ökonomischen Druck ausgesetzt sind. Immer wieder ist in deutschen Medien die Rede vom Vorbild Niederlande im Zusammenhang mit Krankenhauskeimen, professionalisierteren Abläufen und dem veränderten Gesundheitssystem. Doch was bedeutet das eigentlich für die Organisationskommunikation von Krankenhäusern in den Niederlanden? Welche Stellung von Kommunikation als Faktor von Wertschöpfung im Krankenhaus besteht in den Niederlanden und welche in Deutschland?

Angeleitet von diesem Forschungsinteresse haben Dr. Lisa Terfrüchte vom Zentrum für Niederlande-Studien der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Projektleitung) sowie Prof. Dr. Achim Baum, Corinna Bischof und Linda Rauen von der Münsteraner Agentur *lege artis, Gesellschaft für Publizistik, Kommunikation & Beratung mbH* von Januar 2014 bis Herbst 2015 ein wissenschaftliches Forschungsprojekt zur Organisationskommunikation von Krankenhäusern in Deutschland und den Niederlanden durchgeführt, dessen Schwerpunkt auf der Onlinekommunikation der Krankenhäuser lag. Das Projekt startete in einer ersten Phase mit der systematischen Analyse der Krankenhäuser im weiter gefassten Grenzgebiet Deutschland/Niederlande. Hierzu zählten alle Häuser, die sich in einem Radius 65 km landeinwärts von der deutsch-niederländischen Grenze befinden. Neben der Erhebung allgemeiner Struktur- und Organisationsdaten wurde mittels einer speziell konzipierten Analyse-Matrix eine Inhaltsanalyse der Webauftritte, der Social-Media-Maßnahmen und der Bildsprache aller Krankenhäuser des Untersuchungskorridors vorgenommen (Hauptstudie). In drei anschließenden Fallstudien wurden bestimmte, in der Hauptstudie besonders aufgefallene Aspekte ge-

sondert vertiefenden Analysen unterzogen. Aufgrund der durchgeführten Vollerhebung, die zusätzlich um Fallstudien ergänzt wurde, ist es möglich, ein sehr umfassendes Bild der Organisationskommunikation online der deutschen und niederländischen Krankenhäuser zu zeichnen. Einschränkend muss allerdings auch festgehalten werden, dass Daten – insbesondere im schnelllebigen Onlinebereich – in kurzer Zeit an Aktualität verlieren. Auch wenn die Ergebnisse nach wie vor noch relativ aktuell zum Erhebungszeitraum der Haupt- und Fallstudie(-n) publiziert werden, sei darauf hingewiesen, dass eine Stichprobe Ende 2016 ergeben hat, dass in Deutschland ein paar mehr Krankenhäuser via Facebook kommunizieren als noch im Untersuchungszeitraum 2013–2015. Dies belegt die steigende Relevanz der Social Media in der Organisationskommunikation.

Der vorliegende Band fasst die Ergebnisse des Forschungsprojektes in Aufsatzform zusammen, beginnend mit der Hauptstudie (erster Teil des Bandes). Zum Forschungsteam zählten auch Bachelor-Studierende des Faches Niederlande-Deutschland-Studien der Universität Münster bzw. des Studiengangs Kommunikationsmanagement der Hochschule Osnabrück, die im Projekt sowohl Forschungs- als auch Organisationsaufgaben wahrnahmen und z. T. ihre Qualifikationsarbeit verfassten. Die Ergebnisse dieser drei Bachelorarbeiten bilden den zweiten Teil des vorliegenden Bandes. Die wissenschaftliche Betreuung der Abschlussarbeiten erfolgte durch Prof. Dr. Achim Baum vom Institut für Kommunikationsmanagement der Hochschule Osnabrück und Dr. Lisa Terfrüchte vom Zentrum für Niederlande-Studien der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

Im Zusammenhang mit dem Forschungsprojekt liegt nunmehr nicht nur der vorliegende Band vor, sondern im Verlauf des Projektes konnten auch zwei sehr erfolgreiche Fachtagungen durchgeführt werden. Unter dem Motto ‚Was können wir vom Nachbarn lernen‘ wurden im Rahmen einer Podiumsdiskussion am 4. September 2014 im Zunftsaal im Haus der Niederlande erste Forschungsfragen mit hochrangigen niederländischen und deutschen Vertretern aus Politik und Praxis diskutiert. Diese Podiumsdiskussion diente als Auftakt der Fachtagung im Frühjahr 2015 und richtete sich ausdrücklich an die interessierte Öffentlichkeit. Auf der anschließenden Fachtagung, die am

6. März 2015 in Münster stattfand, wurden erste Ergebnisse der durchgeführten Studien präsentiert und mit deutschen und niederländischen Teilnehmern aus Politik und Krankenhäusern beider Länder diskutiert. Das Motto der Tagung lautete: Was können deutsche Krankenhäuser in puncto Kommunikation und Management vom Nachbarn lernen? Und welche positiven Beispiele können die Niederländer aus deutschen Kliniken mitnehmen? Die Tagung richtete sich nicht nur an die interessierte Öffentlichkeit, sondern vor allem an das Fachpublikum aus den Bereichen Medizin, Pflege- und Gesundheitswissenschaft beiderseits der Grenze sowie an die Führungsebene und an die Kommunikationsverantwortlichen in deutschen und niederländischen Krankenhäusern.

Die Konzeption und Durchführung eines derartigen Forschungsprojektes, das von Beginn an auf den Einbezug von und die Wirkung in Praxis ausgelegt war, wären ohne das Engagement der beteiligten Studierenden nicht umzusetzen gewesen. Für ihre Recherchen, ihre Analysetätigkeit, die Unterstützung bei den Tagungen und nicht zuletzt insbesondere für drei von ihnen auch für das Verfassen der Artikel zu ihren Fallstudien für diesen Band bedankt sich das Forscherteam ganz besonders. Namentlich sind dies: Jennifer Abdul-Karim, Jutta Achterhold, Carolin Brunne, Rebecca Henrichs, Silke Kienecker, David Lueg, Melanie Meier, Henning Meredig, Simone Schmidt, Eva Terbuyken und Marc Zufelde.

Großer Dank gilt auch den Kolleginnen und Kollegen von *lege artis* für die immer konstruktive, fachlich anregende und persönlich freundschaftliche Zusammenarbeit, die gezeigt hat, wie fruchtbar die Verschränkung von wissenschaftlicher und praktischer strategischer Kommunikationsarbeit sein kann.

Im Namen des Forscherteams

*Lisa Terfrüchte (Projektleitung), März 2017*





# Inhalt

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Einleitung: Kulturelle und mediennutzungstechnische Unterschiede zwischen den Niederlanden und Deutschland als Ausgangspunkt für das Forschungsvorhaben zur Organisationskommunikation von Krankenhäusern online (Lisa Terfrüchte) ..... | 15 |
| 1.1   | Unterschiedliche Mediennutzung in den Ländern.....   | 16 |
| 1.2   | Kulturelle Unterschiede .....  | 22 |
| 1.3   | Zum Aufbau dieses Bandes .....   | 27 |
|       | Literatur .....  | 30 |
|       | Anhang .....   | 33 |
| 2     | „Was nicht öffentlich ist, findet nicht statt.“ Zur Relevanz strategischer Organisationskommunikation deutscher und niederländischer Krankenhäuser (Lisa Terfrüchte) .....   | 37 |
| 2.1   | Gesellschaftliche Legitimität durch Kommunikation .....  | 38 |
| 2.2   | Kommunikation und Vertrauen .....  | 40 |
| 2.3   | Kommunikation als Wertschöpfungsfaktor für Organisationen.....   | 47 |
| 2.4   | Reputation und Image .....   | 52 |
|       | Literatur .....  | 56 |
| 3     | Fokus Niederlande-Deutschland. Einbezug von kulturellen Aspekten in die Organisationskommunikation (Marie Wolf-Eichbaum).....  | 61 |
| 3.1   | Nationalkultur und Organisationskultur .....   | 62 |
| 3.2   | Crosskulturelle und interkulturelle Forschung als Orientierungsrahmen für den Vergleich der Organisationskommunikation in den Niederlanden und Deutschland.....  | 67 |
| 3.2.1 | Makroanalytische Ebene: Crosskulturelle Kulturforschung und Kulturdimensionen.....   | 69 |
| 3.2.2 | Mikroanalytische Ebene: Interkulturelle Kulturforschung und Kulturstandards .....  | 82 |
| 3.3   | Fazit .....  | 91 |

|   |     |
|---|-----|
| Literatur .....   | 94  |
| Teil A: Organisationskommunikation deutscher und niederländischer<br>Krankenhäuser online. Die Hauptstudie .....  |     |
| 4 Das Studiendesign der Hauptstudie (Lisa Terfrüchte).....  | 99  |
| 4.1 Untersuchungsgegenstand Allgemeine Krankenhäuser in<br>Deutschland und den Niederlanden.....  | 101 |
| 4.2 Inhaltsanalyse der Onlinekommunikation:<br>Instrumententwicklung .....  | 106 |
| 4.2.1 Untersuchungszeitraum, Analyseeinheiten<br>und Erhebung .....   | 111 |
| 4.2.2 Methodenkritik zur Instrumententwicklung.....   | 112 |
| Literatur .....   | 120 |
| 5 Für den ersten Eindruck gibt es keine zweite Chance. Ergebnisse<br>zur Startseite der Corporate Website deutscher und<br>niederländischer Krankenhäuser (Lisa Terfrüchte) ..... | 121 |
| 5.1 Der erste Eindruck: modern, zielgruppenorientiert,<br>übersichtlich, nutzerfreundlich und ansprechend?.....   | 123 |
| 5.2 Zusammenhänge zwischen den Faktoren für den ersten<br>Eindruck der Startseiten der Corporate Websites .....   | 132 |
| 5.3 Bildsprache und Emotionalisierung auf den Startseiten der<br>Corporate Websites .....   | 136 |
| 5.4 Besonderheiten bei der Zielgruppenorientierung – Fokus<br>Onlinekommunikation für Kinder .....  | 145 |
| 5.5 Fazit mit Bezug zu bisheriger Forschung .....   | 152 |
| Literatur .....   | 156 |
| 6 Zwischen Exot und kommunikativem Alltagsinstrument. Ergebnisse<br>zur Social-Media-Nutzung von Krankenhäusern<br>im Ländervergleich (Lisa Terfrüchte) .....                     | 159 |

---

|       |  |     |
|-------|--|-----|
| 6.1   | Social Media als Teil der Organisationskommunikation von Krankenhäusern .....  | 163 |
| 6.2   | Zielsetzung und Methode .....  | 166 |
| 6.3   | Ergebnisse.....  | 171 |
| 6.3.1 | Onlinekommunikation via Newsbereich auf der Startseite vs. Social Media.....   | 171 |
| 6.3.2 | Kommunikation mittels Newsbereich.....   | 173 |
| 6.3.3 | Kommunikation mittels Facebook .....   | 174 |
| 6.3.5 | Verwendung von Karriere-Portalen (Xing oder LinkedIn) sowie YouTube .....  | 178 |
| 6.4   | Fazit .....  | 179 |
|       | Literatur .....  | 180 |
| 7     | Geschichten erzählen, sich positionieren. Online kommunizierte Themen deutscher und niederländischer Krankenhäuser (Lisa Terfrüchte).....  | 183 |
| 7.1   | Zielsetzung und Methodik .....   | 184 |
| 7.2   | Erste Ergebnisse.....  | 186 |
| 7.2.1 | Die fünf häufigsten Themen im Newsbereich.....   | 190 |
| 7.2.2 | Die fünf häufigsten Themen auf Facebook.....   | 192 |
| 7.2.3 | Die fünf häufigsten Themen auf Twitter .....   | 193 |
| 7.2.4 | Die fünf häufigsten Themen auf YouTube.....  | 195 |
| 7.3   | Detailergebnisse pro Oberkategorie .....   | 196 |
| 7.4   | Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Fazit.....  | 207 |
|       | Teil B: Fallstudien zu ausgewählten Bereichen der Organisationskommunikation deutscher und niederländischer Krankenhäuser online .....   | 211 |
| 8     | Wie niederländische Krankenhäuser ihre kleinsten Kunden ansprechen. Eine Inhaltsanalyse der Onlinekommunikation für Kinder auf ausgewählten niederländischen Krankenhauswebsites (Rebecca Henrichs)..... | 213 |

|       |  |     |
|-------|--|-----|
| 8.1   | Theoretische Einordnung der Onlinekommunikation für die Zielgruppe Kind .....  | 215 |
| 8.1.1 | Onlinekommunikation als Teil strategischer Unternehmenskommunikation .....   | 215 |
| 8.1.2 | Kinder als Zielgruppe von Onlinekommunikation .....  | 217 |
| 8.2   | Mediendesign der Onlineangebote für Kinder .....   | 222 |
| 8.3   | Die Studie: Die Zielgruppenansprache Kind auf niederländischen Krankenhauswebsites .....   | 224 |
| 8.4   | Die Ergebnisse .....   | 228 |
| 8.4.1 | Die inhaltliche Dimension .....  | 229 |
| 8.4.2 | Die Dimensionen Informationsdesign, Multimediadesign, Interfacedesign .....  | 236 |
| 8.4.3 | Typisierung der Zielgruppenansprache Kind .....  | 240 |
| 8.4.4 | Ableitung von Hypothesen .....   | 250 |
| 8.5   | Fazit: Vielfältige Zielgruppenansprache Kind auf niederländischen Krankenhauswebsites .....  | 250 |
|       | Literatur .....  | 255 |
| 9     | Online Employer Branding von Krankenhäusern: Eine Inhaltsanalyse der Zielgruppenansprache ‚Karriere‘ auf grenznahen deutschen und niederländischen Krankenhaushomepages (Marc Zufelde) ..... | 261 |
| 9.1   | Employer Branding .....  | 262 |
| 9.1.1 | Grundlagen zum Konzept des Employer Brandings .....  | 262 |
| 9.1.2 | Employer Branding im Internet .....  | 266 |
| 9.2   | Die Studie: Inhaltsanalyse grenznaher Karrierewebsites .....   | 268 |
| 9.2.1 | Methode .....  | 268 |
| 9.2.2 | Die Kategorienbildung .....  | 270 |
| 9.3   | Ergebnisse der Inhaltsanalyse .....  | 271 |
| 9.3.1 | Die technische Ebene: Unterscheidet sich die Nutzung national? .....   | 272 |
| 9.3.2 | Ist der Faktor Größe eine Erklärungsmöglichkeit? .....   | 276 |
| 9.3.3 | Spielt die Trägerschaft des Krankenhauses in Deutschland eine Rolle? .....   | 279 |

---

|        |   |     |
|--------|---|-----|
| 9.3.4  | Kooperation mit anderen: Können Klinikverbände<br>einen sichtbaren Mehrwert liefern? .....  | 281 |
| 9.4    | Ausblick und Fazit .....  | 282 |
|        | Literatur .....   | 284 |
|        | Anhang: Hypothesenkatalog.....  | 290 |
| 10     | Krankenhauskommunikation in Zeiten des Shitstorms. Eine<br>qualitative Inhaltsanalyse des Reaktionsverhaltens ausgewählter<br>niederländischer Krankenhäuser auf Negativpostings auf den<br>krankenhauseigenen Facebook-Auftritten (Melanie Meier)..... | 293 |
| 10.1   | Krisenkommunikation von Krankenhäusern im Spannungsfeld<br>der Kommunikation in Social Media.....   | 296 |
| 10.2   | Das Forschungsdesign zur Studie .....   | 307 |
| 10.3   | Ergebnisse.....   | 313 |
| 10.3.1 | Wie werden die Funktionen ‚Bewertungen‘ und<br>‚Besucher-Beiträge‘ genutzt?.....  | 313 |
| 10.3.2 | Bei welchen Themen des Negativpostings kommt es<br>zu einer Reaktion? .....   | 315 |
| 10.3.3 | Wie reagieren die Krankenhauskommunikatoren<br>auf Negativpostings? .....   | 319 |
| 10.3.4 | Verschiedene Reaktionstypen.....  | 326 |
| 10.4   | Fazit und Kritik .....  | 328 |
|        | Literatur .....   | 331 |
|        | Anhang: Abbildungsverzeichnis .....   | 334 |
|        | Autorenverzeichnis .....  | 337 |



# 1 Einleitung: Kulturelle und mediennutzungstechnische Unterschiede zwischen den Niederlanden und Deutschland als Ausgangspunkt für das Forschungsvorhaben zur Organisationskommunikation von Krankenhäusern online

*Lisa Terfrüchte*

Strategischer Kommunikation wird heute ein „besonderen Stellenwert“ zuteil, der sich ergibt „aus der Tatsache, dass sie im Zentrum vielfältiger institutionalisierter Vertrauensbeziehungen steht“ (Bentele; Seidenglanz 2015: 423), und sie insofern ein wichtiger, wenn nicht der entscheidende Faktor für Wertschöpfung, auch und vor allem eines Krankenhauses ist. Insbesondere für Krankenhäuser lässt die zunehmende Ökonomisierung Fragen von strategischer Außendarstellung, zunehmend vernetzter, professionell gesteuerter Kommunikation drängender werden als noch vor zehn Jahren. Ziel des im vorliegenden Band zusammengefassten Forschungsprojektes war die systematische und umfassende Analyse der Ist-Situation der externen Organisationskommunikation von Krankenhäusern beiderseits der Grenze im Hinblick auf Ähnlichkeiten und Unterschiede in Bezug auf die strategische Kommunikation der Krankenhäuser in den beiden Ländern. Beschränkt wurde sich dabei schwerpunktmäßig auf die digitalen Visitenkarten der Krankenhäuser, d. h. auf deren Onlinekommunikation inkl. Social Media.

In Zeiten zunehmender Vernetzung, insbesondere virtuell, wird die digitale Sichtbarkeit für Organisationen im Hinblick auf Vertrauen und Reputation immer wichtiger:

„Grundsätzlich hat Online-PR ebenso wie andere Felder der internen und externen Kommunikation von Organisationen die Aufgabe, einen Beitrag zur Wertschöpfung zu leisten. Diese lässt sich als immaterielles Kapital in Form von Reputation ausdrücken, einem der wichtigsten strategischen Ziele der PR.“ (Pleil 2015: 1024)



Diesen Umstand müssen auch Krankenhäuser berücksichtigen, da sie entscheidend auf öffentlich entgegengebrachtes Vertrauen angewiesen sind. Strategische Kommunikation, online wie offline, ist heute kein schmückendes Beiwerk mehr, sondern klarer Faktor im ökonomischen Wettbewerb. Dem Bereich der Onlinekommunikation kommt dabei besondere Bedeutung im Hinblick auf den Faktor Vertrauen zu. In der Vertrauensforschung ist jüngst konstatiert worden, dass es

„weniger traditionelle Elemente der Einweg-Kommunikation [sind], die die Vertrauensbildung nachhaltig unterstützen, sondern vor allem *dialogische Formen, offenes Kommunikationsverhalten, die Fähigkeit zu selbstkritischer Betrachtung* und zur *Revision* von (als falsch erkanntem) Verhalten.“ (Bentele; Seidenglanz 2015: 424, Herv. i. O.)

Vor diesem Hintergrund sind soziale Medien, als dialogische Medien der virtuellen Face-to-Face-Kommunikation, entscheidend an der Bildung des Images einer Organisation beteiligt. Sie spielen somit eine entscheidende Rolle in der Organisationskommunikation und müssen deshalb im vorliegenden Forschungsband zur Organisationskommunikation online Berücksichtigung finden.

## 1.1 Unterschiedliche Mediennutzung in den Ländern

Neben der besonderen Funktion der Social Media für die Organisationskommunikation liegt ein weiterer Grund für den Fokus der Studie auf Onlinekommunikation in den Unterschieden der Länder in diesem Bereich: In zahlreichen Medien wird seit einigen Jahren von einer sog. Onlineaffinität der Niederländer gesprochen. So konstatiert Eurostat für das Jahr 2015, dass 96 Prozent aller Haushalte in den Niederlanden über einen Internetzugang verfügen (s. Abb. 1).

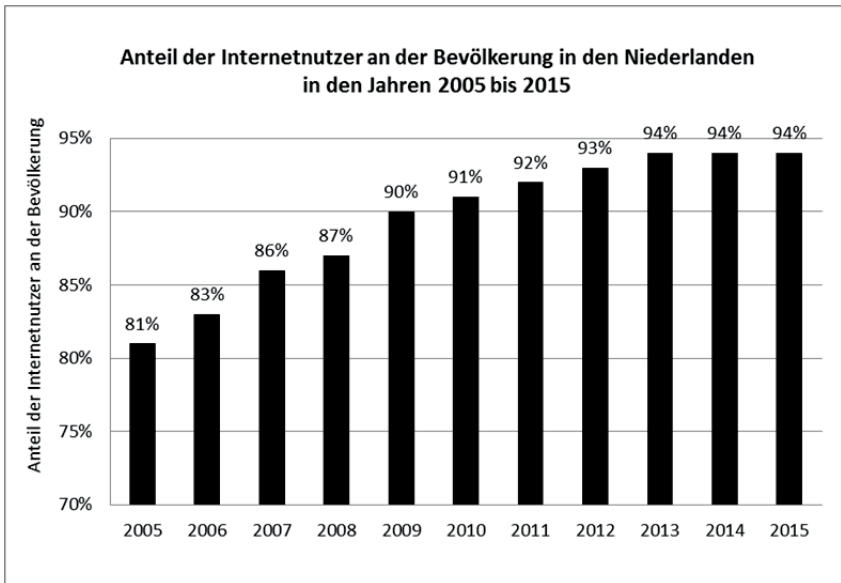


Abb. 1: Entwicklung des Anteils der Internetnutzer an der Bevölkerung in den Niederlanden (16-74 Jahre, Internetnutzung in den letzten zwölf Monaten),  
Quelle: Eurostat. (n.d.)

Deutschland liegt demgegenüber im Jahr 2015 nur bei knapp 78 Prozent (s. Abb. 2) und damit sogar unter dem Wert, den die Niederlande bereits zehn Jahre zuvor im Jahr 2005 hatten (81 Prozent). Somit verfügen in den Niederlanden nicht nur mehr Haushalte über einen Internetzugang, sondern sie verfügen darüber auch schon deutlich länger als Deutschland. 2005 war lediglich die Hälfte aller Haushalte online. Die Niederlande sind also mit dem Phänomen Online länger vertraut als die deutsche Bevölkerung. Wenn man den europäischen Vergleich bezüglich der täglichen Nutzung des Mediums Internet hinzunimmt, so stehen auch hier die Niederlande an der europäischen Spitze, wohingegen Deutschland im unteren Mittelfeld rangiert (s. Abb. 3).

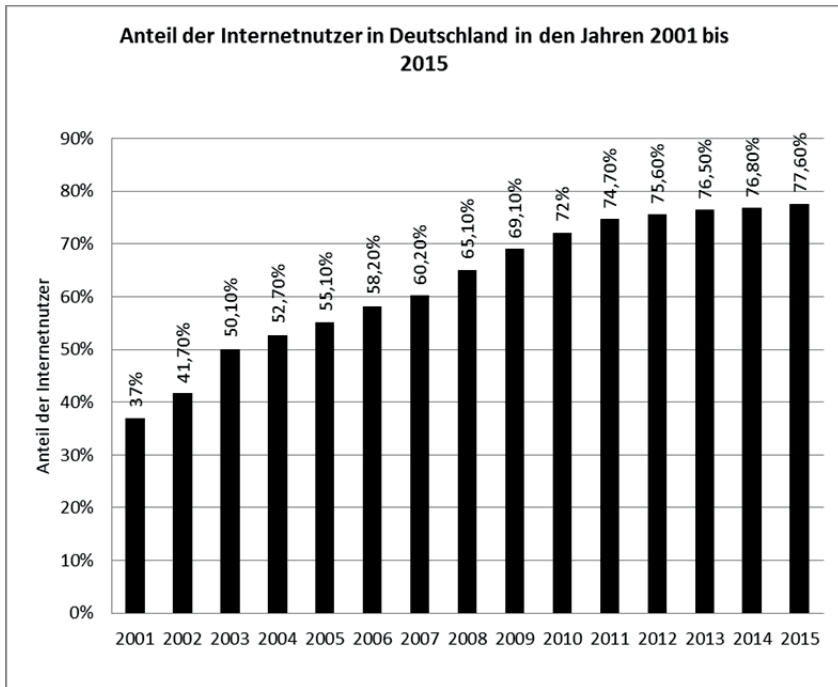


Abb. 2: Entwicklung des Anteils der Internetnutzer in Deutschland 2001-2015 (TNS Infratest, 30.015 (2015); ab 14 Jahre), Quelle: Initiative D21. (n.d.)

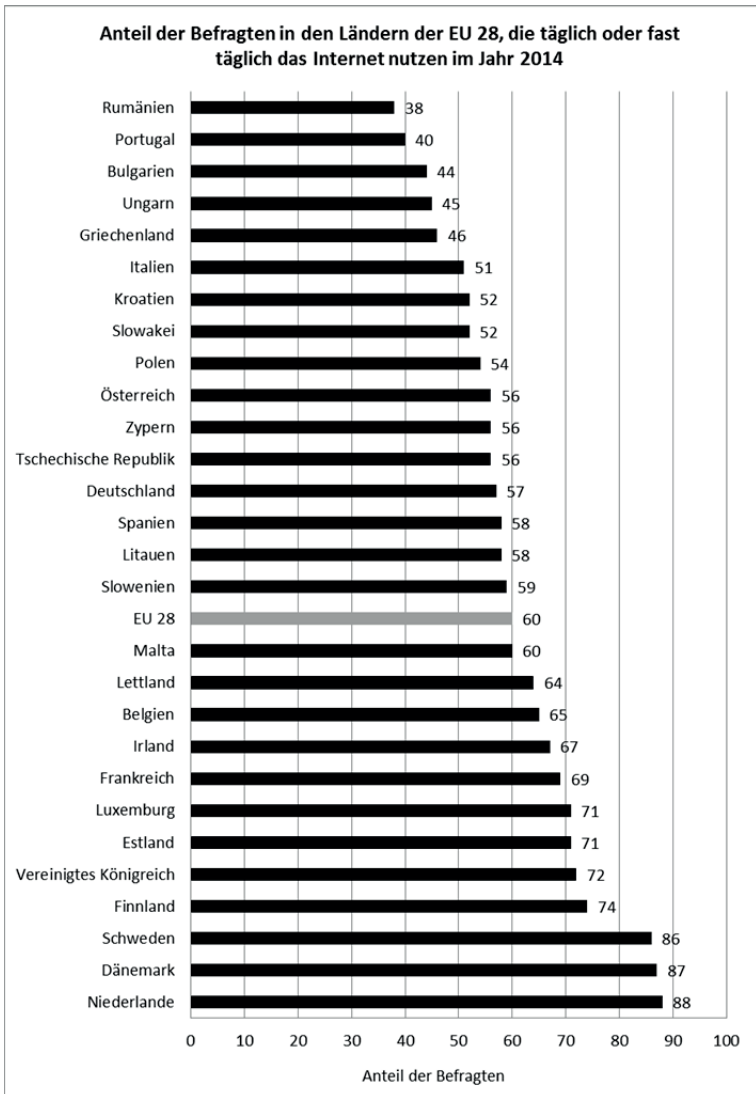


Abb. 3: Ergebnisse der Umfrage zur (fast) täglichen Internetnutzung in der EU 28 (EU, 08.11.2014 bis 17.11.2014; N = 27.901; ab 15 Jahre; Antwortoption „Everyday/Almost everyday“), Quelle: European Commission. (n.d.)

Bezogen auf den Bereich Gesundheit spielen das Internet sowie das Internetnutzungsverhalten der Bürgerinnen und Bürger in jüngster Zeit ebenfalls eine immer größere Rolle. Denn in Zeiten, in denen immer mehr Bürger aktiv online zum Thema Gesundheit recherchieren, sind Patienten und potenzielle Patienten weniger passiv, wollen mehr wissen, suchen Transparenz. In Deutschland spricht man in diesem Zusammenhang auch vom sog. „mündigen Patienten“ (Reibnitz; Schnabel; Hurrelmann 2001).

Das Internet ist heute in den Niederlanden das Medium Nr. 1, wenn es um Gesundheitsinformationen geht. Schon 2013 hat eine Studie von van de Belt et al. zu den Präferenzen der Niederländer im Hinblick auf die Nutzung von Internet und Social Media im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Informationen und Kommunikation im Gesundheitsbereich feststellen können:

„The Internet was found to be the number one source for health-related information (82,7%), closely followed by information provided by health care professionals (71,1%). [...] Health care providers should recognize that a large majority of the Dutch population use online sources for health-related information. Therefore, they should focus on providing high-quality patient information via online channels.“ (van de Belt et al. 2013: 8)

In Deutschland gaben laut einer Umfrage des Zukunftsinstituts im Jahr 2015 rund 65 Prozent der Befragten (ab 16 Jahren) an, sich zu Gesundheitsfragen im Internet und auf Online-Plattformen zu informieren (vgl. Zukunftsinstitut 2015). Das ist weniger als in den Niederlanden, allerdings dennoch eine hohe Zahl, insbesondere dann, wenn man als Vergleich hinzuzieht, welche Quellen in Deutschland generell genutzt werden, um sich über Gesundheitsfragen zu informieren: Nur das Gespräch mit (Haus-) Ärzten liegt mit 73 Prozent höher als die Nutzung des Internets. Die Beratung in Apotheken nutzt nur die Hälfte aller Bundesbürger (Platz 3) (vgl. ebd.). Auch eine Befragung der Techniker Krankenkasse aus demselben Jahr (2015) zeigt die hohe Relevanz des Mediums Internet bei der Information zu Gesundheitsthemen (s. Abb. 4).

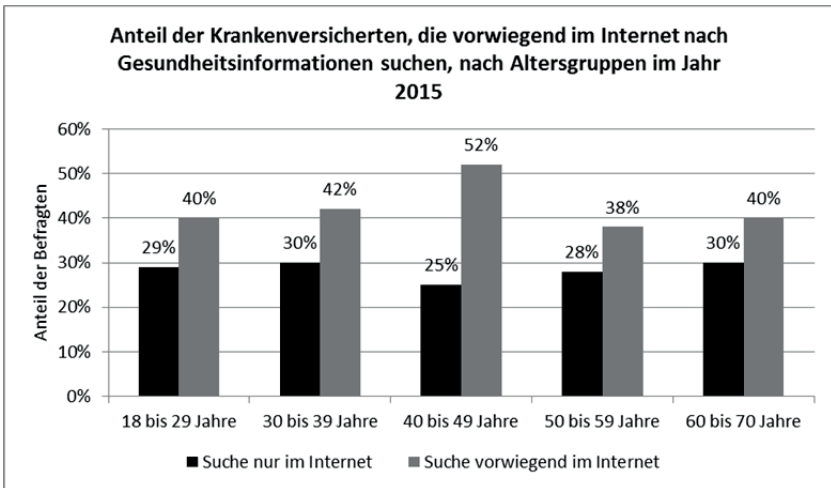


Abb. 4: Altersstruktur beim Suchen von Gesundheitsinformationen im Internet (Deutschland; 2015; 1.009; 18 bis 70 Jahre), Quelle: TK. (n.d.)

Bei der Suche nach Gesundheitsinformationen ist Online also mittlerweile wichtigste Informationsquelle in den Niederlanden und eine sehr wichtige in Deutschland, und zwar über alle Altersklassen hinweg, sowohl für Patienten und Bürger als auch für Fachkräfte. Dieser Trend deutete sich bereits vor zehn Jahren an, wie die Bertelsmann-Stiftung mittels einer Studie herausfand (vgl. Schaeffer 2006: 27). Dies macht die Notwendigkeit strategischer und konsistenter Organisationskommunikation online (inkl. Social Media) besonders deutlich. Gesundheitsinformationen aus dem Internet waren schon 2006 für knapp über 40 Prozent der Deutschen eine relevante Informationsquelle (vgl. Baumann 2006: 123). Diese Tendenz ist seit Zeitpunkt der Untersuchungen weiter gestiegen, außerdem bestand schon 2006 ein Wunsch nach mehr schriftlichen Informationen, auch via Internet:

„Ergänzend zu mündlicher Information werden – so lässt sich aus der Literatur schlussfolgern – zusätzlich auch schriftliche Informationen hinzugezogen. Darauf weisen auch die Ergebnisse einer kanadischen Studie von O'Connor (2001), in der nach den ‚decision making needs‘ im Versor-

gungsgeschehen gefragt wurde. Sie zeigen, dass die Mehrheit der Patienten einen Mix aus schriftlichen Informationen und persönlichen Gesprächen bevorzugt und sich zugleich mehr schriftliche Informationen wünscht – auch im Internet.“ (Schaeffer 2006: 27, Herv. i. O.)

Das Internet wird immer mehr zur ersten Anlaufstelle, noch bevor der Hausarzt befragt wird, die Studie von 2006 prognostiziert einen deutlichen Bedeutungsgewinn des Internets<sup>1</sup>:

„Allerdings ist bemerkenswert, dass das Internet bei jüngeren Bürgern schon heute teilweise bereits größeres Vertrauen als der Arzt genießt (Coulter/Magee 2003). [...] Es könnte sein, dass der derzeit stabile Befund, demzufolge der Arzt die zentrale Vertrauensperson deutscher Patienten ist, künftig ins Wanken gerät. [...] In dem hier zur Diskussion stehenden Zusammenhang sind diese Befunde deshalb bedeutsam, weil auch im hiesigen Gesundheitswesen die Verunsicherung wächst (Wasem/Nolting 2002) und auch dadurch ausgelöst der Bedarf an Information steigt (Schaeffer/Schmidt-Kaehler 2006) allerdings an einer Form der Information, die die Präferenzen, aber auch die Rezeptionsgewohnheiten der Nutzer trifft.“ (Schaeffer 2006: 30 ff.)

Auch im Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung von 2009 hatte die Internetnutzung bezogen auf Gesundheit weiter steigende Werte zu verzeichnen: 51 Prozent der Befragten nutzten das Internet für gesundheitsbezogene Informationen praktisch täglich und weitere 21 Prozent mindestens einmal die Woche (vgl. Kofahl; Nickel; Trojan 2009: 44).

## 1.2 Kulturelle Unterschiede

Vor dem Hintergrund der steigenden Relevanz des Mediums Internet in Bezug auf Gesundheitsinformationen stellt sich natürlich bei länderverglei-

---

1 S. ausführlich zur prognostizierten Bedeutung des Internets Schaeffer 2006: 29 ff.

chender Forschung immer die Frage danach, ob dieses Phänomen in beiden Ländern unterschiedlich oder ähnlich festzustellen ist und inwiefern dabei kulturelle Aspekte eine Rolle spielen. Ein weiterer Ausgangspunkt für das Forschungsvorhaben waren deshalb neben den festgestellten Unterschieden im Mediennutzungsverhalten auch die bereits in Wirtschaftssektoren immer wieder benannten Unterschiede zwischen den Niederlanden und Deutschland bezogen auf die unterschiedliche Kultur beider Länder. Unterschiedliche kulturwissenschaftliche Studien belegen bei aller berechtigten Kritik vor Stereotypisierung und Pauschalisierung dennoch gewisse Unterschiede (vgl. detailliert dazu den Beitrag von Wolf-Eichbaum in diesem Band), zu denen im Bereich der internen Kommunikation etwa das sog. Overleg-Prinzip gehört.

Overleg ist ein Prinzip, das die interne Kommunikation erleichtert. Es bedeutet die Einbindung aller Schichten in einen Entscheidungsprozess, der nach Möglichkeit mit einem Kompromiss abgeschlossen wird (es geht um gegenseitiges Verständnis für das durchgeführte Verhalten, was also auch eine Art Legitimation des Handelns bedeutet). Außerdem sind die Hierarchien in gewisser Weise flacher: In den Niederlanden gibt es natürlich auch Hierarchien, aber es geht darum, dass in einer Organisation jeder ein Mitspracherecht hat, wenn es um Beratschlagung und Kompromissfindung geht (partizipativer Führungsstil), Diskussion und Dialog werden als essenziell betrachtet. (Vgl. Schürings 2008) Dies zeigt sich etwa speziell im Gesundheitssystem u. a. in der gesetzlich verankerten Einrichtung von Patientenräten in jeder Gesundheitsinstitution: Alle betroffenen Parteien sollen eine Stimme haben, um sich zu relevanten Themen äußern zu können.

Das Prinzip des Overleg hat insofern sicherlich einen Einfluss auf niederländische Unternehmens- bzw. Organisationskulturen. Auch die unterschiedlich deutliche Ausprägung wahrnehmbarer Hierarchien zählt zu den grundsätzlichen Andersartigkeiten beider Länder. Insofern liegt es auf der Hand, dass Unterschiedlichkeiten im Hinblick auf die nationale Kultur und davon abgeleitete Unterschiede in den Organisations- und Unternehmenskulturen einen Einfluss auf die Art und Weise haben, wie die Organisationen in beiden Ländern kommunizieren. Sind die erwähnten Unterschiede auch in Bereichen



der Onlinekommunikation von Organisationen festzustellen? Deshalb lautet die forschungsleitende Fragestellung:

Wie sieht die ‚digitale Visitenkarte‘ der Krankenhäuser in D und NL aus, gibt es Unterschiede, und wenn ja, wo?

Diese digitale Visitenkarte, zu der die Onlineaktivitäten auf der der sog. „Corporate Website“ (Pleil 2015: 1027)<sup>2</sup> sowie die Social-Media-Aktivitäten eines Krankenhauses gezählt werden, hat einen entscheidenden Einfluss für die öffentliche Wahrnehmung eines Krankenhauses, ihr wird eine „imagebildende[.] Funktion“ (ebd.: 1028) zugeschrieben. So beantworteten insgesamt 68 Prozent der Befragten im Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung 2012 die Frage danach, ob die Informationen aus dem Internet die eigene Krankenhauswahl beeinflussen würden mit *ja, teilweise* oder *ja, sehr stark* (s. Abb. 5). Insofern ist die Onlinekommunikation definitiv als Wertschöpfungsfaktor für das Krankenhaus einzuschätzen.

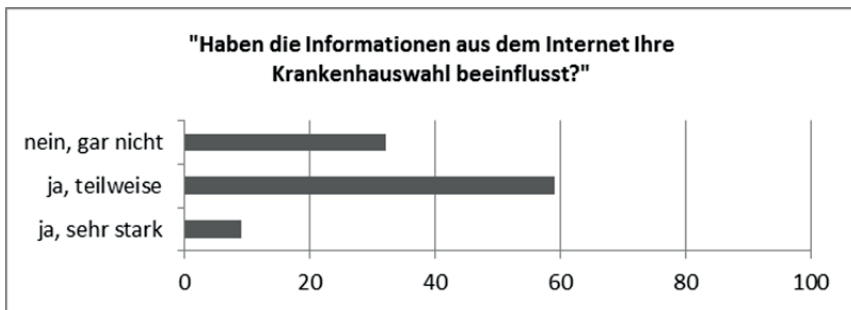


Abb. 5: Beantwortung der Frage danach, ob Informationen aus dem Internet die eigene Krankenhauswahl beeinflusst haben, Quelle: Mansky 2012: 153.

Ländervergleichende Studien haben schlussendlich den Vorteil, in der Beschäftigung mit dem Anderen das Eigene reflektieren zu können. So steht am

2 Auf die Besonderheit der Corporate Website wird nachfolgend im nächsten Kapitel noch genauer eingegangen.

Ende ländervergleichender Studien immer auch die Frage danach, ob man vom jeweils anderen lernen kann. Ein Vergleich von Organisationen aus dem Gesundheitssektor hat überdies eine besondere Relevanz im deutsch-niederländischen Kontext: Die Niederlande werden im öffentlichen Diskurs in Deutschland vielfach als Beispiel angeführt, wenn es um Studien- und Ausbildungsmöglichkeiten, um den Umgang mit Hygiene-Fragen sowie um Privatisierungsüberlegungen im Gesundheitssystem geht (s. z. B. Reinke; Miliniewitsch 2014: 220). Krankenhäuser in Deutschland und den Niederlande weisen allerdings Unterschiede auf, was ihre Einbindung und Funktion im Gesundheitssektor betrifft. Der größte Unterschied besteht darin, dass in Deutschland das Prinzip der freien Arztwahl herrscht, wohingegen es dies in den Niederlanden nicht gibt; dort übernehmen Hausärzte die Funktion eines Gatekeepers. Diesen Allgemeinmedizinerinnen kommt eine Schlüsselrolle zu, denn sie sind erster Ansprechpartner für die medizinische Versorgung, es muss jeder Patient registriert werden und hier wird über die weitere Behandlung entschieden. „Ohne Überweisung durch die Hausärztin/den Hausarzt haben die niederländischen Versicherten keinen Zugang zu einer Fachärztin oder einem Facharzt beziehungsweise zu einer Krankenhausbehandlung“ (Gerlinger 2012: 1). Über die hausärztliche Versorgung wird die sog. *primary care* durchgeführt, die fachärztliche Versorgung (*secondary care*) übernehmen Krankenhäuser. Im Unterschied zu Deutschland werden dort auch ambulante und nicht vornehmlich stationäre Leistungen erbracht. Ein weiterer Unterschied zu Deutschland betrifft die im Krankenhaus tätigen Fachärztinnen und -ärzte. (Vgl. ebd.) Sie „sind keine Angestellten des Krankenhauses, sondern verfügen (formal) über einen Selbstständigenstatus auf Basis von vertraglichen Vereinbarungen mit der jeweiligen Klinik.“ (ebd.)

Besonders interessant im Ländervergleich ist im Zusammenhang mit Gesundheit und Kommunikation auch die Bevölkerungsbefragung Erhebung „Elemente Gesundheitskompetenz 2015“, die von der *gfs.bern* im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit durchgeführt wurde. Sie widmet sich zwar der Gesundheitskompetenz der Schweizerischen Bevölkerung, tut dies aber im Vergleich mit europäischen Ländern, zu denen auch Deutschland und die Niederlande zählen (s. Tabelle 1 im Anhang) untersucht wurden demografi-

sche, sozioökonomische und ethnische Einflussfaktoren auf die Gesundheitskompetenz. Vergleicht man die Gesundheitskompetenz zwischen Deutschland (bzw. hier: NRW) und den Niederlanden, so fällt auf, dass es Niederländern offensichtlich deutlich leichter fällt, Informationen im Gesundheitsbereich zu finden, zu verstehen und zu beurteilen, und zwar sowohl im Gespräch mit Ärzten als auch allein<sup>3</sup>.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass nur dort ähnliche Werte für Deutschland (NRW) und die Niederländer herrschen, wo es nicht um bereitgestellte mündliche oder schriftliche Informationen aus dem Gesundheitsbereich ging (s. z. B. Q1 11, Tabelle 1 im Anhang). Insofern lässt sich vermuten, dass nicht nur die Arzt-Patienten-Kommunikation in den Niederlanden offenbar verständigungsorientierter abläuft als in Deutschland (NRW), sondern dass medizinische Informationen (auch auf Beipackzetteln) patientenverständlicher aufbereitet sein müssen. Es liegt also nahe, dass für die hier vorliegende Studie Unterschiede in den Online-Informationen der Krankenhäuser beider Länder festzustellen sein werden. Besonders interessant ist die Unterschiedlichkeit der Gesundheitskompetenz beider Länder, wenn man sich vergegenwärtigt, dass in Deutschland aufgrund der freien Arztwahl für Krankenhäuser viel eher eine ökonomische Notwendigkeit besteht, strategisch zu kommunizieren, weil der Patient die Wahl hat, in welchem Krankenhaus er sich behandeln lässt. In den Niederlanden besteht diese Notwendigkeit per se so nicht, weil der Hausarzt entscheidet, in welches Krankenhaus überwiesen wird. Insofern könnte man unterstellen, dass dort eher Beziehungsmanagement zu Hausärzten sinnvoll ist und die Notwendigkeit strategischer Kommunikation nicht ganz so unmittelbar wie in Deutschland besteht. Vergleicht man allerdings die Daten zur Gesundheitskompetenz, so scheint sich diese Hypothese bei aller Vorsicht vor der nicht kausal möglichen Vergleichbarkeit der Daten eher nicht zu bestätigen. Im Gegenteil: Die höhere

---

3 Im Anhang ist ein Ausschnitt aus der Befragung zu finden. Die Items Q1 31 bis Q1 47 wurden hier nicht abgedruckt, weil sich diese Fragen mehrheitlich weniger auf den hier relevanten primären Gesundheitsbereich beziehen, außerdem geht es eher um einen Eindruck des Ländervergleiches, daher ist Vollständigkeit zu vernachlässigen.

Gesundheitskompetenz der Niederländer deutet eher auf eine gute Kommunikation – natürlich nicht nur der Krankenhäuser, sondern sämtlicher Akteure im Gesundheitsbereich – hin. Dennoch ist in der unterschiedlichen ökonomischen Notwendigkeit strategischer Kommunikation beider Länder sicherlich eine nicht unerhebliche Motivation für das vorliegende Forschungsprojekt zu sehen.

### 1.3 Zum Aufbau dieses Bandes

Der vorliegende Band fasst in Aufsatzform die Ergebnisse des gleichnamigen Forschungsprojektes zusammen. Dabei ist der Band in einen ersten Teil, der die Ergebnisse der Hauptstudie in einzelnen Aufsätzen zusammenfasst, und einen zweiten, in dem die drei Fallstudien erläutert werden, gegliedert. Für die Hauptstudie ist es zunächst notwendig, eine ausführliche kommunikationswissenschaftliche theoretische Verortung der Studien vorzunehmen. So geht es im ersten Aufsatz (Kapitel 2) um die Relevanz strategischer Organisationskommunikation generell sowie für Krankenhäuser im Besonderen. Eine entscheidende Rolle in diesem Zusammenhang spielt die gesellschaftliche Legitimität einer Organisation, die in der modernen massenmedialen Gesellschaft vornehmlich durch Kommunikation erfolgt, weshalb Kommunikation einen immateriellen und auch materiellen Wertschöpfungsfaktor für Organisationen darstellt. Damit zusammen hängt vor allem der Faktor Vertrauen, der mittels Image und Reputation gestärkt werden soll.

Anschließend an diese einleitenden Ausführungen wird Marie Wolf-Eichbaum kulturelle Unterschiede beider Länder vor dem Hintergrund aktueller Forschung einordnen (Kapitel 3). Dieser Aufsatz gilt, ähnlich wie die an dieser Stelle getätigten Ausführungen, ebenfalls als theoretische Grundlage für die dann folgende Studienvorstellung.

Nach erfolgter theoretischer Verortung der vorliegenden Haupt- und ihrer kleineren Fallstudien, werden die Ergebnisse der Hauptstudie in vier Aufsätzen vorgestellt. Dazu zählen die Inhaltsanalysen der Homepage<sup>4</sup> der Kran-

---

4 Eine Homepage ist die Startseite einer Corporate Website einer Organisation.

kenhäuser (inkl. Bildsprache, Aufbau, Struktur sowie eine erste qualitative Auswertung der Onlinekommunikation von Kinderseiten), ihre Social-Media-Nutzung sowie das Agenda Setting in unterschiedlichen Kanälen (qualitativ – quantitativ). Zunächst werden das Studiendesign sowie die Entwicklung der generellen inhaltsanalytischen Methodik (Instrumententwicklung), die Untersuchungseinheiten und -zeiträume sowie anschließend eine Methodenkritik vorgestellt (Kapitel 4). Die folgenden drei Kapitel fokussieren jeweils auf einen Ergebnisblock: In Kapitel 5 werden die Ergebnisse der Analyse der Startseiten der Corporate Websites der Krankenhäuser vorgestellt. Im besonderen Fokus stehen neben der vornehmlich quantitativen Erhebung von Aspekten wie Modernität, Nutzerfreundlichkeit, Übersichtlichkeit auch die Bildsprache und Emotionalisierung sowie die Zielgruppenorientierung für Kinder. Die Social-Media-Nutzung von Krankenhäusern im Ländervergleich bildet die Grundlage für Kapitel 6. Dort wird die gewählte Methode noch einmal detailliert beleuchtet und Social Media wird theoretisch in den Bereich der Organisationskommunikation verortet. Es folgen quantitative Auswertungen über die Häufigkeit der Social-Media-Nutzung der Krankenhäuser sowie über die Nutzung des homepageeigenen Newsbereiches. Im letzten Kapitel der Hauptstudie wird die qualitativ-quantitative Inhaltsanalyse der online kommunizierten Themen deutscher und niederländischer Krankenhäuser vorgestellt. Welche Kanäle werden für welche Themen genutzt, gibt es Unterschiede in der Art und Weise, wie deutsche und niederländische Krankenhäuser online kommunizieren?

Im zweiten Teil dieses Bandes werden die Fallstudien zur Onlinekommunikation deutscher und niederländischer Krankenhäuser vorgestellt, die sich mit Onlinekommunikation für Kinder (Henrichs), Employer Branding (Zufelde) sowie mit Krisenkommunikation (Meier) befassen. Die Fallstudien sind von drei Bachelor-Studierenden des Studiengangs Niederlande-Deutschland-Studien am Zentrum für Niederlande-Studien der Westfälischen Wilhelms-Universität im Rahmen ihrer Mitarbeit am Forschungsprojekt entstanden. Es handelt sich bei den hier vorgestellten Fallstudien um Aufsätze zu den jeweiligen Bachelorarbeiten, mit denen die Studierenden ihr Studium abgeschlossen haben. Rebecca Henrichs hat in ihrer Arbeit aufbauend auf den Erkennt-

nissen der Hauptstudie, in der bereits Auffälligkeiten im Bereich der Onlinekommunikation für die Zielgruppe Kind festgestellt wurden, eine qualitativ-quantitative Inhaltsanalyse zu den niederländischen Websites erstellt, die sich speziell an Kinder richten. Eine Besonderheit, die die niederländische Krankenhauskommunikation klar von der deutschen unterscheidet: Dort ist spezielle Onlinekommunikation für Kinder praktisch nicht existent. Henrichs typisiert anschließend die untersuchten Onlineangebote für Kinder und ermöglicht es so, neben der wissenschaftlichen Erkenntnis auch praktische Tipps im Hinblick auf das Potenzial derartiger Kommunikationsstrategien abzuleiten.

Marc Zufelde beschäftigt sich in seiner Arbeit ebenfalls mit einem in der Hauptstudie bereits anklingenden Aspekt: der ‚Zielgruppenansprache Karriere‘ auf deutschen und niederländischen Krankenhaushomepages und beleuchtet damit das Thema Employer Branding. Fachkräftemangel ist auf beiden Seiten der Grenze im Gesundheitssektor ein großes Problem, und insofern ist ein gezieltes Analysieren, inwiefern die Krankenhäuser ihr zukünftiges Personal ansprechen, hoch relevant. Auch Zufelde nähert sich dem Phänomen mittels einer Inhaltsanalyse, und seine Ergebnisse zeigen ebenfalls nicht nur in Richtung Theorie, sondern konkret in die Praxis.

Dieses Buch schließt mit dem Aufsatz von Melanie Meier, die sich mit der Krisenkommunikation von deutschen und niederländischen Krankenhäusern auseinandergesetzt hat. In Anlehnung an die Hauptstudie, die auf niederländischer Seite eine deutlich stärkere Dialogorientierung der Social Media feststellte als auf deutscher Seite, analysiert sie das Reaktionsverhaltens ausgewählter niederländischer Krankenhäuser auf Negativpostings auf dem eigenen Facebook-Auftritt. Meier nutzt hierfür ebenfalls eine qualitative Inhaltsanalyse und stellt unter anderem heraus, bei welchen Themen des Negativpostings es zu einer Reaktion kommt und wie die Krankenhauskommunikatoren auf Negativpostings reagieren. Sie klassifiziert abschließend verschiedene Reaktionstypen, die ebenfalls für die Praxis wertvolle Informationen liefern.

## Literatur

- Baumann, Eva (2006): „Auf der Suche nach der Zielgruppe“ – Das Informationsverhalten über Gesundheit und Krankheit als Grundlage erfolgreicher Gesundheitskommunikation“. In: Böcken, Jan; Braun, Bernard; Amhof, Robert; Schnee, Melanie (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2006. Bürgerorientierung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh. S. 117–153.
- Bentele, Günter; Seidenglanz, René (2015): Vertrauen und Glaubwürdigkeit. Begriffe, Ansätze, Forschungsübersicht und praktische Relevanz. In: Fröhlich, Romy; Szyszka, Peter, Bentele, Günter (Hrsg.): Handbuch der Public Relations. Wissenschaftliche Grundlagen und berufliches Handeln. Mit Lexikon. 3. Aufl. Wiesbaden. S. 411–430.
- Bieri, Urs et al. (2015): Bevölkerungsbefragung „Erhebung Gesundheitskompetenz 2015“. Schlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien. In: Statista – Das Statistik-Portal. Online unter: <https://de.statista.com/statistik/studie/id/35996/dokument/studie-zur-gesundheitskompetenz-in-der-schweiz-2015/>. Zuletzt eingesehen am 27.07.2016.
- European Commission (n.d.). Anteil der Befragten in den Ländern der EU 28, die täglich oder fast täglich das Internet nutzen im Jahr 2014. In: Statista – Das Statistik-Portal. Online unter: <https://de.statista.com>.
- Eurostat. (n.d.). Anteil der Internetnutzer an der Bevölkerung in den Niederlanden in den Jahren 2005 bis 2015. In: Statista – Das Statistik-Portal. Online unter: <https://de.statista.com>.
- Gerlinger, Thomas (2012): Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens in den Niederlanden. Dossier Gesundheitspolitik der Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn. In: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72974/versorgungsstrukturen?p=all>. Zuletzt eingesehen am 12.07.2016.
- Initiative D21. (n.d.). Anteil der Internetnutzer in Deutschland in den Jahren 2001 bis 2015. In: Statista – Das Statistik-Portal. Online unter: <https://de.statista.com>.

- Kofahl, Christopher; Nickel, Stefan; Trojan, Alf (2009): Arztsuche im Internet. In: Böcken, Jan; Braun, Bernard; Landmann, Juliane (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Gütersloh. S. 38–58.
- Mansky, Thomas (2012): Was erwarten die potentiellen Patienten vom Krankenhaus? In: Böcken, Jan; Braun, Bernard; Repschläger, Uwe (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2012. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER/GEK. Gütersloh. S. 116–159.
- Pleil, Thomas (2015): Online-PR. Vom kommunikativen Dienstleister zum Katalysator für ein neues Kommunikationsmanagement. In: Fröhlich, Romy; Szyszka, Peter, Bentele, Günter (Hrsg.): Handbuch der Public Relations. Wissenschaftliche Grundlagen und berufliches Handeln. Mit Lexikon. 3. Aufl. Wiesbaden. S. 1017–1038.
- Reibnitz, Christine von; Schnabel, Peter-Ernst; Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (2001): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim/München.
- Reinke, Nico; Miliniewitsch, Mirko (2014): Modell Niederlande – ein Vorbild für die stationäre Versorgung in Nordrhein-Westfalen? In: Das Krankenhaus 3/2014. S. 220–225.
- Schaeffer, Doris (2006): Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse. Herausgegeben von der Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Schürings, Ute (2008): Kultur- und Mentalitätsunterschiede zwischen Deutschen und Niederländern. In: NiederlandeNet. Münster. Online unter: <https://www.uni-muenster.de/NiederlandeNet/nl-wissen/kultur/vertiefung/kulturunterschiede/hierarchie.html>. Zuletzt eingesehen am 25.07.2016.
- TK. (n.d.). Anteil der Krankenversicherten, die vorwiegend im Internet nach Gesundheitsinformationen suchen, nach Altersgruppen im Jahr 2015. In: Statista – Das Statistik-Portal. Online unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/439862/umfrage/altersstruktur-beim-suchen-von-gesundheitsinformationen-im-internet/>



Zukunftsinstitut 2015: Welche Quellen nutzen Sie, um sich über Gesundheitsfragen zu informieren? In: Statista – Das Statistik-Portal. Online unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/445171/umfrage/umfrage-zur-nutzung-des-internets-als-gesundheitsmedium/>. Zuletzt eingesehen am 15.03.2016.

van de Belt, Tom H. et al. (2013): Internet and Social Media For Health-Related Information and Communication in Health Care: Preferences of the Dutch General Population. In: Journal of Medical Internet Research 2013; 15(10):e220. DOI: 10.2196/jmir.2607. PMID: 24088272. PMCID: PMC3806385. S. 1–11.

## Anhang

| Item | Auf einer Skala von sehr einfach bis schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...                                  | Schweiz | Österreich | Bulgarien | Deutschland (NRW) | Griechenland | Spanien | Irland | Niederlande | Polen | HLS-EU Total MW |
|------|---|---------|------------|-----------|-------------------|--------------|---------|--------|-------------|-------|-----------------|
| Q1.1 | ...Informationen über Krankheitssymptome, die Sie betreffen, zu finden?   | 21      | 28.5       | 40.4      | 20.9              | 24.9         | 23.6    | 16     | 7.5         | 21.4  | 22.8            |
| Q1.2 | ...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?  | 27      | 32.7       | 43.5      | 26.3              | 31.3         | 25.4    | 17.7   | 12.3        | 26.2  | 26.9            |
| Q1.3 | ...herauszufinden, was im Fall eines medizinischen Notfalls zu tun ist?   | 27      | 29.4       | 34        | 19.2              | 34.8         | 13.8    | 17     | 13.4        | 13.3  | 21.8            |
| Q1.4 | ...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? (Hinweis: z.B. Arzt, Apotheker, Psychologe) | 16      | 13.4       | 17.9      | 14.1              | 14.4         | 8.6     | 9      | 4.7         | 13.3  | 11.9            |
| Q1.5 | ...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?   | 15      | 22.4       | 13.7      | 24.9              | 13.2         | 14.9    | 11.1   | 8.9         | 12.9  | 15.3            |
| Q1.6 | ...die Packungsbeilage/Beipackzettel Ihrer Medikamente zu verstehen?  | 27      | 37.5       | 29.3      | 48.3              | 24.4         | 31.5    | 17.1   | 13.1        | 20.8  | 28              |
| Q1.7 | ...zu verstehen, was in einem medizinischen Notfall zu tun ist?   | 27      | 31.2       | 31.9      | 23.7              | 25.8         | 15.4    | 19.7   | 16.2        | 10    | 21.7            |
| Q1.8 | ...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?                 | 10      | 9.2        | 9.3       | 7.5               | 7.3          | 5.9     | 4.6    | 2.1         | 6.1   | 6.5             |
| Q1.9 | ...zu beurteilen, inwieweit Informationen Ihres Arztes zutreffen?   | 24      | 22.7       | 19.7      | 19.4              | 28.9         | 20.1    | 10.7   | 10          | 12.3  | 18              |

| Item  | Auf einer Skala von sehr einfach bis schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...   | Schweiz | Österreich | Bulgarien | Deutschland (NRW) | Griechenland | Spanien | Irland | Niederlande | Polen | HLS-EU Total MW |
|-------|--|---------|------------|-----------|-------------------|--------------|---------|--------|-------------|-------|-----------------|
| Q1.10 | ... Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?   | 44      | 56.5       | 53.3      | 51.2              | 45.4         | 39.4    | 31.8   | 30.9        | 30.8  | 42.6            |
| Q1.11 | ... zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?   | 35      | 48.6       | 49.6      | 43                | 31.9         | 30.8    | 36.4   | 44          | 24.1  | 38.6            |
| Q1.12 | ... zu beurteilen, ob Informationen über eine Krankheit in den Medien vertrauenswürdig sind (Hinweis: Fernsehen, Internet oder andere Medien)    | 39      | 61.2       | 57.5      | 59.1              | 45.3         | 46.3    | 43.4   | 47.4        | 36    | 49.7            |
| Q1.13 | ... mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen                                    | 17      | 31.9       | 30.4      | 30.3              | 17.5         | 24      | 14.2   | 19.2        | 16.7  | 23.1            |
| Q1.14 | ... den Anweisungen für die Einnahme von Medikamenten zu folgen?   | 11      | 10.7       | 6.5       | 9.7               | 8.2          | 5.2     | 4.3    | 3.2         | 6.5   | 6.8             |
| Q1.15 | ... im Notfall einen Krankenwagen zu rufen?  | 10      | 6.2        | 18.3      | 3.9               | 15.1         | 8.4     | 4.2    | 4.7         | 9.8   | 8.8             |
| Q1.16 | ... den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?  | 10      | 8.1        | 6.6       | 6.3               | 6.5          | 3.8     | 3.6    | 2.7         | 7     | 5.6             |
| Q1.17 | ... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei ungesundem Verhalten, wie Rauchen, wenig Bewegung oder zu hohem Alkoholkonsum, zu finden? | 12      | 20.5       | 26.2      | 14.2              | 16.4         | 11.5    | 11     | 2.8         | 15.3  | 14.7            |

| Item         | Auf einer Skala von sehr einfach bis schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...  | Schweiz | Österreich | Bulgarien | Deutschland (NRW) | Griechenland | Spanien | Irland | Niederlande | Polen | HLS-EU Total MW |
|--------------|---|---------|------------|-----------|-------------------|--------------|---------|--------|-------------|-------|-----------------|
| <b>Q1.18</b> | ...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression zu finden?  | 27      | 38.1       | 49.8      | 36.3              | 31.6         | 32.3    | 30.7   | 22          | 27.9  | 33.5            |
| <b>Q1.19</b> | ...Informationen über empfohlene Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen zu finden (Hinweis: Krebsfrüherkennung, Blutzuckerfest, Blutdruck)  | 24      | 25.1       | 48.2      | 16.9              | 19.6         | 25.2    | 19.9   | 11.6        | 26.7  | 24              |
| <b>Q1.20</b> | ...Informationen darüber zu finden, wie man bestimmte Gesundheitsrisiken vermeiden oder damit umgehen kann, wie man Übergewicht, hohen Blutdruck oder hoher Cholesterinspiegel? | 22      | 20.8       | 34.3      | 15.6              | 18.7         | 16.7    | 12.8   | 6.3         | 20.3  | 18.1            |
| <b>Q1.21</b> | ...Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßiges Trinken zu verstehen?   | 15      | 16.1       | 14.5      | 10.3              | 15           | 6.7     | 7.5    | 1.8         | 11    | 10.3            |
| <b>Q1.22</b> | ...zu verstehen, warum Sie Impfungen brauchen?  | 32      | 19.6       | 36.3      | 14.9              | 16.7         | 11.7    | 15.8   | 4.8         | 13.7  | 16.6            |
| <b>Q1.23</b> | ...zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen? (Hinweis: Krebsfrüherkennung, Blutzuckerfest, Blutdruck)  | 19      | 12.6       | 18.4      | 8.5               | 6.5          | 8.4     | 12.3   | 3.7         | 12.9  | 10.4            |

| Item  | Auf einer Skala von sehr einfach bis schwierig, wie einfach ist es Ihrer Meinung nach...  | Schweiz | Österreich | Bulgarien | Deutschland (NRW) | Griechenland | Spanien | Irland | Niederlande | Polen | HLS-EU Total MW |
|-------|---|---------|------------|-----------|-------------------|--------------|---------|--------|-------------|-------|-----------------|
| Q1.24 | ...zu beurteilen, wie vertrauenswürdig Gesundheitswarnungen sind, z.B. Warnungen vor Rauschen, wenig Bewegung oder übermäßigem Trinken?               | 24      | 20,8       | 20,1      | 14                | 16,7         | 12,2    | 7,5    | 9,2         | 14,5  | 14,4            |
| Q1.25 | ...zu beurteilen, wann Sie einen Arzt aufsuchen sollten, um sich untersuchen zu lassen?   | 27      | 19,7       | 16,9      | 17,4              | 15           | 11      | 10,6   | 20,9        | 18,4  | 16,3            |
| Q1.26 | ...zu beurteilen, welche Impfungen Sie eventuell brauchen?  | 50      | 34,5       | 62,4      | 29,9              | 32           | 25,2    | 26,6   | 23,2        | 29,2  | 32,7            |
| Q1.27 | ...zu beurteilen, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie durchführen lassen sollten? (Hinweis: Fernsehen, Internet oder andere Medien)                     | 30      | 24,2       | 43,1      | 19,7              | 15,5         | 20,5    | 28,3   | 23,2        | 27,7  | 25,1            |
| Q1.28 | ...zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind? (Hinweis: Fernsehen, Internet oder andere Medien) | 39      | 49,3       | 47,2      | 54,6              | 40,2         | 35,8    | 36,2   | 44,9        | 27    | 42,1            |
| Q1.29 | ...zu entscheiden, ob Sie sich gegen Grippe impfen lassen sollten?  | 40      | 37,6       | 40,3      | 24,9              | 33,3         | 17,8    | 18,2   | 15,1        | 23,4  | 26,2            |
| Q1.30 | ...aufgrund von Ratschlägen von Familie und Freunden zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?                                    | 22      | 29,6       | 23,4      | 27,2              | 18,4         | 13,5    | 18     | 30,5        | 16,8  | 22,2            |

Tabelle 1: Elemente Gesundheitskompetenz im Ländervergleich in Prozent EinwohnerInnen in Europa, Anteil „sehr schwierig“ und „ziemlich schwierig“, N = 1107, Quelle: Ausschnitt aus Bieri et al. 2015; 22 f.

## 2 „Was nicht öffentlich ist, findet nicht statt.“<sup>5</sup> Zur Relevanz strategischer Organisationskommunikation deutscher und niederländischer Krankenhäuser

*Lisa Terfrüchte*

In unserer heutigen massenmedialen Gesellschaft ist es keine Frage mehr, ob man als Organisation strategisch kommuniziert, sondern vielmehr wie und wie erfolgreich. Kommunikation ist „kein Wahl-, sondern ein Pflichtfach“ (Zerfaß; Piwinger 2014: 3). Für Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser gilt dies genauso wie für den internationalen Großkonzern, für eine politische Partei und für die Hausbank in der eigenen Stadt. Längst ist auch im Gesundheitssektor der Wettbewerb um potenzielle Patienten, um Personal, um innovative Heil- und Forschungsmethoden ein Wettbewerb zur Steigerung öffentlicher Reputation.

Dabei geht es zunächst um eine reine Sichtbarmachung der eigenen Organisation, um die Möglichkeit, überhaupt öffentlich wahrgenommen zu werden. In der modernen massenmedialen Gesellschaft bildet – systemtheoretisch gesprochen – Öffentlichkeit ein Funktionssystem des sozialen Systems Gesellschaft (vgl. Hoffjann; Arlt 2015: 9 ff.). Gemäß dem auch in der Kommunikationswissenschaft viel beachteten Soziologen Niklas Luhmann hat die moderne Gesellschaft aufgrund ihrer komplexen Struktur autopoetische Teilsysteme ausgebildet, die jeweils bestimmte Funktionen für die Gesellschaft übernehmen (sog. Funktionssysteme, vgl. Luhmann 1997). So obliegt es dem Funktionssystem Öffentlichkeit und seinem Leistungssystem Journalismus, die Gesellschaft und ihre Teilsysteme zu beobachten und, folgt man Matthias Kohring (1997), ausschließlich diejenigen Themen der Gesellschaft insgesamt zur Verfügung zu stellen, die für mehr als ein Teilsystem von Bedeutung sind (Mehrsystemzugehörigkeit).

---

5 Zerfaß; Piwinger 2014: 3

## 2.1 Gesellschaftliche Legitimität durch Kommunikation

Um ‚öffentlich zu werden‘, die öffentliche Wahrnehmung und Wahrnehmbarkeit der eigenen Organisation zu erreichen und zu behalten, müssen die einzelnen Organisationen eines Systems, in diesem Fall die Krankenhäuser als Teil des Funktionssystems Wirtschaft, Themen und Ereignisse kommunizieren (!), die potenziellen Mehrsystemzugehörigkeits-Charakter haben. Man kann es auch mit den klassischen Nachrichtenfaktoren sagen: Themen und Ereignisse sollten z. B. relevant, neu, emotional, kontrovers sein, und dies möglichst für eine breite, überregionale Zielgruppe (vgl. Schulz 2011: 91). Es geht also im ersten Schritt darum, zu kommunizieren, dass man existiert, wer man ist und was man tut. Organisationskommunikation beinhaltet hierbei sowohl die Kommunikation *in* Organisationen, *von* Organisationen als auch *über* Organisationen (vgl. Szyszka 2015: 210). Gleichzeitig bedeutet die funktionale Differenzierung der Gesellschaft aber auch, dass jede Organisation, sobald sie eben öffentlich wahrnehmbar ist, zwangsläufig unter einem stetigen, nie endenden Druck von öffentlicher Aufmerksamkeit steht, sog. Fremdbeobachtungen und Fremdbeschreibungen (vgl. Röttger; Preusse; Schmitt 2014: 127). Also geht es in einem zweiten Schritt auch darum, zu beobachten, zu reflektieren und zu steuern, wer was über einen kommuniziert.

„Die Tatsache, dass Organisationen potenziell unter öffentlicher Dauerbeobachtung stehen und dass sie dabei mit einer Vielzahl unterschiedlicher Fremdbeobachtungen konfrontiert sind, lässt Legitimation im Sinne gesellschaftlicher Akzeptanz für sie zu einer fragilen Größe werden.“ (ebd.: 126)

Insofern ist es die Schlüsselaufgabe von Organisationskommunikation, gesellschaftliche Akzeptanz durch Kommunikation zu erzeugen (vgl. ebd.: 126) und damit eine „weitgehende Harmonisierung bzw. Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdbeschreibungen zu erzielen“ (ebd.: 128). Um diese Kommunikationsleistung zu erbringen, bedient sich Organisationskommunikation der oben erwähnten Funktionen Beobachtung, Reflexion und Steuerung (vgl.

Röttger; Preusse; Schmitt 2014). Zur Beobachtung zählen dabei die Selbstbeobachtung sowie die Umweltbeobachtung:

„Um Legitimität zu sichern bzw. legitimationsschädigende Konflikte zu vermeiden, beobachtet PR die eigene Organisation ebenso wie die Organisationsumwelt und versucht auf diesem Weg, konfligierende Erwartungsstrukturen möglichst frühzeitig zu erkennen.“ (ebd.: 131)

Die Funktion Beobachtung bezieht sich also darauf, wie die eigene Organisation sich selbst beobachtet, wie die Organisation ihre Umwelt beobachtet und wie sie selbst von der Umwelt beobachtet wird (vgl. ebd.: 132). Beobachtung lässt sich hier auch mit Wahrnehmung verknüpfen: Wie nimmt die Organisation sich selbst wahr bzw. wie möchte sie wahrgenommen werden? Wie nimmt die Organisation ihre Umwelt wahr und was wird von der Organisation in ihrer Umwelt wahrgenommen (hierzu zählen öffentliche und veröffentlichte Meinung)? Mittels Reflexion wird es möglich, die beobachteten Selbst- und Umweltbeobachtungen in Bezug zur eigenen Organisation zu setzen und zu entscheiden, ob Steuerungen notwendig sind.

Steuerung – aufgeteilt in Selbst- und Umweltsteuerung – meint hier nicht Propaganda, sondern wird „im Sinne einer sozialwissenschaftlichen Steuerungstheorie“ (ebd.: 139) verwendet und bezieht sich darauf, dass ein System auf ein anderes System einwirkt, so Röttger et al. (2014) mit Bezug zu Haufe (1989). Dieses Einwirken erfolgt durch Kommunikation (wobei natürlich die Problematik der Wirkungsmessung von Kommunikation zu beachten ist).

Zusammenfassend lässt sich also zur Organisationskommunikation an dieser Stelle festhalten: Die Kommunikation über sich selbst und das eigene Tun in Bezug zur Umwelt, um öffentliche Wahrnehmung zu erzeugen, ist Aufgabe jeder Organisation, auch oder erst recht eines Krankenhauses. Denn sie dient überhaupt erst der gesellschaftlichen Legitimation einer Organisation: Es gibt keine andere Möglichkeit für die eigene – öffentliche – Legitimation als mittels Kommunikation (vgl. Sarcinelli 2013). Diese gesellschaftliche Akzeptanz einer Organisation ist dabei nicht etwa ein einmal erreichter und dann fortbestehender Zustand, sondern im Gegenteil: „Organisationen erreichen nicht



einmalig Legitimität und behalten diese fortan, sondern müssen sich fortwährend aktiv um diese bemühen.“ (Röttger; Preusse; Schmitt 2014: 127)

## 2.2 Kommunikation und Vertrauen

Eine Organisation, die öffentlich (und damit kommunikativ) nicht oder nicht mehr legitimiert ist, verliert öffentliches Vertrauen, sie verliert Handlungsoptionen und wird somit nicht nur immateriell, sondern auch materiell Schaden nehmen, denn es droht letztlich der Verlust der Legitimität. Vertrauen ist eine externe Zuschreibung, die mit dem hohen Risiko eines potenziell jederzeit möglichen Entzuges bestraft werden kann. Dies aufzubauen gelingt nur mittels glaubwürdiger, authentischer Kommunikation. Die – insbesondere auch in der kommunikationswissenschaftlichen Betrachtung strategischer Kommunikation – viel beachtete Monografie zu Vertrauen (in Journalismus) von Kohring (2004), basierend auf dem funktionalistischen Ansatz von Luhmann (1989), besagt im Kern: Vertrauen erhält Bedeutung v. a. in Situationen doppelter Kontingenz: Die Problemlösungskraft von Vertrauen entfaltet sich also in denjenigen Situationen, die gekennzeichnet sind durch unzureichendes Wissen (Unsicherheit) über die Vielzahl an *in der Zukunft* liegenden Optionen (Selektionen), die eine moderne, überkomplexe Gesellschaft bereithält. Der Einzelne kann diese vielen Optionen unmöglich alle reflektieren (vgl. Bentele; Seidenglanz 2015: 411), es besteht also Unsicherheit über die eigene Selektionsleistung, auch, weil unsicher ist, ob eine Situation so oder völlig anders eintreffen kann.

Diese subjektive Wahrnehmung von Risiko (Unsicherheit aufgrund von Nicht-Wissen) als Grundlage für die Entstehung von Vertrauen (vgl. Kohring 2004) ist ein im Gesundheitsbereich im Besonderen zutreffender Sachverhalt. Vertrauen reduziert Unsicherheit, die in Folge von Kontingenzen entsteht, auf ein Maß, das für den Einzelnen verarbeitbar ist (Luhmann spricht auch von Vertrauen als „Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität“ (Luhmann 1989). Vertrauen ermöglicht „die selektive Verknüpfung von Fremdhandlungen mit Eigenhandlungen unter der Bedingung einer nicht

mittels Sachargumenten legitimierbaren Tolerierung des wahrgenommenen Risikos“ (Kohring 2004: 128). Die Schenkung von Vertrauen wiederum ist ihrerseits eine „riskante Vorleistung“ (Luhmann 1989: 23), eine sog. Als-ob-Unterstellung, bei der Enttäuschung möglich ist. Kohring definiert Vertrauen daher als „selektive Verknüpfung von Fremdhandlungen mit Eigenhandlungen unter der Bedingung einer rational nicht legitimierbaren Tolerierung von Unsicherheit.“ (Kohring 2001: 67)

Unterschieden wird heute – auch in Bezug auf die Public Relations bzw. Organisationskommunikation – zwischen sozialem und öffentlichem Vertrauen. Mit Blick auf öffentliches Vertrauen gilt Benteles Ansatz von 1994 in der Kommunikationswissenschaft als wegweisend. Bentele & Seidenglanz definieren in Anlehnung an Bentele 1994 öffentliches Vertrauen mit Bezug auf Luhmann als „*Prozess und Ergebnis öffentlich hergestellten Vertrauens* in öffentlich wahrnehmbare Akteure (Einzelakteure, Organisationen und größere Systeme)“ (Bentele; Seidenglanz 2015: 411, Herv. i. O.).

Öffentliches Vertrauen ist dabei laut Szyszka „eine generalisierte Form von sozialem Vertrauen“ (Szyszka 2009: 141 in Szyszka 2015: 218), welches er mit Blick auf Organisationen als „Erwartung in die Kontinuität von Haltungen, Entscheidungen und Verhalten einer Organisation bzw. einer Bezugsgruppe in sachlicher, zeitlicher und sozialer Dimension“ (Szyszka 2009: 141) definiert. Organisationen sind angewiesen auf Vertrauen, denn Vertrauen schafft und erhält Handlungsspielräume: Die Zuschreibung von Vertrauen ermöglicht es Organisationen, sich dem Druck permanenter Fremdbeobachtung und Legitimation teilweise entziehen zu können (vgl. ebd.). „Soziales Vertrauen entlastet [also] vom Beobachtungsdruck“ (ebd.), und zwar sowohl das „Vertrauenssubjekt“ (ebd.), welches „Beobachtungs-, Interpretations- und Entscheidungsoperationen [...] und Ressourcen einspart“ (Szyszka 2009: 141), als auch das „Vertrauensobjekt“ (ebd. 2015: 218), denn dort sind „weniger konkrete[...] Vertrauenserwartungen“ (ebd.) vorhanden, sodass die Optionen für Handlungen und Entscheidungen der Organisation de facto vergrößert werden (vgl. ebd.: 2015: 218).

Bezogen auf den schon erwähnten und deutlich vom Faktor Vertrauen abhängigen Gesundheitssektor leistet PR bzw. die strategische Kommunikati-

on vor allem einen Beitrag sowohl zur Entlastung vom Druck permanenter Fremdbeobachtung und -beurteilung als auch zur Vorbeugung von öffentlichem Vertrauensverlust (vgl. Grünberg 2014: 166<sup>6</sup>). Die strategische Kommunikation wird also zum entscheidenden Faktor insbesondere für Krankenhäuser: „So gilt es, Situationen mit intensiviertem Informationsbedarf frühzeitig zu erkennen und entsprechend zu reagieren.“ (ebd.) Situationen mit intensivem Informationsbedarf ist, im Fall einer Nicht-Reaktion kommunikativer Art, ein hohes Risiko zur Krisenentwicklung immanent. Grünberg beleuchtet den Vertrauensbegriff u. a. mit Bezug zu Bentele 1994 aus der Sicht unterschiedlicher Fachdisziplinen und überträgt ihre Ergebnisse danach konkret auf Vertrauen in das Gesundheitssystem als ihren Untersuchungsgegenstand. Sie resümiert:

„Vertrauen ist relevant für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und für seinen Fortbestand. Für das Systemvertrauen sind nicht nur eigene Erfahrungen mit Systemrepräsentanten, sondern auch Erfahrungen mit sozialen Bezugsgruppen und den medialen Vermittlern relevant. [...]“ (Grünberg 2014: 172)

Interessant an einem Krankenhaus ist der Umstand, dass dort unterschiedliche Akteure arbeiten. Das Vertrauen in Ärzte (allerdings *nicht* solche, die im Krankenhaus arbeiten!) liegt höher als das Vertrauen in Organisationen des Gesundheitssystems, zu dem die Krankenhäuser zählen. Grünberg konstatiert daher mit Bezug auf die Untersuchung von Braun & Marstedt 2010 (s. Tabelle 2 und Tabelle 3), dass das Vertrauen in Personen insgesamt höher liegt als das in Organisationen (vgl. ebd.: 216).

---

6 S. aktuell und weiterführend insbes. die Dissertation von Grünberg 2014.

| Vertrauensobjekt  | Vertrauen | kein Vertrauen | weiß nicht |
|-------------------|-----------|----------------|------------|
| Hausärzte         | 93,7 %    | 5,0 %          | 1,3 %      |
| Fachärzte         | 93,3 %    | 4,7 %          | 2,0 %      |
| Zahnärzte         | 91,1 %    | 7,7 %          | 1,1 %      |
| Krankenschwester  | 80,6 %    | 11,8 %         | 7,6 %      |
| Apotheker         | 76,9 %    | 20,8 %         | 2,4 %      |
| Psychotherapeuten | 41,3 %    | 30,7 %         | 28 %       |

Tabelle 2: Vertrauen in leistungserbringende Personen des Gesundheitssystems in Deutschland, Quelle: Braun; Marstedt 2010: 272 und 275 in Grünberg 2014: 213

| Vertrauensobjekt       | Vertrauen | kein Vertrauen | weiß nicht |
|------------------------|-----------|----------------|------------|
| Krankenhäuser          | 64,7 %    | 26,0 %         | 9,4 %      |
| Pflegeheime            | 22,2 %    | 48,4 %         | 29,5 %     |
| Krankenkassen          | 86,9 %    | 10,5 %         | 2,5 %      |
| Patientenberatungen    | 59,7 %    | 13,5 %         | 26,8 %     |
| Ärzteverbände          | 33,7 %    | 39,7 %         | 26,6 %     |
| Bundesregierung        | 25,6 %    | 71,0 %         | 3,4 %      |
| Gesundheitsministerium | 19,3 %    | 63,5 %         | 17,2 %     |

Tabelle 3: Vertrauen in Organisationen des Gesundheitssystems in Deutschland, Quelle: Braun; Marstedt 2010: 272 und 275 in Grünberg 2014: 216

Ärzte, die im Krankenhaus arbeiten, bekamen, so Grünberg mit Bezug auf den MLP-Gesundheitsreport 2007, nur von 37 Prozent der Befragten Vertrauen entgegengebracht. Sobald man von einem Arzt im Krankenhaus persönlich betreut wurde, stieg der Wert des diesem Arzt entgegengebrachten Vertrauens aber auf 60 Prozent. (Vgl. Grünberg 2014: 214)

Zu unterscheiden sind, bezogen auf das Gesundheitssystem, laut Grünberg spezifisches und generalisiertes Vertrauen (s. Abb. 6): „*Spezifisches Vertrauen* bildet sich im direkten Kontakt mit Ärzten, Apothekern und Krankenhäusern aus, während das *generalisierte Vertrauen* in das Gesundheitssystem und seine Akteure vor allem durch indirekte Kontakte über Medien und Dritte geprägt wird.“ (ebd.: 225, Herv. i. O.) Für die strategische Organisationskommunikation sind beide Aspekte relevant, d. h. sowohl die Beobachtung, Reflexion und Steuerung externer Faktoren und Akteure (z. B. durch Pressearbeit, Bewer-

tungsportalbeobachtung, Social-Media-Controlling etc.) als auch interner Faktoren und Akteure, d. h. zum Beispiel, dass im Krankenhaus tätige Mitarbeiter bezüglich der Patientenkommunikation ausreichend geschult sind.

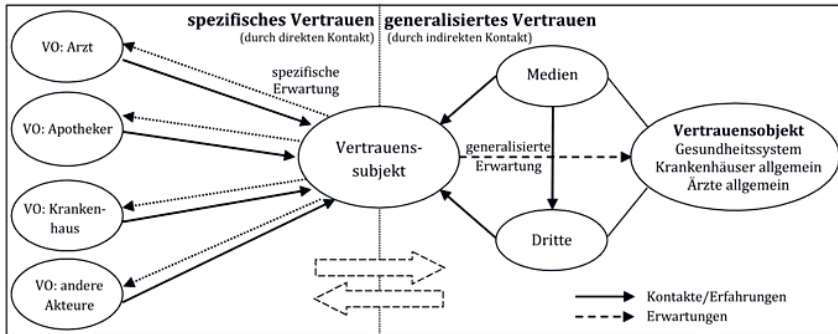


Abb. 6: Spezifisches und generalisiertes Vertrauen in das Gesundheitssystem in Deutschland, Quelle: Grünberg 2014: 226

In Grünbergs eigener Studie, die untersucht, worauf Vertrauen in das Gesundheitssystem und seine Akteure beruht (zu Studiendesign, Methodik und Ergebnissen s. Grünberg 2014: 227 ff.), bezieht sich ein Ergebnis u. a. auf das Vertrauen in Krankenhäuser. Grünberg konnte feststellen, dass die „Erwartungen an Krankenhäuser [...] sowohl die interpersonelle Ebene des Arztvertrauens als auch die Ebene der Organisation“ (ebd.: 272) umfassen und dass „auf beiden Ebenen [...] Erwartungen hinsichtlich Kompetenz, Wohlwollen und Integrität“ (ebd.) bestehen. Außerdem, so Grünberg weiter, finde ein „Übertragungseffekt vom spezifischen Arztvertrauen auf das Vertrauen in ein Krankenhaus statt“ (ebd.), wobei ein „spezifisches Misstrauen gegenüber einem Krankenhaus [...] nicht zwangsläufig zu einem generalisierten Misstrauen gegenüber Krankenhäusern“ (ebd.) führe. Grünberg leitet eine Typologie von Vertrauensarten ab, bei denen die Krankenhäuser auf der Organisationsebene angesiedelt sind (vgl. ebd.: 274). Das Krankenhaus ist als sog. „Vertrauensobjekt“ sowohl dem direkten Kontakt als auch dem sozialen Austausch und der medialen Rezeption ausgesetzt. Entsprechend diesen drei „Erfahrungsarten“ (ebd.) bilden sich

- direktes Organisationsvertrauen (durch direkten Kontakt),
- sozial vermitteltes Organisationsvertrauen (durch sozialen Austausch),
- medienvermitteltes Organisationsvertrauen (durch mediale Rezeption) (vgl. ebd.).

Insofern kann man festhalten, dass der strategischen Kommunikation eines Krankenhauses eine hohe Bedeutung zukommt, weil sie auf alle drei Bereiche mittelbar wie sogar unmittelbar einzuwirken kann bzw. ein Einfluss von Kommunikation auf alle Bereiche besteht. Hier ist noch einmal zurückzukommen auf Luhmann, der konstatiert:

„Vertrauen ist dann die generalisierte Erwartung, daß der andere seine Freiheit, das unheimliche Potential seiner Handlungsmöglichkeiten, im Sinne seiner Persönlichkeit handhaben wird – oder genauer, im Sinne der Persönlichkeit, die er als die seine dargestellt und sichtbar gemacht hat. Vertrauenswürdig ist, wer bei dem bleibt, was er bewusst oder unbewusst über sich selbst sichtbar gemacht hat.“ (Luhmann 1989: 40)

Wenn man auf die Sichtbarmachung der eigenen „Persönlichkeit“ der Organisation abhebt, lässt sich Luhmanns Gedanke hier übertragen und zusammenfassen auf die Aussage: Vertrauenswürdig ist diejenige Organisation, die auf allen Ebenen konsistent kommuniziert (und zwar intern wie extern auf allen Kommunikationskanälen). Kombiniert man diese Erkenntnis mit Zerfaß' Aussage „was nicht öffentlich ist, findet nicht statt“, so wird deutlich, warum die Prozesse Beobachtung, Reflexion und Steuerung der eigenen Sicht- und Wahrnehmbarkeit die zentralen Funktionen von Organisationskommunikation darstellen.

„Prozesse der Vertrauensbildung oder von Vertrauensverlusten auf der Rezeptionsseite hängen [...] stark von durch PR und Medien vermittelter Information, also von den Regeln organisierter Kommunikation, deren Umsetzung, sowie von den Prozessen und Strukturen öffentlicher Kommunikation insgesamt ab.“ (Bentele; Seidenglanz 2015: 420)

Als Zwischenfazit lässt sich also feststellen: Die Rolle von Kommunikation als Wertschöpfungsfaktor für eine Organisation, was im Folgenden noch näher ausgeführt wird, kann deshalb nicht hoch genug eingeschätzt werden. Es verwundert insofern wenig, dass in einer aktuellen Umfrage des *European Communication Monitor 2015* knapp 37 Prozent der befragten 2253 PR-Experten angeben, dass Vertrauensaufbau und -erhalt eines der drei wichtigsten Themen in der Unternehmenskommunikation in Europa sein wird (s. Abb. 7).

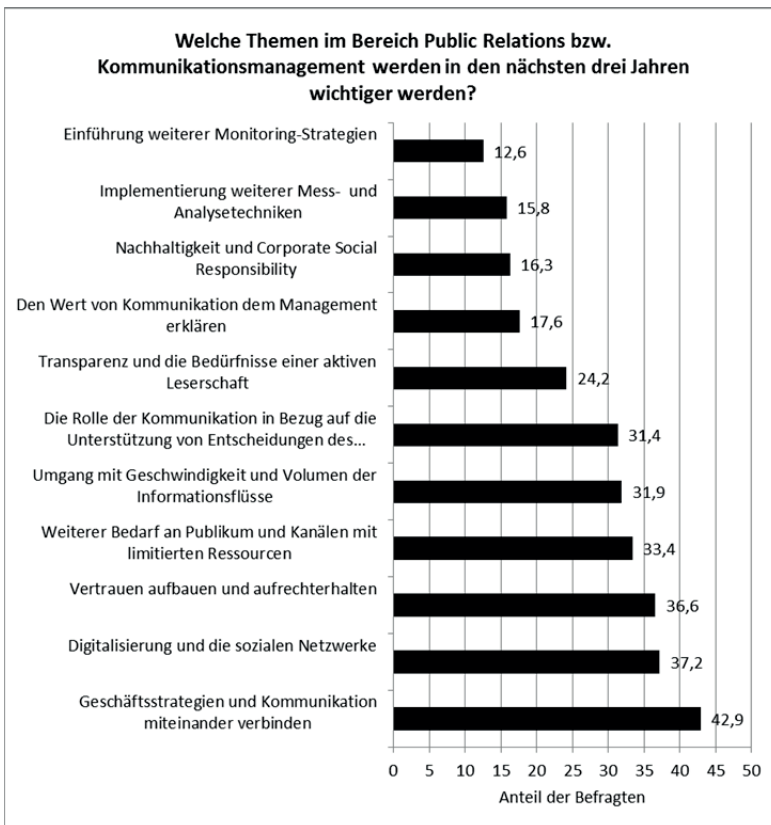


Abb. 7: Umfrage zu den wichtigsten Themen für die Unternehmenskommunikation in Europa 2015 (Europa; März 2015; N = 2.253 PR-Experten; bis zu drei Nennungen möglich), Quelle: EUPRERA, & EACD. (n.d.)

### 2.3 Kommunikation als Wertschöpfungsfaktor für Organisationen

Kommunikation leistet die öffentliche Wahrnehmbarkeit bzw. Sichtbarkeit einer Organisation und damit deren Legitimation durch Kommunikation (vgl. Sarcinelli 2013). Insofern entscheidet Kommunikation – und nur Kommunikation! – über die Art und Weise, *wie* eine Organisation von der Öffentlichkeit wahrgenommen wird und damit auch, ob einer Organisation vertraut wird oder nicht. Organisationskommunikation „als Kommunikation in und von Organisationen umfasst [...] alle informellen und formellen (und damit auch funktionalen) Kommunikationsprozesse in Organisationen.“ (Huck-Sandhu 2016: 6)

Strategische Organisationskommunikation zielt notwendigerweise zum Erhalt von (öffentlichem) Vertrauen auf eine möglichst *positive* öffentliche Wahrnehmung der eigenen Organisation. Es geht also um die „Konstruktion wünschenswerter Wirklichkeiten durch Erzeugung und Befestigung positiver Images in der Öffentlichkeit“ (Merten; Westerbarkey 1994: 210). Diesem Verständnis liegt der Gedanke zugrunde, dass ‚Öffentlichkeit‘ nicht existiert, sondern zeitlich, sachlich, sozial, technisch, räumlich oder situativ beschränkte Teilöffentlichkeiten unterschiedlicher Größe, was insofern selbstverständlich im Sinne von Huck-Sandhus’ Definition auch die interne Kommunikation einer Organisation einschließt.

„Strategische Kommunikation, betrieben durch Organisationen, hat das Erzeugen von Aufmerksamkeit und die Veränderung oder Verfestigung von Einstellungen zum Ziel. Dabei geht es um das Beeinflussen von Kunden, Unterstützern, Mitarbeitern, Investoren, Interessengruppen sowie der Politik.“ (Keding 2015: 48)<sup>7</sup>

---

7 Zur Strategischen Kommunikation siehe weiterführend den aktuellen Überblick von Nothhaft und Bentele 2015.



Die genannten und damit für die Organisationskommunikation „relevanten Zielgruppen“ (ebd.) sind sog. Stakeholder. Stakeholder sind in der Organisationskommunikation „Akteure aus verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen, die Ansprüche bei der Organisation geltend machen können. Die Organisations- und Unternehmensziele orientieren sich aus diesem Grund u. a. an den Ansprüchen dieser Gruppe.“ (ebd.: 49)

Ausgehend von der Analyse der organisationspezifischen Stakeholder innerhalb einer insofern hochgradig komplexen internen wie externen Öffentlichkeit ist es also für eine Organisation entscheidend, danach zu fragen, *wer was* über die eigene Organisation bereits wie wahrnimmt (Beobachtung und Reflexion) und *wer was* wahrnehmen soll und wie dies am besten, d. h. in Relation zur jeweiligen Zielgruppe, kommuniziert werden sollte (Steuerung). So besteht am ehesten die Möglichkeit einer Steuerung der eigenen Sichtbarkeit und Wahrnehmbarkeit. Für Krankenhäuser als Unternehmen bedeutet dies: Patienten und potenzielle Patienten, also alle Bürger, erwarten anderes als Mitarbeiter, Netzwerkpartner, Unternehmensverwaltung, Mittelgeber oder Journalisten je eigene Schwerpunkte und haben andere Bedürfnisse. Genauso relevant ist bei aller Verschiedenheit natürlich auch dasjenige, was als Gemeinsames von allen Anspruchs- und Zielgruppen eines Krankenhauses wahrgenommen werden soll. Alle Stakeholder haben also eigene Ansprüche an ein Krankenhaus, und die Organisation sollte ihre Ziele entsprechend all diesen Ansprüchen formulieren, ohne natürlich die eigene Gesamtstrategie (im Sinne der integrierten, konsistenten Kommunikation) aus dem Blick zu verlieren.

Die Komplexität der funktional differenzierten Gesellschaft und damit des Kontextes, in dem eine Organisation sich befindet, macht strategische Kommunikation nicht nur wünschenswert, sondern notwendig, darauf wurde eingangs schon hingewiesen. Warum strategische Kommunikation tatsächlich auch aus ökonomischer Perspektive zum Faktor für die Wertschöpfung einer Organisation geworden ist, ergibt sich wiederum aus dem Umgehen-Müssen mit entsprechend vielen Fremdbeobachtungen und -beschreibungen: Dieser Umgang mit dispersen Fremdbeobachtungen ist für Organisationen „zum

erfolgskritischen Faktor geworden und wird in seiner Bedeutung vermutlich noch steigen.“ (Röttger; Preusse; Schmitt 2014: 128) Denn

„auch langfristiger ökonomischer Erfolg [ist] tendenziell nicht mehr nur über Beschaffungs- und Absatzmärkte zu erzielen [...], sondern [erfordert] die Berücksichtigung der Wertvorstellungen und Rahmenbedingungen der Umwelt in der Unternehmensstrategie [...]“ (ebd.: 129 f.)

Kommunikation wird heute zunehmend als solcher Wertschöpfungsfaktor gesehen:

„Der zweifelsohne wichtigste Entwicklungsschritt der Unternehmenskommunikation ist das sich langsam durchsetzende Paradigma der *Value Communications* bzw. der *Kommunikation als Wertschöpfungsfaktor*, verbunden mit dem konsequenten Aufbau von Systemen zur Steuerung und Evaluation der Kommunikation (Pffannenberg und Zerfaß 2010).“ (Zerfaß; Pwinger 2014: 7, Herv. i. O.)

Kommunikation leistet hier den Aufbau immaterieller Wertschöpfung (durch den Aufbau von Glaubwürdigkeit, Image, Marken, Unternehmenskultur, Leitbild etc., um Vertrauen zu erhalten) und trägt damit wiederum zur materiellen Wertschöpfung bei. Voraussetzung dafür, dass Kommunikation zur Wertschöpfung beitragen kann, ist neben der Umwelt- auch die Selbstbeobachtung, d. h., ein Bewusstsein über die eigene Positionierung zur Umwelt zu entwickeln, darüber, welche strategische Vorstellung eine Organisation von dem hat, als das man wahrgenommen werden möchte, also über den eigenen Beitrag, den eigenen Wert, den es gilt, zum Kommunikationsinhalt zu machen:

„Weiche Faktoren wie ‚Werte‘ werden mehr und mehr thematisiert in der ‚Arena der Öffentlichkeit‘ in einer Zeit, da alle Protagonisten von Macht in westlichen Gesellschaften (Wirtschaft, Politik, Kirche) an Vertrauen verloren haben in der Bevölkerung (Bentele/Seidenglanz: 2003). Glaubwürdig-

keit und Authentizität sind Schlüssel, die Vertrauen fördern können. Die Zukunft scheint ungewiss angesichts gesamtgesellschaftlicher Transformationsprozesse und weltweitem Wettbewerb um die Antworten auf die potentiell zukunftsentscheidenden Fragen. Stark polarisierend handelt es sich um einen globalen Streit von ökonomischen Werten wider humane, soziale Werte.“ (Janke 2015: 29, Herv. i. O.)

Abb. 8 zeigt anhand der aktuellen Ergebnisse des European Communication Monitors, dass sich für 75 Prozent der Befragten diese Sicht auf Kommunikation als Faktor immaterieller Wertschöpfung mit steigender Relevanz bestätigt.

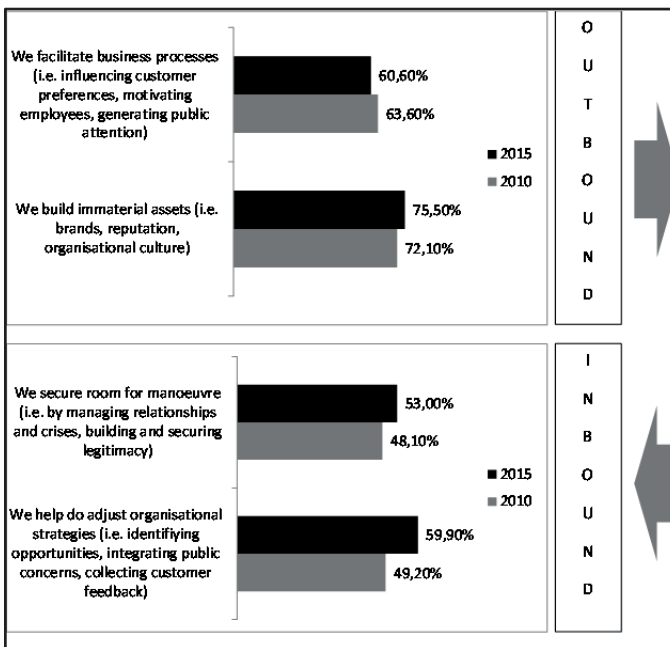


Abb. 8: Contribution to overall objectives: How communication professionals comprehend their share in reaching organisational goals (N = 2,252 PR professionals.), Quelle:

Zerfaß et al. 2015: 44

Die Wertschöpfung von Kommunikation ist daher untrennbar mit der Strategie einer Organisation insgesamt verbunden. Anhand vier verschiedener „Hebel“ (Zerfaß 2015: 719) beschreibt Zerfaß, wie Kommunikation für Organisationen Wertschöpfung erzeugt:

1. Unterstützung der laufenden Leistungserstellung (Fokus auf die Mitteilungs-/Vermittlungsfunktion von Kommunikation),
2. Aufbau immaterieller Erfolgspotenziale (Bekanntheit, Authentizität, Glaubwürdigkeit, Reputation, Marken, Mythen, Organisationskulturen (Fokus auf Vermittlungsfunktion),
3. Unterstützung der Strategiedefinition und Positionierung der gesamten Organisation (Fokus auf die Zuhörerfunktion von Kommunikation),
4. Sicherung von Handlungsspielräumen der Organisation (Fokus auf die Zuhörerfunktion von Kommunikation, insbesondere auch Stakeholder betreffend). (Vgl. ebd.: 719 f.)

Kommunikation als Wertschöpfungsfaktor für eine Organisation zu sehen, orientiert sich auch an öffentlichkeitssoziologischen Konzepten, nach denen Reputation (in Verbindung mit Legitimität) „für moderne Gesellschaften fundamentale Funktionen“ (Eisenegger 2015: 448) übernimmt. Eisenegger formuliert vier dieser Funktionen von Reputation: Erstens die Legitimation gesellschaftlicher Machtunterschiede (Macht nicht mehr legitimiert bei beschädigter Reputation und vice versa), zweitens Bestimmung des Ausmaßes an gesellschaftlicher Kontrolle (gute Reputation schützt vor ständiger Überprüfung), drittens Reduktion von Komplexität („einfache Selektion“ (Eisenegger 2015: 449)) und viertens Erweiterung der Handlungsspielräume (vgl. ebd.: 448 f.). Aufgrund dieser Funktionen ist Reputation

„[...] ein Gut von unschätzbarem Wert: Sie bündelt vertrauensvolles und kontinuierliches Handeln in Bezug auf die Reputationsträger [Anm. d. V.: die Organisation], sie reduziert die Komplexität hinsichtlich deren Auswahl, sie befreit von Kontrolle und lässt allfällige Machtpositionen als legitim erscheinen. Das Umgekehrte gilt freilich ebenso: Reputationsverlust

destabilisiert durch Vertrauensverfall das Handeln, erhöht dessen Komplexität und delegitimiert hierarchische Strukturen.“ (ebd.: 449)

## 2.4 Reputation und Image

Die soeben definierte Reputation einer Organisation ist dabei zu unterscheiden von ihrem Image. Vielfach geht man davon aus, Organisationen oder bekannte Persönlichkeiten hätten ‚ein‘ Image. Diese Formulierung verstellt allerdings den Blick auf die spezifische Besonderheit des Image-Konzeptes, die gleichzeitig ihre Begründung ist für die Stabilität, die Images aufweisen, sofern sie einmal gebildet sind. Images lassen sich definieren „[...] als stark vereinfachte, typisierte und mit Erwartungen verbundene individuelle Vorstellungsbilder von Imageobjekten, d. h. Personen, Organisationen oder Gegenständen.“ (Röttger, Preusse, Schmitt 2014: 154) Ein Image ist also ein *individuelles*, kein kollektives – wie die Formulierung ‚das Image‘ vermuten ließe – Vorstellungsbild, was bedeutet, die Formulierung ‚das Image‘ eines Unternehmens impliziert eine Addition möglichst vieler individueller Vorstellungsbilder, die in der Mehrzahl entweder positiv oder negativ sind und so suggerieren, das Unternehmen X habe ‚ein positives‘ oder ‚ein negatives‘ Image. Insofern wird auch deutlich, warum Images schwer veränderlich sind: Um ein negatives Gesamtimage zu verändern, braucht es eine Veränderung möglichst vieler *individueller* Vorstellungsbilder. Anhand dieses Individualitätsgrades lassen sich Reputation und Image auch gut voneinander unterscheiden (vgl. ebd.: 163) (s. Tabelle 4).

| <b>Image</b>   | <b>Reputation</b>   |
|--|---|
| Individuelle Ebene<br>= individuelle Meinung zu einem Imageobjekt (potenziell so viele Images wie Meinungen möglich) | Kollektive Ebene<br>= Aggregation von (medien-)öffentlich artikulierten Images<br>= Ergebnis öffentlichen Austausches individueller Wahrnehmungen, Bewertungen von Organisationen |

Tabelle 4: Eigene Darstellung auf Basis von Röttger; Preusse; Schmitt 2014: 163

Image und Reputation sind nicht unbedingt deckungsgleich: Ein schlechtes Image (aufgrund individueller Erfahrung) ist auch möglich bei guter Reputation (kollektiv). Allerdings führt eine steigende Anzahl positiver Images langfristig auch zu positiver Reputation und vice versa (vgl. ebd.: 163). Bezogen auf Unternehmen bzw. Organisationen differenziert Einwiller ebenso anhand des Individualisierungsgrades:

„Unternehmensreputation ist die *kollektive* Wahrnehmung und Bewertung eines Unternehmens auf bestimmten Attributen, die aus *dem öffentlichen und persönlichen Austausch individueller* Images von einem Unternehmen resultiert.“ (Einwiller 2014: 380, Herv. L. T.)

Und weiter:

„Ein Unternehmensimage ist eine *individuelle* Gedächtnisstruktur, in der das *Wissen einer Person* über ein Unternehmen in Form von Attributen, die dem Unternehmen zugeschrieben werden, repräsentiert ist. Ein Image kann befürwortend, ablehnend, ambivalent oder auch neutral sein.“ (ebd.: 377, Herv. L. T.)

Orientiert man sich an Röttger, Preusse & Schmitt, die in ihrem Grundlagenbuch zu Public Relations „PR als beobachtungsbasierte Reflexionsinstanz“ (Röttger; Preusse; Schmitt 2014: 126) beschreiben, wird die Verbindung von Image und Reputation mit dem bereits erläuterten „Schlüsselbegriff“ (ebd. 127) der Legitimation deutlich: Aufgrund der Vielzahl von Fremdbeobachtungen und Fremdbeschreibungen, denen jede Organisation in der modernen funktional differenzierten Gesellschaft laufend und permanent ausgesetzt ist, sind Reputation und Image von Organisationen komplexitätsreduzierende und Vertrauen stabilisierende Faktoren.

Kommunikation ist deshalb Wertschöpfungsfaktor einer Organisation, weil sie Einfluss auf Reputation und Image hat, und zwar mittels Beobachtung, Reflexion und Steuerung. Die Entwicklung vom Shareholder- zum Stakeholder-Ansatz verdeutlicht diesen Wert-Wandel, in dessen Zuge der Faktor

Kommunikation als zentraler Mechanismus gilt, besonders gut. Galt es nach dem Shareholder-Modell für eine Organisation, für ein Unternehmen, seine Anteilseigner zufriedenzustellen, da die eigenen Aktionäre die entscheidende Zielgruppe waren, hat sich dies mit der Entwicklung zum Stakeholder-Modell entscheidend verändert. Dabei werden die Anteilseigner nicht ersetzt, sondern die Zielgruppen einer Organisation vielmehr erweitert. Der aus der Managementlehre<sup>8</sup> stammende Ansatz besagt, dass nicht nur Aktionäre, sondern „alle Gruppen, die einen Anspruch an die Unternehmung haben, d. h. von ihren Entscheidungen und Handlungen in positiver oder negativer Form beeinflusst werden können“ (ebd.: 100) als dessen Stakeholder gelten. In den Blick tritt nun das Bild der Organisation, des Unternehmens als – nicht mehr nur ökonomisches – Netzwerk mit unterschiedlichen Zielgruppen und insofern auch völlig heterogenen Wünschen, Fragen, Bedürfnissen und Anforderungen.

Ein solcher Paradigmenwechsel bedeutet in der Organisationskommunikation, dass das Ziel sein sollte, möglichst viele positive Fremdbeschreibungen zu erreichen, um die Reputation zu steigern bzw. zu erhalten, insofern Glaubwürdigkeit zu erhöhen, um Vertrauen dauerhaft zugeschrieben zu bekommen und damit in der sog. gesellschaftspolitischen Dimension die „licence to operate“ (Zerfaß 2014: 21) zu sichern. Bei Schaden der Reputation droht gleichzeitig ein Vertrauensverlust und langfristig der Verlust der Legitimität und damit der ‚licence to operate‘ für die Organisation (immaterieller Wertverlust). Eine Organisation, die gesellschaftlich nicht mehr legitimiert ist, verliert letztlich ihre Funktion für die und damit auch ihre Daseinsberechtigung in der Gesellschaft. Folglich kann auch mit hoher Wahrscheinlichkeit der materielle Wertverlust folgen. Organisationskommunikation leistet also

---

8 Szyszka verweist in diesem Zusammenhang zu Recht auf die Vorteile eines Einbezugs solcher Managementliteratur: „Spätestens im Zuge der Wertschöpfungsdiskussion ist deutlich geworden, welche Potentiale einer *Synthese* beider Denkweisen noch ungenutzt sind. *Bezugsgruppe* und *Stakeholder* lassen sich als Synonyme behandeln, denn es kann unterstellt werden, dass eine Organisation ihr soziales Umfeld zwar in primäre und sekundäre Stakeholder (Karmasin 2007: 74) ausdifferenziert, sie aber nur dann als Bezugsgruppe behandelt, wenn ihnen Relevanz für die eigene Existenz unterstellt wird: ‚Each of these groups has a stake in the modern corporation‘.“ (Szyszka 2015: 215 f., Herv. i. O.)

einen Beitrag zur öffentlichen Legitimierung der eigenen Organisation. Eine strategische, integrierte und damit konsistente Kommunikation einer Organisation muss sich dabei mit ihrer Identität und ihrem „wünschenswerten Image“ wie auch Reputation auseinandersetzen und in diesem Zusammenhang auch ihre Stakeholder in den Blick nehmen, und zwar wiederum in Relation zu sich selbst: Wer bin ich und wer möchte ich sein (Mission – Vision – Statement)? Wer sind meine Stakeholder und was möchte ich, dass diese von mir wahrnehmen? Welches Image möchte ich erzeugen und wie muss ich jeweils kommunizieren, damit ich meine zielgruppenspezifischen Wahrnehmungsziele möglichst optimal erreiche?

„Generell gilt, dass Stakeholder an allen Marken- bzw. Unternehmenskontaktpunkten mit Organisationen konsistente Erfahrungen machen sollten – vom direkten Erleben organisationaler Leistungen über das Verhalten der Organisationsmitglieder bis hin zu der rezipierten Medienberichterstattung über Themen, die mit der jeweiligen Organisation in Verbindung stehen. Insofern spielt die Integration der organisationalen Kommunikationsmaßnahmen und -funktionen eine entscheidende Rolle bei der Herstellung von Vertrauenswürdigkeit auf Seiten der Organisation [...]“ (Röttger, Preusse, Schmitt 2014: 152 f.)

Die sogenannte integrierte Kommunikation<sup>9</sup>, d. h. die konsistente Kommunikation einer Organisation sowohl intern als auch extern auf allen genutzten Kanälen, kann immaterielle Wertschöpfung durch Reputation, Image, Glaubwürdigkeit und Vertrauen schaffen. Damit sichert sich die Organisation Handlungsspielräume langfristig und erreicht in Folge auch materielle Wertschöpfung. Wichtig ist jedoch, zu beachten, dass im Fall einer inkonsistenten wie nicht integrierten Kommunikation auch das Gegenteil der Fall ist: Dann gefährden Organisationen letztlich ihre ‚licence to operate‘.

---

9 Vgl. zum Konzept der Integrierten Kommunikation ausführlich Bruhn 2006 und Bruhn 2008.



Für das vorliegende Forschungsprojekt ist das in diesem Aufsatz dargelegte Verständnis von Kommunikation als Wertschöpfungsfaktor zentral. Die Analyse der Onlinekommunikation deutscher und niederländischer Krankenhäuser versteht Krankenhäuser als Organisationen, die wirtschaftlich im Sinne einer *Gewinnorientierung* (nicht *Gewinnmaximierung*) zur langfristigen Sicherstellung ihrer gesellschaftlichen Aufgabe („licence to operate“) agieren müssen und sich als solche in einer Umwelt mit vielfältigen Anspruchs- und Zielgruppen sowie Konkurrenten befinden. Sich hier zu positionieren, Vertrauen, positive Reputation und Image langfristig aufzubauen und zu sichern, funktioniert in der modernen massenmedialen Gesellschaft, deren ‚Dauerbeobachtung‘ – insbesondere online – sie permanent ausgesetzt sind, nur durch eine strategisch geplante und konsistente Organisationskommunikation.

## Literatur

- Bentele, Günter; Seidenglanz, René (2015): Vertrauen und Glaubwürdigkeit. Begriffe, Ansätze, Forschungsübersicht und praktische Relevanz. In: Fröhlich, Romy; Szyszka, Peter, Bentele, Günter (Hrsg.): Handbuch der Public Relations. Wissenschaftliche Grundlagen und berufliches Handeln. Mit Lexikon. 3. Aufl. Wiesbaden. S. 411–430.
- Bentele, Günter (1994): Öffentliches Vertrauen – normative und soziale Grundlage für Public Relations. In: Armbrrecht, Wolfgang; Zabel, Ulf (Hrsg.): Normative Aspekte der Public Relations. Grundlagen und Perspektiven. Eine Einführung. Opladen. S. 131–158.
- Bieri, Urs et al. (2016): Bevölkerungsbefragung „Erhebung Gesundheitskompetenz 2015“. Schlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien. In: Statista – Das Statistik-Portal. Online unter: <https://de.statista.com/statistik/studie/id/35996/dokument/studie-zur-gesundheitskompetenz-in-der-schweiz-2015/>. Zuletzt eingesehen am 27.07.2016.

- Bruhn, Manfred (2008): Integrierte Kommunikation. In: Meckel, Miriam; Schmid, Beat F. (Hrsg.): Unternehmenskommunikation. Kommunikationsmanagement aus Sicht der Unternehmensführung. 2., überarb. und erw. Aufl. Wiesbaden. S. 513–556.
- Bruhn, Manfred (2006): Integrierte Unternehmens- und Markenkommunikation. Strategische Planung und operative Umsetzung. 4., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart.
- Einwiller, Sabine (2014): Reputation und Image: Grundlagen, Einflussmöglichkeiten, Management. In: Zerfaß, Ansgar; Piwinger, Manfred (Hrsg.): Handbuch Unternehmenskommunikation. Strategie – Management – Wertschöpfung. 2., vollst. überarb. Aufl. Wiesbaden. S. 371–391.
- Eisenegger Mark (2015): Identität, Image, Reputation – eine kommunikationssoziologische Begriffsarchitektur. In: Fröhlich, Romy; Szyszka, Peter, Bentele, Günter (Hrsg.): Handbuch der Public Relations. Wissenschaftliche Grundlagen und berufliches Handeln. Mit Lexikon. 3. Aufl. Wiesbaden. S. 430–460.
- EUPRERA, & EACD. (n.d.): Welche Themen im Bereich Public Relations bzw. Kommunikationsmanagement werden in den nächsten drei Jahren wichtiger werden? In: Statista – Das Statistik-Portal. Online unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/471478/umfrage/wichtigste-themen-fuer-die-unternehmenskommunikation-in-europa/>. Zuletzt eingesehen am 20.05.2015.
- Grünberg, Patricia (2014): Vertrauen in das Gesundheitssystem. Wie unterschiedliche Erfahrungen unserer Erwartungen prägen. Wiesbaden.
- Haufe, Gerda (1989): Steuerung. In: Nohlen, Dieter; Schultze, Rainer-Olaf (Hrsg.): Politikwissenschaft. Theorien, Methode, Befunde. München. S. 993.
- Hoffjann, Olaf; Arlt, Hans-Jürgen (2015): Öffentlichkeit als Funktionssystem. In: Hoffjann, Olaf; Arlt, Hans-Jürgen (Hrsg.): Die nächste Öffentlichkeit. Theorieentwurf und Szenarien. Wiesbaden. S. 7–36.

- Huck-Sandhu, Simone (2016): Interne Kommunikation im Wandel. Entwicklungslinien, Status Quo und Ansatzpunkte für die Forschung. In: Huck-Sandhu, Simone (Hrsg.): Interne Kommunikation im Wandel. Theoretische Konzepte und empirische Befunde. Wiesbaden. S. 1–22.
- Janke, Katharina (2015): Kommunikation von Unternehmenswerten. Modell, Konzept und Praxisbeispiel Bayer AG. Wiesbaden.
- Keding, Ole (2015): Online-Kommunikation von Organisationen. Strategisches Handeln unter komplexen Bedingungen. Wiesbaden.
- Kohring, Matthias (2004): Vertrauen in Journalismus. Theorie und Empirie. Konstanz.
- Kohring, Matthias (2001): Vertrauen in Medien – Vertrauen in Technologie. Stuttgart.
- Kohring, Matthias (1997): Die Funktion des Wissenschaftsjournalismus. Ein systemtheoretischer Entwurf. Opladen.
- Luhmann, Niklas (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main.
- Luhmann, Niklas (1989): Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. 3., durchges. Aufl. Stuttgart.
- Mansky, Thomas (2012): Was erwarten die potentiellen Patienten vom Krankenhaus? In: Böcken, Jan; Braun, Bernard; Repschläger, Uwe (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2012. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER/GEK. Gütersloh. S. 116–159.
- Merten, Klaus; Westerbarkey, Joachim (1994): Public Opinion und Public Relations. In: Merten, Klaus; Schmidt, Siegfried J.; Weischenberg, Siegfried (Hrsg.): Die Wirklichkeit der Medien. Eine Einführung in die Kommunikationswissenschaft. Opladen. S. 188–211.
- Nothhaft, Howard; Bentele, Günter (2015): Strategie und Konzeption: Die Lehre der strategischen Kommunikation. In: Fröhlich, Romy; Szyszka, Peter, Bentele, Günter (Hrsg.): Handbuch der Public Relations. Wissenschaftliche Grundlagen und berufliches Handeln. Mit Lexikon. 3. Aufl. Wiesbaden. S. 697–714.

- Pleil, Thomas (2015): Online-PR. Vom kommunikativen Dienstleister zum Katalysator für ein neues Kommunikationsmanagement. In: Fröhlich, Romy; Szyszka, Peter, Bentele, Günter (Hrsg.): Handbuch der Public Relations. Wissenschaftliche Grundlagen und berufliches Handeln. Mit Lexikon. 3. Aufl. Wiesbaden. S. 1017–1038.
- Reibnitz, Christine von; Schnabel, Peter-Ernst; Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (2001): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim/München.
- Reinke, Nico; Miliniewitsch, Mirko (2014): Modell Niederlande – ein Vorbild für die stationäre Versorgung in Nordrhein-Westfalen? In: Das Krankenhaus 3/2014. S. 220–225.
- Röttger, Ulrike; Preusse, Joachim; Schmitt, Jana (2014): Grundlagen der Public Relations. Eine kommunikationswissenschaftliche Einführung. 2., aktual. Aufl. Wiesbaden.
- Sarcinelli, Ulrich (2013): Legitimation durch Kommunikation? Politische Meinungs- und Willensbildung in der „post- modernen“ Mediendemokratie. In: Korte, Karl-Rudolf; Grunden, Rimo (Hrsg.): Handbuch Regierungsforschung. Wiesbaden. S. 93–102.
- Schaeffer, Doris (2006): Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse. Herausgegeben von der Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Schürings, Ute (2008): Kultur- und Mentalitätsunterschiede zwischen Deutschen und Niederländern. In: NiederlandeNet. Münster. Online unter: <https://www.uni-muenster.de/NiederlandeNet/nl-wissen/kultur/vertiefung/kulturunterschiede/hierarchie.html>. Zuletzt eingesehen am 25.07.2016.
- Schulz, Winfried (2011): Politische Kommunikation. Theoretische Ansätze und Ergebnisse empirischer Forschung. 3., überarb. Aufl. Wiesbaden.
- Szyszka, Peter (2015): Integrativer Theorieentwurf. In: Fröhlich, Romy; Szyszka, Peter; Bentele, Günter (Hrsg.): Handbuch der Public Relations. Wissenschaftliche Grundlagen und berufliches Handeln. Mit Lexikon. 3. Aufl. Wiesbaden. S. 205–228.

- Szyszka, Peter (2009): Organisation und Kommunikation: Integrativer Ansatz einer Theorie zu Public Relations und Public Relations-Management. In: Röttger, Ulrike (Hrsg.): Theorien der Public Relations. Grundlagen und Perspektiven der PR-Forschung. 2., aktual. und erw. Aufl. Wiesbaden. S. 135-150.
- van de Belt, Tom H. et al. (2013): Internet and Social Media For Health-Related Information and Communication in Health Care: Preferences of the Dutch General Population. In: Journal of Medical Internet Research 2013; 15(10):e220. DOI: 10.2196/jmir.2607. PMID: 24088272. PMCID: PMC3806385. S. 1-11.
- Zerfaß, Ansgar (2015): Kommunikations-Controlling: Steuerung und Wertschöpfung. In: Fröhlich, Romy; Szyszka, Peter, Bentele, Günter (Hrsg.): Handbuch der Public Relations. Wissenschaftliche Grundlagen und berufliches Handeln. Mit Lexikon. 3. Aufl. Wiesbaden. S. 715-738.
- Zerfaß, Ansgar et al. (2015): European Communication Monitor. Excellence in strategic communication. Creating communication value through listening, massaging and measurement. Results of a survey in 41 countries. In: <http://www.zerfass.de/ECM-WEBSITE/media/ECM2015-Results-ChartVersion.pdf>. Zuletzt eingesehen am 15.08.2016
- Zerfaß, Ansgar (2014): Unternehmenskommunikation und Kommunikationsmanagement: Strategie, Management und Controlling. In: Zerfaß, Ansgar; Piwinger, Manfred (Hrsg.): Handbuch Unternehmenskommunikation. Strategie – Management – Wertschöpfung. Wiesbaden. S. 21-79.
- Zerfaß, Ansgar; Piwinger, Manfred (2014): Unternehmenskommunikation als Werttreiber und Erfolgsfaktor. In: Zerfaß, Ansgar; Piwinger, Manfred (Hrsg.): Handbuch Unternehmenskommunikation. Strategie – Management – Wertschöpfung. 2., vollst. überarb. Aufl. Wiesbaden. S. 1-18.

### 3 Fokus Niederlande-Deutschland. Einbezug von kulturellen Aspekten in die Organisationskommunikation

*Marie Wolf-Eichbaum*

Andere Länder, andere Sitten – dies gilt auch für Deutschland und die Niederlande, die auf den ersten Blick viele Ähnlichkeiten und Gemeinsamkeiten aufweisen mögen. Aber oftmals werden „in Bezug auf die Niederlande [...] keine kulturellen Unterschiede erwartet, und genau das ist höchst problematisch“ (Thomas; Schlizio 2007: 41). Gleiches gilt für den niederländischen Blick auf Deutschland. Nationalkulturelle Unterschiede können Kommunikation stören, wenn nicht gar unmöglich machen. Mit Bezug auf Organisationen bedeutet das, dass zusätzliche Missverständnisse entstehen, wenn Kommunikationsstrategien und Handlungsmuster ohne Reflexion oder Anpassung in eine andere Kultur übertragen werden. Ist das der Fall, bleiben Probleme nicht aus, die durchaus das Scheitern einer Geschäftsbeziehung zur Folge haben können.

In einer Organisation begegnen sich verschiedene Kulturen. Das Wissen um kulturelle Unterschiede innerhalb einer Organisation und die Sensibilität für solche, ermöglichen ein Reagieren auf entsprechende Situationen, indem man sowohl das eigene Handeln und Kommunizieren als auch das Verhalten des Kommunikationspartners reflektiert und sich einander annähert bzw. seinen Kommunikationsstil so anpasst, dass die zentralen Kommunikationsziele erreicht werden können. Kultur spielt innerhalb einer Organisation sowie im Austausch einer Organisation mit anderen (Netzwerk) eine nicht unerhebliche Rolle. Bei der Betrachtung von Organisationen in unterschiedlichen Nationalkulturen (in diesem Fall Deutschland und die Niederlande) ist es daher wichtig, kulturelle Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu kennen, da sie Erklärungen für unterschiedliche interne wie externe Kommunikationsweisen liefern können. Vor dem Hintergrund der Bedeutung von Kultur in Bezug auf Kommunikation muss im Folgenden zunächst eine Auseinandersetzung mit der Begriffsdefinition von Kultur erfolgen, um eine Einordnung vornehmen zu können, welcher Kulturbegriff dem Beitrag zugrunde gelegt

wird. Daran schließt sich die Unterscheidung von National- und Organisationskultur an, ebenso die Abgrenzung von Crosskultur zu Interkultur. In den darauffolgenden Ausführungen werden Beispiele für die crosskulturelle sowie interkulturelle Forschung genannt, die das Forschungsfeld maßgeblich beeinflusst haben. Hierbei werden auch konkrete Kulturunterschiede zwischen den Niederlanden und Deutschland aufgezeigt. Den Abschluss bildet ein Fazit mit Blick auf das Forschungsthema des Bandes.

### 3.1 Nationalkultur und Organisationskultur

Für den Begriff ‚Kultur‘ existieren viele Definitionen, diese sind aber „immer abhängig von dem historischen und sozialen Kontext, in dem sie verwendet werden“ (Bolten 2007: 49). Demzufolge gibt es „keine ‚richtigen‘ oder ‚falschen‘, sondern nur mehr oder minder angemessene Kulturbegriffe“ (ebd., Herv. i. O.). In der Auseinandersetzung mit kulturellen Unterschieden in der Organisationskommunikation ist unter Kultur in diesem Fall der lebensweltliche Kulturbegriff im Sinne der Nationalkultur in Abgrenzung zu Hochkultur, biologischen Kulturen und Kult(-us) zu verstehen (vgl. ebd.: 41). Dieser Kulturbegriff „umfasst *alle* Lebensäußerungen. Hierzu zählen Religion, Ethik, Recht, Technik, Bildungssysteme, materielle und immaterielle Produkte“ (ebd.: 43, Herv. i. O.). Da der lebensweltliche Kulturbegriff „Wechselwirkungen mit der natürlichen Umwelt [...] ebenso ein[schließt] wie den Kulturbereich als Sinngebungsinstanz [...] und den Bereich des ‚Kultur‘schaffens im engen Sinn [...]“ (ebd.: 44), kann zunächst festgehalten werden: „Eine Gesellschaft *hat* keine Kultur, sondern *ist* eine Kultur.“ (ebd., Herv. i. O.)

Auch wenn es zahlreiche Modelle zur Visualisierung des Kulturbegriffes gibt, so ist entscheidend, dass ihnen allen eine Oberflächen- (Perceptas) und Tiefenstruktur (Conceptas) mit darunter verborgen liegenden Aspekten gemein ist: „[D]ie Conceptas-Ebene [fungiert] als tragende, weil hier kollektiv geteilte Normen, Werte und Einstellungen verortet werden. Sie sind nicht sichtbar, sondern aus den Merkmalen der Perceptas-Ebene erschließbar.“ (Bolten 2015: 89) Eben diese Unsichtbarkeit erschwert das Verständnis be-

stimmter Handlungen oder die Erklärung eines speziellen Verhaltens in der (inter-)kulturellen Begegnung. Oftmals wird zur Beschreibung das Bild eines Eisbergs verwendet, „von dem nur die Spitze wahrnehmbar ist“ (Bolten 2007: 51), um das Verhältnis der sichtbaren und versteckten Elemente einer Kultur darzustellen und zu verdeutlichen, dass sich „Verständnis von Kulturen [...] nicht mit Auflistungen von Oberflächenphänomenen [...] erzielen“ lässt (ebd.: 51), sondern dass es auch der dahinterliegenden Erklärung bedarf.

Auch das Zwiebelmodell nach Geert Hofstede wählt den Ansatz, dass die an der Oberfläche befindlichen Elemente relativ leicht zu erkennen und somit auch zu erlernen sind, während es Zeit sowie Einfühlungsvermögen erfordert, die darunterliegenden Werte zu adaptieren. Das Zwiebelmodell (s. Abb. 9) eignet sich zur Beschreibung ganz unterschiedlicher Ausprägungen von Kultur, da es eine weitere Differenzierung der Oberflächenstruktur ermöglicht. Damit dient es zur Beschreibung kultureller Manifestationen, die beispielsweise in der Darstellung des Eisbergs nicht sichtbar werden. Das Modell zeigt, dass sich Unterschiede zwischen Kulturen auf verschiedenen Ebenen manifestieren und unterscheidet zwischen Praktiken und Werten, da „sich kulturelle Praktiken durchaus verändern können, ohne dass die Werte davon berührt werden“ (Broszinsky-Schwabe 2011: 85). Die Ebenen Symbole, Helden, Rituale, die gemeinsam die Praktiken bilden, sowie Werte werden in einzelnen Ringen dargestellt. Während die Elemente in den Ebenen, die sich näher am äußeren Rand befinden, relativ gut wahrnehmbar sind, wird es schwieriger die Kultur zur ergründen, je näher man dem Kern kommt. (Vgl. ebd.)

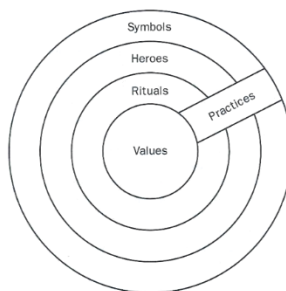


Abb. 9: Zwiebelmodell (Hofstede; Hofstede; Minkov 2010: 8)



Am äußersten Rand der Zwiebel befinden sich die Symbole einer Kultur, beispielsweise Flaggen und Nationalfarben. Symbole sind für „Außenstehende [...] zwar sichtbar, aber ihre Bedeutung muss erst noch verstanden werden“ (ebd.). Man kann sich anlässlich des Königstags in den Niederlanden wie die Niederländer in orangefarbene Kleidung kleiden und sich zugehörig fühlen, ohne dass einem die dahinterliegende Bedeutung bewusst ist.

Auf die Symbole folgen die Helden einer Kultur. Dies können lebende, aber auch bereits verstorbene und sogar fiktive Personen aus den unterschiedlichsten Bereichen sein, die aufgrund ihres Verhaltens sehr geschätzt werden und als Vorbilder dienen (vgl. ebd.). Ein Fußballer, der im richtigen Moment das entscheidende Tor gemacht hat, kann ebenso zum kulturellen Held werden wie historische Personen, Filmhelden und Comicfiguren. Das Wissen über die Helden einer Kultur kann man sich relativ leicht aneignen.

Für die Rituale einer Kultur gilt ebenfalls, dass diese übernommen werden können, sich die dahinterliegenden Werte für Mitglieder anderer Kulturen allerdings erst nach intensiverer Auseinandersetzung damit erschließen. Beispiele für die Rituale einer Kultur sind die Art und Weise, wie Geburtstage gefeiert werden, die Tradition der Schultüte, die bei der Einschulung in Deutschland überreicht wird, oder das Sinterklaas-Fest, das jedes Jahr am 5. Dezember in den Niederlanden gefeiert wird. (Vgl. Claes; Gerritsen 2007: 17)

Den Kern jeder Kultur bilden schließlich ihre Werte. Diese sind nicht im manifesten Sinne sichtbar und deshalb für Mitglieder anderer Kulturen nicht zu erkennen. Da das Wertesystem einer jeden Kultur jedoch das Handeln beeinflusst, „entstehen gerade hier Schwierigkeiten im interkulturellen Verständigungsprozess“ (Broszinsky-Schwabe 2011: 85). Das Wertesystem wird durch Sozialisation in den ersten Lebensjahren erlernt und beeinflusst fortan die individuelle Wahrnehmung der Welt. Erlernt durch spielerischen Umgang von Kindesbeinen an, durch Nachahmung sowie Interaktion, durch Geschichten und den schulischen Lernprozess, entsteht eine sogenannte „kollektive Programmierung des Geistes, die die Mitglieder einer Gruppe oder Kategorie von Menschen von einer anderen unterscheidet“ (Hofstede; Hofstede 2009: 4). Oftmals ist mit der Gruppenmitgliedschaft in diesem Zusammenhang zunächst die Zugehörigkeit zu einer Nationalkultur gemeint. Da „Nationalkultu-

ren [...] in sich differenziert“ (Broszinsky-Schwabe 2011: 50) sind, bewegt sich der Mensch aber auf mehreren kulturellen Ebenen bzw. „in verschiedenen Identitätskreisen [...], in die er entweder hineingeboren wurde oder die er selbst wählte“ (ebd.: 60). Neben der Nationalkultur bestimmen also unter anderem auch regionale Kulturen oder soziale Kulturen das Denken und Handeln. Insofern gilt die Definition von Bolten (2007: 44), dass eine Gesellschaft eine Kultur ist, nur, wenn man eine Gesellschaft auf Makroebene betrachtet und ist ihr hinzuzufügen, dass sich innerhalb einer Gesellschaftskultur weitere Kulturebenen unterscheiden lassen. Dass es regionale Unterschiede bezüglich der Kultur gibt, fällt auf, wenn man sich vor Augen führt, wie groß oftmals die Unterschiede zwischen dem Norden und dem Süden eines Landes sind. Soziale Kulturen entstehen durch Unterschiede im Geschlecht, Alter, Glauben oder weil man verschiedenen sozialen Klassen angehört (vgl. Claes; Gerritsen 2007: 23). Aber auch die Zugehörigkeit zu einer Familie, einer Schule, einer Universität, einem Verein oder einer Organisation äußert sich in einer bestimmten Kultur, die sich von anderen unterscheidet (vgl. ebd.).

Alle Differenzierungen von Nationalkultur können mithilfe eines eigenen Zwiebelmodells beschrieben werden. Die Aspekte, die mit dem Modell behandelt werden, gelten somit auch für die Beschreibung von Organisationskulturen. Diese haben neben der Nationalkultur eine besondere Relevanz für die Organisationskommunikation.

Mit Blick auf die „innere Differenzierung“ von Nationalkulturen (Broszinsky-Schwabe 2011: 51) kann Organisationskultur nach der vorangegangenen Darstellung in den Bereich der sozialen Kultur eingeordnet werden. Auch für Organisationskultur gilt, dass ihr ein „Werte-, Norm- und Regelsystem“ zugrunde liegt, welches „im Verlauf der beruflichen Sozialisation erworben und verinnerlicht wird mit dem Ziel, eine möglichst komplette Anpassung an diese Vorgaben zu erreichen“ (Thomas 2005: 36). Die Kultur einer Organisation beruht darauf, dass „das, was ein Unternehmen in der Realität darstellt [...] subjektiv konstruiert und aufgrund sozial geteilter Normen und Werte der Unternehmensmitglieder aktiv geschaffen“ ist (ebd.: 38) und somit den Mitgliedern des „entsprechenden kulturellen Orientierungssystem[s] zur eigenen Sinnbestimmung und Bedeutungszuschreibung“ dient (ebd.: 41):

„Das in der täglichen Interaktion von allen Mitgliedern geschaffene, unternehmensspezifische Sinn-, Wissens- und Bedeutungssystem bildet die Kultur des Unternehmens und schafft so die Grundlage dafür, dass die Mitglieder der Unternehmung sich und ihre Umwelt übereinstimmend wahrnehmen und eine übereinstimmende Orientierung für ihr Verhalten gewinnen (Orientierungssicherheit).“ (Thomas 2005: 38)

Innerhalb einer Organisation lassen sich weitere kulturelle Ebenen unterscheiden, z. B. Abteilungen oder Teams, die sich unter dem Oberbegriff der Gruppenkultur stark vereinfacht zusammenfassen lassen (vgl. Thomas 2005: 40). Ein Individuum bewegt sich folglich zwischen Nationalkultur, Organisationskultur und Gruppenkultur, die „in einer wechselseitigen Beziehung verflochten“ sind (ebd.). Bereits die Kommunikation mit verschiedenen Subkulturen und ihren Praktiken innerhalb einer Organisation kann zu Problemen und Missverständnissen führen. Gleichzeitig kann auch die Kommunikation mit externen Zielgruppen und ihrer Kultur Schwierigkeiten verursachen, denn

„Organisationen bilden unabhängig von ihrer Größe zweifelsohne Kulturen aus, die [...] das Verhalten ihrer Mitglieder nach innen, also in der Interaktion mit anderen Organisationsmitgliedern, und nach außen, also gegenüber außenstehenden Personen, beeinflussen.“ (Thomas 2005: 36)

Die Organisationskultur, die auch als „die kollektive Programmierung des Geistes, die die Mitglieder einer Organisation von einer anderen unterscheidet“ (Hofstede; Hofstede 2009: 393), definiert werden kann, wird aber „nicht nur im Kopf ihrer Mitglieder, sondern auch in dem ihrer anderen ‚Teilhaber‘ aufrecht erhalten“ (ebd.). Das Bild der Organisation und ihrer Kultur bei internen und externen Zielgruppen wird geprägt durch die Organisationskommunikation. Ihr Ziel ist es

„ein einheitliches institutionelles Erscheinungsbild des Unternehmens zu prägen, die Bekanntheit und den Goodwill des Unternehmens zu steigern,

ein positives Firmenimage aufzubauen sowie eine anvisierte Positionierung umzusetzen.“ (Meffert; Bruhn; Hadwich 2015: 317)

Die Instrumente der Organisationskommunikation, darunter Public Relations, Mitarbeiterkommunikation sowie institutionelle Mediawerbung richten sich an alle Zielgruppen einer Organisation. Ob „der Aufbau von Vertrauen und Glaubwürdigkeit sowie die Demonstration der Kompetenzen und der Leistungsfähigkeit des Unternehmens“ (ebd.: 317) aber gelingen, hängt stark davon ab, ob eine Organisation auf verschiedenen Ebenen und im Umgang mit verschiedenen Zielgruppen einheitlich kommuniziert (vgl. dazu die Beiträge von Terfrüchte in diesem Band). Dies stellt eine wachsende Herausforderung dar je diverser die (kulturellen) Unterschiede zwischen den verschiedenen Anspruchsgruppen sind. Aus diesem Grund sind Kenntnisse kultureller Unterschiede sowohl auf der Ebene der Nationalkultur als auch auf Ebene der Organisationskultur entscheidend für eine erfolgreiche Organisationskommunikation, denn „Institutionen, die innerhalb einer Kultur gewachsen sind, sorgen ihrerseits für die Fortführung der mentalen Programmierung, auf der sie basieren.“ (Hofstede; Hofstede 2009: 24)

### 3.2 Crosskulturelle und interkulturelle Forschung als Orientierungsrahmen für den Vergleich der Organisationskommunikation in den Niederlanden und Deutschland

Wenn es um den Vergleich zweier Länder, wie hier die Niederlande und Deutschland, geht, sind im Hinblick auf beschriebene national- und organisationskulturelle Aspekte in der Organisationskommunikation sowohl cross- als interkulturelle Forschungen von Relevanz. Cross- und Interkultur beeinflussen die Kommunikation auf verschiedenen Ebenen. Crosskultur bezieht sich auf den Vergleich zweier Nationalkulturen (Makroebene). Crosskulturelle Forschung untersucht beispielsweise, wie sich Nationalkulturen voneinander unterscheiden und worin sich die kulturellen Unterschiede äußern (vgl. Claes;

Gerritsen 2007: 36 f.). Für die Organisationskommunikation ist crosskulturelle Forschung von Bedeutung, da sie den Vergleich und die Einordnung verschiedener Organisationskulturen vor dem Hintergrund ihrer Nationalkultur ermöglicht. Das ist entscheidend, da

„Manager und Führungskräfte wie auch die Menschen, mit denen sie arbeiten, [...] Teil nationaler Gesellschaften sind. Wenn wir ihr Verhalten verstehen wollen, müssen wir zuerst einmal ihre Gesellschaften verstehen.“ (Hofstede; Hofstede 2009: 25)

Interkulturelle Forschung analysiert dagegen, wie Kulturen miteinander interagieren, welche Schwierigkeiten dabei auftreten und wie diese gelöst werden (können) (vgl. Claes; Gerritsen 2007: 37). Die interkulturelle Forschung spielt mit Blick auf die Kultur innerhalb einer Organisation eine Rolle, da dort auf der Mikroebene ein Austausch zwischen Individuen oder Gruppen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen stattfindet, die vor dem eigenen kulturellen Hintergrund und mit Kenntnis der Unterschiede zur anderen Kultur, einen Konsens im Umgang miteinander finden müssen, die sogenannte Interkultur. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es einerseits erforderlich „eine gemeinsame Sprache zu finden“ (Broszinsky-Schwabe 2011: 37), und andererseits benötigt man die „Fähigkeit, nonverbale Botschaften zu entschlüsseln“ (ebd.). Dafür muss eine „gemeinsame Wissensbasis [...] erst erzeugt werden“ (Bolten 2007: 74), und zwar, indem man versucht, „Handlungsspielräume nicht nach Maßgabe der jeweils eigenen Kultur zu definieren, sondern so, dass für alle Beteiligten eine größtmögliche Akzeptanz erzielt wird“ (ebd.). Diese dritte Kultur (Interkultur) entsteht durch das Bewusstsein der Unterschiede zwischen der eigenen und der anderen Kultur und der Fähigkeit, mit diesen kulturellen Unterschieden umzugehen:

„Interkulturelle Wahrnehmung im eigentlichen Sinn muss [...] darin bestehen, dass sowohl die kulturell bedingten Besonderheiten der eigenen Wahrnehmungsprozesse wie auch der des fremdkulturellen Partners thematisiert und reflektiert werden. Eine diesbezügliche Fähigkeit kann sich

aber erst entwickeln, wenn eine Sensibilisierung und ein erstes Reflektieren und Kontrastieren der eigenkulturellen Besonderheiten des Orientierungssystems und des spezifischen Orientierungssystems des fremdkulturellen Partners potenziell möglich sind und die Bereitschaft besteht, dies auch in konkretes Handeln umzusetzen.“ (Thomas 2007: 101)

Um für den Vergleich der Organisationskommunikation beider Länder auf eine fundierte Basis zurückzugreifen, die die Unterschiede zwischen Deutschland und den Niederlanden erklären kann, werden im Folgenden zunächst Kulturforscher vorgestellt, die einen crosskulturellen Forschungsansatz gewählt haben, darunter zwei Niederländer, die zu den bedeutendsten Forschern auf diesem Gebiet zählen. Daran anschließend erfolgt eine Auseinandersetzung mit kulturellen Unterschieden auf Mikroebene anhand interkultureller Forscher. Die Ergebnisse beziehen sich auf die beiden Vergleichsländer des vorliegenden Studienbandes: die Niederlande und Deutschland.

### 3.2.1 Makroanalytische Ebene: Crosskulturelle Kulturforschung und Kulturdimensionen

Die nachfolgend vorgestellte Forschung untersucht Kulturen in ihrer Gesamtheit und wählt somit die makroanalytische Sichtweise. Sie bezieht sich demnach auf Nationalkulturen und stellt sie einander vergleichend gegenüber. Diese Nationalkulturforschung ist als crosskulturell zu bezeichnen. Zu den bekanntesten Vertretern der crosskulturellen Kulturforschung zählt der bereits erwähnte niederländische Psychologe Geert Hofstede. In den 1970er Jahren hat er durch eine groß angelegte Befragung von 116 000 IBM-Mitarbeitern in mehr als 50 Ländern mithilfe eines Fragebogens, der in 20 Sprache übersetzt wurde, u. a. Daten zur Arbeitszufriedenheit, zu den Arbeitsanforderungen sowie zu persönlichen Zielen gesammelt (vgl. Lays 2007: 61). Die Konzeption des Fragebogens beruhte auf Interviews mit IBM-Mitarbeitern in zehn Ländern und auf Anmerkungen von Mitarbeitern, die oft zwischen den verschiedenen Niederlassungen hin und her gereist waren und dabei Unterschiede in den Wertvorstellungen wahrgenommen hatten (vgl.

Hofstede et al 1990: 288). Diese Wahrnehmung wurde durch die Auswertung der Fragebögen bestätigt und auf die nationalkulturellen Unterschiede zurückgeführt. Die Analyse ergab schließlich, dass sich die Unterschiede in verschiedenen Dimensionen zusammenfassen lassen (vgl. Hofstede 2001). Hieraus folgte zunächst die Definition von vier Dimensionen zur Beschreibung von Nationalkulturen, deren Ausprägungen in einzelnen Kulturen mit einem Wert auf einer Skala von 0 (niedriger Wert) bis 100 (hoher Wert) angegeben werden: Machtdistanz, Individualismus vs. Kollektivismus, Maskulinität vs. Feminität sowie Unsicherheitsvermeidung<sup>10</sup>.

Die Dimension der *Machtdistanz* beschreibt den Umgang mit Hierarchien und den Grad der Akzeptanz ungleicher Verteilung von Macht. In Kulturen mit hoher Machtdistanz wird akzeptiert, dass innerhalb der Gesellschaft jeder seinen Platz hat und dies mit unterschiedlichen Machtverhältnissen einhergeht, Anweisungen werden entgegengenommen und Initiative geht von der Spitze aus. Bei niedriger Machtdistanz wird Eigeninitiative erwartet, Mitarbeiter wollen in den Entscheidungsfindungsprozess einbezogen werden und Machtunterschiede sollten so gering wie möglich sein. Sowohl die Niederlande (Wert: 38) als auch Deutschland (Wert: 35) zeichnen sich durch eine niedrige Machtdistanz aus, die Kommunikation ist in beiden Nationalkulturen direkt und partizipativ, Kontrolle ist unerwünscht. In den Niederlanden sind aber Unabhängigkeit, gleiche Rechte und die Berücksichtigung der Expertise der Teammitglieder besonders wichtig, während die Expertise in Deutschland vorrangig von der Führungsebene erwartet wird und die Grundlage für ihre Akzeptanz bildet. (Vgl. Hofstede; Hofstede 2009: 56 ff.)

Die Dimension *Individualismus vs. Kollektivismus* bezieht sich auf die Beziehung, die zwischen den Mitgliedern einer Gesellschaft gepflegt wird, und ob man sich selbst als Individuum oder einer Gruppe zugehörig betrachtet. In individualistischen Kulturen sorgen die Individuen in erster Linie für sich selbst oder ihre Kleinfamilie, die eigenen Interessen stehen im Vordergrund

---

10 Die Beschreibung der Dimensionen sowie die Werte, die einzelne Kulturen auf dem Index erzielen, können mit dem Tool „Country comparison“ unter <https://geert-hofstede.com/countries.html> nachgeschlagen und miteinander verglichen werden.

und Meinungen werden eher direkt geäußert. In kollektivistischen Kulturen steht die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, z. B. einer Großfamilie, im Fokus, man bringt der Gruppe Loyalität entgegen und handelt im Interesse der Gruppe. Deutschland kann als sehr individualistisch beschrieben werden (Wert: 67). Der Fokus liegt auf der Kleinfamilie, Selbstverwirklichung ist wichtig und es wird sehr direkt kommuniziert. Im Vergleich zu Deutschland sind die Niederlande noch stärker individualistisch geprägt (Wert: 80). Individuen sind Teil eines sozialen Gefüges, in dem sich jeder vorrangig um sich selbst kümmert, Einstellung und Beförderung erfolgen ausschließlich auf Grundlage der erbrachten Leistungen und nicht aufgrund der Zugehörigkeit zur eigenen Gruppe (z. B. Familie), ansonsten steht schnell der Vorwurf der Begünstigung im Raum. (Vgl. Hofstede; Hofstede 2009: 100 f.)

Die Dimension *Maskulinität vs. Feminität* nimmt Bezug auf die Motivation von Individuen innerhalb einer Gesellschaft. Während Maskulinität für Attribute wie Wettbewerb, Leistung, Ehrgeiz und materiellen Erfolg steht, rückt Feminität Bescheidenheit, die Sorge um andere, Beziehungspflege und die Lebensqualität in den Fokus. Deutschland zählt zu den Ländern mit deutlich maskulineren Werten<sup>11</sup> (Wert: 66). Dies äußert sich beispielsweise in der Darstellung von Statussymbolen. Bereits in der Schule zeigt sich, dass Leistung eine besondere Rolle spielt, wenn Kinder verschiedenen Schultypen zugeordnet werden. Manager müssen entschlossensfreudig und durchsetzungsfähig sein. Die Niederlande zeichnen sich hingegen durch feminine Werte (14) aus. Hier spielt die Work-Life-Balance eine Rolle, Ebenbürtigkeit und Solidarität sind im Berufsleben besonders geschätzt, es wird darauf geachtet, alle einzubeziehen, und Konflikte werden durch Kompromisse gelöst. Ein gutes Management zeichnet sich durch Unterstützung seiner Mitarbeiter aus und strebt in Entscheidungsprozessen eine Konsensfindung an. (Vgl. Hofstede; Hofstede 2009: 201)

---

11 Hierbei ist es wichtig festzuhalten, dass sich „[d]ie beiden Werte [...] nicht auf Männer und Frauen [beziehen], sondern darauf, in wie weit eine Gesellschaft durch männliche oder weibliche Charakterzüge geprägt ist.“ (Broszinsky-Schwabe 2011: 87)



Die Dimension der *Unsicherheitsvermeidung* beschreibt, inwieweit sich die Mitglieder einer Kultur durch unklare sowie unbekannte Situationen bedroht fühlen und Taktiken nutzen, diesen zu begegnen. Ist die Unsicherheitsvermeidung stark, gibt es deutliche Strukturen und Regeln; ist die Unsicherheitsvermeidung schwach, werden Situationen so hingenommen, wie sie sich ergeben, und steht man Veränderungen offen gegenüber. Der höhere Wert (65), den Deutschland hinsichtlich der Dimension der Unsicherheitsvermeidung aufweist, äußert sich beispielsweise in dem Bedürfnis, Projekte von Beginn an gut zu durchdenken, Eventualitäten einzubeziehen und Details zu beachten. Auch in den Niederlanden (Wert 53) ist ein Streben nach Absprachen und Sicherheit, Präzision und Pünktlichkeit zu erkennen, wenn auch nicht so ausgeprägt wie beim deutschen Nachbarn. (Vgl. Hofstede; Hofstede 2009: 252 ff.)

Nach weiterführender Forschung in asiatischen Ländern bestimmte Hofstede in den 1990er Jahren noch eine fünfte Dimension: Die Dimension *Langzeit- vs. Kurzzeitorientierung* nimmt Bezug auf die Art und Weise, wie Gesellschaften Traditionen pflegen, während sie sich den Herausforderungen der Gegenwart und Zukunft stellen. In Gesellschaften mit einer Kurzzeitorientierung werden Traditionen respektiert, es wird wenig bis kaum Geld für die Zukunft zurückgelegt und es werden kurzfristige Resultate erwartet. In Gesellschaften mit Langzeitorientierung richtet man sich nach den aktuellen Gegebenheiten, es wird gespart, um in der Zukunft Investitionen tätigen zu können, und man arbeitet auf ein langfristiges Ziel hin. Sowohl die Niederlande (Wert: 67) als auch in stärkerem Maße Deutschland (Wert: 83) gelten als Kulturen mit einer Langzeitorientierung. Beide Kulturen können als pragmatisch beschrieben werden und machen Entscheidungen vom Kontext abhängig. Es wird gespart sowie investiert und Traditionen werden an die Gegebenheiten angepasst oder aufgegeben, wenn es die Situation erfordert, um in der Zukunft handlungsfähig zu sein. (Vgl. Hofstede; Hofstede 2009: 294 f.)

2010 wurde in der Neuauflage von *Cultures and Organizations: Software of the Mind* (Hofstede; Hofstede; Minkov 2010) schließlich eine sechste Dimension ergänzt: *Genuss vs. Einschränkung*. Diese Dimension beschreibt, inwieweit Individuen vor dem Hintergrund ihrer kulturellen Sozialisation – verbunden mit

Freiheiten oder Reglementierungen – ihre Wünsche und Impulse kontrollieren können. *Genuss* gibt an, dass die Kontrolle schwach ist und den Impulsen nachgegeben wird, *Einschränkung*, dass Bedürfnisse (durch soziale Normen) strikt reguliert werden. Die Niederlande, die hier einen hohen Wert (68) erzielen, können eher als optimistische Kultur beschrieben werden, in der die Wunscherfüllung mit Blick auf Spaß und Freude am Leben im Fokus steht. Freizeit nimmt einen besonderen Stellenwert ein, man investiert sein Geld in die Dinge, die einem gefallen, und verhält sich so, wie man möchte. Deutschland zeichnet sich durch einen vergleichsweise niedrigen Wert in dieser Dimension aus (40) und zählt damit zu den Gesellschaften, die zu Zynismus und Pessimismus neigen. Zudem wird den eigenen Wünschen eher wenig bis gar nicht nachgegeben, Freizeit und die Erfüllung eigener Bedürfnisse werden hinter anderen Aspekten zurückgestellt und man fühlt sich durch soziale Normen reglementiert. (Vgl. ebd.: 291)

Bei der Beschreibung einer Nationalkultur sollte man sich nicht zu stark auf eine einzelne Kulturdimension fokussieren. Bestimmte Handlungsmuster innerhalb einer nationalen Kultur, die sie von einer anderen unterscheiden, zeigen sich oftmals erst, wenn man verschiedene Dimensionen in Kombination betrachtet. So ist in den Niederlanden und Deutschland jeweils die Machtdistanz vergleichsweise gering. Die Kombination mit einer schwachen Unsicherheitsvermeidung in den Niederlanden sorgt aber dafür, dass dort eher Aufgabe und Zielsetzung im Fokus stehen, mit denen pragmatisch umgegangen wird, während der Chef die Verantwortung trägt, und in Deutschland in Kombination mit einer starken Unsicherheitsvermeidung eher Präzision, Struktur und Regeln besonders wichtig sind, während dem Chef die Rolle des Experten zugeschrieben wird (vgl. Claes; Gerritsen 2007: 92). Obwohl wiederum beide Nationalkulturen individualistische Kulturen sind – die niederländische noch etwas stärker als die deutsche – sorgt die stärkere Unsicherheitsvermeidung in Deutschland dafür, dass es oftmals explizite Regeln gibt und man sich eventuell auch von denjenigen abwendet, die diese Regeln nicht beachten, während in den Niederlanden, die sich durch eine schwächere Unsicherheitsvermeidung auszeichnen, eher versucht wird, Minderheiten zu integrieren (vgl. ebd.: 95).

Auch in der Kombination von Unsicherheitsvermeidung und Maskulinität vs. Feminität zeigen sich die Unterschiede: Während in den Niederlanden (schwache Unsicherheitsvermeidung, feminine Werte) Initiative und Kreativität sowie soziale Bedürfnisse von besonderer Bedeutung sind, stehen in Deutschland (starke Unsicherheitsvermeidung, maskuline Werte) zumeist Sicherheit und Anerkennung an erster Stelle (vgl. ebd.: 94). Auch bei dieser Darstellung muss beachtet werden, dass sich die Unterschiede in den Dimensionen so äußern können, aber nicht müssen, da hier lediglich von national-kulturellen Unterschieden ausgegangen wird. Auf der mikrokulturellen Ebene können jedoch auch noch andere Faktoren Einfluss auf das Verhalten ausüben.

Hofstede's Dimensionen werden seit den 1980er Jahren vielfach zur Unterscheidung und Einordnung unterschiedlicher Nationalkulturen genutzt und dienen dazu, den eigenen kulturellen Hintergrund zu reflektieren. Jedoch muss man das Vorgehen auch kritisch hinterfragen. Die Beschränkung der Befragung auf IBM-Mitarbeiter gewährleistete einerseits natürlich die Vergleichbarkeit der Resultate, reduzierte andererseits die Auswahl aber auf eine bestimmte Organisation und Berufsgruppe. Der Kritik, dass die Ergebnisse aus den 1970er Jahren inzwischen veraltet sein könnten, kann insofern begegnet werden, als man davon ausgeht, dass Kulturen sich nur sehr langsam und hauptsächlich durch einschneidende Ereignisse verändern (vgl. Claes; Gerritsen 2007: 96), allerdings könnten sich durch gesellschaftliche Veränderungen inzwischen doch in Nuancen Verschiebungen ergeben haben, z. B. durch einen Geschlechterrollenwandel oder durch ein Voranschreiten der Globalisierung. Ein weiterer Aspekt, der bei der Nutzung der Kulturdimensionen beachtet werden muss, bezieht sich darauf, dass sich die Dimensionen zwar gut zur Beschreibung verschiedener Kulturen eignen, auf Unterschiede aufmerksam machen und einen ersten Vergleich ermöglichen, allerdings die Unterschiede nicht erklären und keine Aussage über die zugrunde liegenden Ursachen zulassen. Hofstede's Kulturdimensionen dienen als „eye-opener“ (Casper-Hehne 1999: 81), durch ihre ausschließliche Konzentration auf die Makroebene finden allerdings verschiedene Ausprägungen der Nationalkultur und die Zugehörigkeit zu verschiedenen kulturellen Ebenen keine Beachtung,

die das Verhalten sowie die Kommunikation aber ebenfalls beeinflussen. Von daher ist es falsch, von *den* Deutschen bzw. *den* Niederländern zu sprechen. Es bietet sich eher die Formulierung an, dass es in einer Nationalkultur üblich ist, sich auf eine bestimmte Art und Weise zu verhalten. So ist im Umgang mit Kulturdimensionen die Gefahr der Stereotypisierung groß, da kulturelle Aspekte im Sinne der Vergleichbarkeit zu stark vereinfacht werden.

Das Risiko von Unterkomplexität und Stereotypisierung beschränkt sich jedoch nicht allein auf die Forschung Hofstede. Sie besteht auch bei anderen Forschungsansätzen, wie beispielsweise dem des Niederländers Fons Trompenaars. Als Schüler von Hofstede kombinierte er dessen Ansatz zur Untersuchung von Nationalkulturen mit dem des Anthropologen Edward T. Hall<sup>12</sup>. In den 1980er und 1990er Jahren befragte er rund 30 000 Teilnehmer von Management-Seminaren und sammelte so Daten zu 54 Nationen (vgl. Trompenaars; Hampden-Turner 2009). Methodisch bediente er sich der *pattern variables* des Soziologen Talcott Parsons (1951), bei denen die Befragten in Situationsbeschreibungen, die ihnen vorgelegt werden, zwischen zwei Alternativen wählen und eine Entscheidung treffen müssen. Trompenaars identifizierte sieben Dimensionen, von denen sich fünf auf menschliche Beziehungen beziehen und die sich ebenfalls an der Arbeit Parsons orientieren; eine Dimension stellt die Einstellung zur Zeit dar und eine weitere Dimension behandelt die Einstellung zur Umwelt. Zu den sieben Dimensionen zählen Universalismus vs. Partikularismus, Individualismus vs. Kollektivität, Neutralität vs. Emotionalität, Spezifität vs. Diffusität, Leistungs- vs. Statusorientierung, Serialität vs. Parallelität und interne vs. externe Kontrolle.

Die erste Dimension bezieht sich auf *Universalismus vs. Partikularismus*. In universalistisch ausgerichteten Kulturen steht fest, was gut und was schlecht ist, unabhängig von der Situation oder der Person. Als Beispiel sind hier Sterbehilfe oder Abtreibung zu nennen, die in universalistischen Kulturen entwe-

---

12 Als einer der Begründer der crosskulturellen Kulturforschung gilt der amerikanische Anthropologe Edward T. Hall. Er betrachtete in seiner Forschung den Zusammenhang zwischen Sprache und kulturspezifischen Aspekten, die das Verhalten als verborgene Signale beeinflussen, und identifizierte drei Dimensionen, hinsichtlich derer sich Kulturen voneinander unterscheiden: Zeit, Raum und Kontext der Kommunikation (vgl. Hall 1959).

der immer oder aber nie erlaubt sind. In partikularistischen Kulturen macht man sein Urteil viel stärker von der jeweiligen Situation oder Person abhängig. So ist nicht von vornherein festgelegt, was als gut oder schlecht empfunden wird, und auch Verträge werden eher als Richtlinien betrachtet, von denen auch mal abgewichen werden kann. Verglichen mit Universalisten benötigen Partikularisten mehr Informationen, die sie gerne abwägen, ehe sie eine Entscheidung treffen. Sowohl Deutschland als auch die Niederlande lassen sich den Ergebnissen der Befragung Trompenaars' zufolge eher dem Universalismus zuordnen.

Die Dimension *Individualismus vs. Kollektivität* deckt sich mit der gleichnamigen Dimension bei Hofstede. In kollektivistischen Kulturen spielt die Zugehörigkeit zu einer Gruppe eine entscheidende Rolle für die eigene Identität, während in individualistischen Kulturen die individuelle Lebensgestaltung wichtiger ist. Trompenaars' Ergebnisse bestätigen die Ergebnisse Hofstedes, dass die Niederlande individualistischer sind als Deutschland.

Eine besondere Rolle schreibt Trompenaars auch dem Aspekt der *Neutralität vs. Emotionalität* zu, er bildet daraus ebenfalls eine Dimension: In neutralen Kulturen wird erwartet, dass man seine Emotionen kontrolliert, da das Zeigen von Emotionen als nicht relevant betrachtet wird. So werden beispielsweise am Arbeitsplatz keinerlei Emotionen gezeigt. In emotionalen Kulturen ist Emotionalität jedoch auch im beruflichen Kontext gestattet, Emotionen werden nicht unterdrückt, sondern offen zur Schau gestellt. Die Ergebnisse von Trompenaars' Untersuchung zeigen, dass in den Niederlande Neutralität wichtiger ist als in Deutschland.

Mit der Dimension der *Spezifität vs. Diffusität* wird angedeutet, dass in spezifischen Kulturen Beruf und Privatleben strikt auseinandergelassen und verschiedene Aspekte sehr deutlich und direkt angesprochen und besprochen werden. In diffusen Kulturen überlappen sich Beruf und Privatleben hingegen und es gibt keine eindeutige Trennung. Persönliche Beziehungen sind wichtig, und erst nachdem man einander kennengelernt hat und vertraut, kann man miteinander ins Geschäft kommen. Sowohl in Deutschland als auch in den Niederlanden weist die Kultur ein hohes Maß an Spezifität auf, wobei dies in den Niederlanden noch etwas höher ausfällt.

Eine weitere Dimension unterscheidet zwischen *Leistungs-* vs. *Statusorientierung*: Während man in leistungsorientierten Kulturen aufgrund der eigenen Leistung beurteilt wird, spielen in statusorientierten Kulturen Aspekte wie Herkunft, Alter, Position oder Beziehungen eine übergeordnete Rolle bei der Beurteilung einer Person. Deutschland und die Niederlande unterscheiden sich hinsichtlich dieser Dimension deutlich: In Deutschland ist der Status wichtiger, in den Niederlanden hingegen die Leistung.

Die Dimension der *Serialität* vs. *Parallelität* bezieht sich auf die Haltung, die eine Kultur im Umgang mit Zeit einnimmt. In seriellen Kulturen werden einzelne Aufgaben nacheinander abgearbeitet, Aktivitäten werden detailliert geplant und Zeitpläne werden befolgt. Traditionen spielen eine wichtige Rolle. In parallelen Kulturen werden mehrere Aktivitäten gleichzeitig nebeneinander ausgeführt, Zeitpläne sind flexibel und Beziehungen wird Vorrang eingeräumt. Veränderung und Innovation werden geschätzt und entsprechen der Fokussierung dieser Kulturen auf die Zukunft. In Bezug auf Deutschland und die Niederlande ist Deutschland eher eine serielle Kultur als die Niederlande.

Eine letzte Dimension nimmt Bezug auf die *interne* vs. *externe Kontrolle*: Spielt in einer Kultur interne Kontrolle eine bedeutende Rolle, versucht man, die Umwelt weitestgehend zu kontrollieren und richtet den Fokus auf die eigene Gruppe oder Organisation. Ist jedoch externer Kontrolle von größerer Bedeutung, so findet eine Adaption an die durch die Umwelt vorgegebenen Gegebenheiten statt und Harmonie sowie Anpassungsfähigkeit sind von besonderer Bedeutung. Sowohl in Deutschland als auch in den Niederlanden ist die interne Kontrolle eher stark verankert, in den Niederlanden noch ein wenig stärker.

An Trompenaars' Studie lassen sich ähnliche Aspekte wie bei der Studie von Hofstede kritisieren. Da sich Trompenaars mit seiner Befragung hauptsächlich auf Manager und Teilnehmer von Management-Seminaren fokussierte, ist zwar eine gewisse Vergleichbarkeit der Ergebnisse gegeben, allerdings stellt sich die Frage nach der Repräsentativität. Ein weiterer Kritikpunkt, der ebenso für die Arbeit Hofstedes gilt, ist der, dass die Entwicklung der Forschungsmethode wie auch die Interpretation der Forschungsergebnisse aus

bestimmten Ländern durch die westliche Denkweise der Forscher verzerrt werden können. So ist es vorstellbar, dass Fragebögen zur Sammlung von Daten in manchen Kulturen ungeeignet sind oder einige kulturspezifische Unterschiede nicht registriert werden, da vor dem eigenen kulturellen Hintergrund keine Kenntnis über bestimmte Aspekte besteht. In Bezug auf den Vergleich zwischen Deutschland und den Niederlanden dürften die Unterschiede zwar nicht so groß ausfallen, dennoch sollte auch hier beachtet werden, dass die genannten Forscher ihre Studien aus ihrer Zugehörigkeit zur niederländischen Kultur heraus entwickelt und durchgeführt haben.

Auch wenn die Arbeit von Trompenaars, Hall und Hofstede oftmals in den Forschungsbereich der interkulturellen Kommunikation eingeordnet wird, so ist sie tatsächlich crosskulturell. Da crosskulturelle Forschung die Unterschiede zwischen Kulturen identifiziert, bildet sie die notwendige Basis für interkulturelle Forschung; eine Aussage über interkulturelles Handeln lässt sie allerdings nicht zu. Trotz der Gefahr der Stereotypisierung, Verkürzung und Unterkomplexität, die sowohl die Kulturdimensionen von Hofstede als auch Trompenaars bergen, dienen sie, sofern man sie lediglich als *eye-opener* verwendet, als erste Sensibilisierungen im Hinblick auf mögliche nationalkulturelle Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern und machen im vorliegenden Fall Unterschiede zwischen Deutschland und den Niederlanden sichtbar. Im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit Organisationskommunikation und Organisationskulturen können Kulturdimensionen zur Darstellung von nationalkulturellen Unterschieden zwecks besagter Sensibilisierung genutzt werden, die sich auf die internen und externen Kommunikationsweisen von Organisationen auswirken.

Die zuvor beschriebene crosskulturelle Forschung befasst sich ausschließlich mit dem Forschungsgegenstand der Nationalkulturen. Vor dem Hintergrund, dass als Ergebnis seiner Studie zwar nationalkulturelle Kulturdimensionen unterschieden, aber keine Aussagen über die Organisationskultur von IBM getroffen werden konnten, untersuchte Hofstede bereits in den 1980er Jahren in einer weiteren crosskulturellen Studie ausschließlich Organisationskulturen. Dabei konnte er sechs Dimensionen identifizieren, die zur Beschreibung von verschiedenen Organisationskulturen herangezogen werden

können: *prozessorientiert vs. ergebnisorientiert, normativ vs. pragmatisch, schwache vs. strenge Kontrolle, organisationsgebundene vs. professionelle Orientierung, offenes vs. geschlossenes System* und *mitarbeiterorientiert vs. arbeitsorientiert* (vgl. Hofstede et al. 1990). Die Dimensionen sind das Ergebnis mehrerer Befragungen und der Auswertung von Fragebögen in den Niederlanden und Dänemark; insgesamt wurden 20 Niederlassungen von zehn verschiedenen Organisationen untersucht (vgl. ebd.). Zwischen den Dimensionen besteht kein Zusammenhang, sie beeinflussen einander nicht. Dargestellt werden im Folgenden jeweils die Extreme an beiden Enden einer Skala von 0 (niedriger Wert) bis 100 (hoher Wert)<sup>13</sup>:

Die erste Dimension unterscheidet *prozessorientiert vs. ergebnisorientiert*: In einer prozessorientierten Organisation steht das *Wie* beim Verrichten einer Aufgabe im Mittelpunkt. Die Mitarbeiter machen, was ihnen aufgetragen wird, denken aber im Gegensatz zu Mitarbeitern einer ergebnisorientierten Organisation nicht kreativ. Hier ist das *Was* von Bedeutung, es herrscht die Auffassung, dass jeder Tag neue Herausforderung bringt, und der Schwerpunkt liegt auf Produktivität und Zuverlässigkeit. Zielorientierte Organisationen zeichnen sich oftmals durch einen inspirierenden Führungsstil aus, während in prozessorientierten Organisationen der kurzfristige individuelle Profit wichtig ist. (Vgl. Hofstede; Hofstede; Minkov 2010: 355)

Unterschiede zwischen Organisationen lassen sich auch hinsichtlich der Dimension, die zwischen *normativ vs. pragmatisch* unterscheidet, ausmachen: Normative Organisationen vertreten die Meinung, dass sie wissen, was gut für den Kunden ist. Sie folgen klaren Regeln und sehen keinen Spielraum für Verbesserungen, während pragmatische Organisationen Flexibilität in den Fokus stellen und alles tun, was der Kunde verlangt, selbst wenn es ihm schadet. (Vgl. ebd.: 358)

Die Dimension der *schwachen vs. strengen Kontrolle* beschreibt die interne Struktur einer Organisation. Die Unterschiede der Extreme liegen hierbei auf der Hand: In Organisationen mit schwacher Kontrolle ist die Kontrolle gering,

---

13 Für eine Darstellung der unterschiedlichen Ausprägungen der einzelnen Dimensionen kann das Tool „Culture and Strategy“ unter <https://geert-hofstede.com/culture-and-strategy.html> herangezogen werden.



der Umgangston informell und es kommt oft zu Überraschungen, die Improvisation erforderlich machen. In Organisationen mit strenger Kontrolle wird Planung vorausgesetzt, um Überraschungen soweit wie möglich vermeiden zu können, der Umgangston ist sehr formal und es finden strenge Kontrollen statt. (Vgl. ebd.: 357)

Auch hinsichtlich *organisationsgebundener vs. professioneller* Orientierung lassen sich Organisationen unterscheiden: In einer organisationsgebunden orientierten Organisation konzentriert man sich auf die Gegenwart und identifiziert sich mit seiner Abteilung oder seinem direkten Vorgesetzten. Zudem herrscht interne Loyalität, während in einer professionell orientierten Organisation die Auffassung vorherrscht, dass ohne Kritik kein Fortschritt möglich sei. Hier orientiert man sich auf die langfristige Entwicklung und identifiziert sich über die Inhalte seiner Tätigkeit. (Vgl. ebd.)

Die Dimension des *offenes vs. geschlossenes System* bezieht sich auf die Kommunikation innerhalb einer Organisation. In einem offenen System wird die Meinung auch gegenüber dem Chef offen vertreten, gleichzeitig ist dieser bei Fragen ansprechbar. Neue Mitarbeiter werden schnell integriert, alle Mitglieder sind über Vorgänge innerhalb der Organisation gleichermaßen gut informiert. In einem geschlossenen System müssen sich neue Mitglieder erst beweisen, Probleme werden totgeschwiegen und der Chef nicht über die tatsächliche Meinung der Mitarbeiter in Kenntnis gesetzt. (Vgl. ebd.)

Schließlich können Organisationen auch hinsichtlich der Dimension *mitarbeiterorientiert vs. arbeitsorientiert* voneinander unterschieden werden. In einer mitarbeiterorientierten Organisation wird auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter eingegangen und das Management fühlt sich für die Mitarbeiter verantwortlich, wohingegen in einer arbeitsorientierten Organisation vorrangig das Ergebnis zählt und Druck ausgeübt wird, damit das Ergebnis um jeden Preis erreicht wird. (Vgl. ebd.: 356)

Aus den Ergebnissen der Studie ließen sich zwei weitere Dimensionen identifizieren, die allerdings nicht von den übrigen Dimensionen unabhängig sind, sondern sich aus den Resultaten, die eine Organisation dort erzielt, ergeben: *geringe vs. hohe Akzeptanz des Führungsstils* sowie *geringe vs. hohe Identifikation mit der Organisation*.

Die Anzahl der untersuchten Einheiten ist mit Sicherheit zu gering, als dass die Dimensionen als allgemeingültig in Bezug auf Organisationskulturen bezeichnet werden können. Diesen Schluss ziehen auch Hofstede et al. (1990) in ihrer Veröffentlichung. Ebenso kann kritisiert werden, dass nur Organisationen in den Niederlanden und Dänemark untersucht wurden und sich die Dimensionen somit ausschließlich auf Organisationen im Norden und Westen Europas beziehen (vgl. Hofstede et al. 1990: 313). Sie können allerdings herangezogen werden, um in einem ersten Schritt generell auf die Unterschiedlichkeit von Organisationskulturen aufmerksam zu machen: Sie bieten als Managementinstrument erste Anhaltspunkte zur Einschätzung der eigenen Organisation, können über einen längeren Zeitraum Veränderungen sichtbar machen und bis zu einem gewissen Grad auch bei Fusionen eine Rolle spielen, bei denen verschiedene Organisationskulturen aufeinandertreffen (vgl. ebd.). Schließlich lassen sich Organisationskulturen durch die Dimensionen auch auf ihre Konsistenz hin untersuchen und ob sich die Auffassung der Organisationskultur auf Managementebene mit der auf Mitarbeiterebene deckt.

Verglichen mit der Untersuchung zu Nationalkulturen, deren Resultat es war, dass IBM-Mitarbeiter mit vergleichbaren Jobs in verschiedenen nationalen Niederlassungen deutliche Unterschiede in Bezug auf kulturelle Werte aufweisen, ergab die Studie zu Organisationskulturen starke Unterschiede in Bezug auf die Praktiken, obwohl dieselben Werte geteilt wurden (vgl. Hofstede et al. 1990: 312). Hofstede et al. (1990) sehen die Erklärung dafür in der Unterschiedlichkeit der Sozialisation von Praktiken gegenüber Werten, vor dem Hintergrund des eingangs skizzierten Zwiebelmodells, Abb. 10 zeigt die Aufteilung von Werten und Praktiken auf verschiedenen kulturellen Ebenen. Die Werte, die den Kern jeder Kultur bilden, und die zugehörigen Praktiken werden in der Kindheit erlernt und in der „kollektive[n] Programmierung des Geistes“ verankert (Hofstede; Hofstede 2009: 4), während die Werte und insbesondere die Praktiken einer Organisation erst während der Ausbildung oder mit Berufseinstieg übernommen werden (vgl. Hofstede et al. 1990: 312). Hinzu kommt die Mischung aus Werten und Praktiken: Organisationskulturen bestehen hauptsächlich aus Praktiken, die aufgrund ihrer relativen Oberflächlichkeit verändert werden können – wenn auch nur durch einen langwierigen

und nicht zu unterschätzenden Prozess. Das Wertesystem einer Nationalkultur ist hingegen nahezu unumstößlich. (Vgl. Hofstede; Hofstede 2009: 396)

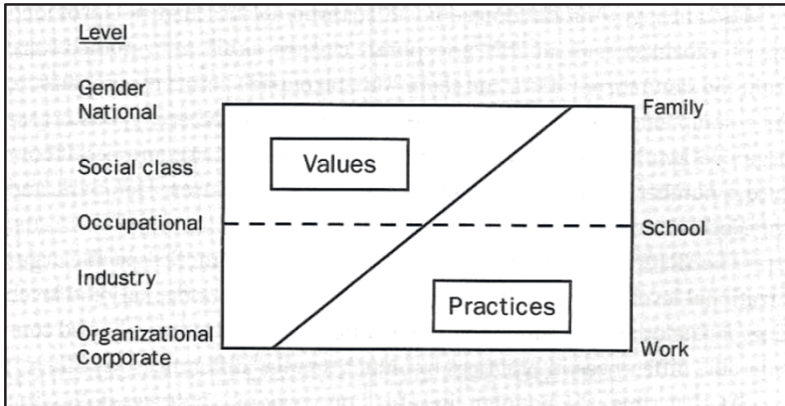


Abb. 10: Aufteilung von Werten und Praktiken auf verschiedenen kulturellen Ebenen, Quelle: Hofstede; Hofstede; Minkov 2010: 347

### 3.2.2 Mikroanalytische Ebene: Interkulturelle Kulturforschung und Kulturstandards

Neben der im vorangegangenen Kapitel vorgestellten crosskulturellen Forschung auf makroanalytischer Ebene gibt es auch noch einen interkulturellen Forschungsansatz, bei dem es nicht um den Vergleich von Nationalkulturen in ihrer Gesamtheit geht, sondern um die gezielte Betrachtung von Situationen der interkulturellen Begegnung auf Mikroebene (Interaktion zwischen Individuen), aus denen sich Kulturstandards ableiten lassen. Einen solchen interkulturellen Forschungsansatz verfolgt Alexander Thomas. Thomas stellte die Befragung verschiedener Nationen über kritische Interaktionssituationen (Critical Incidents) im Alltag in den Fokus und begibt sich somit auf die Akteurebene. Er beschreibt Kultur als Orientierungssystem, das allen Mitgliedern einer Kultur vertraut ist, und schließt in diesen Kulturbegriff National- und Organisationskultur ein. Beides dient als Orientierungssystem für die

einzelnen Akteure (vgl. Thomas 2005: 35). Thomas definiert fünf Merkmale von Kulturstandards:

- „Kulturstandards sind Arten des Wahrnehmens, Denkens, Wertens und Handelns, die von der Mehrzahl der Mitglieder einer bestimmten Kultur für sich und andere als normal, typisch und verbindlich angesehen werden.
- Eigenes und fremdes Verhalten wird aufgrund dieser Kulturstandards gesteuert, reguliert und beurteilt.
- Kulturstandards besitzen Regulationsfunktion in einem weiten Bereich der Situationsbewältigung und des Umgangs mit Personen.
- Die individuelle und gruppenspezifische Art und Weise des Umgangs mit Kulturstandards zur Verhaltensregulation kann innerhalb eines gewissen Toleranzbereichs variieren.
- Verhaltensweisen, die sich außerhalb der bereichsspezifischen Grenzen bewegen, werden von der sozialen Umwelt abgelehnt und sanktioniert.“ (ibd.: 25)

Die Kulturstandard-Methode verläuft nach Thomas wie folgt: Zur Identifizierung von Kulturstandards werden Personen, die bereits Erfahrung aus interkulturellen Begegnungssituationen mitbringen, nach den Schwierigkeiten befragt, die sie bereits im Umgang mit Mitgliedern einer bestimmten Kultur erfahren haben (Critical Incidents). Anschließend werden die Ergebnisse miteinander verglichen und es werden aus den Merkmalen der Situationen, die viele der Befragten als schwierig erlebt haben, Kulturstandards gebildet. Wenn sich nach einem Abgleich mit Studien aus weiteren Disziplinen, beispielsweise der Philosophie, der Soziologie oder der Ethnologie, Übereinstimmungen ergeben, kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei den identifizierten Kulturstandards um sogenannte zentrale Kulturstandards handelt (vgl. Thomas 2007). Auf diese Weise identifizierte Thomas z. B. für Deutschland folgende zentrale Kulturstandards, die sich nach der Befragung von Mitgliedern unterschiedlicher Kulturen für die deutsche Kultur ergaben: Sachorientierung, Regelorientierung, Direktheit/Wahrhaftigkeit, Interperso-

nale Distanzdifferenzierung, Internalisierte Kontrolle, Zeitplanung, Trennung von Persönlichkeits- und Lebensbereichen<sup>14</sup>.

Trotz dieser stark vereinfachten Beschreibungen des methodischen Vorgehens ist es wichtig, festzuhalten, dass sich mit den auf diese Weise gebildeten Kulturstandards immer nur ein Ausschnitt der Gesamtheit der Kultur beschreiben lässt. Wichtig ist außerdem, dass neben zentralen Kulturstandards auch bereichsspezifische Kulturstandards bestehen, die sich auf bestimmte Kontexte und Situationen beziehen und somit innerhalb eines bestimmten Handlungsfeldes auftreten (vgl. Thomas 2007). Zudem gibt es bestimmte Merkmale, die nur in der Begegnung zweier bestimmter Kulturen zu Schwierigkeiten führen und somit auch nur in diesem Zusammenhang als Kulturstandard bezeichnet werden können, beispielsweise in der deutsch-niederländischen Interaktion. Zur Identifizierung von niederländischen Kulturstandards aus deutscher Sicht wurden Fach- und Führungskräfte aus Deutschland gefragt, „über Begegnungssituationen mit Niederländern [zu] berichten, die sie als konflikthaft und verwirrend erlebt hatten“ (Thomas; Schlizio 2007: 48). Anschließend wurden die Situationen durch Experten aus beiden Ländern analysiert, um zu klären, „ob es sich lediglich um unspezifische individuelle Erlebnisse handelte oder ob das Verhalten durch Merkmale des niederländischen kulturspezifischen Orientierungssystems erklärbar war“ (ebd.: 49). So ergaben sich aus der interkulturellen Begegnung zwischen Mitgliedern der deutschen und der niederländischen Kultur sieben Kulturstandards, die ausschließlich aus deutscher Sicht für den Umgang mit Niederländern gelten, sich im Gegensatz zu den zentralen Kulturstandards jedoch „nicht auf die niederländische Kultur als Ganzes beziehen“ (ebd.): *Calimero-Effekt, Egalitätsdenken, Konsenskultur, Beziehungsorientierung, Pragmatismus, Informalität, calvinistische Bescheidenheit*. Auch wenn „sich die Kulturstandards in vielen Situationen überlappen und es zahlreiche Schnittmengen gibt“ (ebd.), muss beachtet werden, dass die nachfolgend genannten Kulturstandards ihren Ursprung im Arbeitskontext haben. Gerade aus diesem Grund sind sie

---

14 Für eine ausführlichere Darstellung vgl. Thomas 2007: 26.

aber zur Anwendung auf die vorliegende Studie zur Krankenhauskommunikation geeignet.

Der *Calimero-Effekt* bezieht sich auf den Größenunterschied zwischen Deutschland und den Niederlanden und den Einfluss, den Deutschland auf die Niederlande hat. Die Bezeichnung geht zurück auf eine Zeichentrickfigur desselben Namens: „Ein kleines Küken zieht oft gegen größere Tiere den Kürzeren und reagiert mit dem Ausspruch ‚Zij zijn groot en ik ben klein, en da’s niet eerlijk‘ (‚Sie sind groß und ich bin klein, und das ist nicht gerecht.‘)“ (Thomas; Schlizio 2007: 50, Herv. i. O.). Für den Umgang zwischen Deutschen und Niederländern bedeutet das, dass „Niederländer sehr darauf [achten], nicht von Deutschen bevormundet zu werden“ (ebd.).

Der Kulturstandard des *Egalitätsdenkens* (oder auch der flachen Hierarchien) deutet an, dass „[d]ie Beziehungen zwischen einer Führungskraft und den Mitarbeitern [...] in den Niederlanden eher horizontal und weniger vertikal strukturiert [sind] als in Deutschland“ (ebd.: 51). Es ist erforderlich, „die niederländischen Angestellten in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen“ (ebd.), da es sonst an Unterstützung für die Umsetzung von Aufgaben mangeln kann. Auch wird „[e]in Chef [...] eher als Teil des Teams mit anderen Tätigkeitsbereichen angesehen“ (ebd.). Zu Missverständnissen mit Deutschen kann es dann kommen, wenn zu Verhandlungen nicht der niederländische Chef persönlich, sondern einer seiner Mitarbeiter erscheint. Der Grund liegt darin, dass „spezielles fachliches Wissen [...] nicht unbedingt Sache des Chefs“ ist (ebd.) und „es durchaus üblich [ist], die Verantwortung komplett einem Vertreter der jeweiligen Fachabteilung zu übertragen“ (ebd.).

Die niederländische *Konsenskultur* beschreibt den Umstand, dass Entscheidungen in der Gruppe getroffen werden, nachdem man sich die einzelnen Meinungen angehört hat und schließlich zu einer Lösung gekommen ist, die von Gruppenmitgliedern vertreten werden kann. Die Verhandlungen dauern dabei so lange es eben notwendig ist (vgl. Thomas; Schlizio 2007: 52). Während Besprechungen in Deutschland eher den Abschluss einer Entscheidungsfindung darstellen, um das weitere Vorgehen verbindlich zu vereinbaren, nutzen Niederländer Besprechungen eher, um sich gegenseitig zu informieren, Ideen vorzustellen und alle in den Entscheidungsprozess einzubinden

(vgl. Schürings 2008: IV). Diese Art, miteinander zu tagen, wird als *Overleg* bezeichnet. Ziel ist es, unter Einbezug aller Beteiligten einen Konsens zu finden. Es kann jedoch notwendig sein, „dass Niederländer mehrmals *overleggen*, bevor sie sich endgültig für einen definitiven Weg entscheiden und diesen auch verfolgen“ (Thomas; Schlizio 2007: 52, Herv. i. O.).

Die *Beziehungsorientierung*, die Deutsche im Umgang mit Niederländern oftmals wahrnehmen, äußert sich unter anderem in der Stimmung, die dann gut ist, wenn es *gezellig* ist:

„Obwohl auch die Niederländer leistungsorientiert sind, wird bei der Arbeit – häufiger als in Deutschland – zwischendurch mit anderen eine Tasse Kaffee getrunken und man nimmt sich Zeit um *gezellig een beetje te kletsen* (nett ein wenig zu quatschen).“ (ebd.: 54, Herv. i. O.)

Auch bei geschäftlichen Treffen wird dem Smalltalk in lockerer Atmosphäre bei einer Tasse Kaffee große Bedeutung beigemessen, sowohl vor der Besprechung als auch in den Pausen. Hierbei werden private wie geschäftliche Informationen ausgetauscht. In Netzwerken, die sich „durch die kontinuierliche und freundliche Kommunikation“ (ebd.: 55) bilden, werden wichtige Aspekte der Tagesordnung bereits vor dem eigentlichen Meeting besprochen.

Deutschen fällt in der Zusammenarbeit mit Niederländern auf, dass Entscheidungen sehr pragmatisch, zielgerichtet und flexibel getroffen werden. Dieser *Pragmatismus* schlägt sich auch in der Beschlussfassung nieder: Wenn es die Umstände erforderlich machen, werden „[e]inmal vereinbarte Arbeitsabläufe [...] häufig wieder verändert, wohingegen Deutsche einen gefassten Beschluss eher als verbindlich ansehen“ (ebd.: 56). Zudem „werden Regeln und Zielsetzungen weniger schriftlich festgelegt als in Deutschland“ (ebd.). Der niederländische Pragmatismus äußert sich darüber hinaus in einer sehr direkten Kommunikationsweise: „Tauchen Probleme auf, will man diese aus pragmatischen Gesichtspunkten so schnell es geht aus der Welt schaffen.“ (ebd.)

Der Kulturstandard der *Informalität* spiegelt sich beispielsweise in der lockeren Auslegung von Regeln wider. In den Niederlanden haben Regeln

„grundsätzlich einen geringeren Stellenwert als in Deutschland“ und „nur dann einen Nutzen [...], wenn sie der Zielerreichung dienen“ (ebd.: 57). Im Vergleich dazu erhoffen Deutsche, durch die Einhaltung von Regeln „den Ablauf besser kontrollieren zu können und Unsicherheiten zu vermeiden. Alles was schriftlich fixiert ist, beruhigt und gibt mehr Sicherheit, wohingegen das Fehlen misstrauisch macht.“ (ebd.: 59)

Niederländer bestehen hingegen oftmals noch nicht einmal auf schriftliche Nachweise, beispielsweise Zeugnisse oder Atteste. Krankmeldungen erfolgen mündlich, und „lediglich speziell befugte Ärzte können im Zweifelsfall zum Kranken nach Hause geschickt werden“ (ebd.: 58). Man ist bereit, einen „Vertrauensvorschuss“ zu gewähren, und „es wird zunächst von der Eigenverantwortung jedes Einzelnen ausgegangen“ (ebd.: 58).

In der niederländischen Gesellschaft sind „Eitelkeiten [...] tabuisiert“ (ebd.: 59), was auf den Kulturstandard der *calvinistischen Bescheidenheit* zurückzuführen ist. Dieser zeigt sich auch darin, „dass Titel in den Niederlanden nicht öffentlich benutzt werden“ (ebd.: 60). Für das Gesundheitswesen gilt, dass „beispielsweise deutsche Ärzte ihren Status gegenüber Patienten viel deutlicher [präsentieren], als dies in den Niederlanden der Fall ist. Niederländische Ärzte haben oft eine sehr wohnliche Atmosphäre, weiße Kittel gibt es normalerweise nicht und Distanz wird möglichst vermieden.“ (ebd.: 61) Zudem zeigt sich der Kulturstandard im „sparsamen und verantwortungsvollen Umgang mit Geld“ (ebd.: 61).

Manche Aspekte, die in der Begegnung zwischen Deutschen und Niederländern eine Rolle spielen, liegen parallel in mehreren Kulturstandards begründet. So führt beispielsweise der unterschiedliche Gebrauch von *Du* und *Sie* im Niederländischen und Deutschen immer wieder zu Missverständnissen. Das Duzen unter Kollegen oder selbst mit dem Chef ist zum einen mit der Beziehungsorientierung zu erklären: „Seine direkten Arbeitskollegen zu siezen ist in den Niederlanden unpassend, denn es gilt als zu formell und im schlechtesten Fall als überheblich und arrogant.“ (Thomas, Schlizio 2007: 54) Allerdings sollte man als Deutscher nicht automatisch alle Niederländer duzen, denn abhängig vom Alter, dem Berufsstand oder der Organisationskultur kann dies als unpassend erfahren werden (vgl. Schürings 2008). Zudem sollte



das niederländische Du ebenso wenig als Ausdruck inniger Freundschaft missverstanden werden, denn vor dem Hintergrund des niederländischen Pragmatismus ist es in erster Linie praktisch, sich nur mit Vornamen anzureden, und entspricht es eher einem formellen Du im Sinne des englischen you (vgl. ebd.).

Bislang gab es keine Forschung zu deutschen Kulturstandards aus niederländischer Sicht, sondern nur zu zentralen Kulturstandards. Diese Forschungslücke wurde 2016 durch Thesing geschlossen. In seiner Kulturstandardmethode identifizierte er auf Basis der Critical-Incidents-Methode in 16 qualitativen, teilstrukturierten Interviews mit Niederländern, die in Deutschland wohnhaft und berufstätig sind, 255 Critical Incidents, aus denen Experten sechs deutsche Kulturstandards aus niederländischer Perspektive bestimmten: Angst vor Kontrollverlust, Trennung von Arbeit und Privatleben, Aufgabenorientierung, Vorliebe für Regeln, Strukturen und Vorschriften, Zeitplanung sowie Statusorientierung. (Vgl. Thesing 2016: 228 f.)

Die *Angst vor Kontrollverlust* ist ein Kulturstandard, der Niederländern im Umgang mit Deutschen dadurch auffällt, dass in der deutschen Kultur versucht wird, „Unsicherheiten, Risiken und vorhersehbare Situationen durch Planung oder Vermeidung zu verringern“ (ebd.: 228). Eng damit verknüpft ist der Kulturstandard der *Vorliebe für Regeln und Strukturen*. Zur Vermeidung von Überraschungen werden aus niederländischer Sicht in der deutschen Kultur Regeln „als universell gültig betrachtet und kontextunabhängig befolgt“ (ebd.: 229) und es kommt der detaillierten Planung in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle zu. Auch der Kulturstandard der *Zeitplanung* zeigt, dass Niederländern auffällt, dass „Deutsche viel weiter in die Zukunft [planen] und [...] ihre Zeit stärker [strukturieren]“ (ebd.). Zudem ist Pünktlichkeit ein Aspekt, der aus niederländischer Sicht in der deutschen Kultur von großer Bedeutung ist. Aus niederländischer Perspektive spielen ferner die *Trennung von Arbeit und Privatleben* sowie die *Aufgabenorientierung* eine besondere Rolle im Umgang mit Deutschen. Während in der niederländischen Kultur eine angenehme Arbeitsatmosphäre wichtig ist, ist in der deutschen Kultur „nicht erst das Etablieren persönlicher Beziehungen“ (ebd.) erforderlich, um gut zusammenzuarbeiten: „Kollegen werden in erster Linie als Kollegen und nicht als

Freunde betrachtet.“ (ebd.) Auch Statussymbolen, darunter dem Führen akademischer Titel, kommt in der deutschen Kultur aus niederländischer Sicht eine stärkere Bedeutung zu, „sie gelten als Zeichen des Erfolgs und verdeutlichen die Stellung in der Hierarchie“ (ebd.). Thesing konstatiert, dass die sechs Kulturstandards „miteinander verflochten und voneinander abhängig“ (ebd.) sind:

„Mit diesen sechs Kulturstandards lassen sich die meisten kulturellen Aspekte der deutschen Kultur, die in deutsch-niederländischen Interaktionssituationen eine Rolle spielen, beschrieben [sic] und zu einem gewissen Grad auch erklären und antizipieren.“ (ebd.)

Der Vergleich der deutschen mit den niederländischen Kulturstandards kann eine interessante Rolle spielen, wenn man diesen vor dem Hintergrund des Forschungsthemas des vorliegenden Bandes auf die Arzt-Patienten-Kommunikation bezieht. Dabei zeigen sich Aspekte, die unter Umständen eine Erklärung für bestimmte Unterschiede liefern können. Einen ersten Ansatz bildet die Beobachtung, dass es in den Niederlanden selbst in wissenschaftlichen Publikationen üblich ist, Alltagssprache zu verwenden. Im Sinne des Egalitätsdenkens sollen „wissenschaftliche Aussagen [...] jedem zugänglich sein“ (Thomas; Schlizio 2007: 61) und die niederländische Konsenskultur sieht in der Verwendung von Fachsprache die Gefahr, „Laien könnten den Inhalt der Aussagen nicht verstehen“ (ebd.: 61). Übertragen auf die Arzt-Patienten-Kommunikation in der niederländischen Kultur erklärt sich daher, dass Ärzte Patientengespräche eher nachvollziehbar und verständlich gestalten sowie medizinische Fachausdrücke ersetzen bzw. sparsam verwenden und diese patientengerecht erklären. Dies schließt an den niederländischen Kulturstandard des Pragmatismus an, nach dem „das Ziel erreicht [ist], wenn die Botschaft bei allen angekommen ist“ (ebd.: 61). Zudem steht übertriebene Fachsprache im Sinne der calvinistischen Bescheidenheit einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Kommunikation entgegen, da sie „als angeberisch und überheblich [gilt], Autorität verschafft man sich nur durch qualifizierte Handlungen“ (ebd.: 61). Stellt man dem nun den deutschen Kulturstandard der Status-

orientierung gegenüber, liegt die Vermutung nahe, dass in der deutschen Kultur die Verwendung von Fachausdrücken im Arzt-Patienten-Gespräch möglicherweise den Status des Arztes sichert und aus diesem Grund stärker als in der niederländischen Kultur Anwendung findet (vgl. Thesing 2016: 228 f.).

Auch Unterschiede zwischen dem niederländischen und dem deutschen Gesundheitssystem können mittels Kulturstandards eingeordnet werden. So sorgt die Konsenskultur in den Niederlanden für ein weitaus größeres Mitspracherecht, als es Patienten im deutschen Gesundheitswesen zukommt. Patientenbeteiligung erfolgt zumeist in speziellen Patientenräten, deren Interessen wiederum durch die *Patiëntenfederatie Nederland* vertreten werden. Diese Dachorganisation fungiert „als Ansprechpartner zwischen Leistungserbringern, Kostenträgern und der Regierung“ (Hoffmann; Hartweg 2014: 18) und ist ein weiteres Beispiel für die Tradition des *Overleg* in der niederländischen Kultur. Eine mögliche Erklärung dafür, dass Patienten im deutschen Gesundheitswesen kein vergleichbares Mitspracherecht zukommt, liegt im deutschen Kulturstandard der Angst vor Kontrollverlust.

Die oben beschriebenen niederländischen sowie deutschen Kulturstandards entstammen der interkulturellen Forschung, bei der man die sog. Critical-Incidents-Methode verwendet hat, die nach Schwierigkeiten fragt, die auftreten können, wenn Deutsche auf Niederländer bzw. Niederländer auf Deutsche treffen. Wie bereits zuvor angemerkt, gibt es nicht *den* Deutschen oder *die* Deutsche, ebenso wenig wie es *den* Niederländer oder *die* Niederländerin gibt. Auch wenn alle Modelle ihre Stärken und Schwächen haben und durch Reduktion von Komplexität immer die Gefahr einer Stereotypisierung besteht (vgl. Kamhuber; Schroll-Machl 2007: 21), so tragen Kulturstandards doch zur Sensibilisierung für kulturelle Unterschiede bei und ermöglichen zudem die Reflexion und kritische Betrachtung der eigenen Nationalkultur. In Abgrenzung zu anderen Nationalkulturen fallen so Aspekte ins Auge, die Unterschiede in der Organisationskommunikation erklären können, beispielsweise in der unterschiedlichen Verwendung von Kommunikationsinstrumenten oder -kanälen.

Hier zeigen sich noch einmal die Unterschiede zwischen der crosskulturellen Forschung von Hofstede und Trompenaars und der interkulturellen Forschung von Thomas. Alle Modelle tragen zur Wahrnehmung kultureller Unterschiede bei, doch während die Kulturdimensionen der crosskulturellen Forschung nur den Vergleich von National- oder Organisationskulturen ermöglichen, bieten die Kulturstandards auch eine Erklärung der Unterschiede. Sie stellen die zugrunde liegenden Werte und die daraus resultierenden Differenzen dar, die sich in der konkreten Interaktion zwischen Akteuren zeigen. Dies muss jedoch immer unter der Beachtung geschehen, dass sie „aus einem spezifischen Erhebungsprozess [resultieren], der in einem spezifischen zeitlichen und räumlichen Kontext stattfindet“ (ebd.: 20). In der Organisationskommunikation können Kulturstandards zur Analyse konkreter Kommunikationssituationen genutzt werden und dazu beitragen, die Kommunikation gezielter auf verschiedene Zielgruppen und Mitglieder unterschiedlicher kultureller Ebenen abzustimmen. Aufgrund ihrer Stereotypisierungen führen Kulturstandards „zwar immer wieder zu Verzerrungen“, ermöglichen aber „die Orientierung in neuen Situationen“ (ebd.: 21) und liefern Erklärungen für Unterschiede auf verschiedenen kulturellen Ebenen.

### 3.3 Fazit

Bei der Betrachtung von Organisationskommunikation spielen sowohl national- als auch organisationskulturelle Aspekte eine Rolle. Von der Nationalkultur unterscheidet sich Organisationskultur insofern, als man sich zu Beginn oder im Verlauf seines Berufslebens mehr oder weniger bewusst für eine Organisation und damit auch für eine Organisationskultur entscheidet. Man schließt sich ihr freiwillig an und übernimmt die dort praktizierten Rituale. Will man kulturelle Unterschiede erklären, muss man Kultur sowohl auf makro- als auch auf mikroanalytischer Ebene betrachten. Da im vorliegenden Band Unterschiede von Organisationen auf nationalkultureller Ebene aufgezeigt werden, stehen hier makroanalytische Betrachtungen im Vordergrund.

Die Beachtung kultureller Unterschiede in der Organisationskommunikation ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil die „Kommunikation von „Corporate Values“ [...] mittlerweile zum Standard der Corporate Communications“ zählt (Janke 2015: 31) und somit das Bild einer Organisation prägt. Geht man zudem davon aus, „dass die Kommunikation von Unternehmenswerten entscheidend dazu beitragen kann, Orientierung zu liefern innerhalb eines Unternehmens und noch mehr innerhalb von noch komplexeren Großunternehmen, die global agieren“ (ebd.: 40), muss man ebenso bedenken, dass diese Kommunikation nur erfolgreich gelingt, wenn sie Unterschiede berücksichtigt, die sich aufgrund verschiedener kultureller Hintergründe und somit auch Werte ergeben. Diese Unterschiede, für welche makro- und mikroanalytische Forschungsergebnisse zur Kultur sensibilisieren können, müssen in die Kommunikation einfließen, denn wie Nationen haben Organisationen ihre eigenen kulturellen Werte, bei deren Vermittlung darauf geachtet werden muss, „etwaige kommunikative Diskrepanzen zwischen gelebten Werten und postulierten Corporate Values“ (ebd.: 39) zu vermeiden.

Mit Blick auf die nationalkulturellen Unterschiede zwischen Deutschland und den Niederlanden ist es wichtig, trotz der geografischen Nähe und vieler Ähnlichkeiten auch den Unterschieden Beachtung zu schenken und in der Kommunikation entsprechend darauf zu reagieren. Unterschiede die zwischen Kulturen auftreten, kann man durch die Auseinandersetzung mit crosskulturellen Unterschieden einordnen und mit interkulturellen Kulturstandards erklären. Diese sollten allerdings nicht verallgemeinert werden und es sollten auch individuelle Charakterunterschiede sowie verschiedene kulturelle Ebenen berücksichtigt werden, auf denen sich ein Individuum bewegt, ebenso wie der spezielle Kontext einer Kommunikationssituation.

Im Hinblick auf Online-Organisationskommunikation in Krankenhäusern als Forschungsthema des vorliegenden Bandes, der den Vergleich deutscher und niederländischer Krankenhäuser fokussiert, spielen vor allem die Kulturdimension nach Hofstede (Machtdistanz, Individualismus vs. Kollektivismus, Maskulinität vs. Feminität, Unsicherheitsvermeidung, Langzeit- vs. Kurzzeitorientierung, Genuss vs. Einschränkung) als Ergebnis makroanalytischer, crosskultureller Forschung eine Rolle. Es ist davon auszugehen, dass aufgrund

nationalkultureller Unterschiede in Bezug auf diese Dimensionen niederländische Krankenhäuser anders kommunizieren als deutsche Krankenhäuser. Beispielsweise werden sich in der wesentlich feminineren Nationalkultur in den Niederlanden weiche Werte wie Ebenbürtigkeit, Solidarität und Unterstützung auch auf die Kommunikation von Krankenhäusern niederschlagen und in der Konzeption von Kommunikationsstrategien münden, die sich deutlich von denen deutscher Krankenhäuser unterscheiden. Der Fokus wird dann auf andere Aspekte gelegt, beispielsweise in der Wahl der Sprache, der Bildauswahl oder dem Inhalt der zu vermittelnden Botschaft. Auch die Nutzung anderer Kommunikationsinstrumente oder -kanäle ergibt sich durch die Werte, die einer Kultur zugrunde liegen. Im Fokus des vorliegenden Bandes steht demnach der nationalkulturelle Vergleich der Organisationskommunikation von Krankenhäusern im Ländervergleich Niederlande – Deutschland auf der Makroebene. Crosskulturelle Forschung ermöglicht hier den Vergleich und die Einordnung verschiedener Organisationen und ihrer Kommunikation vor dem Hintergrund ihrer Nationalkultur. Denn um zu verstehen, wie Organisationen kommunizieren, muss man die Gesellschaft verstehen, in der die Organisationen agieren. Aufgabe der Organisationskommunikation ist es, die Organisationskultur zu vermitteln und eine Identifikation mit der Organisation zu erreichen. Mittels Employer Branding versuchen Organisationen und Unternehmen beispielsweise (vgl. dazu den Beitrag von Zufelde in diesem Band), die Werte und Praktiken einer Organisation darzustellen, die jeweils für eine Abgrenzung zu anderen Organisationen und deren Kulturen sorgen. Auch in der Gestaltung von Online-Kommunikation beispielsweise in Form der Corporate Website oder der Nutzung von Social Media sollten kulturelle Unterschiede beachtet werden. So kann der Kontakt zu und der Austausch mit unterschiedlichen Zielgruppen gestärkt werden und beispielsweise über eigene Zielgruppeneinstiege die Kommunikation gezielt auf eine spezielle Zielgruppe zugeschnitten werden (vgl. dazu den Beitrag von Henrichs in diesem Band).

Kulturstandards nach Thomas und Thesing, die beispielsweise als Erklärungsansätze für die Unterschiede in der Arzt-Patienten-Kommunikation dienen können, entstammen hingegen der mikroanalytischen, interkulturellen Forschung und spielen im vorliegenden Band eher eine nachgeordnete

Rolle. Sie dienen zur Erklärung der Unterschiede, die auf der Mikroebene in Interaktionssituationen zwischen Individuen auftreten können. So werden Unterschiede in der interkulturellen Begegnung zwischen Akteuren der deutschen und niederländischen Kultur beispielsweise bedingt durch die Tradition der niederländischen *Overleg*-Kultur oder die Orientierung auf Pragmatismus und Leistung statt auf Status und die präzise Befolgung von Regeln und Abläufen, wie es in der deutschen Kultur eher üblich ist. Möglicherweise bieten die Kulturstandards damit Anknüpfungspunkte für zukünftige Forschung auf dem Gebiet der interkulturellen Kommunikation in Krankenhäusern.

## Literatur

- Bolten, Jürgen (2015): Einführung in die interkulturelle Wirtschaftskommunikation. 2. überarb. und erw. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bolten, Jürgen (2007): Interkulturelle Kompetenz. Erfurt: Landeszentrale für politische Bildung Thüringen.
- Broszinsky-Schwabe, Edith (2011): Interkulturelle Kommunikation. Missverständnisse – Verständigung. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Caspar-Hehne, Hiltraud (1999): Interkulturelle Kommunikation. Neue Perspektiven und alte Einsichten. In: Zeitschrift für Angewandte Linguistik (ZfAL), 31. Berlin. S. 77–107.
- Claes, Marie-Thérèse; Gerritsen, Marinel (2007): Culturele waarden en communicatie in internationaal perspectief. Bussum: Coutinho.
- Hall, Edward T. (1959): The Silent Language. New York: Doubleday Publishers.
- Hoffmann, Laura C.; Hartweg, Hans-R. (2014): Patientenrechte in Europa. Ausgesuchte, europäische Patientenrechtssysteme und -gesetze im Vergleich. Wiesbaden:
- Hofstede, Geert; Hofstede, Gert-Jan (2009): Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management. 4. Aufl. München: dtv.

- Hofstede, Geert (2001): *Culture's Consequences. Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations across Nations*. 2nd ed. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications.
- Hofstede, Geert et al. (1990): *Measuring Organizational Cultures: A Qualitative and Quantitative Study Across Twenty Cases*. In: *Administrative Science Quarterly* Vol. 35, No. 2. S. 286–316.
- Hofstede, Geert; Hofstede, Gert Jan; Minkov, Michael (2010): *Cultures and Organizations: Software of the Mind. Revised and Expanded 3rd Edition*. New York: McGraw-Hill USA.
- Janke, Katharina (2015): *Kommunikation von Unternehmenswerten. Modell, Konzept und Praxisbeispiel Bayer AG*. Wiesbaden:
- Kammhuber, Stefan; Schroll-Machl, Sylvia (2007): *Möglichkeiten und Grenzen der Kulturstandardmethode*. In: Thomas, Alexander; Kinast, Eva-Ulrike; Schroll-Machl, Sylvia (Hrsg.): *Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation*. Bd. 2: *Länder, Kulturen und interkulturelle Berufstätigkeit*. 2., durchges. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 19–23.
- Kluckhohn, Florence; Strodtbeck, Fred L. (1961): *Variations in value orientations*. Evanston, Ill.: Row, Peterson.
- Layes, Gabriel (2007): *Kulturdimensionen*. In: Thomas, Alexander; Kinast, Eva-Ulrike; Schroll-Machl, Sylvia (Hrsg.): *Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation*. Bd. 1: *Grundlagen und Praxisfelder*. 2., durchges. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 60–73.
- Meffert, Heribert; Bruhn, Manfred; Hadwich, Karsten (2015): *Dienstleistungsmarketing. Grundlagen – Konzepte – Methoden*. 8., vollst. überarb. und erw. Aufl. Wiesbaden:
- Parsons, Talcott (1951): *The Social System*. Glencoe, Ill.: Free Press.
- Schürings, Ute (2008): *Kultur- und Mentalitätsunterschiede zwischen Deutschen und Niederländern*. In: *NiederlandeNet*. Münster. Online unter: <https://www.uni-muenster.de/NiederlandeNet/nl-wissen/kultur/vertiefung/kulturunterschiede/hierarchie.html>. Zuletzt eingesehen am 17.09.2016.
- Thesing, Christopher (2016): *Intercultural communication in German-Dutch business contexts*. Münster: Waxmann.



- Thomas, Alexander (2007): Kultur und Kulturstandards. In: Thomas, Alexander; Kinast, Eva-Ulrike; Schroll-Machl, Sylvia (Hrsg.): Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Bd. 1: Grundlagen und Praxisfelder. 2., durchges. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 19–31.
- Thomas, Alexander (2005): National- und Organisationskulturen. In: Thomas, Alexander; Kinast, Eva-Ulrike; Schroll-Machl, Sylvia (Hrsg.): Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation. Bd. 1: Grundlagen und Praxisfelder. 2., durchges. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 32–43.
- Thomas, Alexander; Schlizio, Boris U. (2007): Deutsch-niederländische Kulturstandards: Interkulturelles Verstehen in den deutsch-niederländischen Beziehungen. In: Dies. (Hrsg.): Leben und arbeiten in den Niederlanden. Was Sie über Land und Leute wissen sollten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 40–77.
- Trompenaars, Fons; Hampden-Turner, Charles (2009). *Riding the Waves of Culture. Understanding Cultural Diversity in Business*. London/Boston: Nicholas Brealey Publishing.

## Teil A

Organisationskommunikation deutscher und niederländischer  
Krankenhäuser online.  
Die Hauptstudie



## 4 Das Studiendesign der Hauptstudie

*Lisa Terfrüchte*

Das Forschungsprojekt des vorliegenden Bandes startete in einer ersten Phase mit der systematischen Recherche über die Krankenhäuser im weiter gefassten Grenzgebiet Deutschland-Niederlande. Hierzu zählten alle sog. allgemeinen Krankenhäuser<sup>15</sup>, die sich in einem Radius 65 km landeinwärts von der deutsch-niederländischen Grenze befinden. Erhoben wurden zunächst allgemeine Struktur- und Organisationsdaten. In der Recherchephase wurde auch eine Gruppendiskussion mit niederländischen und deutschen Medizin-StudentInnen der Universitäten Oldenburg und Groningen durchgeführt (drei Frauen, zwei Männer, die Studierenden fungieren als Grenzgänger zwischen Oldenburg und Groningen). Hier war das Ziel, Impulse für die weitere Forschung, für kulturelle Unterschiede innerhalb der Organisationen sowie für die Basisrecherche und die Ableitung konkreter Forschungsfragen für die Inhaltsanalyse der Onlinekommunikation zu erhalten.

In der zweiten Phase sind mit einer speziell konzipierten Analyse-Matrix eine Inhaltsanalyse der Startseiten der Corporate Websites, der Social-Media-Maßnahmen und der Bildsprache aller Krankenhäuser innerhalb des Untersuchungskorridors vorgenommen worden. Der Radius für den Untersuchungskorridor wurde mittels Scribblemaps<sup>16</sup> gezogen, sodass eine Vollerhebung innerhalb des Untersuchungskorridors sichergestellt werden konnte. In diesen Radius fielen zunächst insgesamt 348 Krankenhäuser, nach anschließender Bereinigung um diejenigen Häuser, die nicht den Kriterien für sog. Allgemeinkrankenhäuser entsprechen, belief sich die Grundgesamtheit auf final 231 deutsche und 49 niederländische Krankenhäuser. Untersucht wurden dabei nicht nur quantitative, sondern auch qualitative Aspekte (z. B. welche Themen werden auf welchen Onlinekanälen kommuniziert).

---

15 Die Definition des allgemeinen Krankenhauses wird im Folgenden noch betrachtet.

16 Scribblemaps ist ein Online-Tool, einzusehen unter <http://www.scribblemaps.com/maps/view/WutAFxIyNd/>

Die Ergebnisse gingen in einem dritten Schritt ein in eine für Journalisten des deutsch-niederländischen Journalistenaustausches (IJP) konzipierte, standardisierte Onlinebefragung (Vollerhebung) mit offenen und geschlossenen Fragen (qualitativ-quantitativ). Die Ergebnisse sollten Aufschluss über generelle Unterschiede in der Kommunikationskultur der Krankenhäuser geben. Die Befragung beinhaltete daher Forschungsfragen nach

- Erfahrungen der Journalisten des IJP Deutschland-Niederlande mit Krankenhäusern;
- persönlichen Einschätzungen der Krankenhäuser in der öffentlichen Wahrnehmung (wo glauben Sie, suchen Bürger nach Gesundheitsinformationen), Verknüpfungsmöglichkeit mit der Inhaltsanalyse;
- Bedeutung von Social Media und Onlinekommunikation für Bürger aus Sicht der Journalisten, Verknüpfungsmöglichkeit mit der Inhaltsanalyse;
- Orten, an denen Journalisten Informationen suchen (z. B. Vorgehen im Krisenfall, Umgang mit Krise);
- Nachrichtenfaktoren (wann berichten Journalisten?).

Bedauerlicherweise hatte die Journalistenbefragung allerdings einen so geringen Rücklauf, dass die Ergebnisse hier nicht zurate gezogen werden können.

Im vierten Schritt sind vertiefende Einzelstudien in Form von studentischen Abschlussarbeiten entstanden und eine qualitative Inhaltsanalyse der Kinderseiten der niederländischen Krankenhäuser durchgeführt worden, deren Ergebnisse wiederum in einer der Abschlussarbeiten aufgegriffen und weiter bearbeitet wurden. Die Fallstudien, die in den Abschlussarbeiten durchgeführt wurden, finden sich ebenfalls in Aufsatzform in diesem Band. Zunächst wird nun aber auf den Untersuchungsgegenstand und die gewählte Methode der Hauptstudie näher eingegangen.

#### 4.1 Untersuchungsgegenstand Allgemeine Krankenhäuser in Deutschland und den Niederlanden

Zum Untersuchungsobjekt Krankenhaus sind zunächst mit Blick auf die beiden Länder Deutschland und die Niederlande einige grundsätzliche Erläuterungen notwendig. Als Krankenhaus gelten laut § 107 Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch in Deutschland Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mithilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten unterbringen und verpflegen. (Vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 1988)

Innerhalb dieser Definition wurde der Untersuchungsgegenstand weiter eingegrenzt auf sog. Allgemeine Krankenhäuser. Dabei handelt es sich um

„Krankenhäuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische und/oder geriatrische Patienten/Patientinnen vorgehalten werden.“ (Statistisches Bundesamt 2015: 3)

Der Fokus der Untersuchung lag deshalb auf Allgemeinkrankenhäusern, weil für Psychiatrische Kliniken oder Fachabteilungen ggf. andere, spezielle Kom-

munikationsstrategien unterstellt werden können, sodass an dieser Stelle keine gute Vergleichbarkeit der Krankenhäuser untereinander möglich gewesen wäre. Aufgrund der Ausrichtung auf allgemeine Krankenhäuser ist sichergestellt, dass in der Analyse ggf. identifizierbare Unterschiede in den kommunikativen Strategien nicht etwa ihren Grund in der strukturellen bzw. grundsätzlichen Andersartigkeit der Krankenhäuser haben. Für die niederländischen Krankenhäuser wird eben diese Definition der Allgemeinkrankenhäuser übertragen, weil im Nachbarland ebenfalls differenziert wird in allgemeine Krankenhäusern, psychiatrische o. ä. Krankenhäuser.

Unterschiede zwischen den Ländern gibt es dennoch. So sind Krankenhäuser in Deutschland nach der Träger- und Rechtsform zu unterscheiden. Öffentliche Krankenhäuser (öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich) werden wie folgt differenziert (s. auch Tabelle 5):

- „Die in *öffentlich-rechtlicher* Form betriebenen Krankenhäuser sind entweder *rechtlich selbstständig* (z. B. Zweckverband, Anstalt, Stiftung) oder *rechtlich unselbstständig* (z. B. Regie- oder Eigenbetrieb).
- In privatrechtlicher Form (z. B. als GmbH) betriebene Krankenhäuser befinden sich in öffentlicher Trägerschaft, wenn Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Bezirke, Kreise, Gemeinden) oder Zusammenschlüsse solcher Körperschaften (z. B. Arbeitsgemeinschaften oder Zweckverbände) oder Sozialversicherungsträger (z. B. Landesversicherungsanstalten oder Berufsgenossenschaften) unmittelbar oder mittelbar mehr als 50 v. H. des Nennkapitals oder des Stimmrechts halten.“ (Statistisches Bundesamt 2015: 3, Herv. i. O.)
- Freigemeinnützige Krankenhäuser werden „von Trägern der kirchlichen oder freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten.“ (ebd.)

Private Krankenhäuser „bedürfen als gewerbliche Unternehmen einer Konzession nach Artikel 30 Gewerbeordnung.“ (ebd.)

| Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft in Deutschland |           |                          |                           |                                |                           |                         |                                 |                       |  |
|---|-----------|--------------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------------------|-----------------------|--|
|   | Insgesamt | Einrichtungen öffentlich |                           | in öffentlich-rechtlicher Form | rechtlich unselbstständig | rechtlich selbstständig | freigemeinnützige Einrichtungen | private Einrichtungen |  |
|   |           | davon:                   | in privatrechtlicher Form |                                |                           |                         |                                 |                       |  |
| Einrichtungen insgesamt                                   |           |                          |                           |                                |                           |                         |                                 |                       |  |
| 2013.   | 1 996     | 596                      | 353                       | 243                            | 106                       | 137                     | 706                             | 694                   |  |
| 2014  | 1 980     | 589                      | 350                       | 239                            | 104                       | 135                     | 696                             | 695                   |  |

Tabelle 5: Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft in Deutschland im Untersuchungszeitraum.

Quelle: vgl. Statistisches Bundesamt 2015: 14



In Deutschland gab es im Untersuchungszeitraum 2013/14 zwischen 1996 und 1980 Krankenhäuser, die sich entsprechend der Trägerschaften etwa so verteilen, dass weniger öffentliche Einrichtungen darunter sind (ca. knapp 600) als private und freigemeinnützige (je knapp 700) (s. Tabelle 6).

In den Niederlanden ist die Trennung in Trägerschaften nicht üblich. Dort gibt es rund 130 Krankenhäuser, wie sie hier definiert wurden (ohne psychiatrische Kliniken), von denen fast alle (mehr als 90 Prozent) sog. Stichtings sind, d. h. „Non-Profit-Einrichtungen in privatem Besitz“ (Gerlinger 2012: 1). Bei den übrigen Krankenhäusern handelt es sich um öffentliche Einrichtungen, das meiste davon sind Universitätskliniken (vgl. ebd.).

| Jahr/<br>Land | Krankenhäuser |                                     |             | Patientenbewegung <sup>1</sup> |  |                                |                   | durchschnittliche |                       |
|---------------|---------------|-------------------------------------|-------------|--------------------------------|--|--------------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|
|               | insgesamt     | aufgestellte<br>Betten<br>insgesamt | An-<br>zahl | Fallzahl                       | je 100 000<br>Einwohner <sup>2,3</sup> | Berechnungs-/<br>Belegungstage | Verweil-<br>dauer |                   | Betten-<br>auslastung |
|               |               |                                     |             |                                |  |                                | in<br>Tagen       | in<br>Prozent     |                       |
| 2013          | 1 996         | 500 671                             | 621         | 18 787 168                     | 23 296                                 | 141 340                        | 7,5               | 77,3              |                       |
| <b>2014</b>   | <b>1 980</b>  | <b>500 680</b>                      | <b>618</b>  | <b>19148625,5</b>              | <b>23 645</b>                          | <b>141 534</b>                 | <b>7,4</b>        | <b>77,4</b>       |                       |

1) Fallzahl und Berechnungs-/Belegungstage einschließlich Stundenfälle.

2) Ab 2011 mit der Durchschnittsbevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011 (2011 endgültig, ab 2012 vorläufig) berechnet.

3) Angaben zur Durchschnittsbevölkerung 2014 auf Grundlage des Zensus 2011 liegen noch nicht vor.

Tabelle 6: Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland im Untersuchungszeitraum,

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015: 11

## 4.2 Inhaltsanalyse der Onlinekommunikation: Instrumententwicklung

Einen großen Teil der Hauptstudie macht die qualitativ-quantitative Inhaltsanalyse der Onlinekommunikation der Krankenhäuser aus (nach Mayring 2015). Eine Online-Inhaltsanalyse misst fixierte Kommunikation eines Krankenhauses, die online verbreitet wurde. Die Kombination qualitativer und quantitativer Faktoren wurde deshalb notwendig, weil es zwar einige Studien zur Onlinekommunikation (von Krankenhäusern) gibt, auf die Bezug genommen werden konnte für die Bildung eines groben Kategorienrasters, aber für die grundsätzliche Forschungsfrage im Ländervergleich auch offene Kategorien notwendig waren.

Inhaltsanalytische Verfahren haben den Vorteil, dass man rückwirkend Kommunikation untersuchen kann, die sich nicht mehr verändert, d. h., der Analysegegenstand bleibt dauerhaft oder zumindest eine überschaubar lange Zeit für Analysen vorhanden. Zu der hier untersuchten fixierten Onlinekommunikation eines Krankenhauses zählten die Kommunikation auf der Startseite (Homepage) der Corporate Website sowie die Analyse der Kommunikation in den Social Media, sofern sie vom Krankenhaus genutzt wurden. Um eine möglichst gute und aussagekräftige Datenbasis zu erhalten, wurde eine Vollerhebung durchgeführt, und zwar innerhalb des Radius 65 km östlich und westlich der deutsch-niederländischen Grenze. Dieser Radius wurde mittels Scribblemaps gezogen und deshalb so festgelegt, weil man bei 65 km noch unterstellen kann, dass potenzielle Patienten angesichts des zunehmenden Phänomens des sog. Medizintourismus auch jenseits der eigenen Nationalgrenze ein Krankenhaus besuchen, um z. B. Untersuchungen durchführen zu lassen, die so in dieser Form im eigenen Land nicht oder nur mit großem zeitlichen Vorlauf angeboten werden. In diese Grundgesamtheit fielen zunächst  $N = 348$  Krankenhäuser, hier musste allerdings noch eine Bereinigung durchgeführt werden im Hinblick auf den vorab festgelegten Fokus auf allgemeine Krankenhäuser (Fachkliniken wurden entfernt). So entstand eine finale Grundgesamtheit von 231 deutschen und 49 niederländischen Krankenhäu-

sern. Die zentrale Forschungsfrage, die mit der anschließenden Inhaltsanalyse der Startseite der Corporate Website untersucht werden sollte, lautet:

Wie sieht die ‚Digitale Visitenkarte‘ der Krankenhäuser in Deutschland und den Niederlanden aus, gibt es Unterschiede, und wenn ja, wo (inkl. kultureller Unterschiede)?

Zur digitalen Visitenkarte gehören im Fall des vorliegenden Projektes sowohl die Corporate Website als auch die Social-Media-Maßnahmen der Organisation. Corporate Websites „sollen [...] ihren Besuchern ein zeitgemäßes Erleben der digitalen Unternehmenswelt ermöglichen. Hier stehen Webdesign, Usability, technische Elemente (z. B. Videos, Audiobeiträge oder die Navigation mithilfe von Schlagworten) und Content-Strategien in einer engen Wechselwirkung.“ (Pleil 2015: 1028) Corporate Websites sind immer zentraler, digitaler Anlaufpunkt für die verschiedenen Anspruchs- bzw. Zielgruppen einer Organisation. Dabei kommt insbesondere der Startseite der Corporate Website eine entscheidende Rolle zu:

„Meist ist die Startseite so organisiert, dass ein stakeholderbezogener Einstieg in das Webangebot möglich wird (z. B. Kunden, Presse, Investoren, Bewerber, Anwohner bzw. das Intranet für Mitarbeiter).“ (ebd.: 1027)

All diese Aspekte spielten zur Konzeption der inhaltlichen Analyse der Onlinekommunikation eine Rolle. So musste ein Instrument zur Inhaltsanalyse entwickelt werden, das alle soeben angeführten Aspekte der Corporate Website einbezieht: Webdesign, Usability, Technik, Content und zielgruppenbezogener Einstieg.

Die Kriterien wurden weiterhin abgeleitet von einer Analyse der Patientenkommunikation der Bertelsmann Stiftung, die 2006 veröffentlicht wurde. Dort wurden mit Blick auf vergangene Studien sog. „*darstellungsorganisatorische Kriterien*“ (Schaeffer 2006: 6, Herv. i. O.) eruiert, die Informationen aus

dem Bereich Gesundheit erfüllen müssen, um als „nutzerfreundlich und vertrauenswürdig“ (ebd.) eingeschätzt zu werden<sup>17</sup>. Diese sind:

- leichte Zugänglichkeit,
- Übersichtlichkeit und Vermeiden von Detailfülle,
- grafisch einleuchtende Darstellung,
- keine zu hohe kognitive Anforderung,
- (sprachliche) Verständlichkeit,
- Anschlussfähigkeit an das Wissen der Nutzer,
- Anschlussfähigkeit an inhaltliche Präferenzen der Patienten,
- Sach- und Leistungsinformationen plus (narrative) Erfahrungsberichte,
- Kopplung an mündliche Information und Austauschmöglichkeit,
- Zuschnitt auf spezifische Problemsituation von Patienten,
- zielgruppenspezifische Ausrichtung. (Vgl. ebd.)

Schon 2006 wies Schaeffer darauf hin, wie wichtig die Patientenorientierung als Faktor zu Vertrauen in die online dargebotenen Informationen sei:

„Exemplarisch deutet dies an, was zusammenfassend generell als leitend für die Erstellung von Patienteninformationsangeboten gelten sollte: Eine konsequente Befolgung der Leitmaxime ‚Patienten- und Nutzerorientierung‘ bei der inhaltlichen und darstellungsorganisatorischen Gestaltung ist unverzichtbar, um das Interesse der Nutzer zu binden und verwendungsrelevant zu werden.“ (ebd.)

---

17 „Voraussetzung dafür [dass das Internet eine hohe Bedeutung für die Informationssuche zu medizinischen Themen einnehmen wird, Anm. d. V.] ist jedoch, dass die dort vorgehaltene Information nutzerfreundlich und vertrauenswürdig ist. Vorliegende Studien zeigen nämlich, dass Patienten sich zwar über Qualitätsdaten/Versorgungseinrichtungen informieren, diese Information aber nicht nutzen, wenn Entscheidungen anstehen. Ursache dafür ist, dass sie die vorliegende Information nicht für vertrauens- und glaubwürdig erachten und sie eher als verwirrend, denn als hilfreich empfinden.“ (Schaeffer 2006: 6)

Insofern wurde auf diesen Aspekt bei der vorliegenden Studie im Ländervergleich auch besonderer Wert gelegt. Zusammenfassend lassen sich die Analysekategorien, die also mit Blick auf die soeben angeführten Aspekte deduktiv abgeleitet wurden, um die Startseiten der Corporate Website der Krankenhäuser inhaltsanalytisch zu untersuchen, wie folgt strukturieren:

- Modernität,
- Zielgruppenorientiertheit,
- Nutzerfreundlichkeit,
- Übersichtlichkeit,
- Bildsprache,
- Emotionalisierung.

Diese Hauptkategorien wurden entsprechend weiter ausdifferenziert, sodass qualitativ-quantitative Aspekte messbar möglich wurden. Die entsprechende Ausdifferenzierung der Hauptkategorien zeigt Tabelle 7.

Neben den inhaltsanalytischen Kategorien sind natürlich auch die Strukturdaten zu den Krankenhäusern von Relevanz und mussten pro Fall, d. h. pro Krankenhaus erhoben werden. Auf diese Weise konnte der Name des Krankenhauses, dessen Zugehörigkeit zu Land, Ort, Provinz sowie Bundesland erhoben werden und ob es zu einem Verbund mehrerer Häuser gehört oder nicht. Unter der Kategorie ‚Formales‘ wurden zudem nicht nur die jeweiligen Codiererkürzel festgehalten, sondern auch zur späteren Nachvollziehbarkeit jeweils ein Screenshot der Startseite (Homepage) der Corporate Website sowie der Facebook-Seite (oberer Bereich mit Fananzahl) hinterlegt. Die Speicherung der Screenshots ist notwendig, weil es sich bei dem Untersuchungsmaterial um schnell veränderliche Online-Inhalte handelt.

Im Analyseinstrument mussten weiterhin Kategorien zur Analyse der Social Media aufgenommen werden (s. Tabelle 7), und zwar u. a. Aktivitätsgrad, Häufigkeit der Postings und kommunizierte Themen, die eine Vergleichbarkeit zu den erhobenen Daten der Analyse der Startseite der Corporate Websites der Krankenhäuser ermöglichen sollten. Zu den Social Media zählen in der hier vorliegenden Studie Facebook, Twitter, YouTube,

GooglePlus und Karriereportale. Wichtig war hier die Codierregel, Social Media nur dann zu untersuchen, wenn der jeweilige Kanal visuell sichtbar über die Startseite (Homepage) der Corporate Website verlinkt war. Hintergrund für diese Codierregel ist der Umstand, dass sich Bürger zunächst über die Startseite einer Organisation informieren, Social Media sollten, um sichtbar und verknüpfbar mit der Organisation zu sein, auf der ersten Ebene sichtbar sein:

„Die Corporate Website dient [...] als Zentrum der Onlinestrategie (ebd.). [...] Auch der Transport von Informationen von der Corporate Website hinein in soziale Netze kann durch entsprechende Funktionen unterstützt werden. Entsprechende Buttons z. B. für Facebook, Twitter oder Social-Bookmark-Archive sind deshalb auf den meisten Websites zu finden.“ (Pleil 2015: 1028)

Bevor in den folgenden Aufsätzen detailliert auf die Analyse und ihre Ergebnisse eingegangen wird, sei kurz darauf verwiesen, dass in der Inhaltsanalyse zur Startseite der Corporate Website genauso wie bei der Inhaltsanalyse der Social Media eine Kombination quantitativer und qualitativer Analyse zugrunde gelegt wurde. Hintergrund dafür war, dass auf diese Weise sowohl repräsentative Häufigkeitsdaten ausgewertet als auch qualitative Daten zu den online kommunizierten Themen im Newsbereich der Website oder den Social Media generiert werden konnten. Vornehmlich qualitativ wurden die Kommunikationsinhalte der Postings aus Newsbereich und Social Media inhaltsanalytisch untersucht (hierzu wurden Kategorien aus dem Material entwickelt, ein qualitativer Schritt im Verfahren). Dafür entscheidend war die Leitfrage, ‚Wenn Krankenhäuser Social Media nutzen, wie oft und wie tun sie dies und welche Themen kommunizieren sie via diesen Kanälen?‘. Für die gesamte Inhaltsanalyse der Hauptstudie wurde derselbe Untersuchungszeitraum zugrunde gelegt, um die Daten später vergleichbar vorliegen zu haben (s. auch das Instrument zur Inhaltsanalyse, Tabelle 7).

#### 4.2.1 Untersuchungszeitraum, Analyseeinheiten und Erhebung

Der Untersuchungszeitraum der Hauptstudie zur Onlinekommunikation deutscher und niederländischer Krankenhäuser belief sich von November 2013 bis April 2014 (Vollerhebung), erhoben wurden die Daten im Zeitraum von Mai bis Juli 2014 (zu den einzelnen Untersuchungszeiträumen der Fallstudien s. die jeweiligen Aufsätze in diesem Band). Ein Fall bildet immer ein Krankenhaus. Als Analyseeinheit gilt jeder Textpost eines Krankenhauses und jeder visuelle Post (Bild) im Newsbereich der Startseite der Corporate Website und in den Social Media, der in den angegebenen Untersuchungszeitraum fällt. Erhoben wurde somit nur die Kommunikation, die vom Krankenhaus selbst durchgeführt wurde, nicht die Reaktion der Nutzer oder Follower auf die Postings.

Die Daten sind von einem achtköpfigen Team von Codierern erhoben worden. Dabei handelte es sich um Bachelor-Studierende des Studiengangs Niederlande-Deutschland-Studien am Zentrum für Niederlande-Studien der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, die sich vom Alter her mit Anfang bis Mitte 20 alle an der Schnittstelle zu den sog. Digital Natives befanden und somit als entsprechend onlineaffin einzuschätzen sind. Die Studierenden kennen sich in beiden Ländern gut aus, weil sie multidisziplinär in den Bereichen Politik, Wirtschaft, Geschichte, Kultur sowie Kommunikation und Medien beider Länder ausgebildet sind. Sie wissen um die spezifischen Unterschiedlichkeiten und Besonderheiten der Länder und kennen sich in der Sprache aus. Daher sind sie auch in der Lage, zweisprachige Kommunikationsinhalte zu codieren. Das ist ein großer Vorteil, da vielfach englische Versionen von Organisationswebseiten weniger Inhalt als die muttersprachliche Version aufweisen und im Idealfall auch im Hinblick auf mögliche kulturelle Unterschiede anders aufgebaut sind und andere Inhalte (Bild- und Textmaterial) aufweisen, was die Ergebnisse hätte verfälschen können. Eine Codierung der Startseiten der Corporate Websites in der jeweiligen Muttersprache des Landes ermöglicht somit größtmögliche Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

Die Codierer wurden aufgrund ihres Hintergrundwissens in den Prozess der Instrumententwicklung einbezogen: Zunächst ist ein erstes Instrument



entwickelt worden, anschließend fand eine ausführliche Codierschulung statt, danach ein Pretest zur Codierung und im Anschluss daran das ist das Instrument nochmals im Hinblick auf während des Pretests festgestellte Inkonsistenzen in der Codierung der Daten bzw. Unklarheit in den Codieranweisungen überarbeitet worden. Nach erneutem Testen (2. Pretest) des Instruments wurden zunächst die Strukturdaten aller Krankenhäuser durch spezifisch geschulte Codierer erhoben, anschließend die Fälle inklusive der Variablen in einer Datenmaske festgehalten. Diese Fälle wurden anschließend per Zufallsprinzip zu gleichen Teilen unter den acht Codierern verteilt, sodass sichergestellt war, dass jeder Codierer gleich viele und dabei völlig unterschiedliche Krankenhäuser zu untersuchen hatte. Dieser Umstand war wichtig, um möglichen Verzerrungen vorzubeugen, die etwa hätten entstehen können, wenn jemand nur niederländische oder nur deutsche oder auch eben nur Universitätskliniken untersucht hätte.

#### 4.2.2 Methodenkritik zur Instrumententwicklung

Bei einer inhaltsanalytischen Arbeit ist es nie möglich, Verzerrungen gänzlich zu vermeiden. So muss bei der vorliegenden Studie sicher auch berücksichtigt werden, dass es sich bei allen hier festgestellten Ergebnissen um solche handelt, die aus Sicht der onlineaffinen Codierer festgestellt wurden. Denn bei aller Schulung auf ein Instrument und die entsprechenden Codieranweisungen ist ein Codiervorgang immer auch ein Stück weit abhängig davon, wie der persönliche Background und das fachliche Vorwissen der Personen sind. Auch aus diesem Grund wurde eine intensive und zweistufige Codierschulung mit doppeltem Pretest durchgeführt, um zu gewährleisten, dass möglichst viele (Anker-)Beispiele vorab schon von allen Codierern gesehen und besprochen wurden, sodass ein möglichst homogener Kenntnisstand annähernd sichergestellt werden konnte.

Was bleibt als Kritikpunkt, ist die Problematik der fünf eher weichen Faktoren, die deduktiv auf Grundlage der Studie aus 2006 der Bertelsmann-Stiftung abgeleitet worden sind: Die Codieranweisungen zu den Kategorien Nutzerfreundlichkeit, Übersichtlichkeit und Zielgruppenorientiertheit konn-

ten relativ gut und problemlos umgesetzt werden, aber es gab einen gewissen Interpretationsspielraum für die relativ offenen Kategorien zu den Aspekten modern und ansprechend. Auffällig war hier bei der Auswertung des Pretests, dass die Rücküberprüfung ergab, dass eine als modern eingeschätzte Startseite in der Regel eine Bühnenstruktur vorsah mit Bilderslider. Insgesamt positiv als ansprechend wurde es bewertet, wenn die Startseite der Corporate Website auf einen Blick zu erfassen war (ohne viel und unnötiges Scrollen), wenn sie weder zu bunt noch zu voll war und auch nicht über zu viele (bewegliche) Elemente verfügte (dann Bewertung eher negativ in Richtung weniger ansprechend). Als Faustregel der Rücküberprüfung lässt sich also für die beiden offeneren Kategorien feststellen, dass ein aufgeräumtes, strukturiertes Bild in den Kategorien modern und ansprechend als positiv bewertet wurde.

Um das Risiko eines möglichen Priming-Effektes vor bzw. während der Codierung größtmöglich zu reduzieren, erfolgte in einem Schlussschritt die Recodierung, d. h. die Prüfung der Codierungen durch zwei Codierer, die nochmals speziell dafür geschult worden waren.

| Hauptkategorie  | Unterkategorie            | Operationalisierung für Codieranweisung  | Codierung  |
|---|---------------------------|--|--|
| Startseite Corporate Website (Homepage) Krankenhaus 1. Eindruck | Ansprechend               | umfasst diese darstellungsorientierten Kriterien der Bertelsmann-Studie:<br>grafisch einleuchtende Darstellung<br>ansprechende Bildsprache   | Skala 0–5<br><br>5 = sehr ansprechend<br>4 = ansprechend<br>3 = eher ansprechend<br>2 = wenig ansprechend<br>1 = wenig ansprechend<br>0 = sehr wenig ansprechend |
|   | Übersichtlichkeit         | umfasst diese darstellungsorientierten Kriterien der Bertelsmann-Studie:<br>formale Übersichtlichkeit<br>Vermeiden von Detailfülle   | Skala 0–5<br>s. o. sehr wenig übersichtlich – sehr übersichtlich   |
|   | Nutzerfreundlichkeit      | nicht zu hohe kognitive Anforderungen<br>sprachlich verständlich<br>Suchfeld sichtbar platziert<br>Kontaktfeld/Ansprechpartner sichtbar platziert<br>keine Ablenkung (nicht zu viele unterschiedliche Reize) | Skala 0–5<br>s. o. sehr wenig nutzerfreundlich – sehr nutzerfreundlich   |
|   | Modernität                | aus Sicht der Studierenden „modern“ vs. altmodisch (Digital Natives) z. B. Social Media<br><br>Ankerbeispiel: Homepage Uniklinik Aachen (altmodisch) vs. Uniklinik Köln (modern)                             | Skala 0–5<br>s. o. sehr wenig modern – sehr modern   |
|   | Zielgruppenorientiertheit | umfasst diese darstellungsorientierten Kriterien der Bertelsmann-Studie:<br>Zielgruppenspezifische Ausrichtung (Zielgruppen erkennbar etwa durch Reiter, Namen etc.)   | Skala 0–5<br>s. o. sehr wenig zielgruppenorientiert – sehr zielgruppenorientiert   |

| Hauptkategorie   | Unterkategorie                                     | Operationalisierung für Codieranweisung   | Codierung   |
|--|--|---|---|
|  | Sonstige Anmerkungen zur Startseite                | Aufälligkeiten notieren, z. B. notieren, wenn es sich bei den erhobenen Daten um die Unternehmenseite eines Krankenhauses handelt   | Offene Kategorie  |
| Startseite Corporate Website (Homepage)<br>Bildsprache: Bilder | Bilder von Menschen (außer medizinisches Personal) | Alle Menschen, die keine visuelle Erkennbarkeit als Pfleger/Pfleglerin oder Arzt/Ärztin aufweisen (dazu gehören v. a. Kleidung, Gerätschaften, die in der Hand liegen etc.) | Skala 0–4<br>4 = ausschließlich Bilder von Menschen<br>3 = hauptsächlich Bilder von Menschen<br>2 = 50 Prozent Bilder von Menschen<br>1 = wenige Bilder von Menschen<br>0 = keine Bilder von Menschen |
|  | Bilder von Menschen (medizinisches Personal)       | medizinisches Personal: sind visuelle Signale dafür sichtbar (Arztkittel, Schwersterkleidung, medizinisches Gerät in der Hand von Person etc.)                              | Skala 0–4<br>s. o.  |
|  | Bilder von medizinischen Geräten                   | Sind visuell medizinische Geräte (z.B. OP-Besteck, OP-Zubehör, Untersuchungsutensilien, ...) erkennbar?   | Skala 0–4<br>s. o.  |
|  | Bilder von Gebäuden innen                          | alle Innenaufnahmen aus Gebäuden (unabhängig davon, ob medizinischer Hintergrund erkennbar ist) Bsp.: Zimmerreinigung, Flure, Treppenhäuser, Kantine etc.                   | Skala 0–4<br>s. o.  |
|  | Bilder von Gebäuden außen                          | alle Außenaufnahmen von Gebäuden (unabhängig davon, ob medizinischer Hintergrund erkennbar ist) Bsp.: Park, Klinik oder Gebäudekomplexe von außen, Außenmauern etc.         | Skala 0–4<br>s. o.  |
|  | Sonstiges Bildsprache                              | notieren, wenn außer der genannten Kategorien noch etwas zur Bildsprache, zu den Bildern auffällt   | Offene Kategorie  |

| Hauptkategorie                          | Unterkategorie                             | Operationalisierung für Codieranweisung  | Codierung                        |
|---|--|--|----------------------------------|
| Startseite Corporate Website (Homepage) | Menschen wirken fröhlich                   | Sind visuelle Signale für Freude/Lachen/Fröhlichkeit im Gesicht erkennbar?   | 0-1-Codierung (0 = nein, 1 = ja) |
| Bildsprache: Emotionalisierung          | Menschen wirken traurig                    | Sind visuelle Signale für Traurigkeit im Gesicht erkennbar?  | 0-1-Codierung (0 = nein, 1 = ja) |
|   | Menschen wirken angespannt/ängstlich       | Sind visuelle Signale für Angst/Angespanntheit im Gesicht erkennbar?   | 0-1-Codierung (0 = nein, 1 = ja) |
|   | Menschen zeigen keine Emotionen im Gesicht | Es sind keine der Emotionen (s. Unterkategorien) erkennbar   | 0-1-Codierung (0 = nein, 1 = ja) |
|   | Menschen helfen Menschen                   | Codiert werden alle Menschen <i>außer</i> medizinischem Personal. Sind visuelle Signale für Helfen sichtbar (Hände ineinander verschränkt, jemand stützt den anderen, Sitzen am Bett ...)? | 0-1-Codierung (0 = nein, 1 = ja) |
|   | Medizinisches Personal hilft Menschen      | Sind visuelle Signale für medizinisches Helfen sichtbar (Hände ineinander verschränkt, jemand stützt den anderen, Sitzen am Bett ...)?   | 0-1-Codierung (0 = nein, 1 = ja) |
|   | Alte Menschen                              | alt = weiße oder graue Haare und/oder Falten im Gesicht  | 0-1-Codierung (0 = nein, 1 = ja) |
|   | Junge Menschen                             | Codiert werden alle jungen Menschen <i>außer</i> Kinder und Jugendliche. Jung: farbige Haare und/oder keine bzw. wenig Falten im Gesicht   | 0-1-Codierung (0 = nein, 1 = ja) |
|   | Menschen mit Behinderung                   | Sind visuelle Signale für Behinderung sichtbar (z. B. Prothesen sichtbar etc..)?   | 0-1-Codierung (0 = nein, 1 = ja) |
|   | Kranke Menschen                            | Sind visuelle Signale für Krankheit sichtbar (z. B. Menschen liegen im Bett, im Rollstuhl, im OP...)?  | 0-1-Codierung (0 = nein, 1 = ja) |
|   | Babys                                      | Visuell als Säuglinge und Babys erkennbare Personen  | 0-1-Codierung (0 = nein, 1 = ja) |
|   | Kinder und Jugendliche                     | Kinder und Jugendliche, die sichtbar noch nicht volljährig sind  | 0-1-Codierung (0 = nein, 1 = ja) |
|   | Tiere                                      | Visuell als Tiere erkennbare Lebewesen   | 0-1-Codierung (0 = nein, 1 = ja) |

| Hauptkategorie  | Unterkategorie   | Operationalisierung für Codieranweisung   | Codierung  |
|---|--|---|--|
|   | Sonstiges  | Anmerkungen; Aufnehmen, wenn etwas darüber hinaus auffällt  | Offene Kategorie   |
|   | Farbkonzept  | kühi: Blau-, Grau-, Grün-, Weiß-Töne<br>warm: Rot-, Organe-, Gelb-Töne  | Farbkonzept (0–4)<br>Auf einer Skala von 0–4: Wie gestaltet sich das Farbkonzept der Startseite?<br>4 = warm<br>3 = eher warm<br>2 = kühl/warm ausgeglichen<br>1 = eher kühl<br>0 = kühl<br><br>Beispiele/Richtwert kühl:<br><a href="http://www.sana-huerth.de/home.html">http://www.sana-huerth.de/home.html</a><br>0–1-Codierung (0 = nein, 1 = ja) |
| Startseite Corporate Website (Homepage) Zielgruppenorientiertheit | Employer Branding/Zielgruppenansprache Karriere                        | Zielgruppe via Homepage explizit (namentlich: z.B. „Karriere“/„Arbeiten bei uns“ etc.) erkennbar angesprochen (z.B. mittels Zielgruppeneinstieg, Button, Feld, ...)   | 0–1-Codierung (0 = nein, 1 = ja)   |
|   | Interne Kommunikation/Zielgruppenansprache Mitarbeiter                 | Zielgruppe via Homepage explizit (namentlich: z.B. „Mitarbeiter“/„Intern“ etc.) erkennbar angesprochen (z.B. mittels Zielgruppeneinstieg, Button, Feld, ...)          | 0–1-Codierung (0 = nein, 1 = ja)   |
|   | Einweiserkommunikation/Zielgruppenansprache Einweisender Arzt          | Zielgruppe via Homepage explizit (namentlich: z.B. „Einweiser“/„einweisende Ärzte“ etc.) erkennbar angesprochen (z.B. mittels Zielgruppeneinstieg, Button, Feld, ...) | 0–1-Codierung (0 = nein, 1 = ja)   |
|   | Patientenkommunikation/Zielgruppenansprache erwachsener Patient/Bürger | Zielgruppe via Homepage explizit (namentlich: z.B. „Patienten“/„Besucher“ etc.) erkennbar angesprochen (z.B. mittels Zielgruppeneinstieg, Button, Feld, ...)          | 0–1-Codierung (0 = nein, 1 = ja)   |

| Hauptkategorie                                      | Unterkategorie  | Operationalisierung für Codieranweisung  | Codierung  |
|---|---|--|--|
|   | Patientenkommunikation/Zielgruppenansprache Kinder              | Zielgruppe via Homepage explizit (namentlich: z.B. „Kinder“/„kleine Patienten“ etc.) erkennbar angesprochen (z.B. mittels Zielgruppeneinstieg, Button, Feld, ...)      | 0–1-Codierung (0 = nein, 1 = ja)                                     |
|   | Patientenkommunikation/Zielgruppenansprache Baby, Geburt        | Zielgruppe via Homepage explizit (namentlich: z.B. „Geburt“/„Baby“ etc.) erkennbar angesprochen (z.B. mittels Zielgruppeneinstieg, Button, Feld, ...)                  | nur codieren, wenn es keine Babygalerie ist, sondern eigener Content |
|   | Externe Kommunikation/Zielgruppenansprache Journalisten, Presse | Zielgruppe via Homepage explizit (namentlich: z.B. „Journalisten“/„Presse“/„Medien“ etc.) erkennbar angesprochen (z.B. mittels Zielgruppeneinstieg, Button, Feld, ...) | 0–1-Codierung (0 = nein, 1 = ja)                                     |
| Startseite Corporate Website (Homepage) Newsbereich | -   | Ist ein Newsbereich auf der Startseite der Corporate Website des Krankenhauses visuell erkennbar? (als eigener Bereich)  | 0–1-Codierung (0 = nein, 1 = ja)                                     |
| Social Media  | Facebook  | Ist Facebook über die Startseite der Corporate Website des Krankenhauses visuell erkennbar verlinkt? (Button, Symbol, Link, Name, etc.)                                | 0–1-Codierung (0 = nein, 1 = ja)                                     |
|   | Twitter   | Ist Facebook über die Startseite der Corporate Website des Krankenhauses visuell erkennbar verlinkt? (Button, Symbol, Link, Name, etc.)                                | 0–1-Codierung (0 = nein, 1 = ja)                                     |
|   | YouTube   | Ist Facebook über die Startseite der Corporate Website des Krankenhauses visuell erkennbar verlinkt? (Button, Symbol, Link, Name, etc.)                                | 0–1-Codierung (0 = nein, 1 = ja)                                     |
|   | GooglePlus  | Ist Facebook über die Startseite der Corporate Website des Krankenhauses visuell erkennbar verlinkt? (Button, Symbol, Link, Name, etc.)                                | 0–1-Codierung (0 = nein, 1 = ja)                                     |
|   | Sonstiges   | Anmerkungen; Aufnehmen, wenn etwas darüber hinaus auffällt   | Offene Kategorie   |

| Hauptkategorie | Unterkategorie         | Operationalisierung für Codieranweisung   | Codierung |
|----------------|------------------------|---|-----------|
| Formales       | Screenshot Homepage    | Bitte Screenshot der Homepage erstellen und in angebenem Ordner abspeichern       | -         |
|                | Screenshot Facebook    | Bitte Screenshot der Facebook-Seite erstellen und in angebenem Ordner abspeichern | -         |
|                | Name Codierer (Kürzel) | Namenskürzel (1. Buchstabe Vorname, 1. Buchstabe Nachname Codierer)               | -         |

Tabelle 7: Instrument zur Inhaltsanalyse



## Literatur

- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1988): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. O.O. O.J. In: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_107.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_107.html)). Zuletzt eingesehen am 07.07.16.
- Gerlinger, Thomas (2012): Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens in den Niederlanden. Dossier Gesundheitspolitik der Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn. In: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72974/versorgungsstrukturen?p=all>. Zuletzt eingesehen am 12.07.2016.
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl., Weinheim [u. a.].
- Pleil, Thomas (2015): Online-PR. Vom kommunikativen Dienstleister zum Katalysator für ein neues Kommunikationsmanagement. In: Fröhlich, Rommy; Szyszka, Peter, Bentele, Günter (Hrsg.): Handbuch der Public Relations. Wissenschaftliche Grundlagen und berufliches Handeln. Mit Lexikon. 3. Aufl. Wiesbaden. S. 1017–138.
- Schaeffer, Doris (2006): Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse. Herausgegeben von der Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Statistisches Bundesamt (2015): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden. In: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611147004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611147004.pdf?__blob=publicationFile). Zuletzt eingesehen am 10.07.2016.

## 5 Für den ersten Eindruck gibt es keine zweite Chance. Ergebnisse zur Startseite der Corporate Website deutscher und niederländischer Krankenhäuser

*Lisa Terfrüchte*

Die sog. digitale Visitenkarte einer Organisation, die Corporate Website (insbesondere die Startseite der Corporate Website, die Homepage) entscheidet mit über das Image einer Organisation. Insofern kann unterstellt werden, dass ein Webseitenbesucher von einer modern gestalteten und nutzerfreundlichen Homepage auf eine professionelle Organisation schließen könnte. Hier besteht aber ein Risiko, denn der umgekehrte Fall gilt freilich ebenso. In der theoretischen Herleitung (s. die Beiträge in Kapitel 2 und 3) sind die wichtigen Zusammenhänge von öffentlich entgegengebrachtem Vertrauen sowie Legitimation und Kommunikation bereits dargelegt worden. Sie dienen als Ausgangspunkt für die Analyse der Startseiten deutscher und niederländischer Krankenhäuser im Untersuchungszeitraum vom 1. November 2013 bis 30. April 2014. Im Zusammenhang mit der Startseite wurden vor allem die fünf Kriterien nutzerfreundlich, modern, übersichtlich, ansprechend und zielgruppenorientiert untersucht sowie die Bildsprache und die Emotionalisierung durch Bilder analysiert. Dies waren quantitative Schritte, da die Daten in Skalenform erhoben wurden.

Bevor die Ergebnisse vorgestellt werden, sei kurz an die Codieranweisungen zu den einzelnen Kriterien erinnert, denn bei den Ergebnissen handelt es sich um die Sicht einer internetaffinen Gruppe, die bewusst so zusammengesetzt wurde, um die Sicht der kommenden Patientengeneration zu simulieren (siehe Tabelle 8).

| Kategorie     | Anweisung   |
|---------------|---|
| Ansprechend   | grafisch einleuchtende Darstellung<br>ansprechende Bildsprache                                    |
| Übersichtlich | formale Übersichtlichkeit<br>Vermeiden von Detailfülle  |
| Modern        | Aus Sicht der Studierenden modern vs. alt-modisch (Digital Natives<br>bzw. onlineaffine Codierer) |

| Kategorie             | Anweisung  |
|-----------------------|--|
|                       | Ankerbeispiel: Homepage Uniklinik Aachen (eher unmodern) vs. Uniklinik Köln (modern)   |
| Nutzerfreundlich      | nicht zu hohe kognitive Anforderungen<br>sprachlich verständlich<br>Suchfeld sichtbar platziert<br>Kontaktfeld/Ansprechpartner sichtbar platziert<br>keine Ablenkung (nicht zu viele unterschiedliche Reize) |
| Zielgruppenorientiert | zielgruppenspezifische Ausrichtung (Zielgruppen erkennbar z. B. an Namen, Reitern)   |

Tabelle 8: Codieranweisungen zu den fünf Kriterien zum ersten Eindruck der Startseite

Hintergrund für die fünf Kategorien zum ersten Eindruck der Homepages war wie erwähnt, die Studie von Bertelsmann aus dem Jahr 2006. Zum Kriterium der Nutzerfreundlichkeit wurde festgehalten, dass Nutzerfreundlichkeit entscheidend für die Vertrauensbildung ist:

„Durchgängig wird in der Literatur betont, dass *schwer auffindbare* Informationen – egal, ob im Internet oder anderswo – und *unverständliche* Informationen, die von den Nutzern nicht dekodiert werden können, nicht verwendet werden. Anders formuliert: Informationen müssen also leicht zugänglich und erschließbar und sie müssen verständlich sein (ebd., Robinson/Brodie 1997; SVR – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003) – eine selbstverständlich anmutende Forderung, der indes nur ein Teil der Patienteninformation bislang entspricht, weil sie vielfach aus der Akteursperspektive erstellt wurde und Nutzergesichtspunkten zu wenig Beachtung beimisst (ebd., auch Schaeffer/Dewe 2006).“ (Schaeffer 2006: 33, Herv. i. O.)

Informationen müssen also im Hinblick auf die Vertrauenswürdigkeit von Corporate Websites auch übersichtlich und strukturiert (Kriterium der Übersichtlichkeit) dargestellt werden; das Wichtigste sollte sofort ins Auge fallen zwecks effektiver Nutzung der Informationen; Informationen sollten interessant und relevant erscheinen und Seriosität ausstrahlen. Eine zu große Informationsvielfalt wirke dagegen abschreckend, so die Studie.

„Die Herausforderung besteht somit nicht allein darin, Informationen bereitzustellen, sondern sie *so aufzubereiten*, dass sie überhaupt rezipiert, verstanden und verarbeitet werden können.“ (ebd.: 34, Herv. i. O.)

Schaeffer ergänzt weiter, dass eine Konzentration auf lediglich kognitive Verarbeitung der Informationen (bspw. durch Qualitätssiegel etc.) nicht erfolversprechend sei, es müsse auch die intuitive, emotionale Denkart bedient werden (Elaboration Likelihood Model) (vgl. ebd.: 35). Als mögliche Maßnahmen werden hier u. a. Konzentration auf wichtige Informationen, narrative Form der Informationsvermittlung sowie Minimierung der kognitiven Anforderungen genannt (vgl. ebd.: 35 ff.). Diese Hinweise gingen zu jedem Kriterium in die ausführliche Codierschulung mit ein.

### 5.1 Der erste Eindruck: modern, zielgruppenorientiert, übersichtlich, nutzerfreundlich und ansprechend?

Schaut man als Erstes auf den sog. ersten Eindruck der Startseite einer Krankenhaus-Corporate Website, so ist es wichtig, zu berücksichtigen, dass die Codierer hier qua Anweisung dazu angehalten waren, ihre Einschätzungen innerhalb von 2–3 Minuten abzugeben, um tatsächlich einen ersten Eindruck zu simulieren. Das ist bei den nun folgenden Ergebnissen zu berücksichtigen, es handelt sich um keine Tiefenanalyse, sondern um eine möglichst genaue Messung eines ersten Eindrucks im Sinne der digitalen Visitenkarte eines Krankenhauses. Die Skala reichte dabei stets von 0 (sehr wenig ansprechend, nutzerfreundlich, zielgruppenorientiert etc.) bis 5 (sehr ansprechend, nutzerfreundlich, zielgruppenorientiert etc.). Abb. 11 zeigt eine Gesamtübersicht der Verteilung in beiden Ländern.

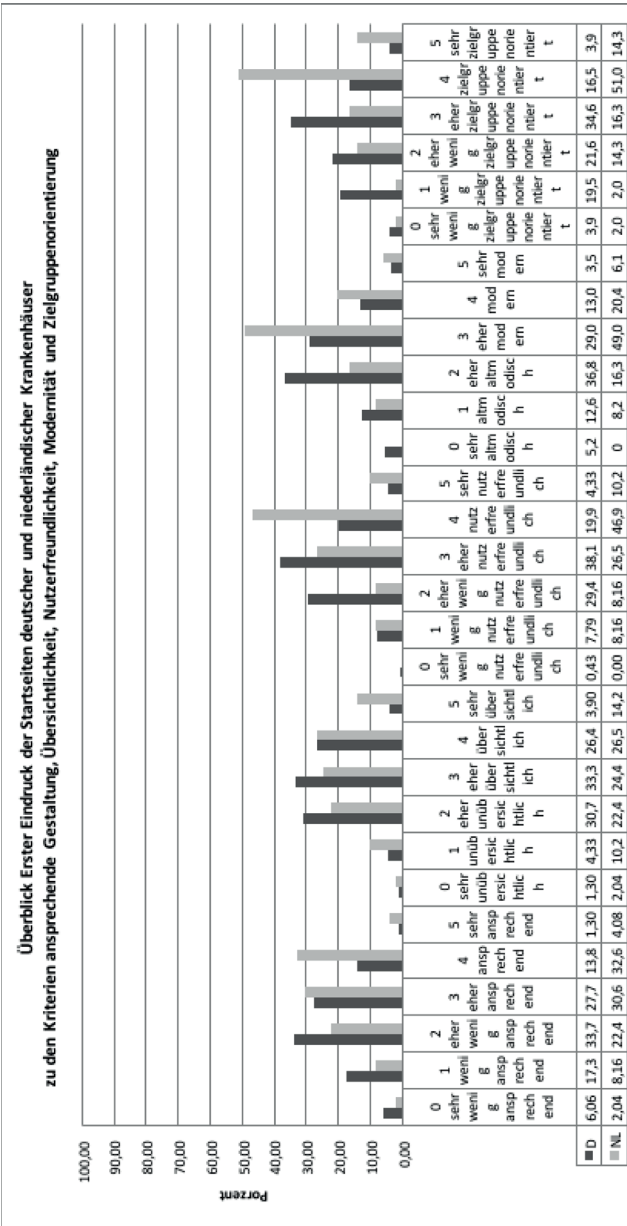


Abb. 11: Überblick Erster Eindruck der Startseiten deutscher und niederländischer Krankenhäuser

Begonnen wird mit dem Vergleich des Kriteriums ansprechend. Ausgehend von einer Grundgesamtheit von 231 deutschen und 49 niederländischen allgemeinen Krankenhäusern lässt sich feststellen, dass die niederländischen Krankenhäuser im Vergleich ansprechender eingeschätzt werden als die deutschen. Der Vergleichbarkeit halber sind die Werte in Prozent umgerechnet worden. Die niederländischen Krankenhäuser kommen hier zu 68 Prozent auf einen Wert von mindestens 3 (= eher ansprechend bis sehr ansprechend), von den deutschen Startseiten erreichen nur 42,9 Prozent einen Wert von mindestens eher ansprechend. 37,8 Prozent der niederländischen Startseiten werden sogar mit ansprechend bzw. sehr ansprechend eingeschätzt, im Vergleich zu nur 15,2 Prozent in Deutschland (s. Abb. 12).

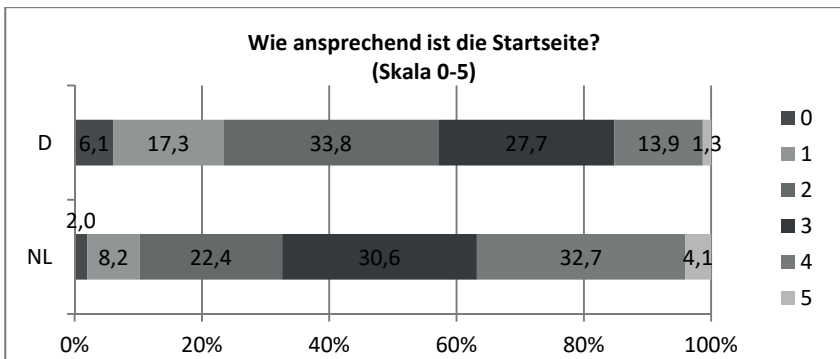


Abb. 12: Als wie ansprechend wird die Startseite der Website deutscher und niederländischer Krankenhäuser wahrgenommen?

Ähnlich sieht dies für das Kriterium der Modernität einer Startseite aus: Hier werden die niederländischen Startseiten zu 75,5 Prozent als eher modern bis sehr modern eingeschätzt, von deutschen Krankenhäusern liegen nur 45 Prozent bei ähnlichen Werten (s. Abb. 13).

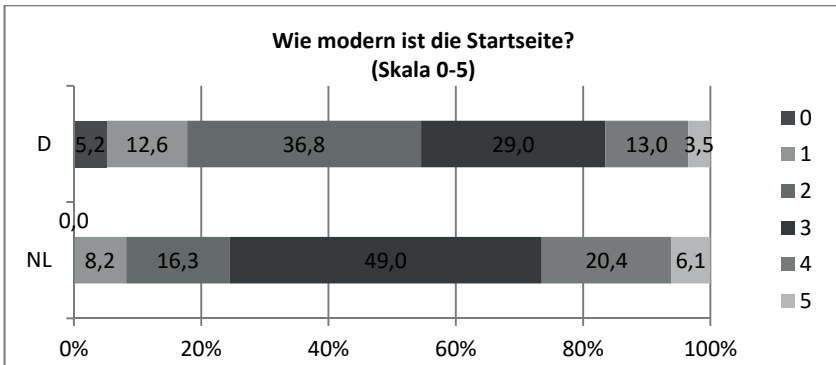


Abb. 13: Als wie modern wird die Startseite der Website deutscher und niederländischer Krankenhäuser wahrgenommen?

Am deutlichsten zeigt sich der bei beiden vorherigen Kriterien schon konstatierte länderspezifische Unterschied bei der Frage nach der Zielgruppenorientierung und der Nutzerfreundlichkeit. Hier haben die deutschen Krankenhausstartseiten tatsächlich Nachholbedarf, wenn man auf die Niederlande schaut (s. Abb. 14 und Abb. 15).

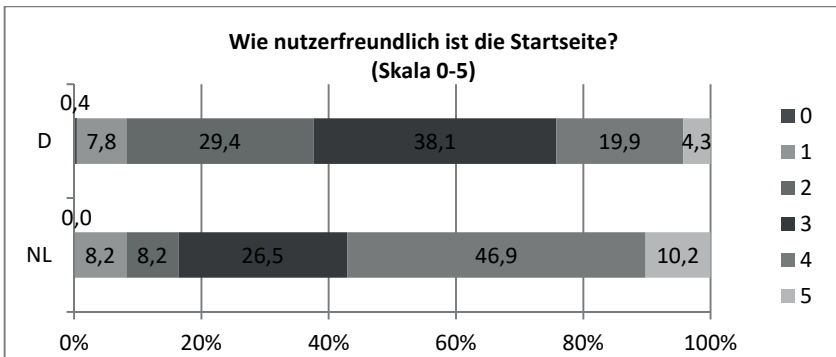


Abb. 14: Als wie nutzerfreundlich wird die Startseite der Website deutscher und niederländischer Krankenhäuser wahrgenommen?

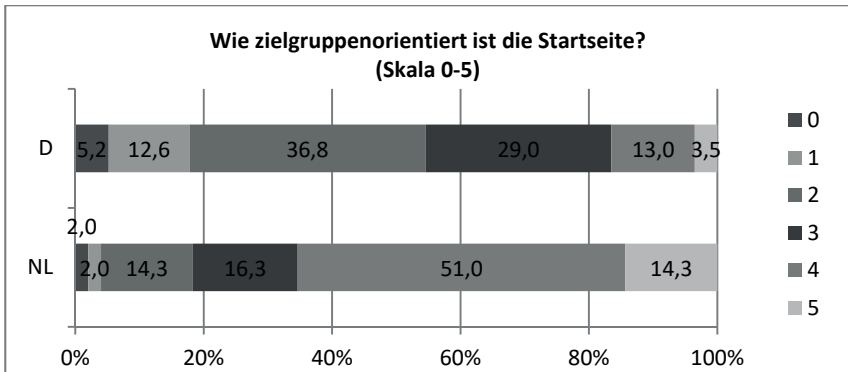


Abb. 15: Als wie zielgruppenorientiert wird die Startseite der Website deutscher und niederländischer Krankenhäuser wahrgenommen?

Niederländische Startseiten von Krankenhäusern sind zu nur je 16 bzw. 18,3 Prozent als gar nicht bis sehr wenig nutzerfreundlich bzw. zielgruppenorientiert eingeschätzt worden. Das bedeutet, dass über 80 Prozent der Krankenhäuser in den Niederlanden nach Einschätzung der onlineaffinen Codierer (eher) nutzerfreundlich und zielgruppenorientiert über die Startseite ihrer Corporate Website kommunizieren. Deutsche Krankenhäuser tun dies (noch) nicht: 37,6 Prozent kommunizieren eher wenig bis sehr wenig nutzerfreundlich und sogar 54,6 Prozent eher wenig bis sehr wenig zielgruppenorientiert.

Etwas weniger deutliche, aber immer noch klar messbare Unterschiede zeigen sich auch beim Kriterium der Übersichtlichkeit. Hier fällt auf, dass Startseiten deutscher Krankenhäuser aus Sicht der internetaffinen Nutzer (Codierer) tatsächlich eher übersichtlich eingeschätzt werden, wobei die übersichtlichsten Seiten dennoch in den Niederlanden verortet werden (14,3 Prozent sind sehr übersichtlich). Knapp 41 Prozent der niederländischen Startseiten von Krankenhäusern liegen bezüglich ihrer Übersichtlichkeit bei Werten von 4 und 5, das sind etwa zehn Prozent mehr als in Deutschland (s. Abb. 16).



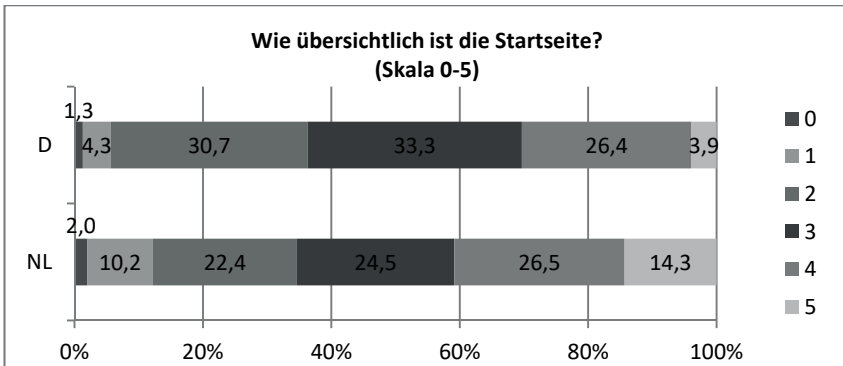


Abb. 16: Als wie übersichtlich wird die Startseite der Website der Website deutscher und niederländischer Krankenhäuser wahrgenommen?

Interessant wird es, wenn man das Kriterium der Übersichtlichkeit mit den anderen Kriterien in Zusammenhang bringt. Dann wird deutlich, dass die Graphen der Länder sich völlig voneinander unterscheiden (s. Abb. 17 und Abb. 18).

Als Fazit zu den Ergebnissen des ersten Eindrucks lässt sich anhand der Graphen Folgendes feststellen: Erstens, eine gute Homepage lässt sich nicht allein durch einen der fünf Faktoren – nutzerfreundlich, modern, ansprechend, zielgruppenorientiert und übersichtlich – charakterisieren. Positiv bewertet wurden immer diejenigen Seiten, bei denen möglichst viele der fünf erhobenen Faktoren auf der möglichen 0–5-Skala hohe Bewertungen erzielt haben.

Im Ländervergleich ist zweitens zu konstatieren, dass sich die niederländischen Krankenhaushomepages häufig aus einer Kombination von eher hoch bis hoch bewerteter Einzelfaktoren auszeichnen: Wenn man die Skala in der Mitte teilt (Trennlinie im Graph beim Wert 2,5), liegt der überwiegende Teil der niederländischen Krankenhäuser mit der Bewertung ihrer Einzelfaktoren jenseits mindestens beim Wert 3 auf der Skala. In den Kriterien nutzerfreundlich, zielgruppenorientiert und ansprechend sogar bei 4.

Drittens: Die Krankenhäuser in Deutschland haben zwar eher höhere Werte (mindestens Wert 3) bei den Faktoren übersichtlich, nutzerfreundlich, und zielgruppenorientiert, die Werte für modern und ansprechend liegen allerdings

im unteren Durchschnitt (jeweils unterdurchschnittlicher Wert 2). Dieser Umstand ist im Ländervergleich sehr interessant, denn es bestätigt o. g. Annahme der Notwendigkeit der Kombination aller Faktoren in möglichst guter Bewertung, wie es sich für niederländische Krankenhäuser abzeichnet. Vice versa: Eine übersichtliche Homepage bedeutet nicht kausal, dass die Homepage auch modern oder ansprechend sein muss. In Deutschland lässt sich dieser Zusammenhang gut zeigen anhand des Graphen: Dort haben viele Krankenhäuser wie erwähnt gut bei Übersichtlichkeit und Nutzerfreundlichkeit abgeschnitten, gegenläufig ist allerdings die Linie für ansprechend und modern. Es genügt also viertens nicht, eine lediglich übersichtliche Seite zu gestalten, denn wenn diese nicht als ansprechend oder auch modern wahrgenommen wird, besteht die Gefahr, dass diese Wirkung auf die Professionalität des Unternehmens insgesamt übertragen wird.

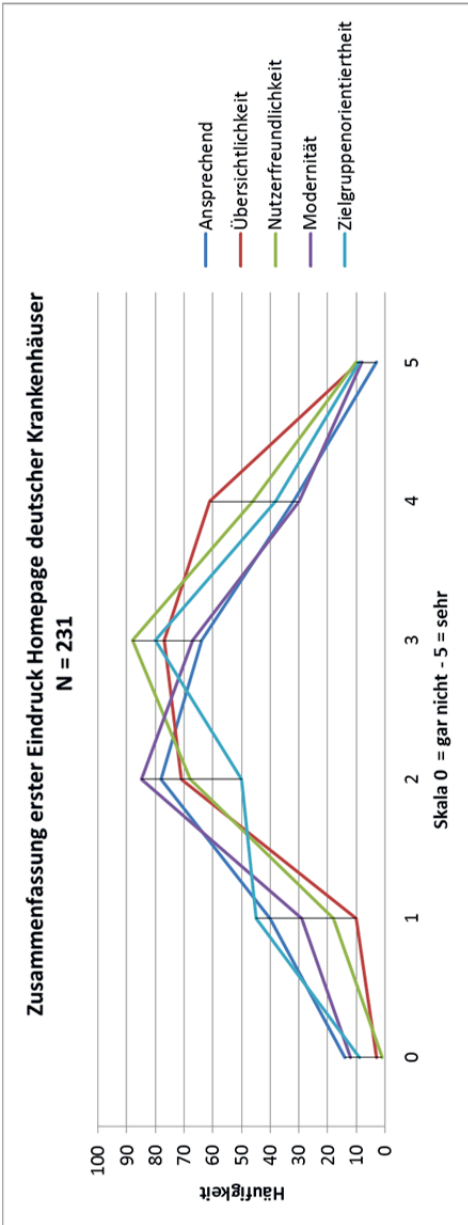


Abb. 17: Übersicht zu den Einschätzungen eines ersten Eindrucks der Homepages deutscher Krankenhäuser

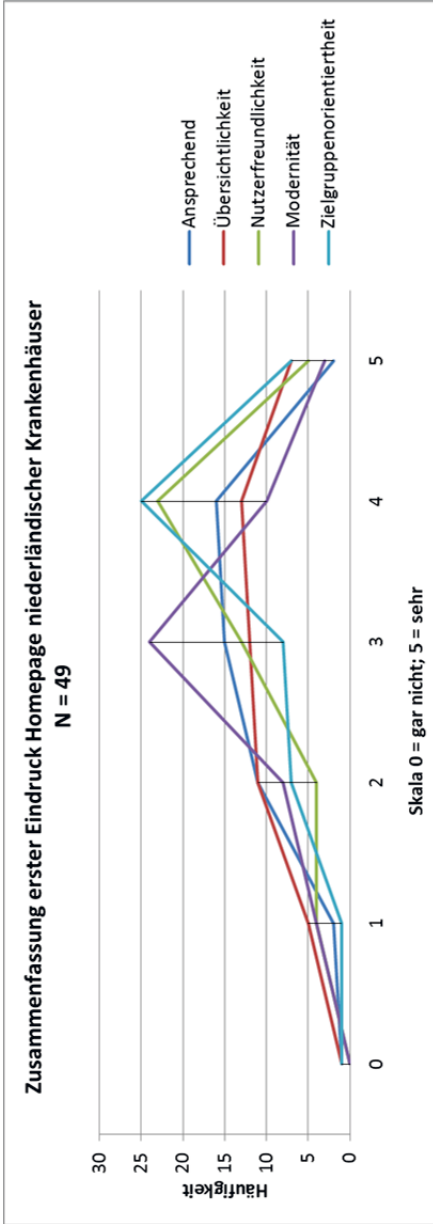


Abb. 18: Übersicht zu den Einschätzungen eines ersten Eindrucks der Homepages niederländischer Krankenhäuser

## 5.2 Zusammenhänge zwischen den Faktoren für den ersten Eindruck der Startseiten der Corporate Websites

Die soeben erläuterten Ergebnisse werden noch deutlicher, wenn man eine Korrelation im Hinblick auf Zusammenhänge unternimmt, um tatsächliche Zusammenhänge zwischen den Kriterien für den ersten Eindruck der Startseite einer Corporate Website feststellen zu können. Dafür wurden für jedes Land immer je alle fünf Kriterien (ansprechend, übersichtlich, nutzerorientiert, zielgruppenorientiert, modern) für den ersten Eindruck einer Homepage miteinander in Bezug gesetzt, bis jedes Kriterium mit jedem kombiniert worden war. Ermittelt wurde jeweils, ob es sich um einen statistisch linearen positiven oder negativen Zusammenhang (Pearson-Korrelation<sup>18</sup>) handelt und wie dieser dann zu interpretieren ist. Das Verfahren lief computergestützt mittels SPSS ab. Alle Zahlen beziehen sich wieder auf die Grundgesamtheit von N = 231 deutschen und N = 49 niederländischen Krankenhaushomepages.

Begonnen wird mit der Variablenkombination ansprechend und übersichtlich. Die Hypothese lautete: Ist eine ansprechende Homepage auch übersichtlich bzw. erhöht eine übersichtlich strukturierte Homepage die Chance, als ansprechend wahrgenommen zu werden? Hier konnte für die niederländischen Homepages ein statistisch hoher positiver Zusammenhang (0,63) ermittelt werden, der zur Kernaussage führt, je ansprechender die Startseite einer Website, desto übersichtlicher ist sie und umgekehrt.

In Deutschland kann man im Hinblick auf die Hypothese nur von einem mittleren statistischen Zusammenhang (Wert 0,28) sprechen, entsprechend ändert sich auch das Ergebnis: Wenn der erste Eindruck einer Startseite sehr ansprechend ist, ist die Seite auch (sehr) übersichtlich. Wenn die Startseite eher mittelmäßig ansprechend eingeschätzt wird, liegt die Bewertung für Übersichtlichkeit auch eher im Mittelfeld. Aber: Eine eher wenig ansprechen-

---

18 Korrelationskoeffizient nach Pearson hat die Werte von +1 bis -1. Bei einem Wert von +1 spricht man von einem vollständig positiven Zusammenhang, -1 bedeutet einen vollständig negativen Zusammenhang, der Wert 0 bedeutet, dass kein Zusammenhang vorliegt. Bei einem Wert von 0,1 spricht man von einem sehr schwachen, bei 0,3 von einem mittleren und ab 0,5 von einem starken Effekt.

de Startseite kann dennoch übersichtlich sein, das zeigen auch die bisherigen Auswertungen.

Die zweite Kombination betrifft die Variablen ansprechend und nutzerfreundlich. In den Niederlanden besteht zwischen beiden Variablen ein statistisch hoher positiver Zusammenhang (Wert 0,67). Das bestätigt wiederum die Hypothese: Je ansprechender die Startseite einer Website eingeschätzt wird, desto nutzerfreundlicher ist sie auch und vice versa. Wenn die Startseite ansprechend ist, ist sie auch nutzerfreundlich. Es gibt in den Niederlanden keine Startseite, die bei Nutzerfreundlichkeit den Wert „0“ codiert hat.

In Deutschland kann man die Hypothese nicht ganz so klar bestätigen, aber in der Tendenz: Es ist ein mittlerer positiver Zusammenhang erkennbar (0,4). Dies bedeutet, je ansprechender die Homepage, desto nutzerfreundlich ist sie in der Regel auch und umgekehrt. Wenn die Startseite eher mittelmäßig ansprechend eingeschätzt wird, ist die Nutzerfreundlichkeit meist auch eher im Mittelfeld (Ausnahmen sind möglich).

Fragt man drittens nach einem Zusammenhang zwischen den Kriterien ansprechend und modern, ist hier der klarste positive Zusammenhang erkennbar, und zwar für beide Länder (Wert 0,72 für die Niederlande und 0,76 für Deutschland): Je ansprechender die Startseite einer Website, desto moderner ist sie und vice versa. Wenn die Startseite (sehr) ansprechend ist, ist sie auch (sehr) modern, wohingegen eher unmoderne Startseiten sehr häufig auch als nicht ansprechend eingeschätzt werden.

Die Aspekte modern und ansprechend haben den höchsten Zusammenhang aller fünf Aspekte zum ersten Eindruck einer Startseite. Modernität spielt als Faktor für die Einschätzung, wie ansprechend eine Seite von Digital Natives wahrgenommen wird, also die größte Rolle. In den Niederlanden gibt es mehr moderne Startseiten als in Deutschland (Peak bei 4 zu Peak bei 2). Es gibt in den Niederlanden keine Startseite, die bei Modernität den Wert „0“ codiert hat.

Viertens wird ein Zusammenhang zwischen Zielgruppenorientierung und dem Kriterium ansprechend postuliert. Ein etwas geringerer, aber in den Niederlanden dennoch noch verhältnismäßig hoher (Wert 0,49) sowie ein in Deutschland mittlerer positiver Zusammenhang (Wert 0,29) lassen den

Schluss zu, dass für niederländische Krankenhäuser folgende Hypothese bestätigt werden kann: Je ansprechender die Startseite, desto zielgruppenorientierter ist sie in der Regel und umgekehrt. Wenn die Homepage ansprechend ist, ist sie auch zielgruppenorientiert (einzelne Ausnahmen). In Deutschland besteht eine schwächere Zielgruppenorientierung auf der Startseite als in den Niederlanden. Wenn diese hoch eingeschätzt wird, wird die Startseite gleichzeitig auch als ansprechender eingeschätzt.

Fünftens: Die Hypothese, je moderner eine Startseite, desto zielgruppenorientierter wird sie eingeschätzt, lässt sich dagegen so nicht unbedingt bestätigen. Bei jeweils nur mittleren positiven Zusammenhängen (in den Niederlanden Wert 0,33 und in Deutschland 0,35) muss man feststellen, dass Modernität und Zielgruppenorientierung nicht automatisch in Kausalzusammenhang stehen. Es gibt auch Websites, die zwar nicht modern eingeschätzt wurden, aber dennoch zielgruppenorientiert gestaltet sein können.

Während zwischen der Zielgruppenorientierung und der Modernität einer Homepage also eher wenig Zusammenhang besteht, so wirkt sich Nutzerfreundlichkeit offenbar auf die Einschätzung der Modernität aus und umgekehrt – wenn auch in Deutschland nicht so deutlich (Wert 0,4) wie in den Niederlanden (Wert 0,62). Sechstens lässt sich daher feststellen, je nutzerfreundlicher eine Startseite eines niederländischen Krankenhauses eingeschätzt wird, desto moderner wird sie bewertet und vice versa. In den Niederlanden gibt es keine Seite, die im Hinblick auf Nutzerfreundlichkeit den Wert 0 codiert hat. Modernität und Nutzerfreundlichkeit liegen im Vergleich mit den Niederlanden in Deutschland stärker im Mittelfeld. Der Zusammenhang zwischen positiv eingeschätzter Nutzerfreundlichkeit und Modernität sowie umgekehrt ist lediglich mittel-stark.

Siebtens: Je nutzerfreundlicher eine niederländische Startseite eingeschätzt wird, desto zielgruppenorientierter wird sie bewertet und umgekehrt (hoher positiver Zusammenhang, Wert 0,59). Zielgruppenorientierung und Nutzerfreundlichkeit liegen im Vergleich mit den Niederlanden in Deutschland dagegen erneut stärker im Mittelfeld (Wert 0,34). Der Zusammenhang zwischen positiv eingeschätzter Nutzerfreundlichkeit und Zielgruppenorien-

tierung ist nur mittel-stark, in einigen Fällen trifft die Hypothese daher nicht zu.

Bezüglich der Variablenkombination übersichtlich und nutzerfreundlich kann achtens festgestellt werden, dass es in beiden Ländern einen hohen positiven Zusammenhang zwischen den Faktoren Übersichtlichkeit und Nutzerfreundlichkeit gibt. Je übersichtlicher die Startseite eines niederländischen Krankenhauses eingeschätzt wird, desto nutzerfreundlicher wird sie bewertet und vice versa. Der Wert zeigt mit 0,77 einen sehr hohen positiven Zusammenhang an. Wenn eine Homepage also (sehr) hohe Übersichtlichkeit zugewiesen bekommt, ist auch der Wert für Nutzerfreundlichkeit entsprechend hoch.

Je übersichtlicher eine Startseite in Deutschland eingeschätzt wird, desto nutzerfreundlicher wird sie auch hier bewertet und umgekehrt. Wenn eine deutsche Startseite (sehr) hohe Übersichtlichkeit zugewiesen bekommt, ist der Wert für Nutzerfreundlichkeit entsprechend hoch. Auch hier ist der Zusammenhang mit einem Wert von 0,62 hoch positiv.

Neuntens: Interessant ist auch die Frage nach der Rolle der Übersichtlichkeit einer Website im Zusammenhang mit dem Grad der Modernität, mit der sie ausgestaltet ist, bzw. wie sie eingeschätzt wird. Wie schon häufiger ist der Zusammenhang für die niederländischen Krankenhäuser deutlicher festzustellen (hoher positiver Zusammenhang von 0,62), als dies für deutsche der Fall ist (nur schwach mittlerer positiver Zusammenhang von 0,26 feststellbar).

Bei niederländischen Krankenhäusern gilt also: Je übersichtlicher eine niederländische Startseite eingeschätzt wird, desto moderner ist sie in der Regel auch. Das Gegenteil gilt freilich genauso: Wenn eine Homepage (sehr) hohe Modernität zugewiesen bekommt, ist auch der Wert für Übersichtlichkeit entsprechend hoch. Wenn allerdings eine deutsche Startseite (sehr) hohe Übersichtlichkeit zugewiesen bekommt, kann der Wert für Modernität entsprechend hoch ausfallen, muss dies aber nicht automatisch. Auch unmoderne Seiten können also durchaus übersichtlich sein. In Deutschland ist der Zusammenhang zwischen Übersichtlichkeit und Modernität also nicht kausal gegeben.



Der größte Unterschied zwischen den Krankenhaus-Startseiten in Deutschland und den Niederlanden besteht neben dem bereits erwähnten Unterschied in der Modernität (diese ist bei niederländischen Krankenhäusern höher eingeschätzt worden) nun zehntens in Bezug auf den Zusammenhang zwischen den Kriterien Übersichtlichkeit und Zielgruppenorientierung einer Startseite. Für die Niederlande ist wiederum – wie übrigens für alle Faktoren – ein recht hoher positiver Zusammenhang festzustellen: Je übersichtlicher eine niederländische Startseite eingeschätzt wird, desto höher ist die Zielgruppenorientierung in der Regel auch und vice versa. Wenn eine Startseite (sehr) hohe Übersichtlichkeit zugewiesen bekommt, ist auch der Wert für Zielgruppenorientierung vielfach entsprechend hoch (Wert 0,49).

Für Deutschland ist kein bzw. kaum ein Zusammenhang zwischen Übersichtlichkeit und Zielgruppenorientierung festzustellen (Wert 0,08).

### 5.3 Bildsprache und Emotionalisierung auf den Startseiten der Corporate Websites

Um die Ergebnisse des ersten Eindrucks noch vertiefen zu können, diente die Analyse im Hinblick auf die Bildsprache als Anhaltspunkt. Hier wurden vor allem die verwendeten Bilder auf den Startseiten der Corporate Website untersucht, und zwar sowohl auf ihren Inhalt als auch auf den Faktor Emotionalisierung.

Zur Bildsprache der Startseiten der Krankenhäuser zählten in diesem Fall Bilder von Menschen, unterteilt in sichtbar per Kleidung als medizinisches Personal erkennbar oder nicht als medizinisches Personal erkennbar, Bilder von medizinischen Geräten und Bilder vom Äußeren oder Inneren der (Krankenhaus-)Gebäude. Hintergrund für die Ausbildung dieser Kriterien ist die Annahme, dass eine Personalisierung über die Einbindung von Bildern mit Menschen im Hinblick auf den während der theoretischen Fundierung erläuterten Faktor der Vertrauensbildung höhere Authentizität vermittelt als Bilder von Gebäuden. Bei den Gebäude-Bildern besteht allerdings ein Unterschied zwischen Bildern von außen und innen, denn es wird hier unterstellt,

dass bezüglich der Transparenz (ebenfalls wichtig für die Ausbildung von Vertrauen) Bilder vom Inneren eines Krankenhauses höher einzuschätzen sind als solche von den Außengebäuden der Kliniken. Potenzielle Patienten können sich somit einen Blick vom Inneren des Krankenhauses machen, bekommen einen persönlichen Einblick und empfinden das Gebäude beim persönlichen Besuch als weniger fremd. Ähnlich verhält es sich mit der Abbildung von Bildern von medizinischem Personal, auch dies suggeriert den Abbau von Distanz und den Aufbau von Nähe, Transparenz, Authentizität, und kann damit auch emotionale Reize beim Betrachter der Bilder auslösen. Bilder von nicht-medizinischem Personal können als Projektionsfläche für den potenziellen Patienten dienen, der sich vorstellen kann, wie der Umgang mit ihm als Patienten in diesem Krankenhaus aussehen wird. Auch hier wird mit der Suggestion des Bekannten gearbeitet, die dem potenziellen Patienten Nähe statt Distanz vermitteln und einen hohen Authentizitätsfaktor implizieren soll. Bilder vom Äußeren des Gebäudes können diese Nähe nicht in der Tiefe herstellen wie Bilder von Menschen oder vom Gebäudeinneren. Man schaut eher buchstäblich vor eine Wand und der persönliche Blick in das Innere bleibt verstellt.

In der Erhebung waren jeweils Mehrfachantworten notwendig. Für jede Startseite musste erhoben und ggf. errechnet werden (mittels Addition aller Bilder), wie hoch auf der Skala zwischen 0 (keine Bilder) und 5 (ausschließlich Bilder) der Wert für das verwendete Bildmaterial war.

Wenn man sich die Ergebnisse anschaut, so ist die größte Auffälligkeit, dass in den Niederlanden 41 Prozent der Krankenhäuser bei ihren auf der Startseite verwendeten Bildern zur Hälfte Menschen zeigen, die kein medizinisches Personal darstellen, weitere 26,5 Prozent verwenden hauptsächlich oder ausschließlich Bilder von Menschen ohne medizinischen Hintergrund. Dieser Wert liegt bei deutschen Krankenhäusern in Deutschland bei 20,3 Prozent (zur Hälfte) bzw. bei 14,3 Prozent (hauptsächlich oder ausschließlich). 65,4 Prozent der deutschen Krankenhäuser nutzen wenig bis keine Bilder von Menschen ohne erkennbaren medizinischen Bezug. In den Niederlanden wird also insgesamt deutlich mehr Wert darauf gelegt, dass der Patient oder po-

tenzielle Patient eine Projektionsfläche erhält, um den eigenen Aufenthalt vorstellbar zu machen.

Relativ ähnlich verhält es sich ländervergleichend bei der Kategorie „Bilder von medizinischem Personal“: 36,5 Prozent der niederländischen Krankenhäuser verwenden wenig (26,5 Prozent) bis keine Bilder (10,2 Prozent) von visuell als medizinisch erkennbarem Personal auf ihrer Startseite, in Deutschland ist dies mit einem Wert von knapp 47 Prozent (je 23,4 Prozent) relativ ähnlich. Aber auch hier liegen niederländische Krankenhäuser insgesamt rund zehn Prozent höher.

Medizinische Geräte werden in beiden Ländern im Prinzip überhaupt nicht bis wenig als Bilder abgebildet. Das ist aus kommunikationsbezogener Sicht ein sinnvolles Vorgehen, da für potenzielle Patienten, die sich mit solchen Geräten als Laien in der Regel nicht auskennen, das Risiko unnötiger Besorgnis durch ein Abbilden medizinischer Gerätschaften zumindest nicht auszuschließen ist.

Im Unterschied zu den Aufnahmen von Menschen, die in den Niederlanden generell häufiger auf den Startseiten von Krankenhäusern eingesetzt werden, sieht der Ländervergleich bei der Abbildung von Gebäuden deutlich anders aus. In den Niederlanden sind Außenaufnahmen von Gebäuden in der Bildsprache von Krankenhäusern tatsächlich sehr unüblich (61,2 Prozent der Krankenhäuser verwenden keine, 28,6 Prozent nur wenige). In Deutschland sind solche Bilder zwar auch nicht die Regel (41,6 Prozent verwenden wenige Aufnahmen, weitere 25,5 Prozent nutzen keine). Allerdings wird deutlich weniger darauf verzichtet als in den Niederlanden, denn wenn nur ein Viertel der deutschen Häuser keine Außenaufnahmen nutzt, bedeutet es eben auch, dass drei Viertel der deutschen Krankenhäuser auf Bilder von Außengebäuden der Kliniken zurückgreifen – ein deutlicher Unterschied zu den Niederlanden, wo über 61 Prozent aller Krankenhäuser auf ebensolche Aufnahmen verzichten. Genau umgekehrt verhält es sich mit der Bildsprache über das Innere eines Krankenhauses: Diese Bilder sind in Deutschland seltener als Außenaufnahmen eines Krankenhauses (61 Prozent verwenden keine und 25,5 Prozent wenige Bilder). Die niederländischen Krankenhäuser nutzen

dagegen Bilder vom Inneren des eigenen Krankenhauses häufiger, etwa 30 Prozent zeigen mindestens zur Hälfte solche Bilder (s. Abb. 19 und Abb. 20).

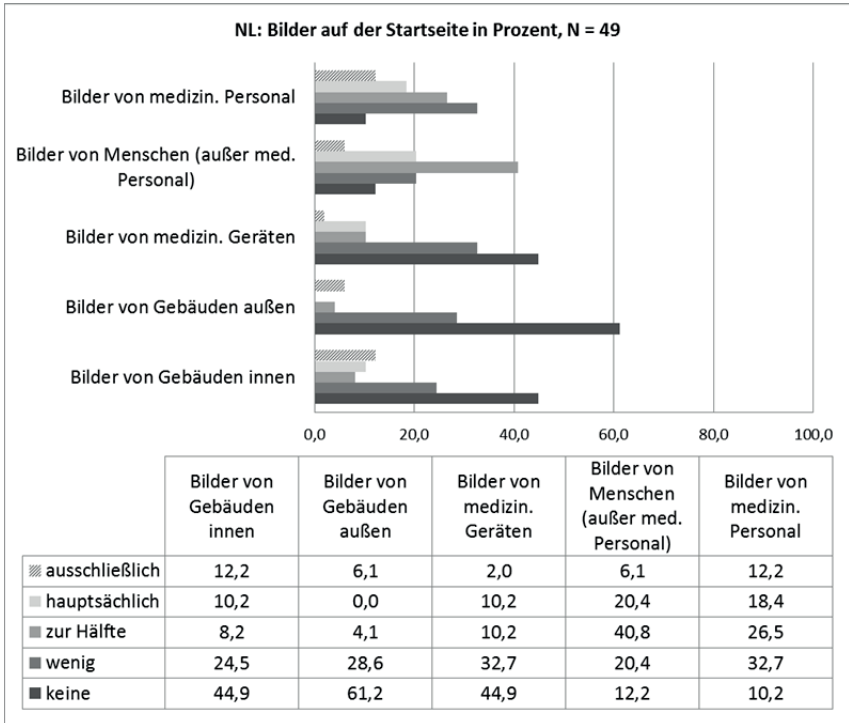


Abb. 19: Bilder auf der Startseite der Corporate Website niederländischer Krankenhäuser in Prozent, N = 49

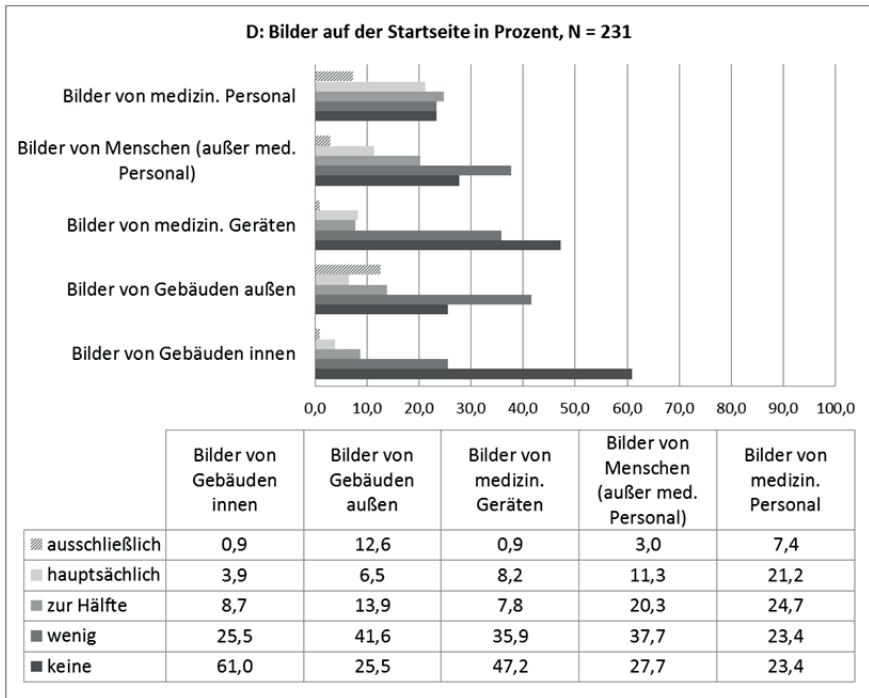


Abb. 20: Bilder auf der Startseite der Corporate Website deutscher Krankenhäuser in Prozent, N = 231

Für die Kategorie Emotionalisierung sind Variablen ausdifferenziert worden (induktiv-deduktiv), die die visuell im Gesicht der abgebildeten Menschen erkennbaren Emotionen erheben sowie die Hilfetätigkeit von Menschen für Menschen abbilden. Ausgangspunkte für die Ausdifferenzierung dieser Variablen waren sowohl die Vermutung, dass Emotionen von Menschen für andere Menschen wichtige Indikatoren für die eigene Orientierung im Hinblick auf den Faktor Vertrauen darstellen (und zwar positiv wie negativ), als auch der Blick in das Material mittels Pretest. Es fiel in der Auseinandersetzung mit dem Material im Vorfeld der Erhebung bereits auf, dass sowohl der Gesichtsausdruck von Menschen als auch die Menschen an sich (ihr visuell erkennbares Alter, ihre – visuell erkennbare – Gesundheit) und ihr Umgang miteinander

der (visuell erkennbare Hilfestellung) im Kontext Krankenhaus relevantes Bildmaterial darstellten.

Die Werte für die Variablen, die der Kategorie Emotionalisierung im Ergebnis zuzuordnen sind, sind in den Niederlanden bis auf eine Ausnahme höher als in Deutschland (s. Abb. 21). Nur beim Wert *Menschen zeigen keine Emotionen im Gesicht* liegen beide Länder bei einem ähnlich hohen Wert von 45–47 Prozent. Kombiniert man allerdings die Variable *Menschen wirken fröhlich* damit, so ist in beiden Ländern zusammenfassend auffällig, dass der überwiegende Teil der verwendeten Bilder fröhliche Menschen zeigt, ein mittlerer Teil unverfängliche Bilder mit neutralen Gesichtsausdrücken der Menschen und nur zu einem relativ geringen Teil angespannt oder ängstlich schauende Menschen. Dies ist ein wichtiges Ergebnis mit Blick auf den Faktor Vertrauensbildung: Das Bildmaterial im Bereich der Emotionalisierung ist so ausgewählt, keine unnötigen Ängste oder Verunsicherungen für den potenziellen Patienten entstehen zu lassen. Im Ländervergleich auffällig ist trotz dieser Ähnlichkeiten allerdings, dass der Anteil an Bildern mit fröhlichen Menschen in den Niederlanden dabei insgesamt mit knapp 86 Prozent etwa 20 Prozent höher ist als in Deutschland. In den Niederlanden kommt also der vertrauensbildende Faktor vor allem durch visuell erkennbare Fröhlichkeit zustande.

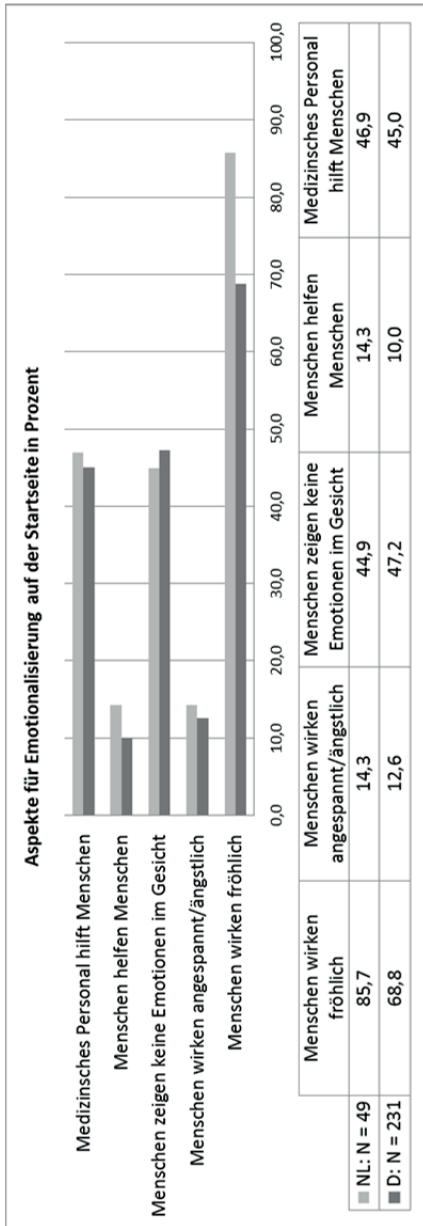


Abb. 21: Aspekte für Emotionalisierung auf der Startseite deutscher und niederländischer Krankenhäuser in Prozent

In beiden Ländern werden Bilder mit visuell als erkrankt bzw. krank erkennbaren Menschen ähnlich häufig verwendet, beide liegen im Bereich von knapp unter 40 Prozent (s. Abb. 22). Es ist zu unterstellen, dass die nicht so stark ausgeprägte Verwendung dieser Bilder daher rührt, dass für einen Betrachter von außen zwar Krankheit im Krankenhaus erwartbar ist, diese Bilder allerdings eher negative Emotionen beim Betrachter erzeugen könnten, was für die Vertrauensbildung weniger förderlich ist, als wenn visuell als gesund dargestellte Menschen gezeigt werden.

Einen großen Unterschied gibt es dagegen bei der Darstellung von Kindern und Jugendlichen sowie Babys. In Deutschland werden Babys doppelt so häufig gezeigt wie Kinder (fast 30 Prozent), in den Niederlanden zeigen fast 50 Prozent der Krankenhäuser Jugendliche oder Kinder, Babys dagegen deutlich seltener (nur 16 Prozent) (s. Abb. 22). Es fällt ebenfalls auf, dass zwar in beiden Ländern die Darstellung visuell als jung erkennbaren Menschen über der Anzahl der Bilder mit als alt oder älter erkennbaren Menschen liegt, in den Niederlanden liegen aber beide Werte deutlich höher. Insbesondere der Anteil an Bildmaterial mit visuell als älter zu beurteilenden Menschen liegt um fast 20 Prozent über dem deutschen Wert. Sicherlich kann man hier einen Bezug zu den kulturellen Unterschieden beider Länder ziehen. Für die Niederlande sind Kinder und ältere Menschen buchstäblich sichtbarer in der Gesellschaft und eben auch in den gesellschaftlichen Lebensbereichen, zu denen der Gesundheitssektor ganz besonders gehört. Insofern kann man hier schon postulieren, dass der Authentizitätsfaktor der niederländischen Häuser, der durch Kommunikation vermittelt ist, höher ist als bei deutschen Häusern, da die niederländische Gesellschaft sich visuell ganzheitlicher angesprochen fühlen dürfte als in Deutschland. Hierzu sind natürlich nähere Studien, auch etwa zur sichtbaren Multinationalität auf verwendetem Bildmaterial, notwendig. Aber als ersten Anhaltspunkt kann man das angesichts der hier erzielten Ergebnisse dennoch festhalten.



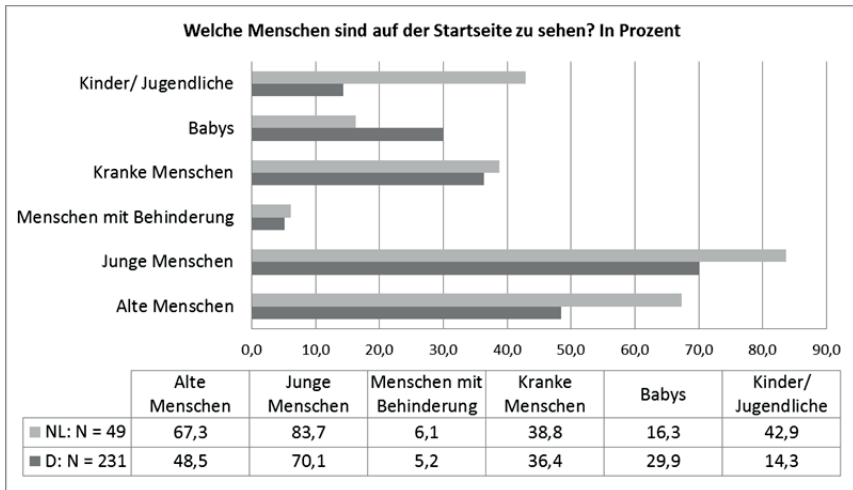


Abb. 22: Menschen, die auf der Startseite deutscher und niederländischer Krankenhäuser zu sehen sind in Prozent

Zum Farbkonzept der Startseiten der Corporate Websites ist zu sagen, dass beide Länder für die Onlinepräsenz ihrer Krankenhäuser mit deutlicher Mehrheit eher kühle als warme Farben nutzen: In den Niederlanden verwenden 14 Prozent eine warme Farbgestaltung, in Deutschland sind es elf Prozent der Krankenhäuser. Es ist zu vermuten, dass die kühlen Farben Seriosität ausstrahlen sollen, sie sprechen gleichzeitig für eine geringere Emotionalisierung. Emotionalisierung spielt, ebenso wie die erwähnte Authentizität, bei der Gewinnung des in der theoretischen Fundierung (Kapitel 2 und 3) beschriebenen Faktors Vertrauen wiederum eine entscheidende Rolle. Eingangs wurde auf Janke verwiesen, der konstatiert:

„Glaubwürdigkeit und Authentizität sind Schlüssel, die Vertrauen fördern können. Die Zukunft scheint ungewiss angesichts gesamtgesellschaftlicher Transformationsprozesse und weltweitem Wettbewerb um die Antworten auf die potenziell zukunftsentscheidenden Fragen.“ (Janke 2015: 29)

Im Zusammenhang mit daraus resultierenden Unsicherheiten trifft, so wurde zu Beginn dieses Bandes ebenfalls erläutert, vor allem die subjektive Wahrnehmung von Risiko (Unsicherheit aufgrund von Nicht-Wissen) als Grundlage für die Entstehung von Vertrauen (vgl. Kohring 2004) im Gesundheitsbereich besonders zu. Vertrauen, das einer Gesundheitseinrichtung wie dem Krankenhaus zugeschrieben wird, die so kommuniziert, dass Glaubwürdigkeit und Authentizität deutlich werden (also wertschöpfend!), reduziert für den Einzelnen, den (potenziellen) Patienten, dessen Unsicherheit, die in Folge von Kontingenzen entsteht, auf ein für ihn zu verarbeitendes Maß (Reduktion der Komplexität). In der Konsequenz kann das dann nichts anderes bedeuten, als dass sich ein Patient für dasjenige Krankenhaus entscheidet, dem er vertraut, das also so kommuniziert, dass der Einzelne dem Krankenhaus Vertrauen entgegenbringt. Auf diese Weise führt immaterielle Wertschöpfung durch Kommunikation letztlich zur materiellen Wertschöpfung der Organisation Krankenhaus insgesamt. Diese für Vertrauensaufbau zwecks Wertschöpfung nützlichen Faktoren liegen laut den vorliegenden Ergebnissen in niederländischen Krankenhäusern höher als in deutschen.

#### 5.4 Besonderheiten bei der Zielgruppenorientierung – Fokus Onlinekommunikation für Kinder

Deutsche und niederländische Corporate Websites unterscheiden sich auch in ihrer Zielgruppenansprache. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die niederländischen Websites eine höhere Zielgruppenorientierung aufweisen als die deutschen. Ähnlich verfahren die deutschen und niederländischen Krankenhäuser dennoch in einem: Ein Reiter ‚Karriere‘ ist auf den Startseiten niederländischer Krankenhäuser offensichtlich wichtiger (98 Prozent) als ein Button für Patienten und Bürger, wobei der Effekt in deutschen Krankenhäusern deutlicher ist (knapp 20 Prozent der Krankenhäuser haben keinen eigenen Button für Patienten und Bürger, s. Abb. 23).

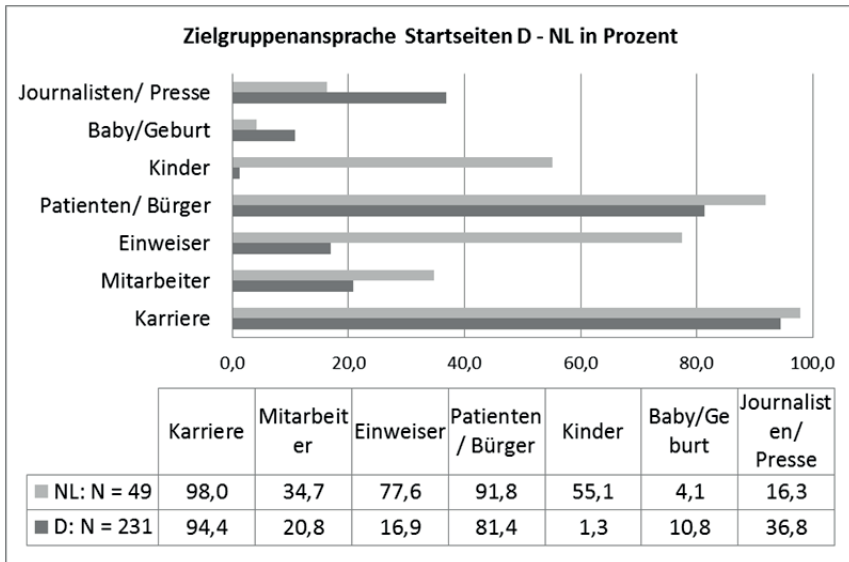


Abb. 23: Die Zielgruppenansprache auf den Startseiten deutscher und niederländischer Krankenhäuser in Prozent

Dieser Umstand könnte mit dem aktuell vielfach zitierten Fachkräftemangel im Bereich des Gesundheitssystems zusammenhängen, der beide Länder zurzeit sehr beschäftigt. Fachkräfte sollen sich direkt angesprochen fühlen und auf der Seite zurechtfinden, wenn sie sich für das Krankenhaus als Arbeitgeber interessieren.

Die geringere Bürgerorientierung deutscher Krankenhäuser über einen für diese Zielgruppe extra gekennzeichneten Button oder Reiter deutet allerdings schon an, dass man sich trotz aller Fokussierung der niederländischen Häuser auf Nachwuchskräfte dennoch den potenziellen Patienten in seiner Kommunikation mehr zuwendet als in deutschen Häusern (knapp 92 Prozent aller niederländischen Krankenhäuser haben eine Zielgruppenansprache ‚Bürger‘ oder ‚Patient‘). Für deutsche Krankenhäuser spielt die Kommunikation Richtung Presse und Journalisten dagegen eine größere Rolle als in den Niederlanden: Knapp 37 Prozent aller deutschen Krankenhäuser vollziehen eine zielgruppenspezifische Ansprache der Presse, in den Niederlanden sind

es nur etwa halb so viele. Zwei Zielgruppen fallen allerdings ganz besonders auf: Mehr als die Hälfte der niederländischen Krankenhäuser spricht gezielt Kinder als Zielgruppe an (eigener Button), was mit den schon erwähnten Ergebnissen zur Bildsprache korrespondiert. Im überwiegenden Teil der Startseiten werden außerdem auch die einweisenden Ärzte berücksichtigt (78 Prozent). Hier wird das Gatekeeper-System der Niederlande in Bezug auf den Hausarzt gut erkennbar: Die einweisenden Ärzte sind diejenigen, die die Patienten direkt zu einem speziellen Krankenhaus überweisen, insofern ist logisch, dass die Ärzte sich in einer eigenen zielgruppenspezifischen Kommunikation wiederfinden. In Deutschland spielt der sog. Einweiser zunehmend im Marketing eine stärkere Rolle, hier sollte darüber nachgedacht werden, ihn auch online entsprechend einzubinden. Alle Ergebnisse zur Zielgruppenkommunikation lassen sich durchaus im Hinblick auf den partizipativen Unternehmensführungsstil in den Niederlanden und das Bemühen um den (kommunikativen) Einbezug aller erklären.

Die Kommunikation mit der Zielgruppe ‚Kind‘ ist allerdings so auffallend anders, dass entschieden wurde, in der Hauptstudie eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring anzuschließen und im zweiten Schritt eine vertiefende Fallstudie darauf aufbauend durchzuführen (s. den Artikel von Henrichs in diesem Band.) Für die qualitative Inhaltsanalyse in der Hauptstudie, die der Fallstudie vorausging, wurden alle Seiten mit Angeboten für Kinder zunächst offen analysiert, dabei sollten alle Kriterien notiert werden (verbale Daten), die für Kinder angeboten wurden. Die Analyse wurde dabei von der reinen Startseite auf das gesamte vorhandene Onlineangebot für die Zielgruppe Kind erweitert. Die verbalen Daten pro Fall (ein Krankenhaus) wurden in ATLAS.ti eingespeist, um sie dort computergestützt mittels verbalen Codes im Hinblick auf Auffälligkeiten kategorisieren zu können. Maßgabe bei der Auswertung qualitativer Daten ist dabei immer, so viel wie nötig, aber so wenig wie möglich an Eigenschaften des Materials zu verdichten. Dabei spielen die ständige Rücküberprüfung der gewonnenen Kategorien (sog. Codes in ATLAS.ti) am Material und die entsprechende Überarbeitung der Codes eine Rolle, sofern sich eine Kategorie als zu grob oder zu fein herausstellt. Mittels ATLAS.ti wurde also ein kategorienbildendes Verfahren zur Zusammenfassung und

Kategorisierung der Daten angewandt, das es ermöglichte, aus einer Fülle verbaler Daten des Gesamtmaterials induktiv die folgenden acht Ober- und Unterkategorien zu entwickeln, die dann in einem zweiten Schritt quantifizierbar waren (s. Tabelle 9).

| Oberkategorie                                       | Beispiele für Ausdifferenzierung von Unterkategorien                                   | Codierungshinweis         |
|---|--|---------------------------|
| C1: Begleitung auf Homepage                         | durch Tier, Figur, Mensch  | Einfachnennung            |
| C2: Bildsprache                                     | kühl – warm<br>Bildsprache kindgerecht   | Einfachnennung            |
| C3: Einblick in das Krankenhaus                     | Räumlichkeiten, Team, Kindernewsbereich, Informationen zum Aufenthalt etc.             | Mehrfachnennungen möglich |
| C4: Medizinische Informationen                      | knappes vs. umfangreiches Krankenhaus-Wörterbuch                                       | Mehrfachnennungen möglich |
| C5: rechtliche Hinweise                             | -  | Einfachnennung            |
| C6: Spielmöglichkeiten                              | externe Homepage, intern Onlinespiel oder Download                                     | Einfachnennung            |
| C7: Struktur Homepage                               | Verlinkung Social Media, eigenständige Website, Zielgruppeneinstiegsmöglichkeiten etc. | Mehrfachnennungen möglich |
| C8: zielgruppenspezifische Informationsaufbereitung | sprachlich, inhaltlich kindgerecht   | Mehrfachnennungen möglich |

Tabelle 9: Ausdifferenzierte Oberkategorien inkl. Beispielen für ausdifferenzierte Unterkategorien in der Inhaltsanalyse der Kinderseiten niederländischer Homepages

Die Quantifizierung der Daten erfolgt nach Abschluss der Kategorienbildung mittels ATLAS.ti insofern, als die gewonnenen Kategorien und ihre ebenfalls aus dem Material entwickelten Unterkategorien als Codes für die jeweiligen Fälle vergeben wurden. Jeder Code stellt im Excel-Export, den ATLAS.ti standardmäßig ermöglicht, eine Variable dar, und jede Markierung („drag and drop“ eines Codes auf eine Textstelle (= Analyseinheit), hier auf ein Kran-

kenhaus), einen Fall. So konnte ausgegeben werden, wie oft ein bestimmter Code, eine bestimmte Variable pro Fall (pro Krankenhaus) vorkommt. Manche Variablen konnten auch mehrfach pro Fall codiert werden, dies ist entsprechend bei den Ergebnissen (s. o. Tabelle 9) angegeben.

Folgende Ergebnisse ließen sich anschließend feststellen: 55,1 Prozent (27 von 49 Krankenhäusern) der niederländischen Krankenhäuser sprechen über ihre Krankenhaushomepages Kinder direkt an, unterschieden wird dabei, ob es eine eigene Website für Kinder gibt oder einen eigenen Bereich auf der zentralen Corporate Website, der speziell für Kinder gestaltet ist. In Deutschland haben nur 3 von 231 Krankenhäusern eine Zielgruppenansprache speziell für Kinder (1,3 Prozent). Von den 27 niederländischen Krankenhäusern mit Zielgruppenansprache ‚Kind‘ sind hier die wichtigsten Ergebnisse der Inhaltsanalyse zusammengefasst (s. auch Abb. 24):

- 13 Krankenhäuser haben eine eigene Website für Kinder (48,1 Prozent der Krankenhäuser mit Angeboten für Kinder und damit 26,5 Prozent aller 49 niederländischen Krankenhäuser) (Kategorie C7).
- 14 Krankenhäuser stellen auf ihrer Corporate Website einen eigenen Bereich bzw. eigene Angebote für Kinder zur Verfügung (28,6 Prozent aller 49 niederländischen Krankenhäuser) (Kategorie C7).
- Social-Media-Angebote speziell für Kinder sind dagegen selten, drei Krankenhäuser haben eigene Social-Media-Kanäle für Kinder (11,1 Prozent der Krankenhäuser mit Angeboten für Kinder und 6,1 Prozent aller 49 niederländischen Krankenhäuser) (Kategorie C7).
- Fast alle niederländischen Krankenhäuser bereiten die Informationen in ihrem Webangebot für Kinder sprachlich (25 und damit 92,6 Prozent der Krankenhäuser mit Angeboten für Kinder und 51 Prozent aller niederländischen Krankenhäuser) und inhaltlich kindgerecht auf (22 und damit 81,5 Prozent der Krankenhäuser mit Angeboten für Kinder und 44,9 Prozent aller 49 niederländischen Krankenhäuser) (Kategorie C8 a, b).

- 17 Krankenhäuser bieten Spielmöglichkeiten online für Kinder an (63 Prozent der Krankenhäuser mit Angeboten für Kinder und 34,7 Prozent aller 49 niederländischen Krankenhäuser) (Kategorie C6).
- 12 Krankenhäuser haben ein integriertes Wörterbuch, um Kindern (medizinische) Fachbegriffe zu erklären (44,4 Prozent der Krankenhäuser mit Angeboten für Kinder und 24,5 Prozent aller 49 niederländischen Krankenhäuser). Zehn der 12 Krankenhäuser verfügen dabei sogar nicht nur ein kurzes, sondern ein umfangreiches Wörterbuch zu medizinischen Informationen für Kinder (Kategorie C4).
- 19 Krankenhäuser informieren Kinder über Abläufe im Krankenhaus (70,4 Prozent der Krankenhäuser mit Angeboten für Kinder und 38,8 Prozent aller 49 niederländischen Krankenhäuser), zehn Krankenhäuser stellen das Team vor und elf Häuser informieren auch über den Krankenhausaufenthalt an sich (Kategorie C3).
- Die Bildsprache ist diametral anders ausgestaltet als auf den Corporate Websites der niederländischen Krankenhäuser: Wo dort die kühle Farbgebung dominiert, ist bei den Angeboten für Kinder fast überall ein warmes Farbkonzept und damit eine Orientierung am Kind festzustellen (Kategorie C2). Dieser Eindruck korrespondiert mit dem Umstand, dass viele niederländische Krankenhäuser das Kind bei seinem Webseitenbesuch nicht allein lassen, sondern ihm einen Begleiter an die Seite stellen, und zwar in Form von einer Fantasiefigur, eines Menschen oder eines Tieres. Neun Krankenhäuser verfahren so, das ist ein Drittel aller Krankenhäuser mit Angeboten für Kinder (Kategorie C1).

Diese Ergebnisse sind aus kommunikationsstrategischer Sicht sicherlich als besonders spannend zu bewerten. Deutschen Krankenhäusern ist zu also schon an dieser Stelle zu empfehlen, Kinder als Zielgruppe von morgen schon heute in der eigenen Kommunikationsstrategie einzubinden. Henrichs erläutert in ihrem Aufsatz genauer, welche Ergebnisse die Inhaltsanalyse niederländischer Kinderseiten en detail zutage fördert und wie diese speziellen Angebote für die Zielgruppe ‚Kind‘ konkret ausgestaltet sind.

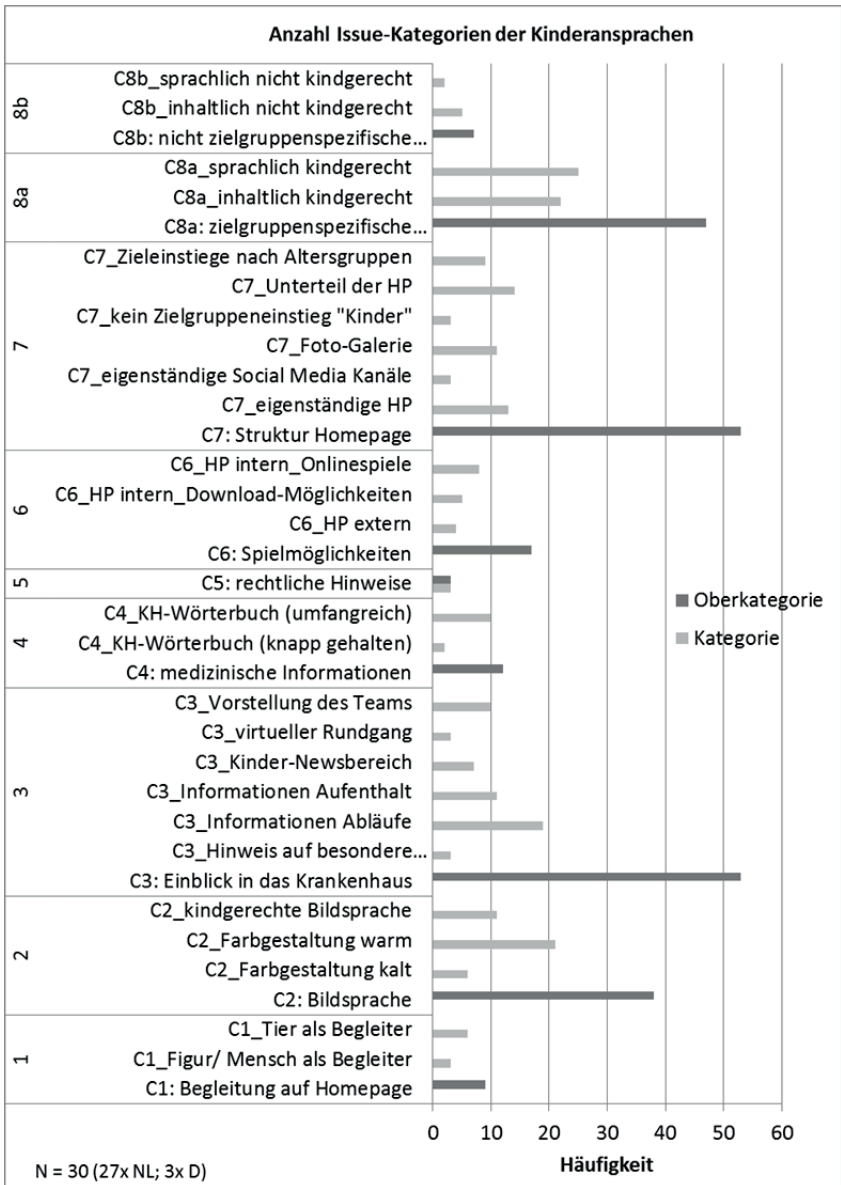


Abb. 24: Häufigkeiten der Issue-Kategorien (Ober- und ausdifferenzierte Unterkategorien) nach Analyse der Kinderseiten niederländischer Krankenhäuser



## 5.5 Fazit mit Bezug zu bisheriger Forschung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die niederländischen Krankenhäuser modernere und ansprechendere Homepages haben als deutsche Krankenhäuser. Sie liegen bei den Einschätzungen der fünf Kriterien zum ersten Eindruck von Startseiten in der Regel vor den deutschen. Der Zusammenhang zwischen den Variablen modern und ansprechend ist in den Niederlanden deutlich zu erkennen, dagegen haben zwar deutsche Krankenhäuser z. T. durchaus übersichtliche Homepages, diese sind aber kaum modern oder ansprechend eingeschätzt worden. In den Niederlanden hat kein Krankenhaus bei Nutzerfreundlichkeit oder Modernität den Wert „0“ codiert. Niederländische Krankenhäuser nutzen also in aller Regel die Möglichkeiten, die eine Homepage als Imagekommunikationsinstrument bietet, eher als deutsche Krankenhäuser. Das Risiko für Krankenhäuser, dass sie bei wenig ansprechender, wenig moderner oder auch wenig zielgruppenspezifischer Homepage eingehen, liegt für deutsche Krankenhäuser insbesondere darin, dass potentielle Patienten von der wenig ansprechenden Onlinepräsenz durchaus auf mangelnde Qualität der Organisation insgesamt schließen könnten und sich aufgrund der freien Arztwahl für ein anderes Krankenhaus entscheiden. Umgekehrtes gilt natürlich ebenso, weshalb hier sehr deutlich wird, wie der Zusammenhang von (Online-)Kommunikation und Wertschöpfung im Krankenhaus aussehen kann.

In der Analyse von Bildsprache und Emotionalisierung wurde deutlich, dass niederländische Krankenhäuser in ihrer Bildsprache und bezüglich emotionalisierender Aspekte ebenfalls anders kommunizieren als deutsche. Die Werte, die für die Variablen in der Kategorie Emotionalisierung gemessen wurden, liegen in den Niederlanden bis auf eine Ausnahme über den Werten für Deutschland. So gibt es z. B. mehr Bilder von nicht medizinischem Personal auf niederländischen Krankenhaus-Homepages, es wird dort also stärker als in Deutschland darauf geachtet, dass Patienten eine Projektionsfläche haben und sich selbst als potentieller Patient dieses Krankenhauses wiedererkennen können.

Ähnlichkeiten gibt es dagegen bei der Darstellung fröhlich wirkender Menschen. Dieses Bildmaterial verwenden beide Länder überwiegend, ein wichtiger Aspekt im Hinblick auf die Vertrauensbildung: Es sollen keine unnötigen Ängste oder Verunsicherungen für den potenziellen Patienten entstehen. Trotz dieser Ähnlichkeit ist für niederländische Krankenhäuser dennoch festzustellen, dass der Anteil an Bildern mit fröhlichen Menschen insgesamt mit knapp 86 Prozent etwa 20 Prozent höher ist als in Deutschland, der Faktor der Vertrauensbildung für die Wertschöpfung also deutlich mehr zum Tragen kommt.

Ein weiterer besonders auffälliger Unterschied in der Bildsprache beider Länder ist der konträre Einsatz der Bilder der Krankenhausgebäude: Wohingegen deutsche Häuser vermehrt Gebäude von außen zeigen, überwiegt in niederländischen Krankenhäusern der Fokus auf das Innere des Krankenhausgebäudes. Somit wird Transparenz für den Betrachter geschaffen, der potentielle Patient bekommt einen tatsächlichen Einblick in das Krankenhaus, was als förderlich auf eine mögliche Vertrauensbildung eingeschätzt werden kann. Das Äußere eines Krankenhauses dagegen erzeugt diesen Eindruck nicht, man sieht nicht, was sich hinter den Gebäudemauern verbirgt. Deutsche Krankenhäuser können hier sicher von niederländischen lernen.

Dasselbe gilt für die Nutzung der Bilder von Personen. Für die niederländischen Krankenhäuser wird die Gesellschaft vollständig angesprochen – nicht nur junge Leute werden abgebildet, sondern auch ältere Personen und Kinder. Ältere Menschen werden zu 20 Prozent häufiger abgebildet als in deutschen Homepages (knapp 70 Prozent zu knapp 50 Prozent). Insbesondere die explizite Ansprache von Kindern ist ein besonders interessantes Ergebnis der vorliegenden Untersuchung: In den Niederlanden verfügen 27 von 49 Krankenhaushomepages über eine explizite Kinderansprache (55,1 Prozent). Diese sind zum überwiegenden Teil sowohl inhaltlich als auch sprachlich zielgruppenspezifisch aufbereitet, dieser Eindruck wird durch das warme Farbkonzept noch unterstützt. Der Zweck solcher zielgruppenspezifischen Seiten liegt vor allem in der Möglichkeit, sich vor dem Krankenhausaufenthalt zu informieren, was zu erwarten sein wird (Abläufe, Aufenthalt, Vorstellungen von Team und Räumlichkeit). Abgeleitet von der Art der Kommunikation auf diesen

Seiten ist zu vermuten, dass der Zweck des Onlineangebotes für Kinder darin liegt, potentielle Ängste vor dem Krankenhausaufenthalt zu reduzieren. Ein warmes Farbkonzept verstärkt dabei die Emotionalisierung.

Eine explizite Ansprache von Kindern in der Kommunikation kann darüber hinaus durchaus auch einen vertrauensbildenden Effekt für Erwachsene haben und somit zur immateriellen Wertschöpfung der Organisation Krankenhaus im doppelten Sinne beitragen. Wenn ein Unternehmen zeigt, dass es sich um Kinder kümmert, ist man als Bürger ggf. eher geneigt, nicht nur das eigene Kind, sondern auch sich selbst dort behandeln zu lassen, weil man eine besonders kindgerechte, eben fürsorgliche Betreuung erwartet. Insbesondere vor diesem Hintergrund wäre deutschen Krankenhäusern zu empfehlen, die Chance, die spezielle Onlinepräsenzen für die Zielgruppe Kind bietet, im Wettbewerb mit anderen Häusern tatsächlich zu nutzen. Denn im Unterschied zu den Niederlanden wird Kommunikation als Wertschöpfungsfaktor insbesondere am Beispiel der Kommunikation für Kinder sehr deutlich. Aufgrund dieser sehr interessanten Ergebnisse, die während der Hauptstudie im Bereich der Onlinekommunikation für die Zielgruppe Kind festgestellt wurden, wurde eine spezielle Fallstudie, aufsetzend auf den hier erarbeiteten Hauptkategorien zur Kommunikation mit der Zielgruppe Kind erstellt (s. den Aufsatz von Henrichs in diesem Band).

Die Ergebnisse zu Bildsprache und Emotionalisierung sind auch mit Blick auf die in Wolf-Eichbaums Aufsatz erläuterten nationalkulturellen Unterschiede zwischen den Niederlanden und Deutschland zu erklären: Niederländische Krankenhäuser kommunizieren anders als deutsche und das erklärt sich durch die wesentlich femininere Nationalkultur der Niederlande: Sog. weiche Werte wie Ebenbürtigkeit, Solidarität und Unterstützung lassen sich in Bildsprache und Emotionalisierung durchaus erkennen.

Die vorgestellten Ergebnisse korrespondieren auch mit einer aktuellen niederländischen Studie zum Grad der Informationsfähigkeit und der Interaktivität niederländischer Krankenhäuser (TrendITion), die 2014 publiziert wurde und damit zeitlich in den hier analysierten Untersuchungszeitraum fällt. Wichtiges Ergebnis waren die Wünsche und Erwartungen niederländischer Bürger an die Kommunikation eines Krankenhauses: Seit 2012 ist ein

Anstieg der Erwartungen an erstens klare und zweitens gute Erklärungen zu verzeichnen sowie an Erklärungen, die drittens beruhigen sollen (Marketresearch 2014: 12). Gleichzeitig stellt die Studie fest, dass der Patient aktiver wird und via Internet zunehmend selbst nach Informationen sucht (vgl. Veldhuijzen; Nguyen 2014: 4). Das erklärt auch seine gesteigerten Erwartungen an die (Online-)Kommunikation eines Krankenhauses.

Zu der Frage der TrendITion-Studie nach dem Informations- und Interaktivitätsgrad der niederländischen Krankenhaushomepages sind vor allem folgende Ergebnisse für die vorliegende Studie interessant: Niederländischen Krankenhaus-Webseiten wird zum aktuellen Zeitpunkt eher eine informierende, denn eine interaktive Funktion zugesprochen. Webseiten sind also eher im Hinblick auf die strategische Kommunikation als PR-Plattform ausgerichtet, dienen aber laut TrendITion-Studie noch nicht dem interaktiven Austausch zwischen Patient und Krankenhaus:

„Websites van ziekenhuizen hebben op dit moment vooral een informerende functie. Wat betreft online interactie zijn ziekenhuizen een eind op weg, maar de websites lijken meer te functioneren als een online informatiebron voor de zorggebruiker dan een functionele plek tussen de zorgaanbieder en patiënt.“ (Veldhuijzen; Nguyen 2014: 6)

Die Studie sieht die Webseiten in ihrem Informationsangebot gut ausgestattet, erkennt allerdings Schwächen in Strukturierung. Die Seiten werden insgesamt als sehr transparent bewertet, das korrespondiert zu den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung bezüglich des ersten Eindrucks der Startseite bei niederländischen Krankenhäusern. In Bezug zur Nutzerfreundlichkeit wird ein hohes Maß an Konsistenz und Übersichtlichkeit zur Verbesserung der Nutzerfreundlichkeit angeraten (hierzu zählt die Studie etwa, die meistgesuchten Begriffe möglichst mit One-Click-Lösungen zu versehen). Abstriche bei der Informationsgabe gibt es dagegen vor allem bei der Vorstellung von Personal. (Vgl. ebd.: 8) Insgesamt schneidet jeder Typ Krankenhaus bei der Bewertung der Zugänglichkeit der Informationen laut TrendITion-Studie eher schlecht ab, bemängelt wird vor allem unzureichende oder fehlende Vorlese-

funktionen (nur in 34 Prozent der untersuchten Krankenhäuser vorhanden) und mehrsprachige Darstellungen (vgl. ebd.: 16).

Die Studie gibt niederländischen Krankenhäusern die Empfehlung zu mehr Onlineinteraktivität, insbesondere Einsicht in medizinische Ergebnisse, Anfragen zu Rezepten und die Möglichkeit für eine Online-Sprechstunde zwecks Erhöhung der Transparenz werden gefordert (vgl. ebd.: 21).

Fasst man die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung und die der TrendITion-Studie zusammen, zeigt sich sehr deutlich, dass niederländische Websites von Krankenhäusern im Hinblick auf Kommunikation einen Schritt weiter sind als deutsche. Denn was hier kritisiert wird, ist mit Bezug auf deutsche Krankenhäuser fast als Kritik auf hohem Niveau anzusehen. Gleichwohl empfiehlt es sich für deutsche Krankenhäuser, nicht nur die eigenen Ergebnisse der vorliegenden Studie zu reflektieren, sondern auch die Kritikpunkte der TrendITion-Studie an niederländischen Corporate Websites. Denn angesichts der wachsenden Zahl (potentieller) Patienten, die online nach Gesundheitsthemen und Krankenhäusern recherchieren und dort zu recht adäquat und zielgruppengerecht aufbereitete Inhalte erwarten, liefern die Ergebnisse wichtige und hilfreiche Hinweise.

## Literatur

- Gerliner, Thomas (2012): Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens in den Niederlanden. In: Bundeszentrale für politische Bildung, Dossier Gesundheitspolitik. In: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72974/versorgungsstrukturen?p=0>. Zuletzt eingesehen am 14.12.2016.
- Janke, Katharina (2015): Kommunikation von Unternehmenswerten. Modell, Konzept und Praxisbeispiel Bayer AG. Wiesbaden.
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl., Weinheim [u. a.].

- Marketresponse (2014): Het meest patient vriendelijke ziekenhuis 2014. Juryrapport. In: <https://www.zorgkaartnederland.nl/uploads/img/Marketing/JuryrapportProzent20def.pdf>. Zuletzt eingesehen am 28.03.2015
- Schaeffer, Doris (2006): Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse. Herausgegeben von der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Veldhuijzen, Evalien; Nguyen, Thien Ly (2014): TrendITion. Hoe informatief en interactief zijn de ziekenhuiswebsites in Nederland? In: <https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Rapporten/Rapport%20Informatieve%20en%20interactieve%20ziekenhuiswebsites.pdf>. Zuletzt eingesehen am 11.05.2016.



## 6 Zwischen Exot und kommunikativem Alltagsinstrument. Ergebnisse zur Social-Media-Nutzung von Krankenhäusern im Ländervergleich

*Lisa Terfrüchte*

Social Media sind mittlerweile ein selbstverständlicher Kanal für die Organisationskommunikation, insbesondere für Organisationen und Unternehmen hat ihre Relevanz in den letzten Jahren enorm zugenommen. Sie bieten ihren Anwendern die Möglichkeit für zielgruppenspezifische Imagekommunikation und das Platzieren von Botschaften am klassischen Gatekeeper – dem Journalisten – vorbei (vgl. Keding 2015: 83). Die eigenen Stakeholder lassen sich mittels des „global verfügbare[n] Kommunikationskanal[s]“ (ebd.) direkter und viel gezielter ansprechen, mehr noch, man kann sich mit ihnen direkt austauschen (vgl. ebd.).

Social Media stehen für eine spezifische Kommunikationsform, die eigenen Regeln folgt und sich darin von ‚klassischer‘ Imagekommunikation unterscheidet. Ettl-Huber et al. geben einen operationalisierenden Überblick über die drei oft synonym gebrauchten Begriffe Social Media, Social Web und Web 2.0 und begründen die Entscheidung für die Wahl des Begriffs Social Media in Anlehnung an Bernet 2010 und Zerfaß et al. 2008, weil dieser Begriff „am stärksten in die Richtung einer neuen Kommunikationskultur“ (Ettl-Huber et al. 2013: 11) verweist: Die Dialogfunktion lässt die ‚klassischen‘ Rollen Kommunikator (oder: Produzent von Kommunikation) und Rezipient (‚Empfänger von Kommunikation‘) hybridisieren (vgl. ebd.). Auf den Aspekt einer neuen Kommunikationskultur durch Social Media recurriert auch Keding:

„Aus kommunikationsstrategischer Sicht führen diese Aspekte in erster Linie zu einer Entwicklung, die den Einsatz von Two-Way- und Dialog-Kommunikation sowie die Integration von partizipativen Elementen fördern. [...] Darüber hinaus beeinflussen die durch *Social Media* ausgelösten Veränderungen in der Kommunikationspraxis auch die grundlegende Kommunikationskultur von Organisationen, Unternehmen und Individuen.“ (Keding 2015: 80 f., Herv. i. O.)



Erfolgreiche Kommunikation in Social Media ist nur dann für Organisationen möglich, wenn sie „wie die anderen Teilnehmer auch, authentisch, glaubwürdig und aktiv kommunizieren“ (ebd.: 83). Keding unterscheidet zwei Nutzungstypen von Social Media durch Organisationen, von denen er gleichzeitig zwei Ziele der Social-Media-Kommunikation ableitet: zum einen die proaktive Nutzungsweise, bei der eine Organisation aus eigenem Antrieb und geplant strategisch Social Media nutzt. Zum anderen nennt Keding die reaktive Nutzungsweise, bei der eine Organisation auf eine Kommunikation aus der Umwelt oder von Stakeholdern reagiert, folglich also die Umwelt online beobachtet und darauf reagiert, aber nicht selbst aus eigenem Impuls in Aktion tritt. Verbunden mit beiden Nutzungstypen sind die Ziele Online-Monitoring und Beziehungsmanagement: Diese beiden Ziele von Social Media sind für erfolgreiche Kommunikation von Organisationen relevant. (Vgl. ebd.: 84)

Social Media dient als Oberbegriff für Blogs, Microblogs (Twitter, Tumblr), Social Network Aggregators, Podcasts und Newsgroups bzw. Foren sowie Soziale Netzwerke (vgl. ebd.: 81). Zu Letzteren lassen sich neben dem allseits bekannten Facebook auch jobbezogene Onlinenetzwerke wie Xing und LinkedIn zählen. Insbesondere für das Employer Branding und Personalmarketing sind die Möglichkeiten, Personal zu rekrutieren, mit den Funktionen der Onlinenkommunikation gestiegen (s. hierzu auch den Artikel von Zufelde in diesem Band). Laut einer Social-Media-Personalmarketing Studie von 2014 scheint es sinnvoll, mehrere Kanäle zu bespielen, da sich so die Größe der Zielgruppe erhöht (vgl. Petry 2014). Petry konstatiert, Personalmarketing-Ziele seien einer der Hauptgründe für Unternehmen, sich in Social Media zu engagieren, gleichzeitig bleibe der Erfolg aber überschaubar. Für die Jobsuche der Kandidaten, so die Ergebnisse, seien Social Media nicht primäre Kanäle, sondern weiterhin eher Jobportale und Karriere-Websites. Von Unternehmensseite werden zwar mittlerweile mehr Kanäle für die Suche nach geeigneten Kandidaten genutzt, aber auch hier dominieren die Jobbörsen und Karriere-Portale. Auffällig ist dennoch, dass bei der Recherche der Kandidaten nach Arbeitgeberinformationen im Zusammenhang mit der eigenen Jobsuche knapp die Hälfte der 240 Befragten Unternehmensseiten bei Facebook und Xing bzw. 33 Prozent Karriereseiten bei Facebook und Xing hinzuzieht. (Vgl.

ebd.) Petry konstatiert, dass bei den Zielen, Social Media zu nutzen, seitens der Unternehmen „Employer Branding- vor Recruiting-Zielen [dominieren, Anm. d. V.]“ (ebd.).

Für die professionelle Nutzung von Social Media durch Organisationen lässt sich ein ähnlicher Trend beobachten: Die BITKOM-Studie kam bereits 2012 zu dem Ergebnis, dass in deutschen Unternehmen (N = 723) 47 Prozent Social Media nutzen und 15 Prozent dies konkret geplant haben (vgl. BITKOM 2012: 6). 62 Prozent der befragten Unternehmen glauben laut der Ergebnisse außerdem, dass die Wichtigkeit von Social Media in Zukunft zunehmen wird, von den befragten Großunternehmen (mindestens 500 Mitarbeiter) sind dies sogar 89 Prozent (vgl. ebd.: 19). Die angegebenen Ziele der Social-Media-Nutzung waren überwiegend die Steigerung der Bekanntheit von Unternehmen bzw. Marke (82 Prozent), die Akquise neuer Kunden (72 Prozent) und der Aufbau von Beziehungen zu Kunden (68 Prozent). Bezogen auf den hier relevanten Untersuchungsgegenstand ‚Homepage Krankenhaus‘ kann man vermuten, dass sich diese Ziele mit Blick auf Patientengewinnung und Imagekommunikation übertragen lassen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich laut Social-Media-Delphi-Report desselben Jahres: 2012 verfügten bereits 39 Prozent der Befragten (Stichprobe N = 860 Kommunikationsmanager in Deutschland) über ein gesondertes Social-Media-Budget, 64 Prozent der befragten Unternehmen gingen davon aus, dass dieses kontinuierlich steigen werde (vgl. Zerfaß; Fink; Linke 2012: 42). Der European Communication Monitor von 2015 hat dabei aktuell mittels einer Umfrage unter europäischen Kommunikationsexperten die wichtigsten Themen in der Unternehmenskommunikation in Europa feststellen können (s. Abb. 25). Als wichtigstes Thema der nächsten Jahre schätzen die Experten (43 Prozent) die Verknüpfung der Geschäftsstrategien und der Kommunikation ein. Ein Umstand, der wiederum für das steigende Bewusstsein von strategischer Kommunikation als Wertschöpfungsfaktor spricht. Auch der Aufbau und die Bewahrung von Vertrauen passen zum veränderten Kommunikationsbewusstsein. An zweiter Stelle nennen die PR-Experten die Digitalisierung und die sozialen Netzwerke, was den Fokus auf Onlinekommunikation und vor allem

auf die Social Media nochmals deutlich unterstreicht – auch im internationalen Vergleich.

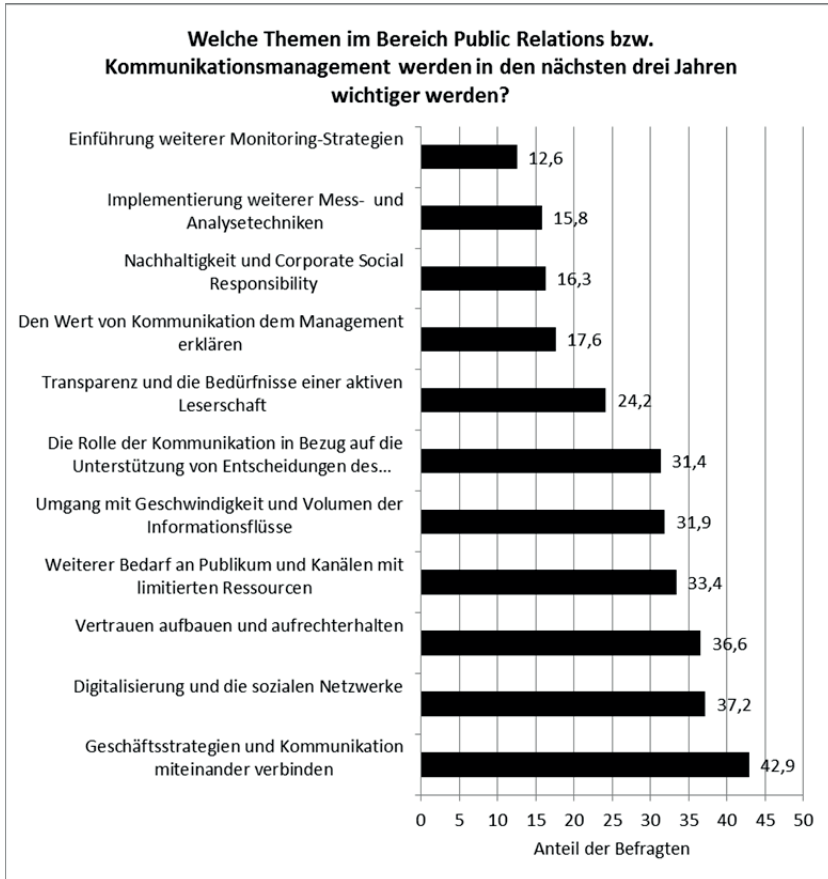


Abb. 25: Umfrage zu den wichtigsten Themen für die Unternehmenskommunikation in Europa 2015 (Europa; März 2015; N = 2.253 PR-Experten; bis zu drei Nennungen möglich), Quelle: EUPRERA, & EACD. (n.d.).

## 6.1 Social Media als Teil der Organisationskommunikation von Krankenhäusern

Mit Blick auf Krankenhäuser als Organisationen lässt sich allerdings feststellen, dass diese angesprochene Selbstverständlichkeit der Social-Media-Nutzung nicht unbedingt gilt. Bisherige Studien sowohl national als auch international zeigen zwar, dass auch hier die Social-Media-Nutzung steigt.

„In health care, patients increasingly use social media to communicate and share information. This is one of the fundamentals of what is described as Health 2.0 or Medicine 2.0.“ (van de Belt et al. 2012: 2)

Van de Belt et al. nahmen etwa die Ergebnisse erster US-Studien zum Anlass, die belegen, dass dort Krankenhäuser verstärkt Social Media nutzen, weil dies u. a. die Kommunikation mit den Patienten in Bezug auf Geschwindigkeit und Aktualität verbesserte.

„Active use of social media not only speeds up communication and improves information provision for patients; it allows caregivers to engage patients in the delivery of care, and for caregivers and patients to make decisions collaboratively and improve their relationship. In this way, using social media improves patient centered care [...]. There are also beneficial aspects for the hospital organization itself. Several studies report that social media can improve communication among staff, facilitate networking, attract visitors to the hospital's website, built the hospital's brand [...].“ (ebd.)

Vor diesem Hintergrund nahmen van de Belt et al. eine eigene Untersuchung zu Krankenhäusern in West-Europa vor. Angelegt als Longitudinal-Studie wurden via Internet-Recherche Krankenhäuser (N = 873; 347 aus Deutschland und 88 aus den Niederlanden) in zwölf west-europäischen Ländern in drei Zeiträumen von April bis August 2009, August bis Dezember 2010 und April bis Juli 2011 analysiert. Die Wahl von drei Zeiträumen ermöglichte es den

Forschern, tatsächlich einen Anstieg an Social-Media-Nutzung feststellen zu können. Van de Belt et al. fassen in ihrer Studie „European Hospitals Increasingly use Social Media“ die Ergebnisse zusammen. Festzustellen sind ein signifikanter Anstieg der Social-Media-Nutzung der Krankenhäuser in allen Ländern im Verlauf der Zeit sowie ein signifikanter Unterschied im Nutzungsverhalten zwischen den untersuchten Ländern: Mit Ausnahme der Niederlande und Großbritannien gab es im Untersuchungszeitraum nirgends eine starke Nutzung<sup>19</sup>:

„Social media awareness in Western European hospitals is growing, as well as its use. Social media usage differs significantly between countries. Expect for the Netherlands and the United Kingdom, the group of hospitals that is using social media remains small. Usage of LinkedIn for recruitment shows the awareness of the potential of social media.“ (van de Belt et al. 2012: 1)

2014 hat Merkel die Präsenz in und die Nutzung von Facebook als Kommunikationskanal von Krankenhäusern in Deutschland untersucht. Er sieht in der Gesundheitsbranche keine Unterschiede zu anderen Organisationen, wenn es um die Möglichkeiten der Nutzung von Social Media geht: Sie bieten

„[...] verbessertes Marketing durch eine zielgerichtete Ansprache der relevanten Zielgruppen, Kundenbindung, Meinungs austausch aber auch organisationsinterne Kommunikation. [...] Soziale Netzwerke schaffen neue Möglichkeiten der Interaktion zwischen den zentralen Akteuren des Gesundheitssystems und den (zukünftigen) Patientinnen und Patienten.“ (Merkel 2014: 2)

---

19 Hinweise zur Methode: Die Studie codiert Verbundseiten mehrfach für jedes Verbund-Mitglied. Die eher geringe Anzahl der Facebooknutzung in den Niederlanden ist durch Hyves zu erklären, denn während des Untersuchungszeitraumes war dies in den Niederlanden noch populärer als Facebook, was sich kurz danach änderte.

Zunächst identifizierte Merkel für seine Studie diejenigen Häuser, die einen Facebook-Kanal eingerichtet haben. Hierzu suchte er nach den Namen der Krankenhäuser aus dem „Deutschen Krankenhausverzeichnis“ (N = 1964, d. h. 96,2 Prozent) in Facebook und nahm dann eine Gegenkontrolle vor, ob das Krankenhaus auf seiner Homepage ebenfalls auf Facebook verweist. Anschließend folgte ein Abgleich mit vorherigen Untersuchungen. Der gewählte Untersuchungszeitraum bezog sich auf Mai und Juni 2013. In einem ersten Ergebnis wurde festgestellt, dass 309 Kliniken (15,7 Prozent) über einen Account bei Facebook verfügen. Für die weitere Analyse wurden nur offizielle Krankenhausprofile einbezogen, d. h. solche, die erstens über ein Impressum und zweitens über mindestens 25 Beiträge auf Facebook verfügten. Im zweiten Ergebnis weisen diese Kriterien lediglich noch 6,4 Prozent der Krankenhäuser auf (N = 125). (Vgl. Merkel 2014: 3 f.)

Als Fazit der Studie lässt sich insofern feststellen, dass nur ein Teil der Krankenhäuser Facebook nutzt, über einen eigenen Facebook-Account verfügen dagegen mehr Krankenhäuser, ohne diesen jedoch in jedem Fall aktiv zu nutzen. Merkel konstatiert außerdem zwischen den untersuchten Krankenhäusern „große Unterschiede in der Art der Nutzung, d. h. in der Regelmäßigkeit, mit der neue Inhalte durch die Kliniken veröffentlicht werden.“ (Merkel 2014: 1). Eine signifikante Korrelation zwischen Bettenanzahl bzw. Größe eines Krankenhauses und seiner Aktivität in Facebook konnte die Studie (anders als US-Studien von Huang & Dunbar 2013 für die USA nachwiesen) nicht feststellen. Wohl zeigt sich aber, dass Krankenhäuser in privater Trägerschaft länger und aktiver auf Facebook vertreten sind als freigemeinnützige und öffentliche (vgl. ebd.: 10.). Facebook wird als One-Way-Kommunikationskanal gesehen bzw. genutzt, nicht als Mittel, um in Dialog zu treten (vgl. ebd.: 6).

Auch das bestätigte sich durch die Studien von Huang & Dunbar, die 23300 Posts bzw. Tweets von 172 amerikanischen Facebook- und Twitterseiten ausgewertet haben:

„[...] this study found that the flow of information on hospital Facebook pages, and especially Twitter pages, is dominantly one-way; nevertheless,

hospitals, especially larger hospitals, have made great effort to interact with their Facebook visitors while marketing themselves, though such interaction is minimal.“ (Huang; Dunbar 2013: 14)

Im selben Jahr wie Merkel haben auch Lüthy & Jendreck die Social-Media-Nutzung von deutschen Krankenhäusern untersucht. Sie bildeten eine Stichprobe aus den Top-50-Krankenhäusern der Focus-Umfrage 2014, allen Universitätskliniken sowie einer nicht näher erläuterten Auswahl von Häusern in kirchlicher, privater und kommunalen Trägerschaft (N = 203). An die Öffentlichkeitsarbeiter dieser ausgewählten Krankenhäuser wurde eine Onlinebefragung zur Social-Media-Nutzung versandt, die eine Rücklaufquote von 26 Prozent verzeichnete (N= 53). Im Ergebnis nutzten von diesen 53 befragten Krankenhäusern 35 (68 Prozent) Social Media, überwiegend seit 2012 und 2013. Als Fazit wurde eine zögerliche Nutzung festgestellt: Am häufigsten genutzt wurden Facebook (55 Prozent), YouTube (47) und Xing (30 Prozent), Twitter kam auf 23 Prozent und Blogs nutzen 13 Prozent der 35 Häuser. (Vgl. Lüthy; Jendreck 2015)

Neben den Studien zu deutschen Krankenhäusern aus dem Jahr 2014 sei für die Niederlande nochmal auf die schon zuvor erwähnte TrendITion-Studie aus 2014 verwiesen, die niederländische Krankenhaus-Websites untersucht hat. Dort wurde u. a. auch die Aktivität über Social Media untersucht. 84 Prozent der Krankenhäuser nutzen Facebook, 78 Prozent Twitter und auch 78 Prozent YouTube (vgl. Veldhuijzen; Nguyen 2014: 22). TrendITion weist Twitter als relevantesten Kanal aus (vgl. ebd.: 18).

## 6.2 Zielsetzung und Methode

In Anlehnung an die Studien aus dem Jahr 2014, aber auch vor dem Hintergrund der bisherigen Untersuchungen zur Social-Media-Nutzung beider Länder, wurde im hier durchgeführten Forschungsprojekt ebenfalls nach Präsenz und Nutzung von Facebook sowie anderen Social Media (bzw. hier: sozialen

Netzwerken<sup>20</sup> wie Twitter, YouTube, LinkedIn und Xing) als Kommunikationskanälen von Krankenhäusern gefragt – aber nicht nur auf deutsche Häuser begrenzt, sondern mit Blick auf die Niederlande als ‚online-affines‘ Vergleichsobjekt. Ziel war es, zu untersuchen, ob und wenn ja wie häufig die Krankenhäuser in den Niederlanden und in Deutschland via Social Media kommunizieren und welche Ähnlichkeiten und/oder Unterschiede in der Kommunikation bestehen. Außerdem wurde untersucht, mit welchen Themen Krankenhäuser auf Social Media wie auch online insgesamt kommunizieren, s. hierzu Kapitel 7 in diesem Band.

Zugrunde gelegt wurde das bereits zu Beginn dieser Publikation vorgestellte Untersuchungsdesign: Zum Untersuchungsmaterial zählten zunächst alle Onlinepräsenzen der Krankenhäuser 65 km ost- und westwärts der deutsch-niederländischen Grenze (N: für D = 231, für die NL = 49). Zu diesen Krankenhäusern wurden formale Daten codiert wie Name und Träger, oder auch, ob eine Verbundmitgliedschaft vorliegt. Bei Krankenhausverbänden wurde geprüft, ob alle Verbundkrankenhäuser dieselbe Website haben. Wenn dies der Fall war, wurde ein Verbund im Unterschied zu anderen Studien bewusst nur einfach codiert, um die Ergebnisse nicht zu verzerren. Sofern jedes Krankenhaus eine eigene Seite hatte und keine gemeinsame Verbundseite, wurde jede Seite einzeln, der Verbundname allerdings ebenso codiert. In einem zweiten Schritt selektierten die Codierer, ob die Onlinepräsenz des Krankenhauses auf der ersten Seite (Startseite bzw. Homepage) ihrer Corporate Website einen oder mehrere Social-Media-Kanäle verlinkt. Der Schritt, den Merkel in seiner Studie für Facebook vornimmt, wird also gewissermaßen umgekehrt. In der vorliegenden Studie wurde zunächst über die Homepage nach allen dort verlinkten Social-Media-Kanälen recherchiert, anschließend wurde eine Gegenkontrolle gemacht und in den Social-Media-Kanälen jeweils der Name des Krankenhauses gesucht. Hintergrund für dieses Vorgehen ist, dass die vorliegende Studie von dem Idealfall ausgeht, dass Social Media als

---

20 In der vorliegenden Studie wurde sich auf einen Teil der Social Media, nämlich auf soziale Netzwerke, beschränkt. Da diese aber zu den bekanntesten Social Media zählen, wird im Folgenden der Einfachheit halber von Social Media gesprochen.



von der Unternehmensführung strategisch eingesetztes Instrument zur Imagekommunikation verstanden und deshalb auch auf der Startseite der Unternehmenspräsenz im Netz, platziert werden sollten. Aufgrund der binären Codierung in diesem ersten Studienschritt war es möglich, direkt zu sehen, welche Häuser tatsächlich Social Media derart prominent platzieren und welche zwar über diese Kanäle verfügen, sie aber nicht oder nicht sichtbar genug in die eigene Onlinepräsenz einbinden. Die Ergebnisse hier geben also bereits einen ersten groben Aufschluss darüber, welche Rolle soziale Netzwerke als Social Media für die Organisation spielen dürften.

Es wurde noch eine zweite Kontrollschleife durchgeführt, diese bezog sich auf die Prüfung der Aktivität des Kommunikationskanals Facebook. Für alle Häuser, die einen Facebook-Kanal auf der eigenen Startseite verlinkt haben, sowie für solche, die in Facebook per Suchfunktion zu finden waren, wurde im zweiten Schritt geprüft, ob es sich hier erstens um einen aktiven Kanal, zweitens um eine ‚tote‘ Seite oder, dritte Möglichkeit, um eine reine sog. Informationsseite handelt. In diesem letzten Fall zeigt die Seite keinerlei Aktivität und muss nicht von der Organisation angelegt worden sein.

In einem dritten Schritt wurden diejenigen Social-Media-Kanäle, die tatsächlich via Startseite verlinkt waren und gleichzeitig aktiv genutzt wurden (d. h. diejenigen, die weder ‚tote‘ Seiten noch Informationsseiten waren) mittels der bereits vorgestellten Inhaltsanalyse quantitativ und qualitativ untersucht, um das ‚Wie‘ der Nutzung im Ländervergleich beantworten zu können. Für die hier vorgestellte Nutzung werden im Wesentlichen die quantitativen Ergebnisse vorgestellt, da sich die Ergebnisse der Inhalte, die online insgesamt kommuniziert wurden, wie bereits erwähnt in Kapitel 7, finden lassen. Ebenfalls erhoben wurde jeweils die Anzahl der Fans (Facebook) und Follower (Twitter), die Menge sowie der Strukturierungsgrad der YouTube-Filme im – sofern vorhanden – YouTube-Kanal.

Gewissermaßen als Kontrollgruppe wurde die soeben vorgestellte Codierung der Social Media auch für den Newsbereich auf der Startseite eines Krankenhauses vorgenommen. Auf diese Weise lässt sich später beispielsweise feststellen, ob Krankenhäuser ggf. zwar mitteilungsfreudig im Hinblick auf ihre Umwelt sind, dafür aber keine Social Media nutzen, oder ob beide Kanäle

wenig bzw. viel bespielt werden. Im Artikel zu den online kommunizierten Themen (Kapitel 7) wird auf die Ähnlichkeiten und Unterschiede im Hinblick auf die Themensetzung eingegangen, die im Newsbereich und in den Social Media laufen.

Der Untersuchungszeitraum für die Social-Media-Analyse sowie für die Analyse des Newsbereichs auf der Startseite jedes Krankenhauses belief sich auf den 1. November 2013 bis zum 30. April 2014, alle Codieranweisungen bezogen sich auf diesen Zeitraum. Ein halbjähriger Untersuchungszeitraum wurde deshalb gewählt, um einen möglichst aussagekräftigen Zeitraum im Hinblick auf die Entwicklung der Postingaktivitäten zu haben. Ein Zeitraum wie Weihnachten oder Jahreswechsel, zu dem verstärkte Postingaktivitäten wahrscheinlicher sind, hat so wenig Möglichkeiten, die Untersuchung deutlich zu verzerren, weil die anderen Monate kaum Themen so stark vorgeben. Ein weiterer Vorteil ist, dass das Untersuchungsmaterial für diese Inhaltsanalyse unverändert und damit wiederholbar vorlag.

Die Codierung wurde jeweils für den Newsbereich sowie einzeln für folgende Social Media vorgenommen: Facebook, Twitter, YouTube, GooglePlus und Sonstiges (offene Kategorie für LinkedIn, Xing, Vimeo etc., hier sollten Auffälligkeiten qualitativ erfasst werden).

Erhoben wurden jeweils

- formale Angaben zum Krankenhaus,
- das Vorhandensein eines Kanals (Newsbereich und Social Media) auf der Startseite (Homepage) der Corporate Website eines Krankenhauses,
- die quantitative Menge der Fans und Follower in Social Media,
- die Aktivität der Postings (mittels angepasster Skala),
- z. T. das Zulassen der Kommentarfunktion,
- bei YouTube die Menge der Videos sowie das Vorhandensein einer Strukturierung des Kanals,
- pro Social Media eine offene Kategorie, in der jeweils Auffälligkeiten oder Anmerkungen zu den Postingaktivitäten schriftlich vermerkt werden konnten.

Die Aktivitäten der Postings wurden deshalb mit unterschiedlichen Skalen versehen, weil die Social Media unterschiedlich schnell sind. Während Facebook sowie der Newsbereich durchaus schon eine mittlere Aktivität verzeichnet, wenn einmal pro Woche ein Post veröffentlicht wird, ist dies bei Twitter, das schnelllebiger ist als Facebook, schon ein deutliches Signal für nur noch wenig Aktivität (s. Tabelle 10).

| <b>Newsbereich</b>   | <b>Facebook</b>  | <b>Twitter</b>  |
|--|--|---|
| Aktivität Postings   | Aktivität Postings   | Aktivität Postings  |
| Skala von 1–3:<br>3 = stark (mehr als 1x pro Woche)<br>2 = mittel (1x pro Woche)<br>1 = wenig (weniger als 1x pro Woche) | Skala von 1–3:<br>3 = stark (mehr als 1x pro Woche)<br>2 = mittel (1x pro Woche)<br>1 = wenig (weniger als 1x pro Woche) | Skala von 1–4:<br>4 = stark (mehr als 1x pro Tag)<br>3 = mittel (1x pro Tag)<br>2 = wenig (1x pro Woche)<br>1 = kaum (weniger als 1x pro Woche) |

Tabelle 10: Codebuch-Skalen für die Nutzungsaktivität der Krankenhäuser im Newsbereich, auf Facebook und Twitter

Als Bewertungsgrundlage für die Skala diente bei Twitter der Mittelwert pro Tag ausgehend von der Menge der Postings der letzten 6 Monate (= Untersuchungszeitraum). Es galt also, jeweils zunächst alle Postings im Untersuchungszeitraum zu zählen und die Summe dann durch 181 Tage zu dividieren (es wurde ab einem Wert von 0,5 aufgerundet und ab 0,4 abgerundet). Bei Twitter zählen zu einem Krankenhausposting nur Tweets und Retweets, keine Postings von externen Kommunikatoren, sondern nur solche, die vom Krankenhaus direkt stammen.

Bei Facebook wie beim Newsbereich wurde der einzutragende Wert für die Skala von 1 bis 3 wie folgt berechnet: Es handelt sich auch hier um den Mittelwert pro Woche ausgehend von dem zugrunde gelegten sechsmonatigen Untersuchungszeitraum (Summe aller Postings von November 2013 bis April 2014 dividiert durch 25,5 Wochen). Auch hier galt die Regel, ab einem Wert von 0,5 den Mittelwert auf- und ab 0,4 abzurunden.

### 6.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse belegen deutliche nationale Unterschiede in der Nutzung von Social Media bei deutschen und niederländischen Krankenhäusern. Diese gelten für alle Social Media, allerdings lassen sich auch spezifische Unterschiede pro Kanal konstatieren. Bevor die Ergebnisse pro Kanal erläutert werden, sei aber auf den sehr deutlichen nationalen Unterschied in der Social-Media-Nutzung der Krankenhäuser beider Länder hingewiesen: Nur 46 von insgesamt 231 deutschen Krankenhäusern nutzen Social Media, wenn man alle untersuchten Kanäle aufaddiert. Das sind knapp 20 Prozent, wohingegen es in den Niederlanden 44 von 49 Krankenhäusern und damit fast 90 Prozent sind. Ein erstes wichtiges Ergebnis ist daher, dass Social-Media-Nutzung als Teil der Organisationskommunikation in niederländischen Krankenhäusern selbstverständlich ist, in Deutschland dagegen noch längst nicht.

Facebook ist ein Kanal, der – so belegen es Vorgängerstudien in Teilen bereits – durchaus von deutschen Krankenhäusern genutzt wird, allerdings in deutlich geringerer Intensität, als dies in den Niederlanden der Fall ist. Twitter und sonstige Kanäle werden dagegen selten bis kaum von deutschen Krankenhäusern bespielt. Die weiteren Ergebnisse werden im Folgenden nach Kanälen sortiert vorgestellt.

#### 6.3.1 Onlinekommunikation via Newsbereich auf der Startseite vs. Social Media

Beim Newsbereich lässt sich feststellen, dass dies ein recht beliebter Kanal für deutsche wie niederländische Krankenhäuser zu sein scheint, wobei hier deutlich wird, dass niederländische Krankenhäuser fast alle den Kanal nutzen, deutsche zu knapp über 75 Prozent. Gemessen an der Nutzung von Social Media im Vergleich zur Nutzung des Newsbereichs auf der Homepage, liegen die Social Media in deutschen Krankenhäusern weit abgeschlagen. Dagegen ist in den Niederlanden generell eine starke Affinität zu der hier untersuchten Onlinekommunikation zu bestätigen (s. Abb. 26).

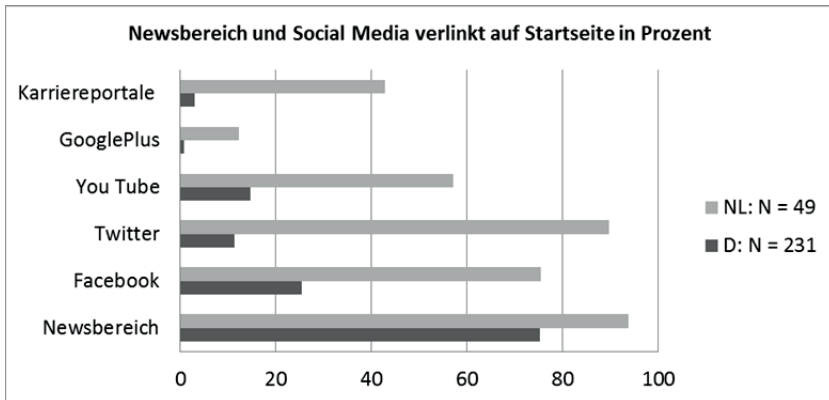


Abb. 26: Newsbereich und Social Media, die auf der Homepage deutscher und niederländischer Krankenhäuser verlinkt sind (ohne Einbezug, ob Posting-Aktivität vorliegt)

Schaut man zusätzlich auf die Anzahl von Facebook-Fans, Twitter-Followern und Videos im YouTube-Kanal, so bestätigt sich das Bild, dass in niederländischen Krankenhäusern nicht nur online, sondern speziell mittels Social Media mehr kommuniziert wird. Die Tabelle 11 zeigt die Mittelwerte in der Erhebung der Menge der Fans bzw. Follower oder Videos in den einzelnen Kanälen für beide Länder im Vergleich sowie nach Bereinigung von Extremwerten.

|                       | Niederlande | Nach Bereinigung der Extremwerte | Deutschland | Nach Bereinigung der Extremwerte |
|-----------------------|-------------|----------------------------------|-------------|----------------------------------|
| Facebook: Fans        | 1505,11     | <b>1228,93</b>                   | 1269,17     | <b>525,11</b>                    |
| Twitter: Follower     | 3713,43     | <b>3157,66</b>                   | 160,01      | <b>154</b>                       |
| YouTube: Anzahl Filme | 53,82       | <b>45,57</b>                     | 31,71       | <b>20,36</b>                     |

Tabelle 11: Mittelwerte Anzahl Fans, Follower und Filme<sup>21</sup>

Insbesondere für Deutschland fällt vor allem nach Bereinigung der Extremwerte die Zahl für Facebook deutlich geringer aus als in den Niederlanden, wo die Bereinigung weniger Auswirkungen zeigt. Das ist ein Indiz dafür, dass in

21 Mittelwerte ohne Ausreißer (mehr als +/- 1000 (bei YouTube +/- 100) vom allg. Mittelwert).

den Niederlanden deutlich kontinuierlicher und nicht nur bei einigen wenigen Krankenhäusern Social Media verwendet werden und somit auch Fans und Follower generiert werden. In Deutschland zeigen die Zahlen dagegen einen eher umgekehrten Effekt: Hier schlagen die Extremwerte im Hinblick auf Facebook deshalb so deutlich aus, weil es viele Krankenhausverbünde gibt, die einen gemeinsamen Facebook-Kanal haben, der eine deutlich größere Reichweite schon deshalb hat, weil verschiedene Krankenhäuser auf diesen verweisen. Das erklärt auch die höhere Anzahl von Fans (wobei natürlich eine Rolle spielt, dass Verbünde vielfach andere finanzielle und personelle Ressourcen für Social Media haben).

### 6.3.2 Kommunikation mittels Newsbereich

Schaut man sich im Detail die Ergebnisse zum Vergleich der Onlinekommunikation im Newsbereich der Homepages deutscher und niederländischer Krankenhäuser an, fällt wiederum ein Länderunterschied auf: Einen Newsbereich haben in den Niederlanden, wie erwähnt, fast alle Krankenhäuser, in Deutschland immerhin knapp über 75 Prozent der Häuser, wobei ihn etwa ein Viertel dieser Häuser überhaupt nicht nutzt (Aktivität null). Insofern werden, anders als in Abb. 26 vorgestellt, für die Betrachtung der Posting-Aktivität nur diejenigen Krankenhäuser zugrunde gelegt, die tatsächlich aktiv den Kanal nutzen, das sind in Deutschland 136 (N) und damit nur noch 58,9 Prozent, die tatsächlich vom Newsbereich Gebrauch machen. Von diesen 136 aktiven Krankenhäusern in Deutschland lässt sich feststellen, dass fast ausschließlich weniger als einmal pro Woche ein neues Posting erfolgt. In den Niederlanden postet die Hälfte der Krankenhäuser dagegen mehr als einmal pro Woche eine Neuigkeit (s. Abb. 27).

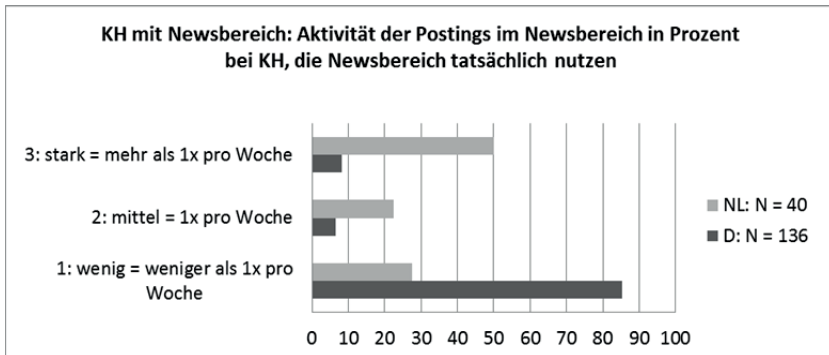


Abb. 27: Aktivität der Postings im Newsbereich deutscher und niederländischer Krankenhäuser

### 6.3.3 Kommunikation mittels Facebook

Facebook zeigt ein erstaunliches Bild. Bisherige Studien haben für Deutschland bzw. deutsche Krankenhäuser bereits Ähnliches belegt, aber bei einer Grundgesamtheit von 231 Krankenhäusern überraschen die aktuellen Zahlen in ihrer Deutlichkeit und vor allem im Vergleich mit dem Nachbarland doch. Alle Krankenhäuser in den Niederlanden, die in das Untersuchungsdesign fielen, haben eine Facebookpräsenz, in Deutschland sind es zwar 41 Prozent der Krankenhäuser<sup>22</sup>, allerdings sind lediglich 59 von 231 (= 25,5 Prozent) auf der Startseite verlinkt, weitere vier Seiten davon sind reine Infoseiten und zwei sind ‚tote‘ Seiten (s. Abb. 28 und Abb. 29).

<sup>22</sup> Es zählte hierbei jedes Krankenhaus als Fall, d.h. auch solche, die zu einem Verbund gehören. Die Bereinigung erfolgte im zweiten Schritt s. u.

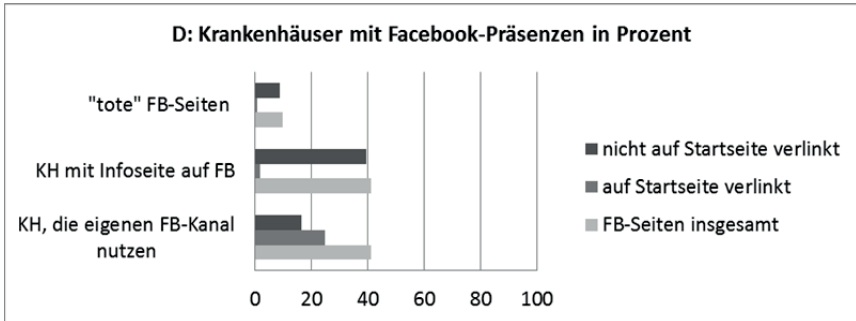


Abb. 28: Deutsche Krankenhäuser mit Facebook-Präsenzen in Prozent

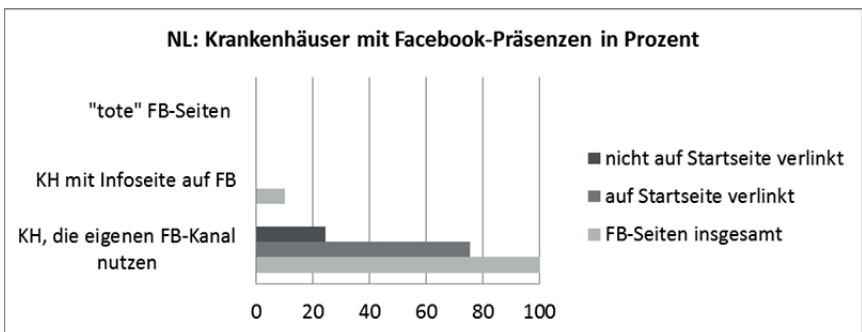


Abb. 29: Niederländische Krankenhäuser mit Facebook-Präsenzen in Prozent

In Deutschland gibt es genauso viele sog. Infoseiten in Facebook wie es eigene Facebook-Seiten gibt. Infoseiten sind in den Niederlanden kaum üblich, inaktiv bzw. ‚tot‘ ist in den Niederlanden keine einzige Facebook-Seite, alle sind aktiv. In Deutschland sind insgesamt 10 Prozent der Seiten inaktiv. In beiden Ländern fehlen einige Verlinkungen für Facebook auf der Startseite, wobei dies bei niederländischen Krankenhäusern nicht so deutlich zutrifft, sie sind zu drei Vierteln über die Startseite sichtbar verlinkt.

Von den verbleibenden 53 Krankenhäusern mit Facebook-Kanal in Deutschland mussten wiederum für die weiteren Analysen zur Korrektheit der Daten mögliche Mehrfachzählungen eines Facebook-Kanals aufgrund von Klinikverbänden bereinigt werden: Abgezogen wurden diejenigen Fälle, in



denen ein gemeinsamer Facebook-Account für Verbünde bestand (jeder Account wurde jeweils nur einmal codiert, um Dopplungen und daraus folgende Verzerrungen in den Ergebnissen zu vermeiden). Auf diesen wichtigen Umstand haben nicht alle Vorgängerstudien geachtet. So blieb für die Issue-Analyse (s. Kapitel 7) sowie für die Analyse der Posting-Aktivitäten auf Facebook (s. u.) lediglich eine Grundgesamtheit von schlussendlich 30 Krankenhäusern (knapp 13 Prozent) in Deutschland übrig, die Facebook über die eigene Unternehmensstartseite verlinkt nutzen<sup>23</sup>. In den Niederlanden wurden zur Messung der Posting-Aktivität ebenfalls nur die auf der Startseite verlinkten Krankenhäuser zugrunde gelegt, dies sind knapp 60 Prozent (N = 37). Zusätzlich musste ein Fall aufgrund von Verbundzusammenhang bereinigt werden, sodass letztlich 36 Krankenhäuser für die Issue-Analyse sowie für die Posting-Aktivität auf Facebook gültig sind.

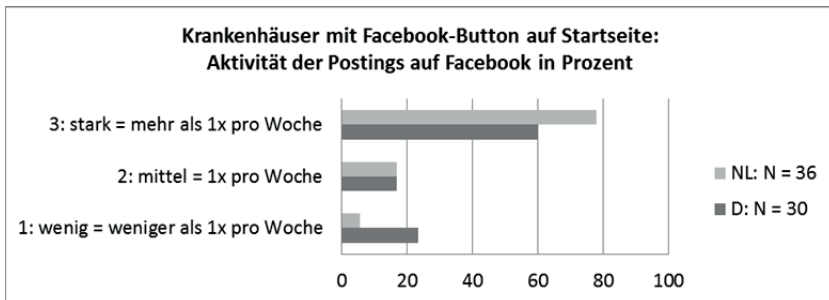


Abb. 30: Aktivität der Facebook-Postings derjenigen Krankenhäuser, die auf ihrer Startseite einen Facebook-Button haben in Prozent

In der Übersicht über die Posting-Aktivitäten auf Facebook (s. Abb. 30) zeigt sich deutlich, dass deutsche Krankenhäuser generell weniger auf Facebook vertreten sind. Diese Auffälligkeit wird noch deutlicher bei Blick auf die

23 Hinweis: Im Datensatz mit Krankenhäusern, die Facebook auf ihrer Startseite verlinkt haben, waren es 33 deutsche Krankenhäuser, aber drei Seiten gibt es erst seit April 2014 und damit waren zum Zeitpunkt der Codierung nicht genügend Einträge vorhanden, die eine Analyse valide gerechtfertigt hätten. Daher wurde mit einer Grundgesamtheit von 30 deutschen Krankenhäusern gearbeitet.

Grundgesamtheit aller untersuchten Krankenhäuser (s. Abb. 31). Wenn Krankenhäuser allerdings einen aktiven Kanal haben, dann posten sie zu knapp 60 Prozent relativ viel (mindestens einmal pro Woche), zu etwa einem Viertel allerdings auch relativ wenig (weniger als einmal pro Woche). In den Niederlanden ist eine hohe Posting-Aktivität auf Facebook dagegen die Regel – knapp 78 Prozent aller hier untersuchten niederländischen Krankenhäuser posten stark, lediglich 5,6 Prozent posten weniger als einmal pro Woche.



Abb. 31: Aktivität der Facebook-Postings bezogen auf das Verhältnis zur Grundgesamtheit aller untersuchten Krankenhäuser in Prozent

#### 6.3.4 Kommunikation mittels Twitter

Für Twitter fallen die Ergebnisse noch deutlicher aus als für Facebook (s. Abb. 32). Hier ist festzustellen, dass der Kanal schlicht keine Relevanz für deutsche Krankenhäuser hat, dagegen in zwei Dritteln aller niederländischen Krankenhäuser eine starke bis sehr starke Twitteraktivität zu verzeichnen ist. Insgesamt haben 90 Prozent aller niederländischen Krankenhäuser einen verlinkten Twitteraccount, knapp 86 Prozent nutzen Twitter aktiv<sup>24</sup>. In Deutschland haben nur 11,3 Prozent einen via Startseite verlinkten Twitter-Account, wobei nicht jeder Kanal für Posting-Aktivität genutzt wird: Sie liegt bei lediglich knapp 8 Prozent (N = 18), dass man tatsächlich sagen kann, dass es kaum eine

24 Der Wert von 86 Prozent zu 90 Prozent kommt zustande nach Bereinigung der Werte um diejenigen Fälle, in denen der Twitterkanal zwar verlinkt, aber vom Krankenhaus nicht aktiv genutzt wird.

nennenswerte Nutzung von Twitter gibt. Das Ergebnis deckt sich mit einer aktuellen Studie zu den Nutzungszahlen von Twitter: In den Niederlanden nutzten im Untersuchungsjahr 2014 knapp 3 Millionen Menschen Twitter (18,8 Prozent zu 3,7 Prozent in D.). Twitter ist insgesamt stärker in den Niederlanden verbreitet als Facebook (90 Prozent zu 75 Prozent).

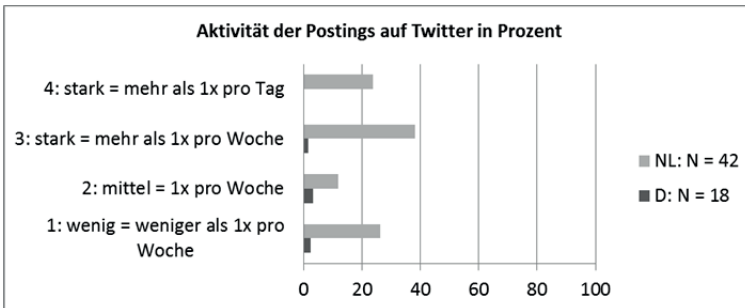


Abb. 32: Aktivität der Facebook-Postings derjenigen Krankenhäuser, die auf ihrer Startseite Twitter verlinkt haben in Prozent

### 6.3.5 Verwendung von Karriere-Portalen (Xing oder LinkedIn) sowie YouTube

Die niederländischen und deutschen Krankenhäuser unterscheiden sich auch in Bezug auf die Verwendung von Online-Karriereportalen und die Nutzung von YouTube. 21 von 49 Krankenhäusern nutzen in den Niederlanden Karrierereportale (Xing bzw. LinkedIn) für sich, das sind knapp 43 Prozent im Vergleich zu lediglich 3 Prozent in Deutschland. Ganz ähnlich verhält es sich bei der Nutzung von YouTube als Kanal für bewegte Bilder, Imagefilme, Geschichten – kurzum für Emotionalität: YouTube-Channels betreiben über die Hälfte der niederländischen Krankenhäuser (57 Prozent), deutsche Krankenhäuser tun dies nur zu 9 Prozent. Auch hier lässt sich die Online-Affinität der Niederlande, die sämtliche Studien zuvor für den Ländervergleich konstatierten, voll bestätigen.

## 6.4 Fazit

Zusammenfassend lässt sich für die spezielle Frage nach der Social-Media-Nutzung von deutschen und niederländischen Krankenhäusern in den Jahren 2013/14 folgende wichtige Erkenntnis festhalten: Social Media sind in den Niederlanden kommunikatives Alltagsinstrument. Nach der Bereinigung von Extremwerten wird deutlich, dass in den Niederlanden die Fans und Follower deutlich stabiler bleiben als in Deutschland, wo v. a. die großen Krankenhausverbände viele Fans auf sich vereinen. Auch in Karriere-Netzwerken sind die niederländischen Krankenhäuser zur Hälfte vertreten, in Deutschland sind das dagegen gerade einmal drei Prozent. Knapp 60 Prozent der Krankenhäuser nutzen YouTube, in Deutschland ist auch das nur selten der Fall. Mittels Facebook, Twitter und YouTube-Kanal wird die Reichweite der eigenen Klinik mit Blick auf die extrem heterogene Zielgruppe ‚potenzieller Patient/potenzielle Patientin‘ erhöht, da man nicht mehr nur auf der eigenen Homepage, sondern auf einer Vielfalt anderer Kanäle online als Organisation sichtbar und damit recherchierbar ist.

Bei der Frage nach den Gründen für diese deutlichen, z. T. geradezu konträren Unterschiede, spielt sicherlich die unterschiedliche Online-Sozialisation der Länder eine Rolle. Ein Land wie die Niederlande, das im Jahr 2006 schon zu über 80 Prozent das Internet nutzt und in dem praktisch jeder twittert, ist sicherlich im Jahr 2014 auch routinierter, wenn es um die Nutzung derartiger Kanäle für eine sensible Branche wie die Gesundheitswirtschaft geht. Natürlich sind Krankenhäuser insgesamt – verglichen mit anderen Unternehmen, wie sich ja bereits 2012 in der BITKOM-Studie für Deutschland zeigte – „langsamer“ bzw. müssen sich in Bezug auf die Entscheidung, Social Media zu nutzen, auch die Frage stellen, ob man diese überhaupt nutzen *muss*. Die Frage „Brauchen Krankenhäuser überhaupt Social Media?“ sollte daher kein unverständliches Kopfschütteln oder unreflektiertes Nicken erzeugen. Es ist vielmehr ein sorgfältiges Abwägen nötig zwischen dem potenziellen Nutzen einer solchen Imagekommunikation (was ist das Ziel?) und ihrem möglichen Schaden (etwa wenn Budget und Personal ebenso fehlen wie eine konkrete Social-Media-Strategie). Social Media sind – wie jeder Kommunikationskanal – kein Selbstzweck. Organi-

sationskommunikation muss sich allerdings diesen neuen Herausforderungen der massenmedialen Gesellschaft stellen und entscheiden, „ob sie Social Media als Haupt- oder Nebendarsteller begreifen [...]. Entscheidend für eine erfolgreiche Kommunikation über Social Media ist nicht die eingesetzte Technologie, sondern die Sichtweise der Organisation dahinter.“ (Ettl-Huber et al. 2013: 13) Kommunikation via Social Media ist schneller, direkter und dialogischer – zumindest von ihrem Anspruch her. Das verspricht viele neue Möglichkeiten, sein Image aktiv zu verbessern, direkter auf Kritik zu reagieren, Patienten spezifischer anzusprechen, Vertrauen aktiv aufzubauen (z. B. mittels Filmen via YouTube-Kanal, authentischen Mitarbeitergeschichten aus dem Klinikalltag, s. auch Kapitel 7 zu online kommunizierten Themen in diesem Band). Wenn ein Unternehmen hier allerdings nicht entsprechend geschult ist, besteht schnell die Gefahr eines Imageverlustes (Shitstorm). Der Artikel von Meier in diesem Band beschäftigt sich daher eingehend mit dem Phänomen der Krisenkommunikation online. Für niederländische Krankenhäuser lässt sich hier – ohne dass die Datenlage Anlass für Schlüsse über die Qualität der Angebote zulässt – feststellen, dass in puncto Authentizität zwecks Vertrauenserwerb immerhin deutlich mehr Selbstverständlichkeit im Umgang mit sozialen Medien besteht. So kann unterstellt werden, dass die Möglichkeiten bekannt sind und die Kanäle gezielt genutzt werden.

## Literatur

- Bernet, Marcel (2010): Social Media in der Medienarbeit. Online-PR im Zeitalter von Google, Facebook und Co. Wiesbaden.
- BITKOM (2012): Social Media in deutschen Unternehmen. Berlin. In: <https://www.bitkom.org/Publikationen/2012/Studie/Social-Media-in-deutschen-Unternehmen/Social-Media-in-deutschen-Unternehmen4.pdf>
- EUPRERA, & EACD. (n.d.). Welche Themen im Bereich Public Relations bzw. Kommunikationsmanagement werden in den nächsten drei Jahren wichtiger werden? In: Statista – Das Statistik-Portal. Online unter: <https://de.statista.com>

- Ettl-Huber, Silvia; Nowak, Rosemarie; Reiter, Brigitte; Roither, Michael (2013): Einleitung: Social Media in der Organisationskommunikation – Kommunikationsinstrument oder Kommunikationsrevolution? In: ders. (Hrsg.) (2013): Social Media in der Organisationskommunikation. Empirische Befunde und Branchenanalysen. Wiesbaden. S. 9–16.
- Huang, Edgar; Dunbar, Christina L. (2013): Connecting to patients via social media: A hype or a reality? In: Journal of Medical Marketing: Device, Diagnostic and Pharmaceutical Marketing, 13 (1). S. 14–23.
- Keding, Ole (2015): Online-Kommunikation von Organisationen. Strategisches Handeln unter komplexen Bedingungen. Wiesbaden.
- Lüthy, Anja; Jendreck, Katharina (2015): Kommunikation: Social Media – auch hierzulande für Krankenhäuser attraktiv? Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 112, Heft 7. In: <https://www.aerzteblatt.de/pdf/112/7/a276.pdf>. Zuletzt eingesehen am 15.06.2016.
- Merkel, Sebastian (2014): Krankenhäuser bei Facebook. Landschaft, Nutzung, Aktivitäten. In: Institut Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 06/2014. Gelsenkirchen. In: <https://idw-online.de/de/news590286>. Zuletzt eingesehen am 01.06.2016.
- Petry, Thorsten (2014): Social Media Personalmarketing Studie 2014. Wiesbaden. In: [www.embrander.de/download/1563/](http://www.embrander.de/download/1563/). Zuletzt eingesehen am 20.03.2016.
- van de Belt, Tom H.; Berben, Sivera AA; Samsom, Melvin; Engelen, Lucien JLP; Schoonhoven, Lisette (2012): Use of Social Media by Western European Hospitals: Longitudinal Study. Originally published in the Journal of Medical Internet Research (<http://www.jmir.org>). Vol 14, No 3. In: [http://www.jmir.org/2012/3/e61/?utm\\_source=feedburner&utm\\_medium=feed&utm\\_campaign=Feed%3A+JMedInternetRes+Prozent28Journal+of+Medical+Internet+Research+Prozent28atom+Prozent29+Prozent29](http://www.jmir.org/2012/3/e61/?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+JMedInternetRes+Prozent28Journal+of+Medical+Internet+Research+Prozent28atom+Prozent29+Prozent29). Zuletzt eingesehen am 13.03.2016.
- Veldhuijzen, Evalien; Nguyen, Thien Ly (2014): TrendTion. Hoe informatief en interactief zijn de ziekenhuiswebsites in Nederland? In: <https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Rapporten/Rapport%20Informatieve%20en%20interactieve%20ziekenhuiswebsites.pdf>. Zuletzt eingesehen am 11.05.2016.

- Zerfaß, Ansgar et al. (2015): European Communication Monitor. Excellence in strategic communication. Creating communication value through listening, massaging and measurement. Results of a survey in 41 countries. In: <http://www.zerfass.de/ECM-WEBSITE/media/ECM2015-Results-ChartVersion.pdf>, zuletzt eingesehen am 15.03.2016.
- Zerfaß, Ansgar; Fink, Stephan; Linke, Anne (2012): Social Media Delphi 2012. Wissenschaftliche Studie zu den Zukunftstrends der Social-Media-Kommunikation. Leipzig. In: <http://de.slideshare.net/FFPR/studienbericht-social-media-delphi-2012>. Zuletzt eingesehen am 13.03.2016.
- Zerfaß, Ansgar; Welker, Martin; Schmidt, Jan (Hrsg.) (2008): Kommunikation, Partizipation und Wirkung im Social Web. Band 1. Grundlagen und Methoden. Von der Gesellschaft zum Individuum. Köln.

## 7 Geschichten erzählen, sich positionieren. Online kommunizierte Themen deutscher und niederländischer Krankenhäuser

*Lisa Terfrüchte*

Für Krankenhäuser als Organisationen spielen öffentliche Legitimation und insofern der Aufbau und der langfristige Erhalt von Vertrauen durch möglichst glaubwürdige, d. h. authentische Kommunikation eine entscheidende Rolle im Wettbewerb um potenzielle Patienten. Auch wenn in den Niederlanden aufgrund der nicht bestehenden freien Arztwahl dieser Umstand zunächst weniger offensichtlich erscheinen mag als in Deutschland, wo Patienten prinzipiell selbst entscheiden können, in welchem Krankenhaus sie ihre Behandlung durchführen lassen wollen, kann ein Krankenhaus über die Möglichkeiten der Onlinekommunikation durchaus dazu beitragen, das eigene Image einer deutlich breiteren Öffentlichkeit kommunikativ nahezubringen, als dies durch reine – meist lokal begrenzte – Pressearbeit möglich ist. Online bestehen keine räumlichen Grenzen, potenzielle Patienten können aus jedem Bundesland, aber auch immer häufiger aus dem Ausland auf das Krankenhaus aufmerksam werden und sich ggf. für eine Behandlung dort entscheiden. Im vorangegangenen Artikel wurde bereits erläutert, inwiefern Onlinekommunikationskanäle deutscher und niederländischer Krankenhäuser für eine solche grenzenlose Kommunikation genutzt werden. Von Interesse sind aber nicht nur die reine Nutzungsweise und Häufigkeit (s. den Aufsatz in Kapitel 6), sondern auch, wofür die Kanäle im jeweiligen Land eigentlich von den Krankenhäusern genutzt werden. Neben der schon vorgestellten quantitativen Untersuchung über die Intensität der Social-Media- und Newsbereich-Nutzung deutscher und niederländischer Krankenhäuser wurden deshalb in einem dritten Schritt diejenigen Social-Media-Kanäle, die tatsächlich via Startseite verlinkt waren und gleichzeitig aktiv genutzt wurden (d. h. diejenigen, die weder ‚tote‘ Seiten noch Informationsseiten waren) mittels der ebenfalls schon erläuterten Inhaltsanalyse auch qualitativ untersucht. So war es an-



schließlich möglich, Fragen zum ‚Wie‘ der Nutzung im Ländervergleich beantworten zu können.

Die qualitative Inhaltsanalyse hatte das Ziel eines kategorienbildenden Verfahrens, um Aussagen über die Inhalte der Postings auf den verschiedenen Online- bzw. Social-Media-Kanälen der Krankenhäuser treffen zu können. Leitfragen waren: Über welche Inhalte „sprechen“ niederländische und deutsche Krankenhäuser online? Nutzen sie die Kanäle jeweils für unterschiedliche Themen oder wird auf allen Kanälen inhaltlich und thematisch das gleiche kommuniziert? Gibt es darüber hinaus Ähnlichkeiten oder Unterschiede in der Art und Weise, welche Themen deutsche Krankenhäuser im Unterschied zu den niederländischen Nachbarn über ihre Kanäle kommunizieren?

## 7.1 Zielsetzung und Methodik

Zu diesem Thema gibt es noch keine vergleichbare Studie, sodass methodisch von einem hypothesenbildenden Verfahren ausgegangen werden muss (qualitatives Vorgehen). Die eher künstliche Trennung der Begrifflichkeiten ‚qualitativ‘ und ‚quantitativ‘ wurde in den letzten Jahren in vielen kommunikationswissenschaftlichen Studien zu Recht kritisiert. Deshalb wird hier für die Begriffe hypothesengenerierend vs. hypothesenprüfend plädiert. Die Inhaltsanalyse der kommunizierten Botschaften der Krankenhäuser online diente der explorativen, hypothesengenerierenden Ergebnisfindung. Eine Besonderheit stellt die Vollerhebung dar. Die sechsmonatige Untersuchung aller kommunizierten Botschaften auf allen Onlinekanälen jedes Krankenhauses erlaubt tatsächlich deutlich belastbarere Ergebnisse, als dies mit lediglich einer Stichprobe möglich gewesen wäre. Die Codierer haben im vorgestellten Untersuchungszeitraum (1. November 2013 – 30. April 2014) im Codebuch jeweils in einer halboffenen Kategorie notiert, welche Inhalte der jeweilige Post behandelt (verbale Daten). Diese verbalen Daten wurden anschließend kategorienbildend ausgewertet, d. h. verdichtet, bis das Datenpotenzial so ausgeschöpft war, dass keine neuen Oberkategorien mehr hinzukamen (vgl. zum Verfahren der Qualitativen Inhaltsanalyse Mayring 2015).

Für die Analyse wurde im Codebuch folgende Kategorie pro Kanal übernommen und mit diesem Codierhinweis ausgestattet:

- Frage: Kanal (Newsbereich, Facebook, Twitter und YouTube) für was genutzt?
- Codieranweisung: Bitte die Issues/Themen notieren, um die es geht (offene Kategorie)
- Vorsicht: Keine Wertungen, nur die Inhalte kategorisieren (Bsp.: Forschungsergebnisse, Hinweise auf kulturelle Veranstaltungen, Hinweise auf medizinische Veranstaltungen ...)

Außerdem gab es pro Kanal noch eine offene Kategorie, in die Anmerkungen geschrieben werden konnte (z. B. bestimmte Auffälligkeiten). Die Codierer waren aufgefordert, nach eingehender Codierschulung die Issues bzw. Inhalte der Postings vorzukategorisieren, pro Aussage (Fall) war es möglich, mehrere Codes (sofern inhaltlich zutreffend) zu codieren. Hierin liegt sicher eine Schwäche der Studie, wenn man betrachtet, dass natürlich im Codiererteam trotz Schulung nicht ausgeschlossen werden kann, dass jeder individuell ggf. doch unterschiedlich kategorisiert hat. Im Spagat zwischen zu viel Verdichtung und damit Widerspruch zum explorativen, hypothesenbildenden Verfahren versus einer in dieser Studie forschungsökonomisch nicht bearbeitbaren Materialfülle musste allerdings dieser Kompromiss eingegangen werden, weil unterstellt wurde, dass mittels eingehender Codierschulung die größtmögliche Intersubjektivität geleistet werden konnte. Verstärkt wurde dieser Effekt auch dadurch, dass jeweils eine Kontrollcodierung im 2. Schritt durch einen anderen Codierer vorgenommen wurde.

Grundsätzlich konnte nach der Erhebung festgestellt werden, dass die Vorsortierung der Issues in Kategorien tatsächlich sehr ähnlich vorgenommen worden war. In einem zweiten Schritt wurden diese Kategorien zu Oberkategorien verdichtet, wobei die Leitlinie war, soviel wie nötig, aber so wenig wie möglich an Ergebnissen zu verdichten. Genutzt wurde ATLAS.ti, sodass eine computergestützte Vercodung der Aussagen mit Kategorien möglich wurde. Hier wurden wiederum nach vorheriger Schulung ein Codierer sowie

zur Prüfung ein zweiter Codierer eingearbeitet. Zunächst mussten die in der ersten Inhaltsanalyse aufgenommenen verbalen Daten, die in der Regel schon vorkategorisiert waren, verdichtet werden zu Unterkategorien. Diesen Unterkategorien wurde im zweiten Schritt zu Oberkategorien weiter verdichtet.

Übrig blieben daher 13 Oberkategorien (K1–13) mit jeweils unterschiedlich großer Anzahl an Unterkategorien. Anhand der Oberkategorien im Ländervergleich sowie im Vergleich der Kanäle lassen sich unterschiedliche Ergebnisse erläutern. Es war jeweils möglich, dass eine Kommunikation mehr als einer Unterkategorie zugeordnet werden konnte.

## 7.2 Erste Ergebnisse

Als Übersicht über die Oberkategorien der kommunizierten Themen dienen zunächst Tabelle 12 und Tabelle 13. Tabelle 12 zeigt die Anzahl der Issue-Oberkategorien als tatsächliche Zahl. Auffällig war jedoch schon aus der quantitativen Analyse der Kanäle, dass insbesondere im Social-Media-Bereich die Niederlande deutlich mehr Aktivitäten verzeichneten. Entsprechend wurde für eine bessere Vergleichbarkeit der Länder die Grundgesamtheit in Tabelle 13 faktorisiert (N zeigt dort jeweils die Grundgesamtheit pro Kanal und Land sowie den jeweiligen Faktor an, mit dem die Grundgesamtheiten in Deutschland jeweils multipliziert wurden). Tabelle 13 dient für die Erläuterung der Ergebnisse als Bezugsrahmen, weil nur damit eine tatsächliche Vergleichbarkeit der Länder möglich ist.

Die in den Tabellen angegebenen Häufigkeiten pro Kanal und Oberkategorie stehen nicht für die Anzahl der Krankenhäuser, die zur Oberkategorie kommunizieren, sondern beziehen sich auf die Anzahl der Postings pro Kanal im gesamten Untersuchungszeitraum. Es waren jeweils, wie erwähnt, Mehrfachcodierungen pro Oberkategorie möglich.

Wenn man nun die Ergebnisse der quantitativen Analyse pro Kanal (Kapitel 6) hinzunimmt (N-Wert), fällt auf, dass sich diese Postings in den Niederlanden stets auf über die Hälfte bis fast die gesamte Grundgesamtheit der Häuser bezieht, in Deutschland bis auf den Newsbereich nur auf einen (sehr)

kleinen Anteil der Häuser. Da in dieser Studie aber von Interesse war, woüber Krankenhäuser überhaupt online kommunizieren und ob es hier mehr oder weniger relevante Themen gibt, wird auf eine prozentuale Angabe nach Faktorisierung der Grundgesamtheiten verzichtet, sie wäre nicht zuletzt aufgrund der Möglichkeit für Mehrfachnennungen irreführend. Als Vergleichswert für eine bessere Einschätzung empfiehlt sich der Blick in die Tabelle mit den faktorisierten Grundgesamtheiten aber durchaus, zumal sie als Grundlage für die folgenden Ergebnisse über die jeweils fünf häufigsten Themen pro Kommunikationskanal dient.

| Oberkategorie  | Newsbereich D | Newsbereich NL | Facebook D | Facebook NL | Twitter D | Twitter NL | YouTube D | YouTube NL |
|--|---------------|----------------|------------|-------------|-----------|------------|-----------|------------|
| K1: (Patienten-) Service   | 145           | 77             | 51         | 71          | 14        | 98         | 32        | 55         |
| K2: Klinikgebäude  | 30            | 24             | 6          | 19          | 2         | 25         | 4         | 7          |
| K3: Auszeichnungen, Rankings, Siegel                                 | 77            | 39             | 20         | 18          | 7         | 32         | 1         | 2          |
| K4: Patientensicherheit  | 5             | 3              | 8          | 1           | 2         | 5          | 0         | 1          |
| K5: Aktionen, Veranstaltungen KH                                     | 126           | 64             | 42         | 74          | 7         | 73         | 5         | 6          |
| K6: Geschichten (KH und Authentizität)                               | 20            | 10             | 8          | 19          | 2         | 20         | 1         | 15         |
| K7: Personal, Employer Branding                                      | 53            | 12             | 36         | 31          | 7         | 47         | 6         | 12         |
| K8: CSR (und Compliance-Optimierung)                                 | 71            | 32             | 27         | 40          | 4         | 37         | 7         | 5          |
| K9: Geschäftsentwicklung und unternehmensstrategische Entscheidungen | 30            | 28             | 9          | 11          | 5         | 16         | 1         | 4          |
| K10: Kommunikation über Kommunikation                                | 47            | 19             | 37         | 44          | 9         | 54         | 16        | 13         |
| K11: Aktivierung von (Anschluss-) Kommunikation                      | 4             | 7              | 13         | 9           | 5         | 26         | 3         | 4          |
| K12: Risikokommunikation   | 4             | 14             | 2          | 1           | 0         | 6          | 1         | 1          |
| K13: Qualitätsmanagement   | 10            | 10             | 2          | 2           | 0         | 2          | 1         | 0          |
| N =  | 136           | 40             | 30         | 36          | 18        | 42         | 21        | 28         |

Tabelle 12: Anzahl Issue-Oberkategorie je Land und Kanal

| Oberkategorie-Hochrechnung<br>N=identisch                            | Newsbereich D | Newsbereich NL | Facebook D | Facebook NL | Twitter D | Twitter NL | YouTube D | YouTube NL |
|--|---------------|----------------|------------|-------------|-----------|------------|-----------|------------|
| K1: (Patienten-) Service   | 145           | 261,8          | 61,2       | 71          | 32,2      | 98         | 41,6      | 55         |
| K2: Klinikgebäude  | 30            | 81,6           | 7,2        | 19          | 4,6       | 25         | 5,2       | 7          |
| K3: Auszeichnungen, Rankings,<br>Siegel                              | 77            | 132,6          | 24         | 18          | 16,1      | 32         | 1,3       | 2          |
| K4: Patientensicherheit  | 5             | 10,2           | 9,6        | 1           | 4,6       | 5          | 0         | 1          |
| K5: Aktionen, Veranstaltungen<br>KH                                  | 126           | 217,6          | 50,4       | 74          | 16,1      | 73         | 6,5       | 6          |
| K6: Geschichten (KH und Authentizität)                               | 20            | 34             | 9,6        | 19          | 4,6       | 20         | 1,3       | 15         |
| K7: Personal, Employer Branding                                      | 53            | 40,8           | 43,2       | 31          | 16,1      | 47         | 7,8       | 12         |
| K8: CSR (und Compliance-Optimierung)                                 | 71            | 108,8          | 32,4       | 40          | 9,2       | 37         | 9,1       | 5          |
| K9: Geschäftsentwicklung und unternehmensstrategische Entscheidungen | 30            | 95,2           | 10,8       | 11          | 11,5      | 16         | 1,3       | 4          |
| K10: Kommunikation über Kommunikation                                | 47            | 64,6           | 44,4       | 44          | 20,7      | 54         | 20,8      | 13         |
| K11: Aktivierung von (Anschluss-) Kommunikation                      | 4             | 23,8           | 15,6       | 9           | 11,5      | 26         | 3,9       | 4          |
| K12: Risikokommunikation   | 4             | 47,6           | 2,4        | 1           | 0         | 6          | 1,3       | 1          |
| K13: Qualitätsmanagement   | 10            | 34             | 2,4        | 2           | 0         | 2          | 1,3       | 0          |
| N =  | 136           | 40             | 30         | 36          | 18        | 42         | 21        | 28         |
| Faktor =   |               | 3,4            | 1,2        |             | 2,3       |            | 1,3       |            |
| N (faktoriert)   | 136           |                | 36         |             | 42        |            | 28        |            |

Tabelle 13: faktorisierte Anzahl Issue-Oberkategorie je Land und Kanal\*

\*Hinweis: Hochrechnung per Faktor nötig, um die Verzerrung aufgrund der unterschiedlichen Grundgesamtheiten in den Niederlanden und Deutschland zu neutralisieren

### 7.2.1 Die fünf häufigsten Themen im Newsbereich

Im Ländervergleich fällt deutlich auf, dass die niederländischen Krankenhäuser deutlich mehr online kommunizieren und auch Unterschiede festzustellen sind, welche Themen in welchen Medien kommuniziert werden. Das ist in Deutschland nicht immer so eindeutig. Wenn man sich in der faktorisierten, zur Vergleichbarkeitszwecken erstellten Tabelle die fünf häufigsten Themen, die pro Kanal kommuniziert wurden, anschaut, so lässt sich Folgendes feststellen (s. Abb. 33 und Abb. 34): Der Newsbereich wird von deutschen wie niederländischen Krankenhäusern vor allem im Bereich K1, (Patienten-) Service, bespielt. In den Niederlanden allerdings deutlich häufiger als in Deutschland. Dass Informationen, die dem Service von Patienten dienen, im homepagerelevanten Newsbereich platziert werden, ist kommunikationstheoretisch logisch, denn die Patienten informieren sich auf der Corporate Website über die Abläufe des Krankenhauses und erwarten hier auch derartige Informationen. Themen der Kategorie K1 werden aber, allerdings in beiden Ländern in deutlich geringerem Maße, auch auf allen Social-Media-Kanälen beider Länder kommuniziert. Sercicethemen eignen sich also offensichtlich in bestimmter Weise auch für Social-Media-Kommunikation, bzw. die Krankenhäuser erhöhen so die Reichweite ihrer Kommunikation.

Neben der Oberkategorie (Patienten-)Service zählen in deutschen wie niederländischen Krankenhäusern im Newsbereich zu den fünf am häufigsten kommunizierten Themen Aktionen und Veranstaltungen des Krankenhauses (K5), Auszeichnungen, Rankings und Siegel (K3) sowie die CSR-Kommunikation (K8) und Employer Branding (K7). Interessant ist, dass diese Kategorien gemeinsam mit dem (Patienten-)Service in beiden Ländern im Newsbereich die am häufigsten kommunizierten fünf Themen darstellen. Unterschiede gibt es allerdings in der Häufigkeit der Kommunikationen pro Kategorie und Land. Krankenhäuser beider Länder kommunizieren neben den Service-Themen vor allem via Newsbereich über Aktionen und Veranstaltungen des Krankenhauses, in den Niederlanden aber fast doppelt so viel wie in Deutschland.

Besonders interessant ist der Blick auf die unterschiedlichen Häufigkeiten bei der Kategorie CSR und Compliance-Optimierung: Hier liegen die niederländischen Häuser deutlich vorn, was auch bedeuten kann, dass die niederländischen Krankenhäuser das Thema Corporate Social Responsibility und die damit erhoffte Erhöhung von Glaubwürdigkeit und Vertrauensgewinn stärker erkannt haben. CSR spielt in den niederländischen Häusern – wenn auch weniger oft als im Newsbereich – in Facebook und Twitter eine nicht unerhebliche Rolle, zählt hier zu den fünf wichtigsten thematischen Bereichen. In Deutschland ist dies nicht der Fall. Der Bereich Personal und Employer Branding spielt dagegen im Newsbereich deutscher Krankenhäuser häufiger eine Rolle als in dem der niederländischen. Das ist in den Niederlanden eher ein Thema für Twitter.

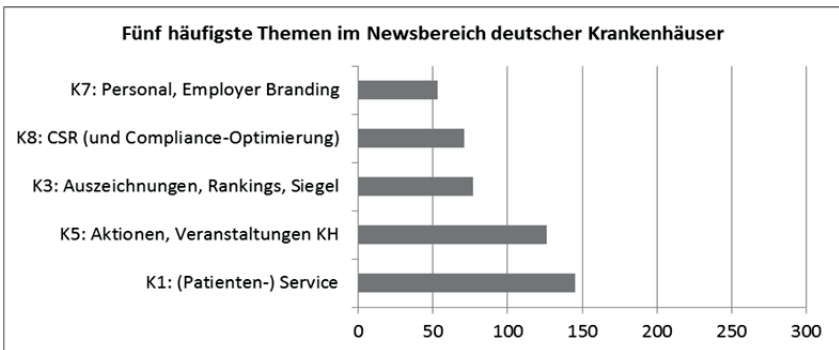


Abb. 33: Übersicht über die fünf häufigsten Themen im Newsbereich deutscher Krankenhäuser (Basis: faktorisierte Grundgesamtheit Tabelle 13)



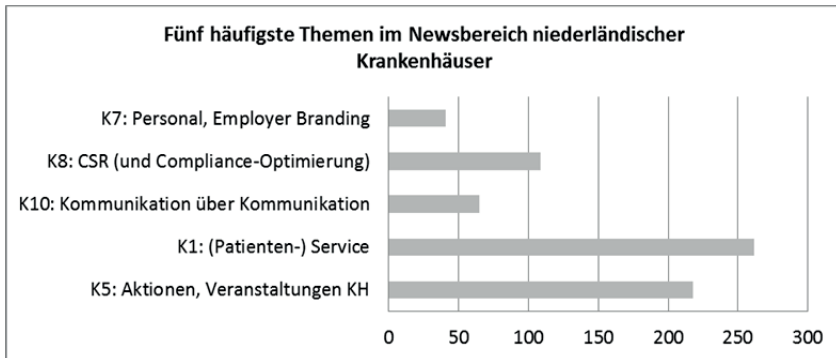


Abb. 34: Übersicht über die fünf häufigsten Themen im Newsbereich niederländischer Krankenhäuser (Basis: faktorisierte Grundgesamtheit Tabelle 13)

### 7.2.2 Die fünf häufigsten Themen auf Facebook

Wie erwähnt, bleibt auch in Facebook die Kategorie (Patienten-)Service eine tragende Säule der Kommunikation der Krankenhäuser via Facebook. In den niederländischen Krankenhäusern wird allerdings ähnlich häufig über Aktionen und Veranstaltungen des Krankenhauses (K5) kommuniziert. Dies ist in deutschen Häusern weniger der Fall. Kommunikation zur CSR und die Kommunikation zum Thema Employer Branding liegen konträr in beiden Ländern, wenn auch nicht übermäßig deutlich: In den Niederlanden spielt auf Facebook die CSR-Kommunikation vor dem Employer Branding die größere Rolle, in Deutschland ist dies umgekehrt (s. Abb. 35 und Abb. 36).

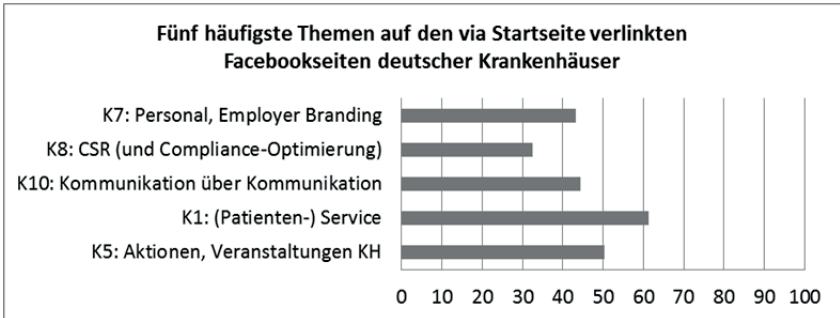


Abb. 35: Übersicht über die fünf häufigsten Themen auf den Facebookseiten deutscher Krankenhäuser (Basis: faktorisierte Grundgesamtheit Tabelle 13)

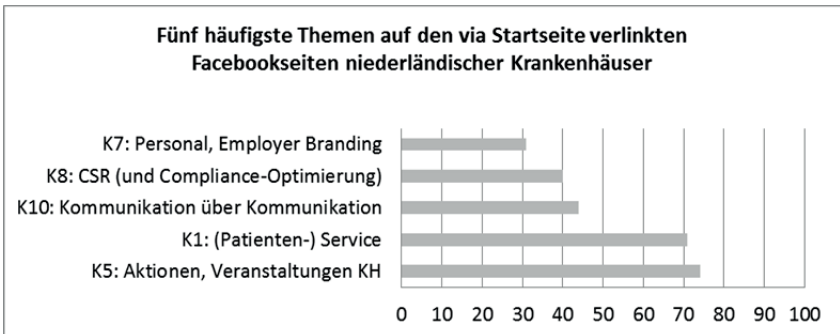


Abb. 36: Übersicht über die fünf häufigsten Themen auf den Facebookseiten niederländischer Krankenhäuser (Basis: faktorisierte Grundgesamtheit Tabelle 13)

### 7.2.3 Die fünf häufigsten Themen auf Twitter

Die Kommunikation der Themen auf Twitter unterscheidet sich bei niederländischen und deutschen Krankenhäusern deutlich, und zwar nicht nur in der Postingaktivität, die ja bereits in der quantitativen Analyse festgestellt wurde: Deutsche Krankenhäuser kommunizieren mit Ausnahme des (Patienten-)Services weitgehend ausgedehnt selten über Personal und Employer Branding (K7), Auszeichnungen, Rankings und Siegel (K3), eigene Aktionen und Veranstaltungen (K5), und verweisen auf ihre eigene Kommunikation,

d. h., sie kündigen beispielsweise eine Nachricht an, die auf Facebook oder im Newsbereich der Homepage steht (K10) (s. Abb. 37). Niederländische Häuser nutzen Twitter dagegen deutlich häufiger und an zweiter Stelle für den Verweis auf ihre Veranstaltungen, danach für die Kommunikation über ihre Kommunikation sowie für Employer Branding (wie schon oben erwähnt) (s. Abb. 38). Soweit gibt es, was die Hauptkategorien betrifft, wieder durchaus Ähnlichkeiten, aber in der Intensität und damit der Schwerpunktlegung Unterschiede. Ein deutlicher Unterschied der Kommunikation via Twitter ist sicherlich auch darin zu sehen, dass deutsche Häuser über ihre Siegel, Rankings und Auszeichnungen auch auf diesem Kanal kommunizieren, für niederländische Krankenhäuser dies aber kein großes Thema ist, im Gegensatz zum schon erwähnten wichtigen Thema CSR und Compliance-Optimierung, denen niederländische Häuser via Social Media eine größere Reichweite verschaffen.

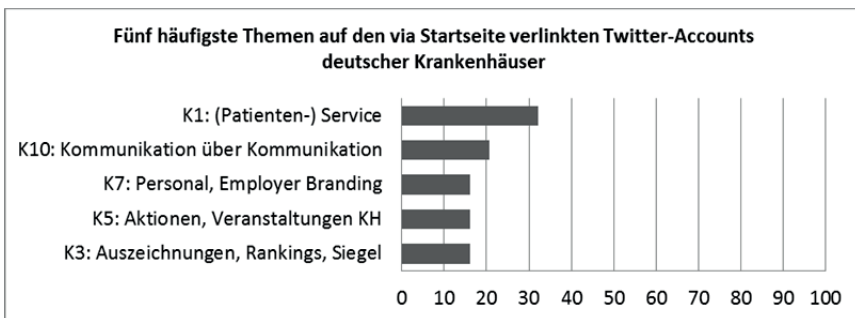


Abb. 37: Übersicht über die fünf häufigsten Themen auf den Twitter-Accounts deutscher Krankenhäuser (Basis: faktorisierte Grundgesamtheit Tabelle 13)

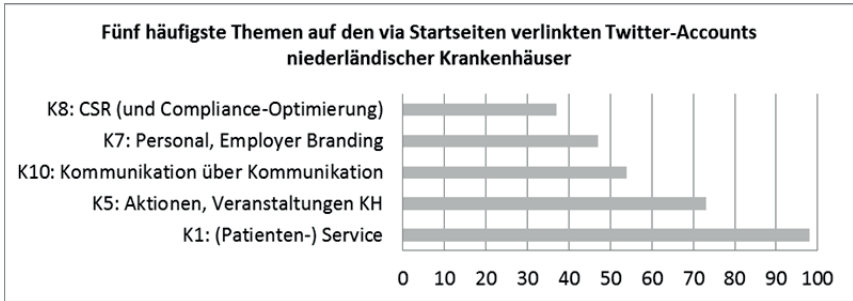


Abb. 38: Übersicht über die fünf häufigsten Themen auf den Twitter-Accounts niederländischer Krankenhäuser (Basis: faktorisierte Grundgesamtheit Tabelle 13)

#### 7.2.4 Die fünf häufigsten Themen auf YouTube

In der Kommunikation via YouTube unterscheiden sich die Krankenhäuser in den Niederlanden und Deutschland von der Themensetzung her am meisten. Beide haben zwar wieder einen Schwerpunkt im Bereich (Patienten-)Service, aber ansonsten kommunizieren deutsche Häuser eher auf bekannte Weise über eigene Aktionen, Employer Branding, Kommunikation über Kommunikation und hier auch über CSR. In den Niederlanden findet man auf YouTube dagegen Geschichten (Krankenhaus und Authentizität, K6) und das Vorstellen von Klinikgebäuden (via Bewegtbild). Auch für Employer Branding und Kommunikation über Kommunikation ist auf YouTube eine Nutzung festzustellen, aber insbesondere mit Blick auf das Potenzial von Bewegtbild haben die niederländischen Krankenhäuser YouTube häufiger und gezielter genutzt, auch wenn die Häufigkeiten im Vergleich zu den anderen Social Media und dem Newsbereich auch in den Niederlanden geringer ausfallen (s. Abb. 39 und Abb. 40).

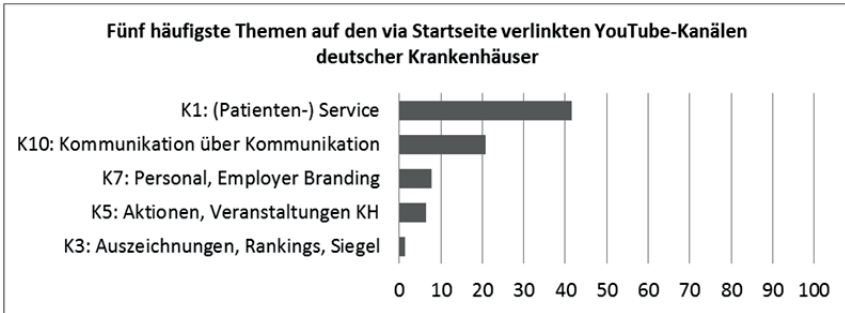


Abb. 39: Übersicht über die fünf häufigsten Themen auf den YouTube-Kanälen deutscher Krankenhäuser ((Basis: faktorisierte Grundgesamtheit Tabelle 13))

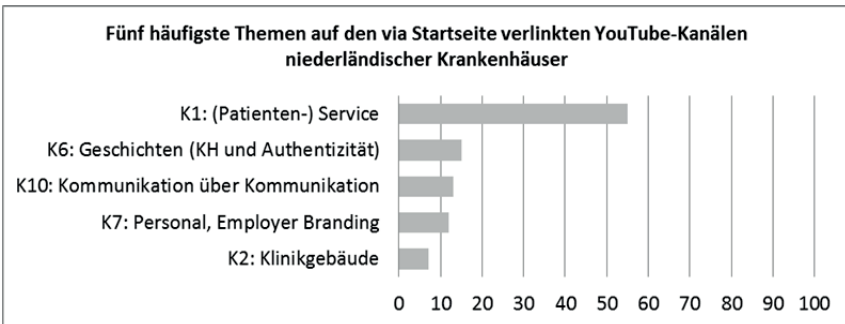


Abb. 40: Übersicht über die fünf häufigsten Themen auf den YouTube-Kanälen niederländischer Krankenhäuser (Basis: faktorisierte Grundgesamtheit Tabelle 13)

### 7.3 Detailergebnisse pro Oberkategorie

Nach dem kurzen Einblick in die Häufigkeiten der Oberkategorien der fünf am häufigsten kommunizierten Themen auf den unterschiedlichen Kanälen der Onlinekommunikation deutscher und niederländischer Krankenhäuser lohnt im zweiten Schritt ein Blick in die jeweiligen Oberkategorien: Welche Unterkategorien, welche Themen werden pro Unterkategorie eigentlich am häufigsten kommuniziert und gibt es hier länderspezifische Unterschiede? Im

Folgenden werden die Oberkategorien einzeln vorgestellt und im Ländervergleich analysiert. Begonnen wird mit der Oberkategorie (Patienten-)Service.

### K1: (Patienten-) Service

|  |
|--|
| K1_Angebote für kostenlose Untersuchungen/Vorsorge, Impfungen          |
| K1_Informationen_über (neue) Behandlungsmöglichkeiten                  |
| K1_Informationen_über (neue) Mitarbeiter/Abteilung/Institute           |
| K1_Informationen_über anstehende Veranstaltungen                       |
| K1_Informationen_über Pflege-Themen                                    |
| K1_Informationen_zu Preisen  |
| K1_Informationen_für Patienten (nicht näher spezifiziert)              |
| K1_Informationen_über Auslandsaufenthalte                              |
| K1_Informationen_über christliche Themen                               |
| K1_Informationen_über das Krankenhaus (Leitbild, Geschichte etc.)      |
| K1_Informationen_über das Krankenhaus (nicht näher spezifiziert)       |
| K1_Informationen_über medizinische Themen                              |
| K1_Informationen_über medizinische Themen_bebildert                    |
| K1_Patientenservice_auf Gelände/im Haus (Cafeteria, E-Bike-Station)    |
| K1_Patientenservice_Ernährung  |
| K1_Patientenservice_medicinische Vorträge, Arztvorträge                |
| K1_Patientenservice_Öffnungszeiten, Sprechzeiten, Adressdaten, Anreise |
| K1_Patientenservice_Social Media Sprechstunde (Facebook, Twitter ...)  |
| K1_Patientenservice_technisch (Apps, kostenloses TV, Internet ...)     |
| K1_Patientenservice_Tipps (Umgang mit Problemen)                       |
| K1_Patientenservice_Video/Onlinesprechstunde/Patienten-Onlinecommunity |
| K1_Patientenservice_Einbindung Fremdsprachen/Mehrsprachigkeit          |
| K1_Patientenservice_Kursangebote Patienten, Bürger                     |
| K1_Patientenservice_medicinische Aufklärung                            |
| K1_Patientenservice_OP Aufklärung                                      |
| K1_Patientenservice_Patienteninformationszentrum                       |
| K1_Spezifische Informationen_für Kinder                                |
| K1_Spezifische Informationen_zu Baby/Geburt/Schwangerschaft            |

In dieser Oberkategorie finden sich all jene Issues, in denen es sich im weitesten Sinn um Service-Informationen für Patienten handelt. Diese große Kategorie reicht von Informationen über Behandlungsmöglichkeiten sowie medizinische Themen, Pflege und das Krankenhaus bis hin zur Erläuterung von

spezifischen Angeboten, Tipps, Kursen sowie Informationen für spezifische Zielgruppen (Schwangere, Kinder). In beiden Ländern wird viel über Service bzw. Patientenservice kommuniziert, wie im Kurzvergleich oben schon deutlich wurde. Grau markiert sind die Unterkategorien, in denen es die größten Unterschiede zwischen beiden Ländern gibt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in beiden Ländern in dieser Oberkategorie am meisten über medizinische Themen und neue Abteilungen bzw. Mitarbeiter kommuniziert wird, in Deutschland geschieht dies allerdings überwiegend via Newsbereich auf der Website, wohingegen in den Niederlanden über Facebook und Twitter z. T. sogar mehr solcher Themen kommuniziert werden als im Newsbereich. Das wird besonders deutlich bei den Informationen rund um Geburt und Schwangerschaft – ein klassisches Social-Media-Thema aufgrund der hohen Emotionalität. Interessant in Bezug auf die Kulturstandards (s. Artikel Wolf-Eichbaum) ist, dass die niederländischen Krankenhäuser auf allen Kanälen über Öffnungszeiten, Sprechzeiten, Adressen und Anreisemöglichkeiten sprechen und damit einen hohen Transparenzwert haben – in Deutschland wird darüber insgesamt kaum kommuniziert.

#### K2: Klinikgebäude

|  |
|--|
| K2_Gebäude_Gebäudesicherheit/Technik/Ausstattung |
| K2_Gebäude_(Neu-)Bauen/Renovieren                |

Über ihr Gebäude kommunizieren deutsche Krankenhäuser ausschließlich via Newsbereich, die niederländischen nutzen den Newsbereich zwar ebenfalls, aber zu je gleicher Anzahl werden solche Themen auch via Facebook und Twitter verbreitet. Insgesamt ist die Kommunikation über diese Kategorie in Deutschland eher gering ausgeprägt, wohingegen die Niederlande – vielleicht aus kulturellen Gründen, in denen Transparenz eine große Rolle spielt – darüber durchaus häufig via Newsbereich und in Teilen via Social Media (v. a. Twitter) kommunizieren.

## K3: Auszeichnungen, Rankings, Siegel

|  |
|--|
| K3_Auszeichnungen_für Sonstiges                                      |
| K3_Auszeichnungen_für KH   |
| K3_Auszeichnungen_für Kommunikationsbereich (z. B. für Film, HP ...) |
| K3_Auszeichnungen_für Mitarbeiter                                    |
| K3_Auszeichnungen_unspezifisch                                       |
| K3_Evaluationen  |
| K3_Rankings (extern)   |
| K3_Veröffentlichung Testergebnisse_unspezifisch                      |
| K3_Zertifizierungen, Siegel  |

Sowohl deutsche als auch niederländische Krankenhäuser thematisieren Auszeichnungen und Rankings. In beiden Ländern wird in diesem Zusammenhang am häufigsten kommuniziert, wenn es um Auszeichnungen für das Krankenhaus oder für Mitarbeiter des Krankenhauses geht. Interessant ist allerdings, dass sich in beiden Unterkategorien die Ergebnisse der niederländischen Häuser mit Blick auf den Kommunikationskanal konträr zu bisherigen Ergebnissen verhalten: Während in vielen Oberkategorien die Niederlande stets mehr via Social Media kommunizieren und in Deutschland eher über den Newsbereich, verhält es sich bei der Kommunikation über Auszeichnungen und Rankings genau umgekehrt. Zu diesem Thema kommunizieren niederländische Krankenhäuser häufiger via Newsbereich als via Social Media, es wird also vielleicht eher als internes Thema gesehen, was auf der Corporate Website bleibt, wohingegen deutsche Krankenhäuser dies stärker auf mehreren Kanälen nach extern transportieren.

Niederländische Krankenhäuser kommunizieren darüber hinaus zwar wenig, aber immerhin zum Teil über alle Kanäle, wenn es um die Veröffentlichung, d. h. um die transparente Kommunikation von Testergebnissen geht. In deutschen Krankenhäusern ist es während des Untersuchungszeitraums lediglich einmal vorgekommen. Auch dies kann mit den erwähnten Kulturunterschieden, insbesondere im Bereich der Transparenz, in Zusammenhang stehen. In jeder Hinsicht ist das Nicht-Kommunizieren in diesem Zusammenhang eher typisch für deutsche als für niederländische Krankenhäuser. Transparente Kommunikation, z.B. über Testergebnisse, wäre auch deutschen



Häusern zu empfehlen, weil es Offenheit signalisiert, was dem Faktor Vertrauen zugute kommt.

#### K4: Patientensicherheit

|                                     |
|-------------------------------------|
| K4: Patientensicherheit             |
| K4_Patientensicherheit_Hygiene      |
| K4_Patientensicherheit_Prävention   |
| K4_Patientensicherheit_technisch    |
| K4_Patientensicherheit_unspezifisch |
| K5: Aktionen, Veranstaltungen KH    |

In Bezug auf die Oberkategorie Patientensicherheit gibt es wenig Kommunikation in beiden Ländern – sowohl im Newsbereich als auch in den Social Media. Aufgrund der wenigen Codierungen sind es zu wenige Daten, um hier tatsächlich valide Unterschiede festzustellen. In der Tendenz kommunizieren niederländische Krankenhäuser über dieses Issue etwas mehr, dabei vor allem über Hygiene und Prävention, und das wiederum eher auf den Social-Media-Kanälen.

#### K5: Aktionen, Veranstaltungen KH

|   |
|---|
| K5_Aktionen KH_ zu Krankheiten/Umgang mit Krankheiten/medizinische Angebote |
| K5_Aktionen KH_ zum Thema „Alt werden“/„Alter“                              |
| K5_Aktionen KH_ zur Selbstdarstellung (Tag der offenen Tür)                 |
| K5_Aktionen KH_unspezifisch   |
| K5_Aktionen KH_ zu Geburt/Schwangerschaft/Baby                              |
| K5_Aktionen KH_ zu Kultur, Kunst (auch: Filme, Musik... Kreativwirtschaft)  |
| K5_Aktionen zu KH_Pflege/palliative Pflege                                  |
| K5_Events (nicht näher spezifiziert)  |
| K5_Feiertage/Gedenktage/Jubiläen/Geburtstage/Jahrestage/Brauchtum           |
| K5_Geschenaktionen  |

Es fällt auf, dass Krankenhäuser in beiden Ländern im Bereich der Kommunikation über eigene Veranstaltungen und Aktionen am meisten anstehende Events thematisieren, d. h. größere Veranstaltungen mit entsprechend größerer Zielgruppe zu unterschiedlichen Themen (nicht nur medizinisch). In

Deutschland geschieht dies wiederum in der Regel via Newsbereich, in den Niederlanden ist das Verhältnis zwischen Social Media und Newsbereich ausgeglichener.

Verhältnismäßig viel wird in beiden Ländern auch über Aktionen des Krankenhauses zu Krankheiten, den Umgang damit bzw. zu medizinischen Angeboten kommuniziert – interessanterweise in ähnlichem Umfang wie über Aktionen zu Kultur, Kunst, Musik und Film. In beiden Unterkategorien bleibt es bei dem Bild, dass hier die niederländischen Krankenhäuser eher über Social Media kommunizieren, in Deutschland über den Newsbereich. Einzige Abweichung in Deutschland bilden Feiertage bzw. Gedenk- oder Geburtstage und Jubiläen, diese werden etwa gleich viel im Newsbereich und in Social Media kommuniziert. In den Niederlanden ist dies eine klassische Social-Media-Kategorie, hier gibt es deutlich mehr Postings als Nachrichten im Newsbereich.

#### K6: Geschichten (KH und Authentizität)

|  |
|--|
| K6: Geschichten (KH und Authentizität)                                     |
| K6_Geburt/Baby/Schwangerschaft   |
| K6_Geschichten aus dem Klinikalltag  |
| K6_Live-OPs  |
| K6_Mitarbeitergeschichten  |
| K6_Patientengeschichten  |
| K6_Sensationen (ungewöhnliche, einmalige Ereignisse, z. B. Baby Nr. 1.000) |

Zur Kategorie Geschichten, die die Authentizität eines Krankenhauses vermitteln können, zählen neben solchen zum Thema Schwangerschaft, Geburt und Baby auch Geschichten aus dem Alltag der Klinik sowie Sensationen. Am häufigsten sind allerdings Geschichten von Patienten und Mitarbeitern sowie solche, die live vom Geschehen im OP erzählen. Gleichzeitig zeigen sich hier die größten Unterschiede zwischen den Ländern: So beinhalten Patientengeschichten in Deutschland in aller Regel lediglich Berichte über Behandlungserfolge. In niederländischen Krankenhäusern ist das Moment des Storytellings tatsächlich genutzt. Hier gibt es z. B. Blogs mit Geschichten von Patien-

ten (als eigener Seitenbereich mit journalistisch aufbereiteten Berichten, in denen Patienten regelmäßig zu aktuellen Themen zu Wort kommen). Thematisiert werden Geschichten über Behandlungserfolge bei Patienten, darüber hinaus erzählen Patienten aber auch über die Qualität eines Krankenhauses oder – und dies dann durchaus in bebildeter Form oder als Essay – von ihrem Schicksal. Diese Art der Geschichten hat bezüglich der wünschenswerten Wahrnehmung eines Krankenhauses einen höheren Authentizitätswert.

Ähnlich sieht es mit den Mitarbeitergeschichten aus. In deutschen Krankenhäusern werden die Mitarbeiter vor allem thematisiert, indem die Führungsetage einer Abteilung, einer Klinik vorgestellt wird, aber auch in Form von Interviews mit Ärzten zu medizinischen Themen oder wenn es darum geht, den Arbeitsalltag im Krankenhaus zu verdeutlichen. Die Themenvielfalt in niederländischen Krankenhäusern ist dagegen höher, ähnlich, wie es bei dem Punkt Patientengeschichten festgestellt wurde. Niederländische Krankenhausmitarbeiter berichten von Reisen, Streichen (Humor), Zitieren die Chefetage oder es wird aus dem Arbeitsalltag berichtet, wobei auch die Auszubildenden ihre Arbeit vorstellen. Ebenso wird berichtet, wenn Mitarbeiter gemeinsam für den guten Zweck arbeiten, sich gemeinsam engagieren.

#### K7: Personal, Employer Branding

|  |
|--|
| K7_Angebote für Mitarbeiter_gemeinsame Unternehmungen (Party, Feste) |
| K7_Angebote für Mitarbeiter_kulturell                                |
| K7_Angebote für Mitarbeiter_medizinisch (auch Impfungen)             |
| K7_Angebote für Mitarbeiter_Sport                                    |
| K7_Angebote für potenzielle Mitarbeiter (Girl's Day, Praktika)       |
| K7_Arbeiten im...  |
| K7_Dank an Mitarbeiter   |
| K7_Glückwünsche_Mitarbeiter (inkl. Azubis)                           |
| K7_Informationen für (zukünftig) Mitarbeiter                         |
| K7_Integration ausländischer Mitarbeiter                             |
| K7_Personal/Personalpolitik  |
| K7_Stellenausschreibungen  |
| K7>Weiterbildung/Ausbildung für Pfleger                              |
| K7>Weiterbildung/Ausbildung für Service                              |
| K7>Weiterbildung/Ausbildung für Verwaltung                           |

|  |
|--|
| K7_Weiterbildung/Ausbildung_unspezifisch             |
| K7_Weiterbildung_Ausbildung für Mediziner (inkl. PJ) |
| K7_Weiterbildung_interaktiv                          |

Zu Oberkategorie Personal bzw. Employer Branding zählen alle Kommunikationen rund um Mitarbeiter, Personalpolitik, Weiterbildungsangebote und Stellenangebote. Interessant ist, dass die hauptsächlich genutzten Themen innerhalb dieser Kategorie die Kommunikation von Stellenausschreibungen bzw. von Personalpolitik bzw. Personal sind. Auch wenn die deutschen Krankenhäuser ihre Stellenanzeigen deutlich häufiger auf Facebook präsentieren als im Newsbereich, fällt hier auf, dass die Niederlande dafür Twitter verwenden und etwas weniger Facebook. Beide Länder kommunizieren wenig über den Newsbereich. Beim Thema Personal(-politik) wird in deutschen Krankenhäusern dagegen wieder nicht von Social Media Gebrauch gemacht. Auch YouTube fällt hier im Nutzungsvergleich deutlich auf – nur bei der Kommunikation über Kommunikationsaktivitäten wird YouTube ähnlich häufig genutzt wie zwecks Employer Branding. Ansonsten lässt sich feststellen, dass YouTube in den Niederlanden zum Employer Branding zählt, in Deutschland das Portal dafür (und auch sonst) wenig genutzt wird. Zu vermuten ist, dass die Einbindung von Authentizitätsmaßnahmen wie Bewegtbild bewusst in den Niederlanden erkannt und auch gezielt eingesetzt werden.

#### K8: CSR (und Compliance-Optimierung)

|   |
|---|
| K8_Förderverein   |
| K8_Gäste(-führungen) im Haus (Kindergarten, Schulen,...)                      |
| K8_lokale/regionale Einbindung (Lokalpolitik, Stadt, Kommune...)              |
| K8_Messeauftritte   |
| K8_Promis/Politiker zu Gast   |
| K8_Spendenaktionen/Wohltätigkeit/Ehrenamt für KH                              |
| K8_Spendenaktionen/Wohltätigkeit/Ehrenamt vom KH                              |
| K8_Spendenaktionen/Wohltätigkeit/Ehrenamt_unspezifisch                        |
| K8_Sport (Fußball)  |
| K8_Überregionale Einbindung (WM, Eurovision Songcontest...)                   |
| K8_Umwelt/Ökologie/Nachhaltigkeit   |
| K8_Zusammenarbeit/Kooperationen (z. B. Schulen, Krankenhäuser, Zulieferer...) |

Zum Bereich CSR und Compliance zählen die o. g. Unterkategorien. Beide Länder kommunizieren hier am häufigsten über Spendenaktionen bzw. Wohltätigkeiten seitens des Krankenhauses (Eigen-PR). Auffällig in beiden Ländern ist, dass CSR zum einen ein häufiges Thema der Corporate Website ist (Newsbereich), aber auch auf Facebook und in den Niederlanden auf Twitter. In den Niederlanden ist die Social-Media-Nutzung hier wie zuvor stärker, vor allem spielt Twitter eine große Rolle, ganz anders als in Deutschland. Thematisch geht es am häufigsten um die Kommunikation über Zusammenarbeit (mit Schulen, anderen Krankenhäusern oder auch Zulieferern) sowie um ehrenamtliche, wohltätige Aktionen des Krankenhauses, also um klassische Imagekommunikation, von der auch deutsche Krankenhäuser im Sinne der Wertschöpfung sicherlich stärker Gebrauch machen sollten.

#### K9: Geschäftsentwicklung und unternehmensstrategische Entscheidungen

|  |
|--|
| K9: Geschäftsentwicklung und unternehmensstrategische Entscheidungen |
| K9_Entwicklung KH  |
| K9_Finanzen  |
| K9_Forschung/Forschungsergebnisse (auch: Teilnahme an Kongressen)    |
| K9_Geschäftsberichte   |
| K9_unternehmensstrategische Entscheidungen                           |

Zum Themenfeld der Geschäftsentwicklung, wie z. B. unternehmensstrategischer Entscheidungen, Forschung (am häufigsten), Finanzen, Entwicklung des Krankenhauses und Geschäftsberichte, kommunizieren deutsche wie niederländische Krankenhäuser via Newsbereich auf der eigenen Homepage und beide wenig in den sozialen Medien. Die Unternehmensentwicklung bleibt also originär kommunikatives Thema der Corporate Website, es wird kaum über andere Kanäle gestreut. In der faktorisierten Tabelle 13 sieht man allerdings, dass die Häufigkeit der Kommunikation in diesem Themenfeld in den Niederlanden um zwei Drittel höher liegt als in Deutschland. Niederländische Krankenhäuser kommunizieren ihre Geschäftsentwicklung und ihre unternehmensstrategischen Entscheidungen – insbesondere auch ihre Forschungsleistung – also transparenter und damit kulturell unterschiedlich.

## K10: Kommunikation über Kommunikation

|   |
|---|
| K10_Imagefilm   |
| K10_Verweis auf eigene Medien_Apps  |
| K10_Verweis auf eigene Medien_Blogs (auch: Blog des Patientenrats)  |
| K10_Verweis auf eigene Medien_Kinderseite   |
| K10_Verweis auf eigene Medien_Kommunikationskampagne  |
| K10_Verweis auf eigene Medien_Newsletter  |
| K10_Verweis auf eigene Medien_Optimierung von Kommunikation(-skanälen) (z. B. Relaunch, Mitmach-Aufruf zur HP-Verbesserung) |
| K10_Verweis auf eigene Medien_print_Broschüre/Flyer/Buch/Klinikzeitschrift  |
| K10_Verweis auf eigene Medien_print_Kinderspezifisch  |
| K10_Verweis auf eigene Medien_print_Mitarbeiterzeitung  |
| K10_Verweis auf eigene Medien_print_Patientenzeitung  |
| K10_Verweis auf eigene Medien_print_PM  |
| K10_Verweis auf eigene Medien_print_unspezifisch  |
| K10_Verweis auf eigene Medien_Social Media  |
| K10_Verweis auf eigene Medien_Themenspezifische Microsites  |
| K10_Verweis auf eigene Medien_TV  |
| K10_Verweis auf eigene Medien_Website   |
| K10_Verweis auf externe Medien_Hörfunk  |
| K10_Verweis auf externe Medien_online   |
| K10_Verweis auf externe Medien_print  |
| K10_Verweis auf externe Medien_TV   |
| K10_Verweis auf externe Medien_unspezifisch   |
| K10_Verweis auf Imagefilm   |
| K10_Verweis auf Pressekonferenz   |

Im Bereich Kommunikation über Kommunikation wurde erhoben, inwieweit die Krankenhäuser auf eigene Kommunikationskanäle oder eigene Beiträge des Krankenhauses in externen Medien verweisen und über die eigenen Kommunikationsaktivitäten berichten. Insgesamt zeigt die faktorisierte Berechnung (s. Tabelle 13), dass dies offensichtlich ein Bereich ist, in dem deutsche Krankenhäuser Twitter entdecken. Twitter wird also vermutlich weniger für eigenes Agenda Setting verwendet, sondern dient vielmehr dem Querverweis auf das eigene Angebot. Daran zeigt sich, dass Twitter insgesamt in Deutschland weniger als eigener strategischer Kanal als vielmehr flankierend zwecks crossmedialer Nachrichtenstreuung (Verweise auf Printprodukte, auf

Pressemeldungen, auf Broschüren) eingesetzt wird. Insgesamt hätte diese Kategorie in beiden Ländern mit Blick auf die Vernetzungsmöglichkeiten und die Menge der Kanäle durchaus mehr genutzt werden können, da Crossmedialität auch ein Mittel zur Reichweitensteigerung insgesamt sein kann.

#### K11: Aktivierung von (Anschluss-) Kommunikation

|  |
|--|
| K11_ (Anschluss-) Kommunikation_unspezifisch   |
| K11_Aufforderung zur Kommunikation (Brainstorming über neue HP, Bewertungsbuttons ...) |
| K11_Aufruf zu organischen Spenden (Blut, Organe, Sperma)                               |
| K11_Aufruf zum „Besuch“ des KH (im Zusammenhang mit Veranstaltungen)                   |
| K11_Dank/Grüße_an Fans/Nutzer  |
| K11_Facebook-Empfehlung (Seite gibt es nicht, mit Klick empfiehlt man Seite)           |
| K11_Interaktionen (Antworten auf Fragen/Reaktionen auf Tweets)                         |
| K11_Kaufempfehlung   |
| K11_Quiz/Mitmach-Aktionen/Gewinnspiele   |
| K11_Twitter-Empfehlung (Seite gibt es nicht, mit Klick empfiehlt man Seite)            |

Neben der Erhebung über Crossmedialität war auch von Interesse, ob und wie viel Anschlusskommunikation Krankenhäuser über ihre Kanäle generieren. Hauptsächlich genutzt wurden hier Quiz- und Mitmachaktionen, Gewinnspiele sowie die Aufforderung zu Kommunikation z. B. als Brainstorming über die neue Homepage oder Bewertungsbuttons. Anschlusskommunikation ist allerdings nicht wirklich ein großes Thema für deutsche Krankenhäuser, die Zahlen sind sehr gering. In den Niederlanden wird darüber auch weniger kommuniziert, aber dennoch mehr als in Deutschland. Auch hier zeigt sich der Link zum Artikel von Wolf-Eichbaum zu den kulturellen Unterschieden: Im Overleg-Prinzip ist das Miteinander ins Gespräch kommen, einen Konsens finden, anders verankert und könnte eben auch – bei aller Vorsicht vor Stereotypen – ein möglicher Erklärungsansatz sein. Freilich müsste dies näher untersucht werden, aber Grund für eine Hypothese bilden die Ergebnisse dennoch.

## K12: Risikokommunikation und K13: Qualitätsmanagement

|   |
|---|
| K12_Krisenkommunikation/Thematisierung, Reaktion auf Fehler (z. B. juristische Themen, Asbest-Fund, Wasser wieder sauber) |
|---|

|   |
|---|
| K12_Thematisierung von Tod/Sterbezahlen |
|---|

## K13: Qualitätsmanagement

|   |
|---|
| K13_Qualitätsmanagement_Informationen zu Qualität |
|---|

|   |
|---|
| K13_Qualitätsmanagement_Qualitätsberichte |
|---|

Zur Risikokommunikation lässt sich deutlich sagen, dass diese in deutschen Krankenhäusern kaum nach außen getragen wird, in den Niederlanden dagegen schon. Es ist dort zwar auch kein ‚Top‘-Thema und auch kaum ein Thema für die Social Media, aber eins für die Corporate Website (Newsbereich). Niederländische Krankenhäuser kommunizieren auf ihrer Corporate Website offen über Fehler, Krisen, sogar über Sterbezahlen. Das ist ein ganz bemerkenswerter Unterschied zu den Krankenhäusern in Deutschland und zeugt von einem hohen Faktor Transparenz zwecks Vertrauensbildung. Risikokommunikation macht in den Niederlanden einen höheren Kommunikationsanteil aus als die Kategorie des Qualitätsmanagements (K13), in Deutschland spielt die Kategorie ebenfalls keine große Rolle.

#### 7.4 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Fazit

Zusammenfassend sollen hier die wichtigsten Unterschiede im Bereich des Agenda Settings, also der Themensetzung seitens deutscher und niederländischer Krankenhäuser auf ihren Kanälen der Onlinekommunikation, zusammengefasst werden. Zunächst lassen sich die wichtigsten Erkenntnisse pro Kanal feststellen, beginnend mit dem Newsbereich: In den Niederlanden nehmen die hier kommunizierten Issues (Patienten-)Service (K1), Verweise auf Aktionen bzw. Einladungen zu Veranstaltungen (K5), CSR-Maßnahmen (K8), Auszeichnungen, Rankings und Siegel (K3) sowie Geschäftsentwicklung und unternehmensstrategische Entscheidungen (K9) den größten Platz ein.



Deutsche Krankenhäuser kommunizieren hier schwerpunktmäßig ähnlich, aber in deutlich geringerer Anzahl. Dennoch lässt sich insgesamt feststellen, dass bei deutschen Krankenhäusern der Newsbereich der Homepage oftmals die umfangreichste Informationsquelle ist.

Auffällig ist, dass der Bereich der Authentizitäts-Vermittlung via Mitarbeiter- und Patientengeschichten (K6) in den Niederlanden anderthalb mal so oft vertreten ist, ein noch deutlicheres Bild ergibt sich bei der Kommunikation über Renovierungen und Baumaßnahmen am Klinikgebäude (K2), Geschäftsentwicklung und unternehmensstrategische Entscheidungen (K9) – in beiden Bereichen kommunizieren die deutschen Krankenhäuser zu zwei Dritteln weniger als niederländische, die Transparenz spielt hier eine deutliche größere Rolle als in Deutschland. Man kann ergänzen – auch mit Blick auf die weiteren Inhalte der kommunizierten Issues, dass die niederländischen Krankenhäuser den Newsbereich der Homepage überwiegend für ‚seriöse Themen‘ (Bauen (K2), Auszeichnungen (K3), Risikokommunikation (K12), Qualitätsmanagement (K13), Geschäftsentwicklung (9)) nutzen. Neben der Authentizitätsvermittlung ist auch auffällig, dass die niederländischen Krankenhäuser deutlich transparenter kommunizieren, z. B. wenn es um Geschäftsentwicklung und ihre unternehmensstrategischen Entscheidungen sowie die Veröffentlichung von Testergebnissen geht.

Betrachtet man den Kanal Facebook, so ist zunächst insgesamt festzustellen, dass niederländische Krankenhäuser mittels Facebook zu mehr interaktiven Tätigkeiten aufrufen, als deutsche Krankenhäuser das tun. Bezieht man dies auf die Studie von Huang & Dunbar (2013), die bereits erwähnt wurde und u. a. herausfand, dass in den USA die meisten Krankenhäuser Social Media als One-Way-Kommunikation nutzen, bzw. dass diejenigen erfolgreicher sind, die die Kanäle als Dialogmedium nutzen, so lässt sich für die Niederlande feststellen, dass die Dialogfunktion von Social Media eher verstanden wurde als in Deutschland. Mit Blick auf die kommunizierten Issues lässt sich Folgendes zusammenfassen: In beiden Ländern sind die häufigsten Themen auf Facebook (Patienten-)Service (K1), Verweise auf Aktionen bzw. Einladungen zu Veranstaltungen (K5), Personal, Employer Branding (K7), CSR-Maßnahmen (K8) sowie Kommunikation über Kommunikation (K10). In den Niederlanden

wird generell allerdings etwas häufiger über die meisten dieser Themen kommuniziert, als dies in Deutschland der Fall ist.

Anders sieht dies bei Twitter aus. Eine erste Feststellung muss sein, dass deutsche Krankenhäuser auf Twitter nur in sehr geringem Umfang vertreten sind, während fast alle der untersuchten niederländischen Krankenhäuser auf Twitter zu finden sind (knapp 90 Prozent). Neben den auch in anderen Kanälen dominanten Themen Patientenservice (K1) und Veranstaltungshinweise/-berichte/-einladungen (K5) wird Twitter in den Niederlanden auch intensiv im Bereich Personal/Employer Branding (K7) genutzt. Twitter ist ein starker Verbreitungskanal von Kommunikation über Kommunikation (K10) und erreicht in diesem Bereich einen im Verhältnis zu Deutschland fast dreimal so hohen Wert.

YouTube spielt in Deutschland keine große Rolle. Außer der Kommunikation über (Patienten-)Service (K1) sowie einem Verweis auf die eigenen Kommunikationsaktivitäten (K10) lassen sich keine weiteren Issues finden. Niederländische Krankenhäuser erklären dagegen via YouTube mittels Videos Abläufe im Krankenhaus (K1) und betonen ihre Authentizität durch Mitarbeiter- und Patientengeschichten (K6). Auch Employer Branding (K7) sowie Kommunikation über Kommunikation (K10) werden über YouTube thematisiert.

Grundsätzlich lässt sich mit Blick auf die Funktion von Kommunikation als Wertschöpfungsfaktor sagen, dass niederländische Krankenhäuser im Aspekt der Authentizitätsvermittlung vornehmlich via Patienten- und Mitarbeitergeschichten (K6) in jedem Kanal deutlich vor den deutschen Krankenhäusern liegen. Auch CSR-Maßnahmen (K8) dienen eher der Authentizitäts- denn der reinen Imagepflege wie in Deutschland: In deutschen Krankenhäusern werden CSR-Aspekte hauptsächlich thematisiert, wenn sie *an* das Krankenhaus gerichtet sind bzw. es daraus einen Vorteil erhält, während niederländische Krankenhäuser öfter betonen, dass sie selbst *für* etwas spenden/tätig werden. Im Sinne einer Imagekommunikation ist das Sprechen darüber, was man selbst für andere tut, sinnvoller, weil authentischer, sympathischer, als darüber zu sprechen, was man von jemand anderem bekommen hat.

Als Fazit ist also sicherlich festzuhalten, dass das Grundprinzip von Social Media in den Niederlanden besser verstanden worden ist. Es ist ein Instrument, um Interaktivität (K5/11) zu stimulieren, was dort auch öfter geschieht. In Deutschland herrscht im Bereich Social Media noch die asymmetrische Zweiwegkommunikation-Form vor, während in den Niederlanden öfter von Dialog zu sprechen ist.

## Teil B

Fallstudien zu ausgewählten Bereichen der  
Organisationskommunikation deutscher und niederländischer  
Krankenhäuser online



## 8 Wie niederländische Krankenhäuser ihre kleinsten Kunden ansprechen. Eine Inhaltsanalyse der Onlinekommunikation für Kinder auf ausgewählten niederländischen Krankenhauswebsites

*Rebecca Henrichs*

In den Niederlanden zeichnet sich in den letzten Jahren eine Genese hin zu mündigen Patienten ab. Diese lassen sich immer weniger von Entfernungen zu einem Krankenhaus leiten, sondern entscheiden sich vielmehr aufgrund von dessen (Service-)Leistungen und Qualität (vgl. NVZ 2011: 2). Die Beständigkeit eines ‚Unternehmens Krankenhaus‘ ist so immer stärker verbunden mit dessen Marktfähigkeit. Es muss daher Marketing- und Public-Relation-Aufgaben übernehmen und mit seinen vielgestaltigen Bezugsgruppen kommunizieren, um Beziehungen langfristig aufrechtzuhalten und seinen Platz im Gesundheitswesen zu legitimieren. An erster Stelle stehen hierbei die Patienten und deren Angehörige, also die „Hauptzielgruppe, für die der Akteur arbeitet und die der Arbeit ihren Sinn gibt.“ (Roski 2014: 351) Diese Bezugsgruppe wiederum umfasst potenziell alle Individuen in der Gesellschaft, egal, zu welcher Altersklasse diese gehören. So sind auch Kinder<sup>25</sup> Zielgruppe eines jeden Krankenhauses, als (potenzielle) Patienten und auch als Angehörige. Sie sind ‚Kunden‘ des ‚Unternehmens Krankenhaus‘, die sich – bzw. deren Eltern sich – für die angebotenen Dienstleistungen entscheiden, an denen das Krankenhaus verdient.

Gleichzeitig ist das Kommunikationsmanagement des ‚Unternehmens Krankenhaus‘ konfrontiert mit den verschiedenen Kommunikationskanälen, die bedient werden können bzw. müssen. So ist der Bereich der Onlinekommunikation in der heutigen Zeit obligatorischer Bestandteil der externen Kommunikation eines jeden Unternehmens geworden. Da die internetnut-

---

25 Unter einem ‚Kind‘ wird im Folgenden jede Person unter 18 Jahren verstanden. Diese Grenze ist in den Niederlanden im Artikel 233 des Burgerlijk Wetboek Boek 1 festgelegt: Burgerlijk Wetboek Boek 1 (2015), Artikel 233. In: [http://wetten.overheid.nl/BWBR0002656/Boek1/Titel13/Afdeling1/Artikel233/geldigheidsdatum\\_12-07-2015](http://wetten.overheid.nl/BWBR0002656/Boek1/Titel13/Afdeling1/Artikel233/geldigheidsdatum_12-07-2015). Zuletzt eingesehen am 02.07.2015.

zende Bevölkerung immer jünger wird (vgl. Ólafsson; Livingstone; Haddon et al. 2013: 24), wird es so zunehmend auch Aufgabe von Organisationen bzw. Unternehmen, mit der Zielgruppe Kind zu kommunizieren und Informationen bzw. Bildungsressourcen kindgerecht online aufzubereiten.

Dass Kommunikationsverantwortliche vieler niederländischer Krankenhäuser dies offensichtlich erkannt haben und Informationsangebote für ihre jüngste Zielgruppe anbieten, war Teil des Ergebnisses des Forschungsprojektes der Hauptstudie in diesem Band. Überraschend war die Existenz der expliziten Zielgruppenansprache von Kindern auf einem Großteil der niederländischen Krankenhauswebsites, worauf schon in Teil A dieses Bandes im Zuge der Ergebnisse der Hauptstudie hingewiesen wurde: Von den 49 im Forschungsprojekt analysierten niederländischen Websites war die explizite Ansprache der Zielgruppe Kind bei 55,1 Prozent der Fälle gegeben. Konkret sind dies 27 Krankenhäuser. Auf deutscher Seite fanden sich bei einer Gesamtheit von 231 analysierten Websites nur dreimal direkte Zielgruppenansprachen für Kinder. Da die geringe Anzahl von deutschen Krankenhauswebsites mit der Zielgruppenansprache Kind keine gute Vergleichbarkeit der Länder zulässt, beschäftigt sich die vorliegende Studie ausschließlich mit der Analyse der niederländischen Krankenhäuser.

Die Online-Angebote für Kinder auf den niederländischen Krankenhauswebsites stehen daher im Zentrum und begründen das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie, das durch folgende zentrale Fragestellung konkretisiert wird: ‚Auf welche Weise werden Kinder als Zielgruppe des Krankenhauses auf niederländischen Krankenhauswebsites angesprochen?‘

Die bewusst sehr weit sowie offen formulierte Frage sollte auf verschiedenen Ebenen untersucht und beantwortet werden, um schließlich ein Gesamtbild der Zielgruppenansprache Kind auf niederländischen Krankenhauswebsites entwerfen zu können.

## 8.1 Theoretische Einordnung der Onlinekommunikation für die Zielgruppe Kind

Eine Studie mit Schwerpunkt Onlinekommunikation für Kinder bedeutet zum einen, dass ein Krankenhaus als kommunizierendes Unternehmen bzw. kommunizierende Organisation definiert wird, und zum anderen, dass der Bereich der Medienpädagogik bzw. konkreter die Mediendidaktik zu berücksichtigen ist. Die Thematik ‚Kinder im Netz‘ wird vor allem im Hinblick auf die Risiken des Internets (v. a. Social Media: Cyberbullying, Sexting etc.) für Jugendliche untersucht (vgl. Ólafsson; Livingstone; Haddon et al. 2013: 20). Forschungsliteratur zum konkreten Gegenstand Kinderwebsites bzw. Online-Content für Kinder ist nicht besonders frequentiert zu finden. Eine weitere Disziplin, die wichtig ist, wenn es darum geht, wie auf einer Website mit Zielgruppen kommuniziert wird, ist der Bereich des Mediendesigns. Um die niederländischen Kinderseiten analysieren zu können, wurde auch in diesem Gebiet eine – aus forschungsökonomischen Gründen relativ oberflächliche – theoretische Grundlage geschaffen.

### 8.1.1 Onlinekommunikation als Teil strategischer Unternehmenskommunikation

Onlinekommunikation kann als Kommunikationsinstrument (vgl. Röttger; Preusse; Schmitt 2014: 190f.) der Organisations- bzw. der Unternehmenskommunikation betrachtet werden. Zerfaß definiert strategische Unternehmenskommunikation als Kommunikationsprozesse, bei denen „übergeordnete Organisationsziele unterstützt werden, entweder durch die Unterstützung der laufenden Leistungserstellung (Erfolg) oder durch die Schaffung und Erhaltung immaterieller Werte (Erfolgspotenziale).“ (Zerfaß 2014: 23) In seiner Definition fasst Zerfaß sowohl betriebswirtschaftliche als auch gesellschaftsorientierte Herangehensweisen zusammen. Daraus entstehend ergeben sich für die externen Bezugsgruppen eines Unternehmens die systematisch differenzierbaren Teilbereiche Marktkommunikation (Marktumfeld) und Public Relations (gesellschaftspolitisches Umfeld) (vgl. Röttger; Preusse;



Schmitt 2014: 124). Soll Erstere vor allem eine direkte Absatzsteigerung erreichen, stellt Letztere die gesellschaftliche Legitimation der Organisation in den Mittelpunkt und zielt somit auf die langfristige Bindung des Kunden an das Unternehmen ab (vgl. ebd.: 27).

Die Inhalte, die auf den niederländischen Krankenhauswebsites zu finden sind, werden vor allem in diesen Bereich eingeordnet und sind so Teil der Public Relations (PR) des Unternehmens Krankenhaus. PR als Bestandteil des publizistischen Systems hat zum Ziel, die „Kommunikationsbeziehungen zwischen der Organisation und Personen (-gruppen) oder Organisationen in der Organisationsumwelt [zu] fördern und [zu] stabilisieren.“ (ebd.: 24 f.) Dies erreicht die Öffentlichkeitsarbeit durch o. g. immaterielle Wertschöpfung, z. B. in Form eines Vertrauensgewinns bei den externen Stakeholdern. Als zentrale und nur schwer messbare Zielgrößen der PR schaffen Vertrauen und Glaubwürdigkeit die Grundlage für möglichst positive Fremdbeschreibungen des Unternehmens. (Vgl. Röttger 2011: 149) Die Erzeugung und Erhaltung dieser Zielgrößen stellt bei der Thematik Krankheit und Gesundheit ein besonders zentrales Anliegen der Organisationskommunikation dar, da mit Krankheit existenzielle Risiken einhergehen können. Roski bestätigt in seiner Publikation zur zielgruppengerechten Gesundheitskommunikation, dass „Vertrauen und Glaubwürdigkeit ein besonders schwerwiegendes Problem“ (Roski 2014: 348–359) im Gesundheitswesen darstellen. Grund dafür sei auch die Verflechtung von „Zielen, Geschäftsinteressen, sozialen, medizinischen und politischen Motiven.“ (ebd.)

Hier kann die Bereitstellung von positiven und informierenden Inhalten für Kinder ansetzen und dem Nutzer einer Krankenhauswebsite suggerieren, dass die gesellschaftliche Verantwortung auch für die ‚kleinste‘ Bezugsgruppe übernommen wird. Die Corporate Social Responsibility (CSR) als Konzept, durch welches ein Unternehmen „auf freiwilliger Basis soziale Belange und Umweltbelange in ihre Unternehmenstätigkeit und in die Wechselbeziehungen mit den Stakeholdern [...] [integriert]“ (Europäische Kommission 2015: 7), scheint eine Antwort auf die eben beschriebenen Unsicherheiten der (potenziellen) Patienten sein zu können, da diesem Konzept ein positiver Effekt auf die Reputation zugeschrieben wird. (Vgl. Jarolimek 2014: 1274) Das immateri-

elle Erfolgspotenzial, das sich hinter der freiwilligen und adäquaten Konzeption einer Zielgruppenansprache Kind verbergen kann, erstreckt sich so auf die Veränderung bzw. Optimierung „organisationsextern angefertigte[r] Fremdbeschreibungen wie z. B. Images und Reputation.“ (Röttger; Preusse; Schmitt 2014: 149)

Der Website eines Unternehmens kommt bei der Onlinekommunikation eine zentrale Relevanz als „digitale Visitenkarte“ (Buchele; Alkan 2012: 219) zu, durch die das Unternehmen als direkter Kommunikator alle Stakeholder erreichen kann. Es handelt sich bei den in der vorliegenden Studie untersuchten Krankenhauswebsites ausschließlich um Corporate Websites, die in erster Instanz Informationen zum Krankenhaus selbst bieten. Im Mittelpunkt steht hier also die Vermittlung von Informationen, die im Idealfall inhaltlich, visuell und technisch konsequent auf den Nutzer ausgerichtet sind. (Vgl. ebd.)

### 8.1.2 Kinder als Zielgruppe von Onlinekommunikation

Kinder formen eine vielförmige und attraktive Zielgruppe, die ihre Freizeit häufig mit Medien verbringt und daher für mediale Informationen gut zu erreichen ist (vgl. Buijzen; Rozendaal 2012: 12). Medien im Allgemeinen und das Internet im Besonderen gehören in modernen Gesellschaften von Beginn an zu der natürlichen Umgebung eines Kindes (vgl. Fuhs 2014: 303) und werden heutzutage als selbstverständliche und „wichtige Sozialisationsinstanz[en]“ (Bickler 2002: 57) in der Lebenswelt der Kinder angesehen.

Die Zielgruppe Kind ist von einer Zielgruppendualität geprägt, was bedeutet, dass durch die Ansprache eines Kindes indirekt immer auch die Eltern bzw. Versorger oder selbst die Großeltern angesprochen werden (vgl. ebd.: 61). Diese Zielgruppendualität ist ein Vorteil des „Kindermarktes“, da dieser so über ein ansehnliches Kapital verfügt (vgl. Buijzen 2012: 12). Kommunikationsmaßnahmen in Bezug auf Kinder müssen aus diesem Grund aber immer auch der Prüfung der Eltern bestehen, die für ihre Kinder entscheiden, was pädagogisch sinnvoll ist.

Betrachtet man die Eigenschaften der Zielgruppe Kind, ist es hilfreich, sich der „Konstruktion Kindheit“ (Bickler 2002: 19) aus unterschiedlichen

Perspektiven zu nähern. Wichtig ist grundsätzlich die Distanzierung zwischen Kinder- und Erwachsenenwelt, d. h. die Anerkennung, dass Kinder anders wahrnehmen als Erwachsene und es zwei Wirklichkeiten in Bezug auf Kindheit gibt. Auf der einen Seite steht die kindliche Eigenwelt und auf der anderen Seite stehen die von den Erwachsenen geschaffenen Rahmenbedingungen. (Vgl. ebd.: 44) Aus diesem Grund können Kommunikationsmaßnahmen, die sich explizit an Kinder wenden, nie nur angepasste Erwachseneninhalte sein. Die Orientierung an der kindlichen Perspektive ist hier zentral, ebenso wie die Feststellung, dass Kinder nicht nur weniger wissen als Erwachsene, sondern Informationen aus der Außenwelt auch anders (kognitiv) verarbeiten, also anders denken. (Vgl. Dielemann; Beer 2010: 15) Es sollte außerdem berücksichtigt werden, dass Kinder sich entwicklungspsychologisch je nach Alter in verschiedenen Phasen befinden. In welche entwicklungspsychologischen Phasen Kindheit grundsätzlich unterteilt werden kann, wird von Wissenschaftlern unterschiedlich bewertet. Im deutschen Sprachgebrauch wird häufig unterschieden zwischen früher Kindheit, mittlerer Kindheit und Jugend. Auch wenn das „groß generalisierende stadiumdenken“ (ebd.: 19) die individuellen Unterschiede der Kinder nicht berücksichtigt (vgl. ebd.: 18 ff.), so kann und sollte es doch einen Leitfaden zur Erstellung kindgerechter Medieninhalte bieten.

Laut dem statistischen Amt der Europäischen Union, Eurostat, haben 96 Prozent aller Haushalte in den Niederlanden einen Internetzugang. Damit stehen die Niederlande mit Luxemburg und Island auf Platz 1 der am besten vernetzten Länder Europas. (Vgl. Eurostat 2015) Die statistischen Befunde bestätigen, dass Medien wie das Internet heute allgegenwärtig sind und alle Lebenswelten durchdringen. Die letzten Studienergebnisse, die zum Internetgebrauch der niederländischen Kinder beinahe aller Altersstufen zur Verfügung stehen, beziffern die Online-Rate der 6 bis 10-Jährigen mit 83 Prozent, der 11 bis 14-Jährigen mit 96 Prozent und der 15 bis 17-Jährigen sogar mit 100 Prozent (vgl. Livingstone; Haddon 2009), Tendenz, wenn noch möglich, steigend. Im Rahmen des EU Kids Online- Forschungsnetzwerks wurden europäische Kinder zwischen 9 und 16 Jahren zu ihrem Internetnutzungsverhalten befragt. Im finalen Report von 2011 zeigte sich, dass 100 Prozent aller befrag-

ten internetnutzenden Kinder das Internet als Quelle zum Spielen und für Hausaufgaben benutzen. Auch wenn Kinder das Internet nach eigener Ansicht lieber nicht zum Lernen benutzen, „gebruiken ze het world wide web wel degelijk als belangrijke bron van informatie. Als geen ander weten zij dat wie kennis nodig heeft op internet moet zoeken“ (Dielemann; Beer 2010: 157). Informationen zu Gesundheit und Krankheit werden von jüngeren Menschen besonders häufig im Internet besucht (vgl. Deursen; Dijk 2012).

Es ist zu vermuten, dass die Inhalte der Kinderseiten der niederländischen Krankenhauswebsites die Funktion haben, dem Nutzer etwas beizubringen, d. h., dass eine gewisse pädagogische Tendenz aufzufinden ist. Wenn es um die Art und Weise der Kommunikation mit der Zielgruppe Kind geht, ist auch ein erzieherischer Aspekt gegeben. Die Mediendidaktik, als Teilbereich des weit zu fassenden Begriffes der Medienpädagogik<sup>26</sup>, beschäftigt sich mit diesem Aspekt und analysiert die „Funktion und Bedeutung von Medien in Lehr- und Lernprozessen.“ (Kerres; Preußler 2015: 33) Konkret setzt sie sich u. a. mit der Qualität von Wissensressourcen auseinander, die durch Medien vermittelt werden.

Das E-Learning bzw. das elektronische Lernen ist ein Teilbereich der Mediendidaktik, der durch die rasante Verbreitung der neuen Medien in das Zentrum der mediendidaktischen Forschung gerückt ist (vgl. ebd.). Barthelmeß (2015: 30) definiert E-Learning „verkürzt formuliert [als] [...] Digitalisierung von Bildungsprozessen.“<sup>27</sup> Im Zusammenhang mit der Onlinekommunikation für Kinder auf niederländischen Krankenhauswebsites handelt es sich um eine Form des elektronischen Lernens, das sich vor allem durch selbstgesteuertes Lernen auszeichnet (vgl. Kerres 2013: 21 ff.). Die Bedeutung des

---

26 Aus forschungsökonomischen Erwägungen kann diese Studie keine ausführliche Einführung in die Medienpädagogik geben. Für eine weitergehende Beschäftigung mit der Thematik empfiehlt sich z. B. folgendes Buch: Gross, Friederike von; Meister, Dorothee M.; Sander, Uwe (Hrsg.) (2015): Medienpädagogik – ein Überblick. Weinheim und Basel.

27 Die Definition von Barthelmeß noch weiter differenziert und im Folgenden nuanciert betrachtet. Für die vorliegende Arbeit wird aus forschungsökonomischen Gründen nur die verkürzte Variante angegeben. Für nähere Informationen und Begriffsdefinitionen eignet sich sowohl das Buch von Barthelmeß als auch das Buch Handbuch E-Learning von Patricia Arnold et al.

selbstgesteuerten Lernens liegt im vorliegenden Fall vor allem in seinem Potenzial, Kinder durch unterhaltungsorientierte Angebote in informellen Situationen zum freiwilligen und oft unbewussten Lernen zu motivieren (vgl. z. B. Fuhs 2014: 314). Die Kinderseiten der Krankenhauswebsites sind Open Educational Resources (OER), also frei zugängliche digitale Bildungsressourcen, denen große Chancen zur freiwilligen (Weiter-)Bildung außerhalb des Schulunterrichts zugeschrieben werden.

Die gestaltungsorientierte Mediendidaktik nach Kerres beschäftigt sich mit der Konzeption von mediengestützten Lernangeboten, die „konkrete[n] Anforderungssituationen mit bestimmten Lehrinhalten und -zielen, Zielgruppen, Rahmenbedingungen etc.“ (Kerres 2013: 75) gerecht werden sollen. Methodisch geht es dabei um die Aufbereitung von Inhalten, also primär um die inhaltlichen Elemente und inhaltliche Struktur und weniger um die Benutzeroberfläche selbst (vgl. ebd.: 73).

Bei der Konzeption von medienvermittelten Lernangeboten sind theoretische Ansätze der Kognitionspsychologie von Relevanz, die die Fähigkeit eines Nutzers betreffen, mediale Inhalte aufzunehmen und kognitiv zu verarbeiten. Die Theorie der kognitiven Belastung bzw. Beanspruchung (Cognitive Load Theory<sup>28</sup>) etwa spielt für die Entscheidung von didaktisch-methodischen Mitteln eine übergeordnete Rolle, da es bei der Aufbereitung von Bildungsressourcen vor allem um die größtmögliche Reduktion der kognitiven Beanspruchung geht. (Vgl. ebd.: 156 ff.) Um dem Nutzer einen einfachen und verständlichen Zugang zu Informationen zu ermöglichen, können verschiedene mediendidaktische Prinzipien abgeleitet werden: Die Anzahl der Elemente, die erlernt werden sollen, sollte sich dem kognitiven Level des Lernenden anpassen. Das bedeutet, dass die kognitive Belastung, je nach Stand des Vorwissens des Nutzers, bestenfalls eine maximale Auslastung des Arbeitsgedächtnisses gewährleistet. Im konkreten Fall von Kindern, die sich auf der Kinderwebsite eines Krankenhauses informieren, kann davon ausgegangen werden, dass das

---

28 Für die weitere theoretische Beschäftigung mit der vor allem auf John Sweller zurückgehenden Cognitive Load Theory ist u. a. zu empfehlen: Sweller, John (2010): Element Interactivity and Intrinsic, Extraneous, and Germane Load. *Educational Psychology Review* 22 (2). S. 123–138.

(u. a. medizinische) Vorwissen bei den meisten Nutzern relativ gering und auch altersabhängig ist. Im Vorherigen wurde bereits über verschiedene Alterskategorien gesprochen und festgestellt, dass die Webseiten teilweise verschiedene Altersgruppen bedienen. Insgesamt sollten für eine kindliche Zielgruppe nicht zu viele Informationen (aber auch nicht zu wenige) auf einmal an den Lernenden herangetragen werden. Dies kann zum Beispiel durch die Unterteilung von Aspekten einer Information in mehrere Abschnitte realisiert werden, bei der die „Aufgabenkomplexität an [die] kognitive Kapazität“ (ebd.: 172) angepasst wird.

Im multimedialen Raum des Internets können drei allgemeine Hauptgruppen medialer Codierungen unterschieden werden: Es gibt verbale Codierungen (1), die vor allem schriftliche Komponenten wie Text oder Hypertexte, aber auch gesprochene Sprache beinhalten, visuelle Codierungen (2), also statische oder bewegte Bilder und interaktive Darstellungsformen (3), etwa in Form von Spielen oder Simulationen.<sup>29</sup> Die Theorie der doppelten Codierung<sup>30</sup> geht davon aus, dass verbale Elemente (1) und nicht-verbale Elemente (2) in unterschiedlichen Bereichen des Arbeitsgedächtnisses abgespeichert werden. Wenn die verschiedenen Elemente (1 und 2) gleichzeitig zu einem Sachverhalt im Gedächtnis abgespeichert werden (doppelte Codierung), führt dies zu einem besseren Lerneffekt. (Vgl. Kerres 2013: 164 f.) Im englischen Sprachgebrauch als Multimedia Principle<sup>31</sup> bekannt, suggeriert die Theorie der doppelten Codierung also, dass es förderlich für den Lernerfolg sei, Bild und Text zu kombinieren. Im Bereich des Multimedia-Lernens gilt für den Gebrauch von Audiomaterial, dass vor allem Kinder in der frühen Kindheitsphase (bis ca. 6

---

29 Für die letzten Textabschnitte vgl. Arnold et al. (2013): Handbuch E-Learning. Lehren und Lernen mit digitalen Medien. 3. Aktual. Aufl. Bielefeld. S. 143 ff.

30 Die Theorie der doppelten Codierung geht auf Alan Paivio zurück. Für eine weitere theoretische Beschäftigung empfiehlt sich u. a.: Paivio, Alan (1986): *Mental representations: A dual coding approach*. New York.

31 Für eine weitere Beschäftigung mit dem Thema Multimedia-Lernen und den verschiedenen Multimedia-Effekten empfiehlt sich u. a.: Mayer, Richard (Hrsg.) (2012): *The Cambridge Handbook of Multimedia Learning*. Cambridge. In: <http://ebooks.cambridge.org/ebook.jsf?bid=CBO9780511816819>. Zuletzt eingesehen am 04.08.2015.

Jahre) eher durch Töne als durch Bilder aufmerksam werden. (Vgl. Fleischer 2014 143)

Obwohl, wie oben beschrieben, der Inhalt der Bildungsressource im Mittelpunkt stehen sollte, ist allgemein anerkannt, dass sich „Mängel in der Darstellung von Lernmaterialien negativ auf [den] Lernprozess auswirken [können]“ (Arnold et al. 2013: 143) Darum wird im Folgenden der Bereich des Mediendesigns theoretisch erfasst.

## 8.2 Mediendesign der Onlineangebote für Kinder

Da die heutige Zeit von ständigem Informationsüberfluss gekennzeichnet ist, ist es für die Gestaltung von (Online-)Informationsangeboten wichtiger denn je, dass sie einerseits die Aufmerksamkeit des Nutzers auf sich ziehen und andererseits so effizient wie möglich für den Adressaten nutzbar gemacht werden. Das rechtzeitige Einbeziehen des Visuellen als strategisches Instrument in der Unternehmenskommunikation hat in einer vernetzten Welt deshalb ein nicht zu unterschätzendes Wertschöpfungspotenzial. (Vgl. Meyer-Johanssen 2014: 828 f.) Die genannten Ziele einer Websitegestaltung können durch die Realisierung eines möglichst effektiven Informationsdesigns, eines unterhaltsamen und vielseitigen Multimediadesigns und eines möglichst ansprechenden und gut zugänglichen Schnittstellen- bzw. Interfacedesigns erreicht werden. Bei der Unterteilung in die drei Designarten handelt es sich um artifizielle Trennungen, deren Übergänge oftmals fließend sind.

Um die Bewältigung der Beziehung zwischen Information und Nutzer geht es beim Informationsdesign. Horn versteht unter dem Begriff „the art and science of preparing information so that it can be used by human beings with efficiency and effectiveness“ (Horn 1999: 15). Diese viel zitierte Definition macht deutlich, dass der Nutzer beim Informationsdesign an erster Stelle steht: Ist die Information adressatengerecht aufbereitet und gut zugänglich, hat sie also einen Gebrauchswert? Bei dem Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit geht es um die kindgerechte Aufbereitung von Informationen: Wie (glaubwürdig) werden die Informationen an den Nutzer, also an

das Kind herangetragen? Bei der Studie wurde unter dem breiten Feld des Informationsdesigns auch die o. g. Zielgruppendualität der Zielgruppe Kind berücksichtigt. Da bei den meisten, insbesondere bei jüngeren, Kindern (frühere, mittlere Kindheit) die Wahrscheinlichkeit einer elterlichen Mediation groß ist, fällt hierunter auch die Glaubwürdigkeit der Kinderwebsite. Diese ist unter anderem an der Identifizierbarkeit der Autoren, anhand der Aktualität oder auch durch den Grad der Vernetzung (Content von Dritten) der Website zu erkennen bzw. zu messen. Ebenfalls in das Informationsdesign einzuordnen ist die Orientierung an den Bedürfnissen des Nutzers. Ankerfragen sind hier beispielsweise: Berücksichtigt das Design seine eigene Lebenswelt? Sind die textlichen und bildlichen Artefakte auf den Websites leicht verständlich und ist es dem Nutzer möglich, alle Informationen aufzunehmen? Webgerechtes Schreiben sollte sich grundsätzlich durch sprachliche Einfachheit auszeichnen, die charakterisiert wird durch „kurze Sätze mit eher einfachen Satzmustern, aktive Verben, keine Abkürzungen oder unbekannte Fremdwörter.“ (Buchele; Alkan 2012: 230) Es herrscht Einigkeit darüber, dass dies für eine kindgerechte Sprache in besonderem Maße gilt (vgl. z. B. Kommerell 2009: 1).

Das Multimediadesign als zweite Gestaltungsebene beschäftigt sich mit der Aufbereitung von Informationen unter Zuhilfenahme von mehreren Medien. Darunter fallen beispielsweise Text, Bilder, Videos und Simulationen. Diese Ebene wird größtenteils durch den Bereich Mediendidaktik abgedeckt.

Um die Beziehung zwischen Benutzeroberfläche und Nutzer geht es beim sogenannten Interfacedesign. Das Interface- bzw. Schnittstellendesign „definiert, steuert und ermöglicht den Dialog und die Dialogfähigkeit zwischen Mensch und Maschine.“ (Stapelkamp 2007: 6) Bei einer Corporate Website schafft es die Voraussetzung für eine Interaktion zwischen dem Nutzer und dem Interface, also der Oberfläche (Human-Computer Interaction, HCI). Laut Stapelkamp bestimmt die Qualität des Interfacedesigns

„die Deutung und die Art und Weise [...], wie der Anwender ein Produkt interpretiert, sich angesprochen fühlt und mit dem Produkt umgeht, aber auch, ob er überhaupt mit ihm umgehen will bzw. kann.“ (ebd.: 6 f.)



Der Erfolg einer Website hängt also von seiner Gesamtgestaltung ab. Die Visualisierung der Benutzeroberfläche, also beispielsweise die Farbgebung und der Einsatz weiterer visueller Designelemente, ist ein Aspekt des Interfacedesigns. Dass Kinder Farben lieben (vgl. z. B. Pacyna 2007: 60), ist allgemein bekannt und ein zu berücksichtigender Faktor bei der Gestaltung von Inhalten für diese Zielgruppe. Ein weiterer wichtiger Faktor im Zusammenhang mit dem Interface ist die Usability bzw. die Benutzerfreundlichkeit. Websites gehören zu den Pull-Medien, was bedeutet, dass der Nutzer den Informationsfluss selbst steuert. (Vgl. Buchele; Alkan 2012: 227) Relevant ist dabei, dass „der Nutzer das funktionale und ästhetische Zusammenspiel der wichtigsten Elemente einer Website, wie Struktur, Navigation, Layout und Inhalte“ (ebd.) verstehen kann. Ein grundlegendes Ziel des Schnittstellendesigns sollte daher die Schaffung von Vertrauen durch eine leicht zu bedienende Navigation sein (vgl. Rohles 2013: 86), z. B. durch eine Pfadstruktur. Der Nutzer sollte zu jeder Zeit wissen, wo er sich befindet und wie er dort hingelangt ist. Auch hier gilt, dass insbesondere bei der Zielgruppe Kind eine klare Struktur auf der Website zu erkennen sein sollte und es nicht die Lust an den Inhalten der Kinderwebsite verlieren darf, weil es diese nicht bedienen kann.

### 8.3 Die Studie: Die Zielgruppenansprache Kind auf niederländischen Krankenhauswebsites

Nach Betrachtung der wichtigsten, für die vorliegende Teilstudie relevantesten theoretischen Aspekte werden diese im Folgenden in das Untersuchungsdesign der Studie einfließen. Im Fokus der Teilstudie steht die Frage danach, auf welche Weise Kinder als Zielgruppe des Krankenhauses auf niederländischen Krankenhauswebsites angesprochen werden. Die Frage ist bewusst offen formuliert, weil sie auf verschiedenen Ebenen untersucht und beantwortet werden soll, um schließlich ein Gesamtbild der Zielgruppenansprache Kind auf niederländischen Krankenhauswebsites entwerfen zu können.

Um eine möglichst objektive und ausführliche Antwort auf die zentrale Fragestellung zu finden, bedarf es eines analytischen Instrumentes, das fixier-

te Kommunikation systematisch analysiert. Hierfür ist die Inhaltsanalyse die geeignetste empirische Methodik<sup>32</sup>. Durch theorie- und regelgeleitetes Vorgehen wurden im vorliegenden Fall die Inhalte und die Form der Kinderwebsites in einer qualitativen-quantitativen Inhaltsanalyse untersucht, um „Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation“ (Mayring 2015: 13) ziehen zu können. Genauer wurde eine typisierende Strukturierung in Anlehnung an Philipp Mayring durchgeführt, die sich allerdings, durch ein qualitativ-quantitatives Mischverfahren, nicht vollständig mit den Vorgaben Mayrings deckt. Die vorliegende Studie realisiert basierend auf dem oben genannten Forschungsprojekt eine Vollerhebung der Krankenhauswebsites mit der Zielgruppenansprache Kind im Korridor 65 km westlich der deutsch-niederländischen Grenze. Daraus ergibt sich eine Grundgesamtheit von 22 Krankenhauswebsites<sup>33</sup> (Analyseeinheiten), die sowohl durch deduktive als auch durch induktive Elemente qualitativ-quantitativ untersucht wurden (Schritt 1, s. Abb. 41).

Der vorliegende, explizite Untersuchungsgegenstand, also die Onlinekommunikation für Kinder auf niederländischen Krankenhauswebsites, wurde bisher noch nicht inhaltsanalytisch untersucht. Dies legt nahe, dass die vorliegende Studie vor allem qualitative Aspekte beinhaltet. Trotz des noch nicht weitergehend untersuchten Gegenstandes konnten aus bestehenden empirischen Arbeiten theoriegeleitet Strukturierungsdimensionen entnommen werden, die zur Beantwortung der zentralen Fragestellung herangezogen wurden und die erste deduktive Kategorien möglich machten (Schritt 2, s. Abb. 41).

---

32 Zur Erarbeitung der Methodik für die vorliegende Arbeit wurde das folgende Buch zugrunde gelegt: Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarb. Aufl. Weinheim.

33 Bei den in der Einleitung genannten 23 Krankenhauswebsites mit der Zielgruppenansprache Kind stellte sich während der Sichtung des Materials im Vorfeld der Inhaltsanalyse heraus, dass bei einer Website keine Kinderseite mehr vorhanden war. Daher reduzierte sich die Grundgesamtheit auf 22 Kinderwebsites. Dieser Umstand ist den beiden unterschiedlichen Erhebungszeiträumen der Haupt- und Teilstudien geschuldet. Die Hauptstudie hat Daten aus den Jahren 2013 und 2014 erhoben, die Teilstudien beziehen sich auf das Jahr 2015.

Ein Pretest bzw. die erste qualitative Herangehensweise an die Zielgruppenansprache Kinder auf niederländischen Krankenhauswebsites wurde in der Hauptstudie des vorliegenden Bandes realisiert. Es wurden dabei erste inhaltliche Kategorien erarbeitet, die in die vorliegende empirische Forschung in der Strukturierungsdimension Inhalt einfließen. Weiterhin gibt es Studien, die die allgemeine Thematik Kinder im Internet, sowie eHealth-Websites für Kinder erforschten. Zur Beantwortung der zentralen Fragestellung trägt eine Studie von Hung & Stones 2011 aus Taiwan und Großbritannien maßgeblich bei, die eHealth-Websites für Kinder in Ost und West verglichen. Für die Studie wurde aus der vorhandenen Forschungsliteratur ein Bewertungsschema für Gesundheits-Internetseiten für Kinder erarbeitet, das als Grobstruktur durch deduktive Kategorienbildung in die empirische Studie eingearbeitet wurde. Die drei Hauptuntersuchungsaspekte der eHealth-Studie waren Informationsdesign, Multimediadesign und Interfacedesign bzw. Schnittstellen-Design, die im Vorigen bereits erläutert wurden.

Ebenfalls eingeflossen sind einige Aspekte der Richtlinien für positive Online-Inhalte für Kinder des thematischen Netzwerks POSCON, welches Teil des EU-Kids-Online-Forschungsnetzwerks ist und zum Ziel hat, aus den bestehenden Studien Regeln zur Erstellung von Kinderwebsites abzuleiten<sup>34</sup>. Die hieraus entnommenen Kategorisierungen, wie etwa die Kategorie KI3 „Zielgruppen dualität/Informationen für Eltern“, flossen in die vorher festgelegten Strukturierungsdimensionen mit ein. Diese wurden für den konkreten Untersuchungsgegenstand angepasst und ergeben die Grobstruktur des Erhebungsinstrumentes bzw. des Codebuchs (Schritt 3, s. Abb. 41.).

---

34 Die Richtlinien zu positivem Inhalt für Kinderwebsites sind online zu finden unter: Positive Online Content and Services for Children in Europe (2015), positive content criteria. In: <http://www.positivecontent.eu/positive-content-criteria-checklist/>. Zuletzt eingesehen am 28.07.2015.

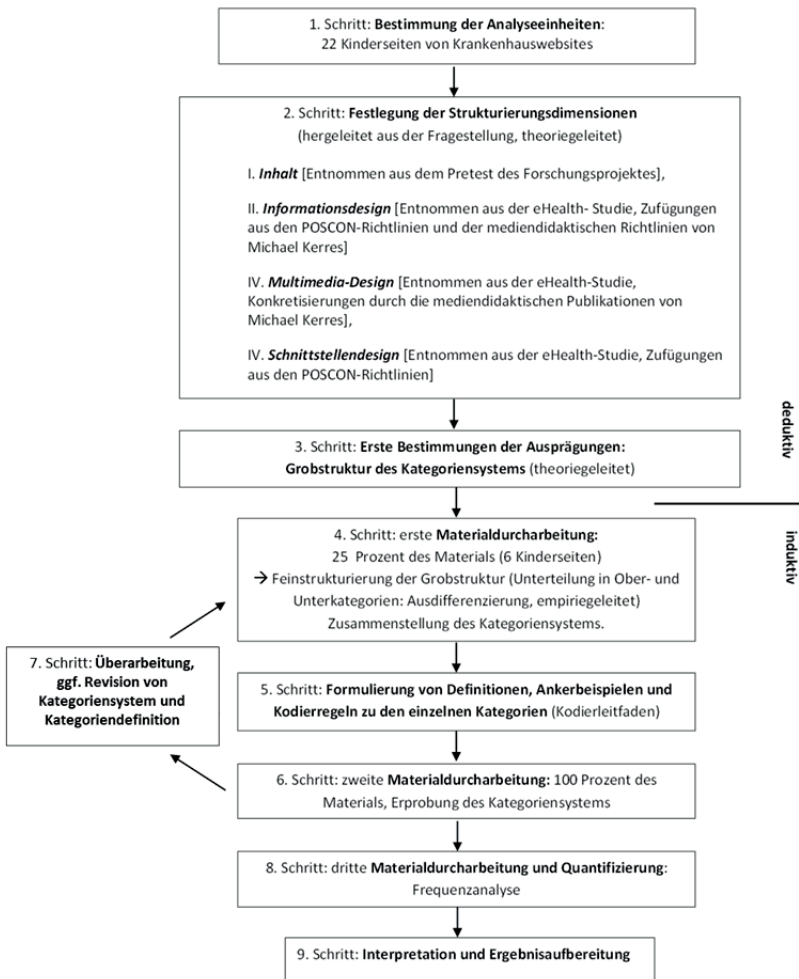


Abb. 41: Ablaufmodell strukturierende qualitativ-quantitative Inhaltsanalyse, Quelle: vgl. Mayring 2015: 98, eigene Anpassungen

Die Feinstrukturierung dieses Codebuches wurde empiriegeleitet in einem nächsten Arbeitsschritt aus dem konkreten Untersuchungsmaterial erarbeitet. Der erste und für die Feinstrukturierung des Kategoriensystems entscheidende Materialdurchlauf wurde für 25 Prozent der Analyseeinheiten zwi-

schen dem 17.07.2015 und dem 22.07.2015 realisiert (Schritt 4, s. Abb. 41). Die sechs Kinderwebsites, die 25 Prozent des Materials ausmachen, wurden durch ein Randomizerprogramm ([www.randomizer.org](http://www.randomizer.org)) zufällig ermittelt. Im nächsten Schritt wurde das Kategoriensystem konkretisiert, Codierregeln wurden aufgestellt und es wurden Ankerbeispiele sowie Definitionen in einem ausführlichen Codebuch mit mehr als 80 Unterkategorien zusammengefasst (Schritt 5, s. Abb. 41). Anschließend wurde das Codebuch auf alle Kinderwebsites angewandt und durch mehrere Materialdurcharbeitungen, die zwischen dem 23.07.2015 und dem 25.07.2015 durchgeführt wurden, laufend ergänzt (Schritt 5 und 6, s. Abb. 41.). Einige Kategorien im Erhebungsinstrument erforderten auch quantitative Methodik. Zum Ende des Kodiervorgangs wurden daher alle Kategorien quantifiziert, sodass das Vorkommen der einzelnen Kategorien auf den Kinderseiten der niederländischen Krankenhauswebsites prozentual ausgewertet und im Ergebnis angegeben werden konnte. Der finale Materialdurchlauf (Schritt 8, s. Abb. 41) wurde zwischen dem 25.07.2015 und dem 30.07.2015 verwirklicht.

Da aus forschungsökonomischen Gründen nur ein Codierer das erstellte Codebuch angewandt hat, konnte bei der Inhaltsanalyse keine Inter-coderreliabilität geprüft werden und das Messinstrument konnte nicht mehrfach getestet werden. Es wurde dennoch durch ein ausführliches Codebuch versucht, ein zuverlässiges Messinstrument zu erstellen.

## 8.4 Die Ergebnisse

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der qualitativ-quantitativen Inhaltsanalyse zu der Zielgruppenansprache der Kinder auf niederländischen Krankenhauswebsites dargestellt und ausgewertet werden. Die 22 Untersuchungseinheiten wurden innerhalb der vier genannten Strukturierungsdimensionen auf unterschiedliche Eigenschaften hin untersucht. Aus dem entstandenen Datensatz lassen sich zunächst zwei allgemeine Aussagen über die Art und Weise der Zielgruppenansprache Kind treffen.

- 1) Auf der Inhaltsebene ähneln sich die Kinderseiten auf niederländischen Krankenhauswebsites sehr. Grobe Unterschiede, die eine inhaltliche Typisierung möglich machen könnten, sind wenig auszumachen. Aus diesem Grund wird die Strukturierungsdimension Inhalt im Folgenden einzeln vorgestellt, um ein möglichst vollständiges Bild davon zu zeichnen, womit die Zielgruppe Kind auf den Kinderseiten der niederländischen Krankenhauswebsites angesprochen wird. Durch die vorgenommenen Quantifizierungen können hier auch Angaben zu dem quantitativen Vorkommen der einzelnen, teilweise induktiv ermittelten Kategorien gemacht werden.
- 2) Der Grad der Zielgruppenorientierung unterscheidet sich bei den untersuchten Kinderwebsites zum Teil erheblich und zieht in den Strukturierungsdimensionen Informationsdesign, Multimediasdesign und Schnittstellendesign einige wiederkehrende Nuancierungen mit sich.

Diese Unterschiede machen eine Typisierung möglich, die im Kapitel 8.4.3 vorgestellt werden. Die fünf analytisch ermittelten Typen der Zielgruppenansprache werden nach einem kurzen Überblick über die drei Dimensionen im Bereich des Webdesigns dargestellt. Zuletzt werden aus den qualitativen empirischen Befunden Hypothesen für zukünftige Forschungen entwickelt.

#### 8.4.1 Die inhaltliche Dimension

Bei der Strukturierungsdimension Inhalt wurde versucht, ein möglichst vollständiges Bild davon zu skizzieren, was Kinder auf den Kinderwebsites der niederländischen Krankenhauswebsites inhaltlich auffinden. Die folgenden fünf Oberkategorien skizzieren die wesentlichen inhaltlichen Aspekte:

- K1) Einblick in das Krankenhaus,
- K2) Informationen zum Aufenthalt im Krankenhaus,
- K3) Spielmöglichkeiten,
- K4) Medizinische Informationen,
- K5) Zusätzliche Angebote für Kinder.

Diese fünf Kategorien sollen im Folgenden kurz erläutert und weiter ausdifferenziert werden. 95,5 Prozent aller untersuchten Kinderseiten (21) bieten dem Nutzer einen Einblick in das Krankenhaus (K1). Dies wird entweder in Form von Hinweisen zu den Räumlichkeiten des Krankenhauses und/oder in Form von Hinweisen zu Menschen, die im Krankenhaus arbeiten, realisiert. Viele Kinderseiten bieten einen virtuellen Rundgang an, bei dem die Kinder, z. B. in Form eines interaktiven Grundrisses, am Bildschirm in die verschiedenen Räumlichkeiten des Krankenhauses bzw. der Kinderabteilung oder des Kinderzentrums gelangen können und so einen ersten visuellen Einblick in das Krankenhaus erhalten. Hier werden die Nutzer der Kinderseite aktiv involviert, was, wie beschrieben, einen positiven Einfluss auf die Aufmerksamkeit des Kindes haben kann (s. Abb. 42).

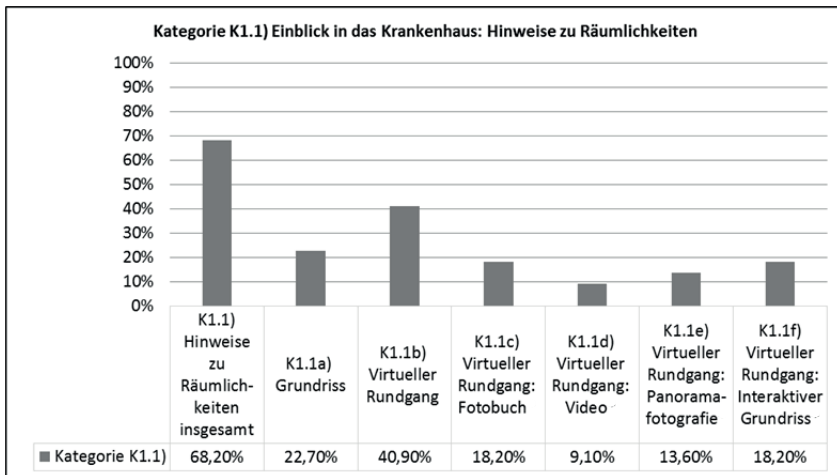


Abb. 42: Kategorie K1.1 Einblick in das Krankenhaus: Hinweise zu Räumlichkeiten

Eine andere Form des Einblickes in das Krankenhaus wird ebenfalls von einem Großteil der Kinderwebsites der niederländischen Krankenhauswebsites ausgestaltet (s. Abb. 43): Sie benennen die Menschen, denen die Kinder in einem Krankenhaus, bzw. in der Kinderabteilung begegnen. Hier werden einerseits die Berufe (z. B. Ärzte/Ärztinnen, Krankenpfleger/Krankenschwestern, Päd-

gogische Mitarbeiter/Pädagogische Mitarbeiterinnen) vorgestellt und es wird erläutert, was die jeweiligen MitarbeiterInnen auf der Kinderabteilung machen, und/oder es werden andererseits die konkreten MitarbeiterInnen des jeweiligen Krankenhauses persönlich vorgestellt. Viele Kinderseiten stellen die Mitarbeiter der Kinderabteilung auch persönlich, also mit Namen und/oder Fotos vor. Das Jeroen Bosch Ziekenhuis etwa stellt seine Kinderärzte sogar jeweils mit eigenem Video vor, in dem der Kinderarzt/die Kinderärztin kurz erläutert, für welchen Bereich er/sie zuständig ist und weshalb es schön ist, in diesem Krankenhaus und mit Kindern zu arbeiten.<sup>35</sup>

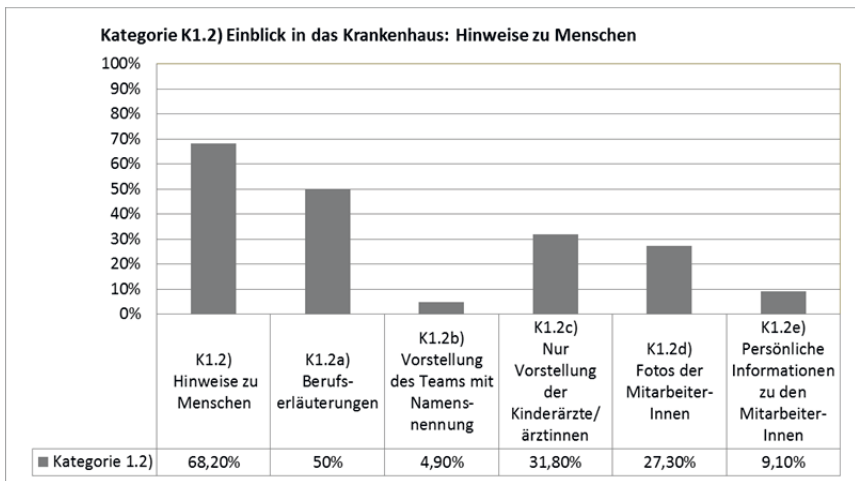


Abb. 43: Kategorie K1.2 Einblick in das Krankenhaus: Hinweise zu Menschen

Alle Kinderwebsites stellen dem Nutzer Informationen zum Aufenthalt im Krankenhaus (K2) zur Verfügung. Diese zweite inhaltliche Kategorie unterteilt sich in ‚Informationen zu Abläufen während des Krankenhausaufenthaltes‘ und in konkrete Inhalte zur Vorbereitung auf einen Aufenthalt im jeweiligen Krankenhaus (s. Abb. 44). Auf der Hälfte der Kinderseiten werden die

35 Die Videos der Kinderärzte des Jeroen Bosch Ziekenhuis sind anzusehen unter <http://www.halloziekenhuis.nl/p13-18-doktoren>. Zuletzt eingesehen am 04.08.2015.



Abläufe unterteilt in einen Ein-Tages-Verbleib und in einen Verbleib für mehrere Tage. Der Nutzer kann so, je nach persönlicher (Krankheits-)Situation, konkrete Informationen für seinen Fall heraussuchen. In über 50 Prozent der Fälle wird ebenfalls eine Operation im Krankenhaus erläutert und die Abläufe einer solchen werden aufgezeigt.

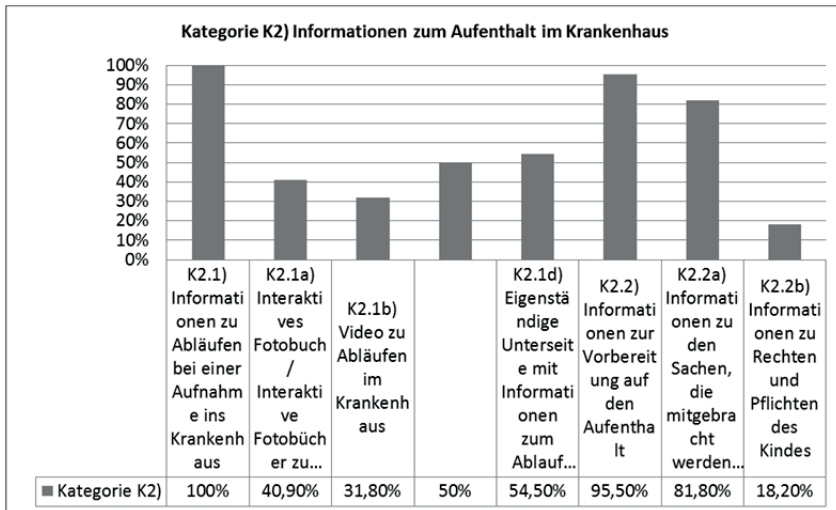


Abb. 44: Kategorie K2 – Informationen zum Aufenthalt im Krankenhaus

Fünf der 22 untersuchten Kinderseiten bieten interne Online-Spielmöglichkeiten (K3) für Kinder an. Der Nutzer kann dabei interaktiv verschiedene Spiele wie etwa das klassische Memory oder Galgenmännchen, spielen. Wie im theoretischen Teil deutlich wurde, benutzen Kinder das Internet in den meisten Fällen gerne, um interaktive Spiele aufzusuchen. Hier wird der Nutzer also auf eine spielerische und spaßige Weise aufmerksam auf die Inhalte der Krankenhaus-Kinderwebsites. Auf drei Websites handelt es sich um Lernspiele, bei denen der Nutzer sich spielerisch auch inhaltliche, medizinische bzw. den Aufenthalt im Krankenhaus betreffende Informationen aneignet. Beispiele dafür sind das „Snel-weer-beter“-Quiz mit Fragen über das Kran-

kenhaus Refaja Ziekenhuis<sup>36</sup> sowie das Koffer-Spiel des Jeroen Bosch Ziekenhuis<sup>37</sup>, bei dem der Nutzer diejenigen Sachen in den Koffer einpacken muss, die er auch in der Realität mit ins Krankenhaus mitnehmen würde.

19 von 22 Kinderseiten (86,4 Prozent) vermitteln auf verschiedene Weise medizinische Informationen (K4). Der Nutzer kann sich also auf einem Großteil der Kinderwebsites weiterbilden und Informationen über den „gesunden und kranken Organismus des Menschen“ und über „Krankheiten, ihre Verhütung oder ihre Heilung“ (Duden 2015a) erhalten. Die Kinderseiten vermitteln dem Nutzer vor allem Informationen zu Untersuchungen und Behandlungen (82 Prozent) (s. Abb. 45). So wird auf vielen Kinderwebsites gezeigt, wie etwa eine Röntgenuntersuchung oder eine MRT-Untersuchung abläuft, wie so etwas aussieht und warum solche Untersuchungen durchgeführt werden müssen. Für den Fall, dass dem Nutzer eine solche Untersuchung bevorsteht und er so persönlich involviert wäre, wäre der Lerneffekt beim Lesen dieser Informationen wahrscheinlich hoch.

Einige Kinderseiten (31,8 Prozent) bieten auf ihren Unterseiten kleine medizinische Weisheiten an, die z. B. einfach nebenbei gelesen werden können und die interessante und/oder witzige Informationen über den menschlichen Körper enthalten. Ebenso hat über 40 Prozent der Websites ein eigenes medizinisches Wörterbuch, in dem gestöbert und allerlei Informationen zu Krankheiten, Untersuchungen oder Behandlungen gefunden werden können. Bei zwei Kinderseiten werden dem Nutzer auf einer eigenen Unterseite medizinische Apparate, wie etwa eine Waage, ein Thermometer oder ein Blutdruckmessgerät, nähergebracht.

---

36 Das „Snel-weer-beter“-Quiz ist online zu finden unter <http://www.refaja.nl/pageflow/default.asp?pageid=105&nt=86>. Zuletzt eingesehen am 01.08.2015.

37 Das „Koffer-spel“ ist online zu finden unter <http://www.halloziekenhuis.nl/87/spelletjes>. Zuletzt eingesehen am 01.08.2015.

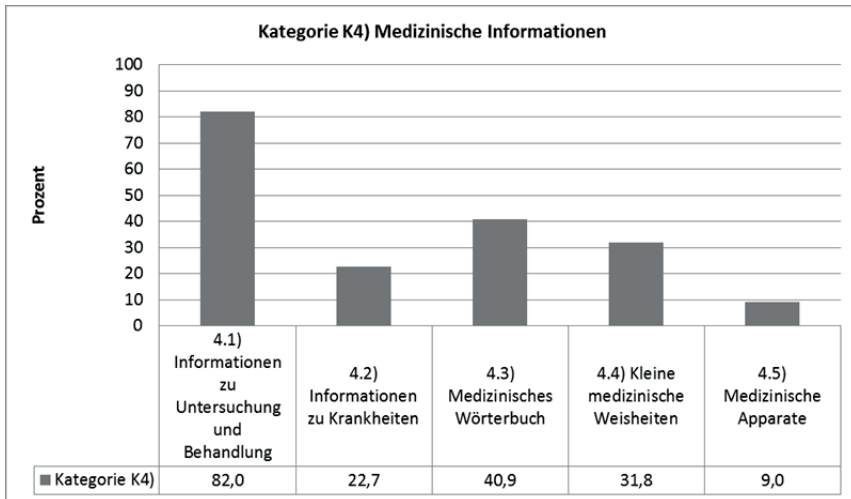


Abb. 45: Kategorie K4 – Medizinische Informationen in Prozent pro Unterkategorie (Mehrfachnennungen möglich)

Die letzte Kategorie der Strukturierungsdimension Inhalt ist ‚Zusätzliche Angebote für Kinder (K5)‘. Beim Untersuchen der Kinderseiten fielen immer wieder Angebote auf, die dem Nutzer auf der Kinderseite dargeboten werden (s. Abb. 46). So werben die meisten Krankenhäuser (72,7 Prozent) auf ihrer Kinderseite damit, dass einmal pro Woche die sogenannten „Clinicclowns“ der Kinderabteilung einen Besuch abstatten. Diese versuchen, die kranken Kinder aufzumuntern. Ebenfalls relativ häufig werden dem Nutzer Malvorlagen zum Download angeboten, auf dem meist das Krankenhaus betreffende Motive ausgemalt werden können. Weitere Kinderseiten bieten dem Nutzer Kennenlern-Besuche auf der Kinderabteilung an (36,4 Prozent). Das Kind kann dann, beispielsweise vor einem Krankenhausaufenthalt, schon einmal einen realen Einblick in das Krankenhaus bekommen. Dies kann als „voorlichtingsmiddag“ (einem Informationsmittag, zusammen mit anderen Kindern) oder auch im Sinne eines Besuches der Klasse/Schule angeboten werden.

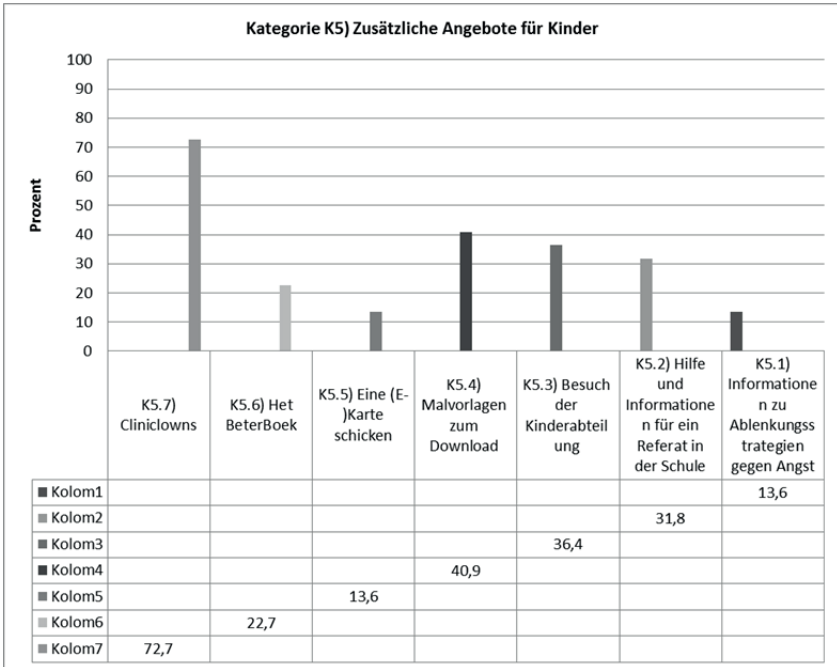


Abb. 46: Kategorie K5 – Zusätzliche Angebote für Kinder in Prozent pro Unterkategorie, (Mehrfachnennungen möglich)

Trotz der aufgezeigten Übereinstimmungen auf der inhaltlichen Ebene fiel bei der Analyse auf, dass die Menge an angebotenen Informationen sich teilweise erheblich unterscheidet. Dieser quantitative Aspekt kann beispielhaft verdeutlicht werden durch zwei extreme Ausprägungen: Das Nij Smellinghe Ziekenhuis in Drachten etwa bietet auf seiner Kinderseite nur vier Oberseiten und insgesamt 15 Unterseiten mit vergleichsweise wenig textlichem Inhalt. Das Wilhelmina Kinderziekenhuis des UMC Utrecht dagegen bietet mit insgesamt mehr als 50 Unterseiten eine sehr ausführliche Datenbasis. Dies birgt natürlich auch hohe Anforderungen an die Übersichtlichkeit der Kinderwebseite, die im folgenden Kapitel zur Sprache kommt.

### 8.4.2 Die Dimensionen Informationsdesign, Multimediadesign, Interfacedesign

Im Folgenden sollen die untersuchten Kategorien des Informationsdesigns, des Multimediadesigns und des Interfacedesigns kurz dargelegt werden, um vor allem einen Überblick über die Frequenzanalyse der vorliegenden Studie zu erhalten, bevor eine analytische Typisierung des Untersuchungsmaterials vorgenommen wird.

Das Informationsdesign wurde empirisch in elf Unterkategorien untersucht. Die ersten fünf Kategorien der Strukturierungsdimension Informationsdesign berücksichtigen vor allem die Zielgruppendualität der Zielgruppe Kind. Es geht hier durch einige formale Aspekte vor allem um die Glaubwürdigkeit der Kinderseite. Wird dem Nutzer (und dessen Erziehungsberechtigten) suggeriert, dass es sich um eine gut gepflegte, vertrauenswürdige Website handelt? Abb. 47 zeigt prozentual, bei wie vielen Kinderseiten die verschiedenen Kategorien vorhanden waren.

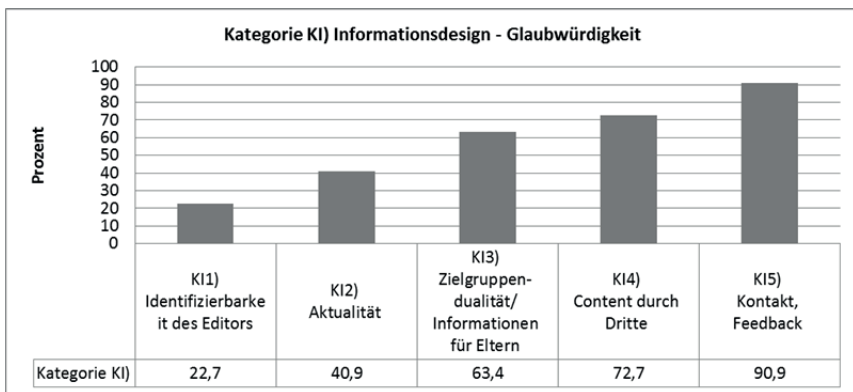


Abb. 47: Kategorien der Strukturierungsdimension Informationsdesign (KI) – Glaubwürdigkeit in Prozent pro Unterkategorie (Mehrfachnennungen möglich)

Im Durchschnitt waren bei den untersuchten Kinderseiten drei der fünf Kategorien vorhanden. Bei den meisten Websites war keine Identifizierbarkeit des Editors bzw. der Autoren der spezifischen Kinderseite gegeben. Einige Kin-

derwebsites verweisen auf die Kommunikationsabteilung des jeweiligen Krankenhauses. Vor dem Hintergrund, dass beim Content Management für Kinder die kindereigene Erfahrungswelt berücksichtigt werden sollte und bestenfalls pädagogisch wertvolle Inhalte kreiert werden sollten, ist es erstaunlich, dass bei den Kinderseiten keine eigenen Autoren angegeben werden, die von denen der allgemeinen Corporate Website der Krankenhäuser divergieren.

Die unter die Oberkategorie ‚Bedürfnisse des Nutzers‘ fallenden Kategorien fragen vor allem nach der zielgruppengerechten Ansprache des Nutzers, also des Kindes (s. Abb. 48). Wie bereits angedeutet, sollte bei der Konzeption von Inhalten für Kinder die Eigenwelt des Kindes beachtet werden. Etwas weniger als die Hälfte der erforschten Kinderseiten tragen dem Rechnung und haben für den Nutzer eine eigene Themenwelt erschaffen, d. h. eine eigene Strukturierung der Kinderwebsite (KI6), die sich klar abgrenzt von der Struktur der allgemeinen Corporate Website des Krankenhauses.

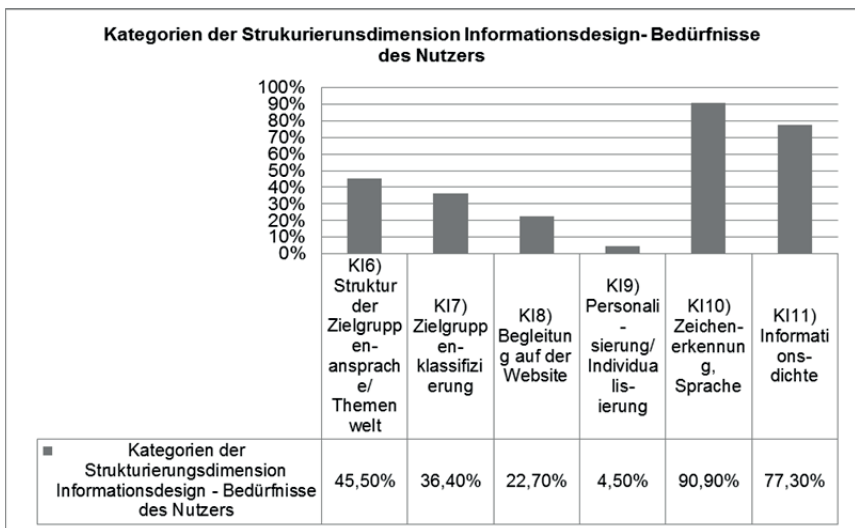


Abb. 48: Kategorien der Strukturierungsdimension Informationsdesign – Bedürfnisse des Nutzers in Prozent pro Kategorie (Mehrfachnennungen möglich)

Bei der Kategorie ‚Zielgruppenklassifizierung‘ (KI7) geht es um die Frage danach, ob die Kinder auf der Grundlage ihrer Altersstufen unterschiedlich angesprochen werden. Werden die Inhalte der Kinderseiten also auf das Alter des Kindes abgestimmt? Diese Unterteilung, die sich im Sinne der unterschiedlichen entwicklungspsychologischen Stadien des Kindes anbieten, nehmen acht von 22 Kinderseiten vor, also etwas mehr als ein Drittel (36,4 Prozent).

Mithilfe der Strukturierungsdimension Multimediadesign wurde untersucht, inwieweit die Kinderseiten der niederländischen Krankenhauswebsites unterschiedliche Medien einsetzen, um die verschiedenen inhaltlichen Informationen rund um das Krankenhaus dem Nutzer näherzubringen. Es wurden die Bereiche Bild-, Video- und Audiomaterial untersucht. Der prozentuale Gebrauch der unterschiedlichen Medien wird anhand von Abb. 49 deutlich.

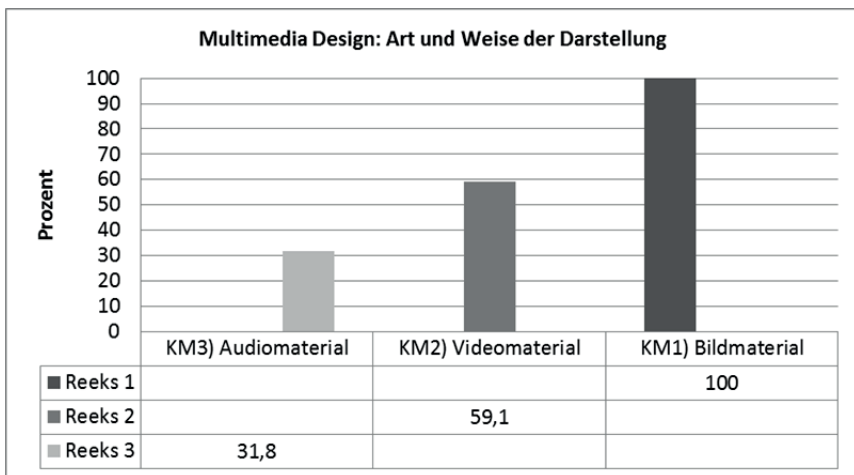


Abb. 49: Kategorie Multimediadesign: Art und Weise der Darstellung in Prozent pro Kategorie (Mehrfachnennungen möglich)

Alle Kinderseiten sprechen ihre Zielgruppe mit Bildmaterial an. Das bedeutet, dass sie zumindest einmal auf der gesamten Kinderseite ein Foto und/oder eine Zeichnung präsentieren. Um Räumlichkeiten, Abläufe oder Informatio-

nen zu Untersuchungen, Behandlungen etc. zu veranschaulichen, benutzen die meisten Krankenhauswebsites (86,4 Prozent) Fotos. Tun sie dies nicht, so sind Zeichnungen bzw. Gemaltes die Hilfsquelle zur Vermittlung dieser.

Auffällig war bei der Erforschung der Kinderseiten auch, dass in vielen Fällen interaktive Fotobücher angeboten wurden. Dabei veranschaulicht jeweils ein Foto einen Sachverhalt, der meist mit kurzen Texten unterfüttert wird. Der Nutzer klickt dabei aktiv, beispielsweise auf einen Pfeil, um das nächste Bild und die nächsten Informationen zu erhalten. Über die Hälfte der Kinderseiten (54,4 Prozent) bedient sich dieses Mittels, das vor allem einzelne Aspekte einer Information in mehrere Abschnitte unterteilt und so das Potenzial besitzt, die kognitive Beanspruchung zu verringern. Wie beschrieben, ist diese direkte Verbindung von Bild und Text aufgrund der doppelten Codierung grundsätzlich zu empfehlen. Von den zwölf genannten Krankenhauswebsites, die Fotobücher verwenden, benutzen drei Stück zehn oder mehr Fotobücher auf der gesamten Seite. In diesen Fällen werden fast alle Bildungsanliegen durch interaktive Fotobücher adressiert.

In der Strukturierungsdimension Inhalt fiel auf, dass drei Websites Panoramafotografien benutzten, um dem Nutzer einen möglichst realen (3D-)Einblick in das Krankenhaus zu bieten.

Das Interface- oder Schnittstellendesign beschäftigt sich mit der Benutzeroberfläche einer Website und mit der Mensch-Maschine-Interaktion. Für den Untersuchungsgegenstand wurden folgende Kategorien der Strukturierungsdimension Schnittstellendesign (KS) untersucht:

- KS1) Visualisierung,
- KS2) Konsistenz,
- KS3) Übersichtlichkeit.

Bei der Kategorie Visualisierung (KS1) wurde zunächst die Farbgestaltung der Kinderseiten auf den niederländischen Krankenhauswebsites näher betrachtet: ein Großteil der Kinderseiten (81,8 Prozent) realisiert ein buntes Oberflächendesign, das auf der Startseite der Kinderseite mehr als drei unterschiedliche Farben enthält und das für die Kinder, wie bereits zuvor beschrieben,



ansprechend erscheinen sollte. Bei zwölf dieser 18 Startseiten dominieren kalte Farben das Design, wohingegen nur zwei Kinderseiten ein überwiegend warmes Design aufweisen. Bei fünf Kinderwebsites, die allesamt keine eigenen Themenwelten darstellen, dominiert die ‚Farbe‘ weiß, weshalb sie beim Codieren nicht in eine der Kategorien warm, kalt oder ausgeglichen einzuordnen waren.

Durch die sehr unterschiedlichen Figuren und Welten, die auf den 22 Untersuchungseinheiten zu finden waren, wurde die Kategorie Originalität mit in das Schnittstellendesign aufgenommen. Originalität wird hier definiert als „[auffällige] auf bestimmten schöpferischen Einfällen, eigenständigen Gedanken o. Ä. beruhende Besonderheit“ (Duden 2015b), das heißt, dass diejenigen Designs darunterfallen, die noch nicht dagewesene Figuren/Welten erschaffen. Darunter fiel in der Studie eine Mehrheit der Kinderwebsites (54,5 Prozent). Diese Originalität liegt hier vor allen Dingen begründet in der Erschaffung von kindlichen, gezeichneten Figuren, die auf den Kinderseiten zu finden sind. In zehn von zwölf Fällen war dies der Fall. Ein Zusammenhang zwischen der Originalität (KS1.1) und der Farbgestaltung (KS1) ließ sich feststellen: Alle als originell bewerteten Designs weisen eine bunte Benutzeroberfläche auf. Grundsätzlich sprechen 68,2 Prozent aller Kinderseiten auf niederländischen Krankenhauswebsites ihre Nutzer mit kindlichen, gezeichneten Figuren an.

#### 8.4.3 Typisierung der Zielgruppenansprache Kind

Im Folgenden werden die zuvor vorgestellten Ergebnisse in Prototypen zusammengefasst. Wie oben bereits angedeutet, wurde bei der Analyse der Zielgruppenansprache Kind deutlich, dass der Grad der Zielgruppenorientierung (erhebliche) Auswirkungen auf die Art und Weise der Kommunikation auf den restlichen Ebenen (Informationsdesign, Multimediadesign, Interfacedesign, teilweise auch Inhalt) hat. Der Grad der Zielgruppenorientierung wird an den als besonders essenziell bewerteten Faktoren der eigenen Lebenswelt des Kindes (Kategorie KI6: Struktur der Zielgruppenansprache: Themenwelt) und der entwicklungspsychologischen Unterschiede (Kategorie KI7) Zielgruppen-

klassifikation) festgemacht. Aus den Ergebnissen ergeben sich fünf verschiedene Typen Websites, die ein unterschiedliches Maß an Zielgruppenorientierung vorweisen und die aufgrund dessen auch weitere Eigenschaften vereint (s. Abb. 50).

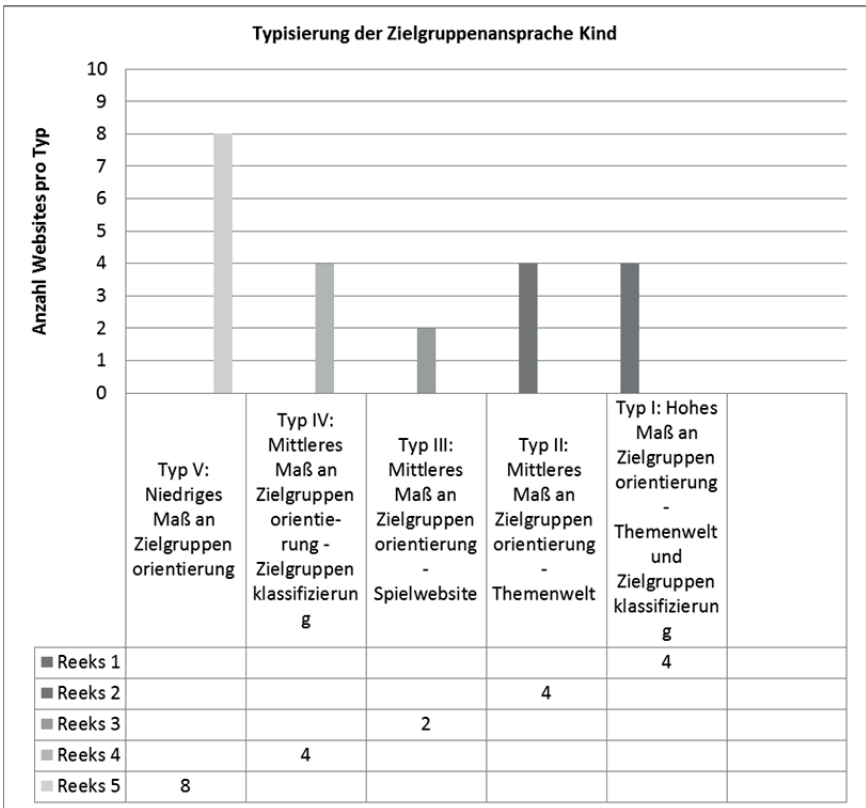


Abb. 50: Typisierung der Zielgruppenansprache Kind auf niederländischen Krankenhauswebsites

*Prototyp I*

Der erste Typ Kinderseite spricht seine Zielgruppe mit einer eigenen Themenwelt an und fragt zu Beginn<sup>38</sup> nach der Altersklasse des Kindes. Die Bedürfnisse des Nutzers werden hier im Sinne der Eigenschaften der Zielgruppe Kind besonders zielgruppengerecht adressiert.

Der Typus I der Kinderwebsites, zu dem vier der 22 untersuchten Kinderseiten gerechnet werden können, spricht den Nutzer im Durchschnitt in drei unterschiedlichen Klassen an, die den oben genannten entwicklungspsychologischen Stufen entsprechen. Den Kindern von null bis sechs, von sechs bis zwölf und von zwölf bis 18 Jahren werden jeweils eigene, dem Alter entsprechende Inhalte und Designformen angeboten. Weiterhin zeichnet sich die Kinderseite des Prototypen I mit besonders hoher Orientierung an den Bedürfnissen des Nutzers im Hinblick auf Sprache und Informationsdichte aus. Dem Kind werden sprachlich kindgerechte Texte angeboten, die durch einfache kurze Sätze und einen geringen Fremdwortanteil gekennzeichnet sind. Die Kinderseite schafft es ebenfalls stets, die Informationsdichte gering zu halten und dem Nutzer ihre Bildungsressourcen eher unterteilt auf mehreren Unterseiten näherzubringen.<sup>39</sup> Dies ermöglicht sie vor allem durch den Gebrauch von interaktiven Fotobüchern (s. o.). So wird gewährleistet, dass das Kind nicht mit Informationen überladen wird und gleichzeitig aktiv das Pull-Medium Internet nutzen kann.

Bei der Oberkategorie Glaubwürdigkeit, die im Kategoriensystem der Inhaltsanalyse in Anlehnung an die genannte komparative Studie Teil der Strukturierungsdimension Informationsdesign ist, zeigt sich ein nuanciertes

---

38 D. h. auf der Startseite der Kinderwebsite.

39 Aus forschungsökonomischen Gründen konnten die Kinderwebsites nicht vollständig sprachlich und auf ihre Informationsdichte hin untersucht werden. Die Wahl, die erste inhaltliche Unterseite der Kinderseite zu analysieren, fiel vor allem aufgrund der besonderen Wichtigkeit des ersten Eindrucks für den Nutzer und aus dem Grund, dass bei einer vorliegenden Zielgruppenklassifizierung die Unterseiten für die jüngeren Nutzer untersucht wurden, die die geringste Aufmerksamkeitsspanne vorweisen (K11) und beispielsweise voraussichtlich noch keine medizinischen Fremdwörter kennen (K10). Trotzdem kann so nicht die gesamte Kinderseite bewertet werden und das Ergebnis ist differenziert zu betrachten.

Bild: Der Prototyp I bittet den Nutzer einerseits ausdrücklich um eine Rückmeldung zu der Kinderwebsite bzw. um die Zusendung offengebliebener Fragen und bietet durch Verlinkungen auch nützlichen Content von Dritten an. Die indirekte Rückkopplungsmöglichkeit der Internet-PR und die daraus resultierende Dialogfähigkeit mit dem Stakeholder sowie eine Vernetzung mit anderen sinnvollen externen Websites werden hier also gewährleistet und in diesem Bereich eine glaubwürdige Kommunikationsbasis geschaffen. Andererseits werden auf den Startseiten der Kinderwebsites des Typen I keine Informationen für Eltern auf der Startseite<sup>40</sup> angeboten, die im Sinne einer Berücksichtigung der Zielgruppendualität des Kindes Vertrauen schaffen kann. Außerdem bietet die Kinderwebsite zwar einen Newsbereich an, dieser wird jedoch nicht aktuell gehalten<sup>41</sup>.

Der Prototyp I bedient sich verschiedener Medien, benutzt gezeichnete und fotografische Bilder sowie Videos, um Informationen zum Krankenhaus (-aufenthalt) zu veranschaulichen (s. Abb. 51). Im Sinne der Benutzerfreundlichkeit ist beim Prototyp I nicht gewährleistet, dass der Nutzer weiß, wo er sich auf der Kinderwebsite gerade befindet und wie er dorthin gelangt ist. Visuell schafft er es allerdings durch Balken- sowie Kästchenstrukturen, grobe Übersichtlichkeit zu erzeugen.

Auf der inhaltlichen Ebene fällt beim Prototyp I auf, dass bei der Vorstellung des Teams der Kinderabteilung ausschließlich die Kinderärzte, nicht jedoch die Krankenpfleger, Krankenschwestern oder sonstige MitarbeiterInnen, vorgestellt werden. Ein Beispiel für die Vorstellung von Kinderärzten auf niederländischen Kinderwebsites findet sich auf der Kinderseite des Jeroen Bosch Ziekenhuis, auf der jeder Kinderarzt mit einer originellen ‚Zeichnung-Foto-Zusammenstellung‘ sowie beim Klicken mit einem Video vorgestellt wird.

---

40 Bei der Inhaltsanalyse wurden aus forschungsökonomischen Gründen nur diejenigen Kinderwebsites codiert, die auf der Startseite erkenntlich Informationen für Eltern anbieten.

41 Unter ‚Aktualität im Newsbereich‘ wurde in der vorliegenden Studie ein Zeitraum von drei Monaten, rückwärtsgerechnet ab dem Codierzeitpunkt, verstanden.



Abb. 51: Vorstellung der Kinderärzte auf der Kinderwebsite des Jeroen Bosch Ziekenhuis. Beim Klicken auf den jeweiligen Arzt bzw. die jeweilige Ärztin erscheint ein Vorstellungsvideo, Quelle: <http://www.halloziekenhuis.nl/p13-18-doktoren>, , zuletzt eingesehen am 06.08.2015.

### *Prototyp II*

Der Prototyp II ist durch eine eigene Themenwelt ohne Zielgruppenklassifizierung gekennzeichnet. Es ist zunächst zu erwähnen, dass zwei von den vier Krankenhäusern, die zum Prototyp II gerechnet werden können, Kinderkliniken sind. Sie sind angeschlossen an ein Universitätsklinikum, durch dessen allgemeine Corporate Website der Nutzer auf die Themenwelt der Kinderklinik zugreifen kann. Inhaltlich auffällig bei den Kinderseiten der beiden Kinderkliniken ist das Vorhandensein eines eigenen „Kinderraad“ bzw. „Kinderadviesraad“, also einem eigenen Rat bestehend aus Kindern, die für die Belange des kranken Kindes eintreten und damit das niederländische Overleg-Prinzip verdeutlicht (s. auch den Artikel von Wolf-Eichbaum in diesem Band). Insgesamt zeigt sich der Typ II als glaubwürdige Kinderseite, die die Zielgruppen dualität des Nutzers mit einbezieht und Informationen für Eltern bereitstellt. Auf der Kinderseite wird, so wie beim Prototyp I, das Kind explizit um Feedback gebeten. Der Typ II bietet ebenfalls eine aktuelle Kinderseite, ent-

weder durch einen aktuell gepflegten Newsbereich oder durch eine allgemeine Aktualisierung der Kinderseite innerhalb der letzten drei Jahre.

Auf die Bedürfnisse des Nutzers wird, ausgenommen vom Nichtvorhandensein einer Altersgruppenklassifizierung, eingegangen. Die Texte der Kinderseite sind kindgerecht aufbereitet mit kurzen, leicht verständlichen Sätzen ohne Fremdwörter. Auch die Informationsdichte wird größtenteils gering gehalten.

Es werden beim Typ II sowohl gezeichnete Figuren als auch reale Fotos benutzt, um die inhaltlichen Aspekte der Kinderseite zu verdeutlichen. Das Interfacedesign zeigt sich beim Prototyp II als bunte und kalte Oberfläche, die den Nutzer originell und konsistent anspricht (s. Abb. 52).



Abb. 52: Beispiel für den Prototyp II: Die Eltern erhalten Informationen, das Design enthält originelle Figuren, größtenteils kalte Farben (blau, grün), der Hintergrund bleibt auf allen Unterseiten konsistent derselbe, Quelle: <http://www.zrt.nl/kidzrt/index.php>, zuletzt eingesehen am 05.08.2015.

### *Prototyp III*

Bei der Analyse der Kinderseiten auf niederländischen Krankenhauswebsites fiel auf, dass zwei Kinderwebsites<sup>42</sup> sich strukturell sehr von den anderen Untersuchungseinheiten unterschieden. Diese Kinderseiten sind sehr spielerisch aufgebaut, der Nutzer gelangt durch virtuelle Räume zu internen Spielen. Sie werden durch ihre Extravaganz im Folgenden als einzelner Prototyp III vorgestellt.

Die Benutzeroberfläche dieses Typs besteht aus kindlich gezeichnetem buntem Bildmaterial. Es besteht die Möglichkeit, sich durch einen gezeichneten interaktiven Grundriss der Kinderabteilung zu bewegen und aktiv die o. g. virtuellen Räume zu erkunden. Die geschaffene Themenwelt erinnert nicht mehr an die eigentliche Krankenhauswebsite und eröffnet dem Kind eine eigene spielerische Erfahrungswelt, die es zu entdecken gilt. Eine Navigation, die im Sinne der im Kapitel 8.4.2 beschriebenen Übersichtlichkeit gewährleistet, ist dementsprechend nicht vorhanden.

Der Multimedia-Gebrauch des Typ III divergiert von den anderen Prototypen durch seine explizite Benutzung von Audiomaterial, das beim Berühren und/oder Klicken auf verschiedene Artefakte der Website automatisch zu hören ist. Hierbei handelt es sich etwa um ein lautes ‚Pupsgeräusch‘, also um auditive Effekte, oder um eine automatische Vorlesestimme, die beispielsweise in eine neue Unterseite einführt. Aus Kapitel 8.1.2 geht hervor, dass besonders Kinder früheren Alters durch Töne aufmerksam werden. Die automatische Vorlesestimme deutet ebenfalls darauf hin, dass die Inhalte der Kinderseite einem Adressaten näher gebracht werden soll, der ggf. noch nicht lesen kann. Auch die Art des Zeichnens und das Weglassen von realistischem Fotomaterial sind Zeichen dafür, dass eher jüngere Kinder angesprochen werden sollen. Der Rückschluss, dass beispielsweise Jugendliche nicht so viel mit dieser verspielten Kinderseite anzufangen wissen, erscheint dadurch logisch.

---

42 Die Kinderwebsite des Isala Ziekenhuis: [www.uitdokteren.nl](http://www.uitdokteren.nl), eingesehen am 07.08.2015; sowie die Kinderseite des Atrium Medisch Centrum: [www.atriummc.nl/alleskids](http://www.atriummc.nl/alleskids), eingesehen am 07.08.2015.

Inhaltlich unterscheidet sich der Prototyp III durch seine wenig bis gar nicht vorhandenen zusätzlichen Angebote für den Nutzer und durch eine Begleitung bzw. Begleitungen auf der Kinderseite durch eine bzw. mehrere menschliche Figuren. Dort tauchen diese Figur bzw. ähnliche Figuren auf allen Unterseiten in verschiedener Weise als konsistentes Gestaltungselement und mit Wiedererkennungswert auf (s. Abb. 53).

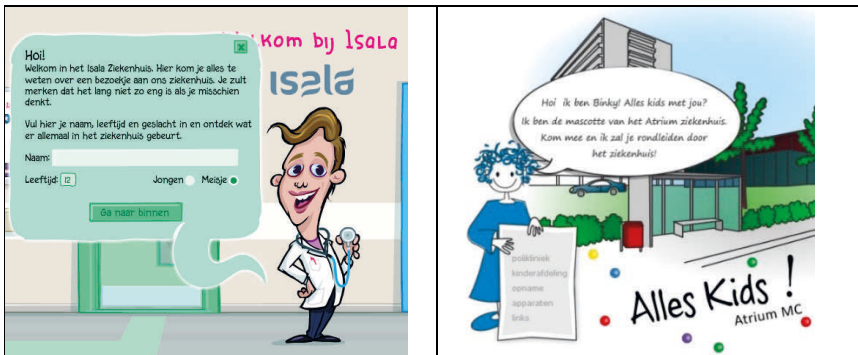


Abb. 53: Beispiele für eine Begleitung auf der Kinderwebsite, Quellen:  
[www.uitdokteren.nl](http://www.uitdokteren.nl), zuletzt eingesehen am 05.08.2015 und  
[www.atrimumc.nl/alleskids](http://www.atrimumc.nl/alleskids), zuletzt eingesehen am 05.08.2015.

#### Prototyp IV

Der Prototyp IV zeichnet sich durch die Unterteilung der Kinderseite in Zielgruppenklassen aus. Es werden zwei verschiedene Altersstufen unterschiedlich angesprochen: Die Kinder von null bis 12 Jahren (meist „kinderen“ genannt) und Jugendliche ab 12 Jahren (meist „tieners“ genannt). Im Vergleich zu Prototyp I fällt beim Prototyp IV also eine Altersklasse weg, was eine nuancierte Zielgruppenorientierung beeinflusst.

Bei der Oberkategorie Informationsdesign spricht der Prototyp IV durch sprachlich kindgerechte Texte an. Die Informationsdichte ist in zwei von vier Fällen niedrig und kindgerecht. Informationen für Eltern werden auch beim Prototyp IV angeboten. Auffällig ist, dass beim Multimediadesign ein Großteil des Bildmaterials auf der Kinderseite Fotomaterial ist. Die Fotos werden vor



allem im Sinne der schon genannten Fotobücher aufbereitet, um dem Nutzer verschiedene Sachverhalte im Krankenhaus nahezubringen. Das Oberflächen-design ist häufig bunt und konsistent durch einen gleichbleibenden Hintergrund. Übersichtlichkeit gewinnt der Typ IV durch Balkenstrukturen auf der Startseite, aber auch auf den Unterseiten.

### *Prototyp V*

Der letzte analytisch zu trennende Prototyp besitzt die niedrigste Zielgruppenorientierung. Die Kinderseite ist Teil der allgemeinen Krankenhauswebsite und es wird keine Trennung bei den unterschiedlichen Altersklassen vorgenommen. Bei der Oberkategorie ‚Bedürfnisse des Nutzers‘ innerhalb der Strukturierungsdimension Informationsdesign sind nur wenige Kategorien vorhanden. Allein der sprachliche Aspekt zeigt sich überwiegend kindgerecht, sowie wird die Informationsdichte größtenteils auch bei diesem Prototypen niedrig gehalten. Bei der Oberkategorie ‚Glaubwürdigkeit‘ zeigt sich beim Prototyp V ein gemischtes Bild. Er bietet, dadurch dass die allgemeine Krankenhauswebsite visuell zu jeder Zeit erkennbar ist, ein allgemeines Kontaktfeld auf der Startseite, fragt den Nutzer allerdings nur in sehr seltenen Fällen explizit um Feedback. Er stellt größtenteils Content von Dritten in Form von Verlinkungen und Bücherempfehlungen bereit. Im Bereich der Aktualität der Kinderseite zeigt sich, dass zwar ein Newsbereich vorhanden ist, dieser wiederum aber nicht aktuell mit Inhalt bespielt wird.

Auf der multimedialen Ebene weist der Prototyp V im Bereich des Bildmaterials vor allem Fotos auf, im Vergleich zu den zielgruppenorientierteren Prototypen bietet er auffallend weniger gezeichnete Elemente. Ebenfalls bedient er sich größtenteils Videomaterial, dies jeweils aber nur vereinzelt auf der Kinderseite.

Bei der Kinderseite dieses Prototypen ist im Gegensatz zu den anderen Prototypen zu jeder Zeit gewährleistet, dass der Nutzer sich auf der Kinderseite zurechtfindet und sich gut orientieren kann. Dies wird durch eine Pfadstruktur realisiert (s. Abb. 54), die meist in die allgemeine Corporate

Website eingebettet ist und die die einzelnen Schritte visualisiert, die der Nutzer schon zurückgelegt hat.

**St. Elisabeth Ziekenhuis**

ik ben patiënt/bezoeker   ik ben kind   ik zoek werk/opleiding   ik ben professional   ik ben onderzoeker

» Verpleegkundigen

**Afdelingen**

**Opname**

**Wie kom ik tegen?**

- ▶ Kinderartsen
- ▶ Verpleegkundigen
- ▶ Helpenden

**Verpleegkundigen**  
Gepubliceerd: 11 september 2014

Een verpleegkundige is iemand die de hele dag en ook 's nachts voor je zo verschoont je bed, neemt je temperatuur op of geeft je medicijnen. Als je je het aan de verpleegkundige vragen. Ook met problemen kun je bij ze te heel veel verpleegkundigen op de afdeling, dus het is niet altijd dezelfde di Kinderverpleegkundigen en Neonatologieverpleegkundigen hebben een spe gevolgd voor het verplegen en verzorgen van kinderen en te vroeg gebore Daarnaast zijn er nog een aantal verpleegkundigen die van een bepaalde z heel veel afweten, zoals, diabetes, ADHD en astma. Zij zijn zogenaamde si verpleegkundige. Als je meer over hen wilt weten, kun je dat vinden bij sp verpleegkundigen.

Abb. 54: Eine Navigation auf der Kinderseite wird durch eine Pfadstruktur realisiert, Quelle: [http://www.elisabeth.nl/ik\\_ben\\_kind/](http://www.elisabeth.nl/ik_ben_kind/), zuletzt eingesehen am 07.08.2015.

Die Benutzeroberfläche des Typs V ist gekennzeichnet durch einen konsistenten, mehrheitlich weißen oder kalten Hintergrund und bietet, im Zusammenhang mit der Einbettung in die allgemeine Krankenhauswebsite, kein originelles Design. Diese Feststellung fließt auch ein in das folgende Kapitel, in dem zusammenfassend besondere Auffälligkeiten des inhaltsanalytischen Materials als Hypothesen dargestellt werden.

Der inhaltliche Bereich bietet vielfach medizinische Informationen und einen Einblick in das Krankenhaus durch Hinweise zu Räumlichkeiten und durch eine Vorstellung der Menschen, die einem innerhalb des Krankenhauses entgegenkommen. Der Prototyp V bieten in jedem Fall auch Informationen zur Vorbereitung auf einen Krankenhausaufenthalt.

#### 8.4.4 Ableitung von Hypothesen

Die größtenteils qualitativ durchgeführte Studie lässt nach der Analyse und Typisierung der Zielgruppenansprache Kind die Aufstellung von grundsätzlichen Hypothesen zu, die ggf. in einer weiteren Studie getestet werden könnten. Es können nach der Auswertung des Untersuchungsmaterials folgende tendenzielle Aussagen in den Bereichen Informationsdesign, Multimediadesign und Interfacedesign getroffen werden:

- Hypothese 1) Informationsdesign: Je zielgruppenorientierter die Kinderseite gestaltet ist, desto eher wird der Nutzer explizit um Feedback gebeten.
- Hypothese 2) Multimediadesign: Je zielgruppenorientierter die Kinderseite ausgerichtet ist, desto umfangreicher ist der Multimediaegebrauch.
- Hypothese 3) Interfacedesign: Je zielgruppenorientierter die Kinderseite ausgerichtet ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass die Benutzeroberfläche originell gestaltet ist.
- Hypothese 4) Interfacedesign: Je zielgruppenorientierter die Kinderseite gestaltet ist, desto weniger kann der Nutzer sich durch eine übersichtliche Navigation auf der Kinderwebsite orientieren.

#### 8.5 Fazit: Vielfältige Zielgruppenansprache Kind auf niederländischen Krankenhauswebsites

Die Frage danach, wie niederländische Krankenhäuser ihre kleinsten Kunden ansprechen, lässt sich durch das Wort vielfältig auf einfache Art und Weise beantworten. Die Vielfältigkeit der Zielgruppenansprache Kind auf den untersuchten niederländischen Krankenhauswebsites wurde in der vorliegenden Studie eruiert und soll im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden. Wichtiges Ergebnis der Haupt- und Teilstudie ist zunächst sicherlich die Tatsache, dass niederländische Krankenhäuser zur Hälfte Kinder als Zielgruppe haben, für deutsche Krankenhäuser spielen Kinder als Zielgruppe von Kran-

kenhauskommunikation dagegen überhaupt keine Rolle. Hier kann sicherlich der Blick auf nationalkulturelle Gründe (s. den Artikel von Wolf-Eichbaum) bei aller Vorsicht vor Stereotypen eine erste Orientierung bieten.

Das Kind als eine Zielgruppe des niederländischen Krankenhauses wird auf den Websites in darüber hinaus erster Linie als Patient und nicht als Angehöriger angesprochen: Es findet eine inhaltliche Fokussierung auf dem ‚Kind als Kranker‘ statt, bei der auf der inhaltlichen Ebene vor allem Informationen zur Vorbereitung auf einen Krankenhausaufenthalt angeboten werden. Der Nutzer wird auf inhaltlich häufig homogenen Kinderwebsites über die Abläufe im Krankenhaus informiert und in den meisten Fällen (95,5 Prozent) wird ihm ein visueller Einblick in das Krankenhaus gegeben. Ebenfalls werden ihm zusätzliche Angebote aufgezeigt, die eben jenen Krankenhausaufenthalt verschönern bzw. die schlechten Erfahrungen dessen mindern sollen. Die Reduktion von Angst und das Kennenlernen des Krankenhauses scheint so die primäre Funktion der Kinderseiten zu sein.

Es konnten bei der vorliegenden qualitativ-quantitativen Inhaltsanalyse Unterschiede in der Art und Weise der Zielgruppenansprache ausgemacht werden, die sich auf den Grad des angedeuteten positiven Einflusses auf die Reputation und das Image eines Krankenhauses auswirken könnten. So steht die ermittelte, relative Homogenität der untersuchten Kinderwebsites in der Strukturierungsdimension Inhalt einer relativen Heterogenität bei den anderen Strukturierungsdimensionen, insbesondere beim Informationsdesign, gegenüber.

Es zeigte sich, dass einige Kinderseiten ihre Nutzer zielgruppenorientierter ansprechen als andere und der Grad der Zielgruppenorientierung Einfluss auf weitere gestalterische Artefakte auf den Kinderwebsites hat. Aus forschungsökonomischen Gründen konnten die Kinderwebsites des Weiteren nicht vollständig sprachlich und auf ihre Informationsdichte hin untersucht werden. Die Wahl, die erste inhaltliche Unterseite der Kinderseite zu analysieren, fiel vor allem aufgrund der besonderen Wichtigkeit des ersten Eindrucks für den Nutzer, und zwar aus dem Grund, dass bei einer vorliegenden Zielgruppenklassifizierung die Unterseiten für die jüngeren Nutzer untersucht wurden, die die geringste Aufmerksamkeitsspanne vorweisen (KI11)

und beispielsweise voraussichtlich noch keine medizinischen Fremdwörter kennen (K10). Trotzdem kann so nicht die gesamte Kinderseite bewertet werden und die Ergebnisse, die die Teilstudie hier liefert, müssen differenziert betrachtet werden.

Das Maß der Zielgruppenorientierung wurde also bei der empirischen Forschung vor allem durch die Oberkategorie ‚Bedürfnisse des Nutzers‘ in sechs Unterkategorien ermittelt. Besonders die zwei Kategorien ‚Struktur der Zielgruppenansprache/Themenwelt‘ und ‚Zielgruppenklassifizierung‘ wurden als charakterisierend für Unterschiede in der Zielgruppenorientierung ergründet und es wurden so verschiedene Prototypen der Zielgruppenansprache Kind herausgearbeitet.

Bei der Aufbereitung der auf den Kinderseiten angebotenen Informationen zeigt sich, dass viele Kinderseiten, nämlich die der Prototypen I, II und III (45,5 Prozent der Kinderseiten), den Nutzer zielgruppenorientiert durch eine eigene Themenwelt ansprechen, in der sich das Kind eigenständig auf die Suche nach Informationen machen kann.

Im theoretischen Teil wurde deutlich, dass bei der Zielgruppenansprache Kind keinesfalls der Spruch ‚one size fits all‘ angewandt werden sollte. Die Annahme, dass Kindern unterschiedlichen Alters das gleiche Design und Inhalte desselben Niveaus gefallen, ist daher unrealistisch. Trotzdem tragen ‚nur‘ die in den vorangegangenen Kapiteln vorgestellten Prototypen I und IV (36,4 Prozent der Kinderseiten) den entwicklungspsychologischen Erwägungen Rechnung und sprechen Kinder anhand ihrer Altersstufe unterschiedlich und somit zielgruppenorientierter an.

Der Prototyp I, der nicht nur eine eigene Themenwelt bietet, sondern den Nutzer innerhalb dieser auch noch anhand seiner Altersstufe kindgerecht anspricht, kann insgesamt als Best Practice, also als zielgruppengerechteste Kinderseite<sup>43</sup>, angesehen werden. Dieser könnte durch seine positiven Eigenschaften das größte Potenzial beinhalten, den Kunden langfristig an sich zu binden. Der Typ I bietet durch Informationen für die Eltern des Nutzers sowie

---

43 Auch hier gibt es Abstufungen, als konkretes Best-Practice-Beispiel ist die Kinderseite des Jeroen Bosch Ziekenhuis zu nennen: [www.jeroenboschziekenhuis.nl](http://www.jeroenboschziekenhuis.nl), eingesehen am 08.08.2015.

durch die explizite Bitte um Feedback eine größtenteils glaubwürdige Zielgruppenansprache. Außerdem stellt er sprachlich kindgerechte Texte zur Verfügung und sieht von einem Informationsüberfluss ab. Die Kategorie ‚Sprache‘ konnte in der vorliegenden Arbeit aus ökonomischen Erwägungen nur oberflächlich abgefragt werden, weshalb eine nuanciertere sprachliche Untersuchung der Kinderseiten ebenfalls weiterer Studien bedürfte. Der Prototyp I zeichnet sich weiterhin durch eine bunte und originelle Benutzeroberfläche aus, welches großes Potenzial hat, die Aufmerksamkeit des Nutzers auf sich zu ziehen. Eigene gezeichnete Figuren, die sich in manchen Fällen auch bewegen, unterstützen diesen Effekt. Den Untersuchungsergebnissen ist zu entnehmen, dass die beschriebene Originalität mit dem Grad der Zielgruppenorientierung zu korrelieren scheint. Es wird außerdem Gebrauch gemacht von multimedialen Hilfsmitteln: So zeigt der Prototyp I Videos und benutzt interaktive Fotobücher, um seiner Zielgruppe die medizinischen Inhalte auf vielfältige Weise näherzubringen. Explizites Audiomaterial wird eher selten angeboten.

Dies steht im Gegensatz zu der Zielgruppenansprache auf der Kinderseite des Prototypen III, die als ‚Spielseite‘ auf originelle Audioeffekte setzt und hierdurch die Aufmerksamkeit des Nutzers erhalten könnte. Die interaktiven Spielelemente auf der Kinderwebsite involvieren den Nutzer aktiv und sprechen die oben beschriebene Lieblingsaktivität der Kinder im Netz an: ‚Spielen‘. Der Prototyp III kennt also viele Eigenschaften, die eine positive Bewertung der Zielgruppenansprache Kind begründen. Die Stärke dieses Prototypen kann jedoch zugleich als Schwäche angesehen werden, da er durch die kindlich aufgebaute Benutzeroberfläche und kindliche Effekte für ältere Kinder, insbesondere für Jugendliche keinen Mehrwert bieten dürfte.

Der Prototyp V ist derjenige mit dem geringsten Grad an Zielgruppenorientierung. Zwar bietet er häufig sprachlich kindgerechte und übersichtlich aufgebaute Inhalte, doch spricht er den Nutzer nicht sehr zielgruppenorientiert an. Durch ein häufig eintöniges und farbloses Design sowie die Einbindung in die allgemeine Corporate Website der Krankenhauswebsite wird keine eigene Erfahrungswelt erschaffen. Nur vereinzelt werden multimediale Angebote gemacht, auch wenn meist viele Fotos zur Veranschaulichung des

Inhalte gezeigt werden. Der Umfang der multimedialen Angebote wurde in der Studie in Zusammenhang gebracht mit der Zielgruppenorientierung der Kinderseite und es zeigte sich eine positive Korrelation. Erwähnenswert ist, dass beim Prototyp V meist eine Navigation auf der Website gewährleistet wird. Diese ist allerdings meist dieselbe wie auf der allgemeinen Website. Dadurch könnte es sein, dass die durch die Navigation geschaffene Übersichtlichkeit eher von den älteren Kindern verstanden wird, nicht aber von Kindern jüngeren Alters. Bei der Navigation erschloss sich bei der Auswertung der Studienergebnisse eine negative Korrelation zur Zielgruppenorientierung. Diese zunächst widersprüchlich erscheinende Hypothese lässt sich dahin gehend erklären, dass vor allem die kindlichen Themenwelten von den normalen Pfadstrukturen einer Website absehen und das Kind mitnehmen auf eine Entdeckungsreise durch die Website.

Die hier noch nicht zusammenfassend dargestellten Prototypen II und IV weisen entweder eine eigene Themenwelt oder eine Zielgruppenklassifizierung auf. Sie lassen nicht genug ähnliche Eigenschaften erkennen, um in einen Prototyp gefasst zu werden. Auffälligkeiten sollen hier jedoch kurz konzentriert beschrieben werden: Prototyp II weist eine eigene Themenwelt und eine durch Aktualität und die Aufforderung nach Feedback gekennzeichnete, weitestgehend glaubwürdige Kinderseite auf. Bei dem Prototypen IV, der die Zielgruppe Kind in zwei Altersstufen anspricht, fiel weiterhin auf, dass größtenteils Fotomaterial zum Darstellen der Inhalte auf der Kinderseite verwendet und Übersichtlichkeit auf Ober- und Unterseiten durch Balkenstrukturen gewährleistet wird.

In der vorliegenden Studie wurde versucht, ein möglichst ausführliches Abbild der Art und Weise der Zielgruppenansprache Kind auf niederländischen Krankenhauswebsites zu schaffen. Aus forschungsökonomischen Gesichtspunkten konnten allerdings viele Aspekte des *Wie* nicht näher untersucht werden, was die bereits genannten, aber auch die noch zu erwähnenden Forschungsdefizite begründet. Da beispielsweise im Bereich des Multimedia-Designs nur die Anwesenheit von Bildmaterial, Videos oder Audiomaterial gemessen wurde, könnten weitere Studien sich weitergehend mit den Multimedia-Effekten beschäftigen, beispielsweise mit den Effekten der Erklärungs-

videos auf den Kinderseiten. Besonders im sensiblen Bereich der Gesundheitskommunikation wäre eine kritische Überprüfung der Medienwirkung auf Kinder von Relevanz. Ebenso könnte die Usability der Kinderseiten eine Basis für weitere empirische Forschung sein, da Kinder mit den dargebotenen Inhalten und Schnittstellendesigns anders umgehen als Erwachsene und auch dieser Punkt in der vorliegenden Arbeit nur rudimentär überprüft werden konnte.

Diese Teilstudie hat aber – nicht zuletzt aufgrund ihrer Einbindung in die Hauptstudie – dazu beigetragen, ein differenzierteres Bild über zielgruppenadressierte Onlinekommunikation für Kinder auf niederländischen Krankenhauswebsites zu erhalten, und kann somit auch für deutsche Krankenhäuser als Inspiration dienen, was online mit Blick auf die Wahrnehmung der Zielgruppe Kind als potenzieller Patient und wichtiger Faktor im Zusammenhang mit öffentlichem Vertrauen möglich ist. Nicht zuletzt wurden durch die Ableitung der Hypothesen im letzten Schritt Zusammenhänge sichtbar, die in weiteren Studien getestet werden könnten.

## Literatur

- Arnold, Patricia; Kilian, Lars; Thilloßen, Anne; Zimmer, Gerhard (2013): Handbuch E-Learning. Lehren und Lernen mit digitalen Medien. 3. Aktual. Aufl. Bielefeld.
- Barthelmeß, Hartmut (2015): E-Learning – bejubelt und verteufelt. Lernen mit digitalen Medien, eine Orientierungshilfe. Bielefeld.
- Bickler, Daniela (2002): Zielgruppe Kind. Handlungsspielräume eröffnen – Abhängigkeiten vermeiden. Marburg.
- Buchele, Mark-Steffen; Alkan, Saim (2012): Websites als Basis der Unternehmenskommunikation im Internet. In: Pleil, Thomas; Zerfaß, Ansgar (Hrsg.): Handbuch Online-PR, Konstanz.
- Buijzen, Moniek; Rozendaal, Esther (2012): De jonge consument. Amsterdam.



- Burgerlijk Wetboek Boek 1 (2015): Artikel 233. In: [http://wetten.overheid.nl/BWBR0002656/Boek1/Titel13/Afdeling1/Artikel233/geldigheidsdatum\\_12-07-2015](http://wetten.overheid.nl/BWBR0002656/Boek1/Titel13/Afdeling1/Artikel233/geldigheidsdatum_12-07-2015). Zuletzt eingesehen am 02.07.2015.
- Deursen, A.J.A.M van; Dijk, J.A.G.M. van (2012). Trendrapport internetgebruik 2012. Een Nederlands en Europees perspectief. Enschede. In: [http://www.utwente.nl/ctit/cfes/docs/rapporten/2012\\_Trendrapport\\_Internetgebruik.pdf](http://www.utwente.nl/ctit/cfes/docs/rapporten/2012_Trendrapport_Internetgebruik.pdf). Zuletzt eingesehen am 28.07.2015.
- Dielemann, Arjan; Beer, Fedor de (2010): De eigen wereld van het kind. Oriëntatie op de leefwerelden van kinderen. Bussum.
- Duden (2015a): Medizin. In: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Medizin>. Zuletzt eingesehen am 23.07.2015.
- Duden (2015b): Originalität. In: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Originalitaet#b2-Bedeutung-2>. Zuletzt eingesehen am 23.07.2015.
- Europäische Kommission (2015): Europäische Rahmenbedingungen für die soziale Verantwortung der Unternehmen. Grünbuch. In: [http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/committees/deve/20020122/com\\_Prozent282001\\_Prozent29366\\_de.pdf](http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/committees/deve/20020122/com_Prozent282001_Prozent29366_de.pdf). Zuletzt eingesehen am 25.07.2015.
- Eurostat (2015): Level of internet access – households (tin00134). Luxemburg. In: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tin00134>. Zuletzt eingesehen am 18.07.2015.
- Fleischer, Sandra (2014): Medien in der frühen Kindheit. In: Tillmann, Angela; Fleischer, Sandra; Hugger, Kai-Uwe (Hrsg.): Handbuch Kinder und Medien. Digitale Kultur und Kommunikation 1. Wiesbaden.
- Fuhs, Burkard (2014): Medien in der mittleren Kindheit. In: Tillmann, Angela; Fleischer, Sandra; Hugger, Kai-Uwe (Hrsg.): Handbuch Kinder und Medien. Digitale Kultur und Kommunikation 1. Wiesbaden. In: <http://link.springer.com/book/10.1007/978-3-531-18997-0>. Zuletzt eingesehen am 15.07.2015.
- Gross, Friederike von; Meister, Dorothee M.; Sander, Uwe (Hrsg.) (2015): Medienpädagogik – ein Überblick. Weinheim und Basel.
- Horn, Robert E. (1999): Information Design: Emergence of a New Profession. In: Jacobson, Robert: Information Design. Cambridge.

- Hung, Yah-Ling; Stones, Catherine (2011): A Comparative Study of Children's eHealth Design between East and West: A Case Study of Children's Health Websites in China, Taiwan, the UK, and the US. In: Robertson, Michelle M. (Hrsg.): *Ergonomics and Health Aspects of Work with Computers*. Orlando. In: [http://link.springer.com/chapter/10.1007\\_Prozent2F978-3-642-21716-6\\_14#page-1](http://link.springer.com/chapter/10.1007_Prozent2F978-3-642-21716-6_14#page-1). Zuletzt eingesehen am 12.06.2015.
- Jarolimek, Stefan (2014): CSR-Kommunikation: Zielsetzungen und Erscheinungsformen. In: Zerfaß, Ansgar; Piwinger, Manfred (Hrsg.): *Handbuch Unternehmenskommunikation*. Wiesbaden.
- Kerres, Michael; Preußler, Annabelle (2015): Mediendidaktik. In: Gross, Friederike von; Meister, Dorothee M.; Sander, Uwe (Hrsg.): *Medienpädagogik – ein Überblick*. Weinheim und Basel.
- Kerres, Michael (2013): *Mediendidaktik. Konzeption und Entwicklung Medienstützter Lernangebote*. 4. Aufl. München.
- Kommerell, Kathrin (2009): Journalismus für Kindermedien – erklärt uns die Welt auf Augenhöhe. Vortrag auf der KinderMedienKonferenz. Potsdam. In: <http://www.bpb.de/veranstaltungen/140894/journalismus-fuer-kinder?p=all>. Zuletzt eingesehen am 15.07.2015.
- Livingstone, Sonia; Haddon, Leslie; Görzig, Anke; Ólafsson, Kjartan (2011): *EU Kids Online: final report*. London. In: [http://eprints.lse.ac.uk/39351/1/EU\\_kids\\_online\\_final\\_report\\_Prozent5BLSEROProzent5D.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/39351/1/EU_kids_online_final_report_Prozent5BLSEROProzent5D.pdf). Zuletzt eingesehen am 20.07.2015.
- Livingstone, Sonia; Haddon, L. (Hrsg.) (2009): *Kids online: opportunities and risks for children*. Bristol.
- Mayer, Richard (Hrsg.) (2012): *The Cambridge Handbook of Multimedia Learning*. Cambridge. In: <http://ebooks.cambridge.org/ebook.jsf?bid=CBO9780511816819>. Zuletzt eingesehen am 04.08.2015
- Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarb. Aufl. Weinheim.
- Meyer-Johanssen, Uli (2014): Design als strategischer Erfolgsfaktor in der Unternehmenskommunikation. In: Zerfaß, Ansgar; Piwinger, Manfred (Hrsg.): *Handbuch Unternehmenskommunikation*. Wiesbaden.

- NVZ (2011): brancherapport “Zorg op doorreis”. In: [https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/\\_library/478/NVZ\\_Prozent20brancherapport\\_Prozent202011\\_Prozent20\\_Prozent27zorg\\_Prozent20op\\_Prozent20door\\_reis\\_Prozent27.pdf](https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/478/NVZ_Prozent20brancherapport_Prozent202011_Prozent20_Prozent27zorg_Prozent20op_Prozent20door_reis_Prozent27.pdf). Zuletzt eingesehen am 02.07.2015.
- o. A. Positive Online Content and Services for Children in Europe (2015), positive content criteria. In: <http://www.positivecontent.eu/positive-content-criteria-checklist/>. Zuletzt eingesehen am 28.07.2015.
- Ólafsson, Kjartan; Livingstone, Sonia; Haddon, Leslie et al. (2013): Children’s Use of Online Technologies in Europe. A review of the European evidence base. In: [http://eprints.lse.ac.uk/50228/1/\\_Libfile\\_repository\\_Content\\_Livingstone\\_Prozent2C\\_Prozent20S\\_Children\\_ProzentE2\\_Prozent80\\_Prozent99s\\_Prozent20use\\_Prozent20of\\_Prozent20online\\_Prozent20technologies\\_Prozent20in\\_Prozent20Europe\\_Prozent28sero\\_Prozent29.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/50228/1/_Libfile_repository_Content_Livingstone_Prozent2C_Prozent20S_Children_ProzentE2_Prozent80_Prozent99s_Prozent20use_Prozent20of_Prozent20online_Prozent20technologies_Prozent20in_Prozent20Europe_Prozent28sero_Prozent29.pdf). Zuletzt eingesehen am 20.07.2015.
- Pacyna, Manon (2007): Marketing für Kinderlebensmittel. Kindliche Wahrnehmung als Basis des Lebensmittelmarketings. Saarbrücken.
- Paivio, Alan (1986): Mental representations: A dual coding approach. New York.
- Pleil, Thomas; Zerfaß, Ansgar (Hrsg.) (2012): Handbuch Online-PR. Konstanz.
- Rohles, Björn (2013): Grundkurs gutes Webdesign. Alles, was Sie über Gestaltung im Web wissen sollten. Bonn.
- Roski, Reinhold (2014): Akteure der Gesundheitskommunikation und ihre Zielgruppen. In: Hurrelmann, Klaus; Baumann, Eva: Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern.
- Röttger, Ulrike; Preusse, Joachim; Schmitt, Jana (2011): Grundlagen der Public Relations. Eine kommunikationswissenschaftliche Einführung. Wiesbaden.
- Stapelkamp, Torsten (2007): Screen- und Interfacedesign. Gestaltung und Usability für Hard- und Software. Heidelberg. In: <http://www.springerprofessional.de/978-3-540-32950-3---screen--und-interfacedesign/1999456.html>. Zuletzt eingesehen am 15.07.2015.
- Sweller, John (2010): Element Interactivity and Intrinsic, Extraneous, and Germane Load. *Educational Psychology Review* 22 (2). S. 123-138.

- Zerfaß, Ansgar (2014): Unternehmenskommunikation und Kommunikationsmanagement: Strategie, Management und Controlling. In: Zerfaß, Ansgar; Piwinger, Manfred (Hrsg.): Handbuch Unternehmenskommunikation. Wiesbaden.
- Zerfaß, Ansgar; Pleil, Thomas (2012): Strategische Kommunikation in Internet und Social Web. In: Pleil, Thomas; Zerfaß, Ansgar (Hrsg.): Handbuch Online-PR. Konstanz.



## 9 Online Employer Branding von Krankenhäusern: Eine Inhaltsanalyse der Zielgruppenansprache ‚Karriere‘ auf grenznahen deutschen und niederländischen Krankenhaushomepages

*Marc Zufelde*

Der oft benannte ‚demografische Wandel‘ ist – spätestens im Jahr 2015, da die ‚Babyboomer‘-Generation in Rente geht – ein Faktum geworden (vgl. Alscher; Hummitzsch 2015). Dies ist für Krankenhäuser gleichzeitig Segen und Fluch. Auf der einen Seite führt es natürlich zu einer höheren Anzahl an Patienten, was den Fortbestand auch kleiner Krankenhäuser sichert. Auf der anderen Seite wird für diesen Zuwachs an Patienten auch mehr Personal benötigt, was sich aufgrund der niedrigen Geburtenraten der letzten Jahrzehnte als schwierig herausstellt. Es wird bereits vom „war of talents“ (Immerschitt; Stumpf 2014: 5 f.) gesprochen, der besagt, dass es nicht nur schwierig ist, junge Fachkräfte zu finden, sondern dass das nächste Problem darin besteht, sie im Unternehmen zu halten. Somit stehen Krankenhäuser vor der Aufgabe, Mitarbeiter zu finden und zu binden. Ein gängiges Instrument dafür ist die Entwicklung eines sogenannten „Employer Brand“, dessen Grundidee Ambler und Barrow erstmals 1996 entwickelten. Das Konzept des „Employer Brand“ wurde definiert als „the package of functional, economic and psychological benefits provided by employment, and identified with the employing company“ (Yavuz 2013: 7, Herv. i. O.).

Eine Karrierewebsite ist innerhalb des Employer Brandings ein Instrument, um im Onlinebereich präsent zu sein und somit potenziellen Arbeitnehmern mit nötigen und/oder erwünschten Informationen zu versehen (vgl. Eger; Eichstädt 2013: 111). Sie ist damit ein Teil des digitalen Employer Brandings, das sinnvoll durch weitere Elemente ergänzt werden kann. Konkret lässt sich in Community-Kanäle (direkter Kontakt zur Zielgruppe mit Option zur Interaktion; z. B. Facebook oder Xing), Corporate-Kanäle (selbstbespielte Plattformen; z. B. Karrierewebsite oder Unternehmensblog) und Content-Kanäle (‚Lagerstätten‘ für Inhalte wie YouTube, Soundcloud, Flickr etc.)

trennen. Diese müssen gesamtheitlich betrachtet und bespielt werden, stets vorausgesetzt, dass sie überhaupt bedient werden. (Vgl. ebd.: 114) Da mittlerweile empirisch belegt ist, dass Karrierewebsites einen signifikant größeren Einfluss auf eine positive Arbeitgeberbewertung haben als Print-Anzeigen (vgl. Baum; Kabst 2014: 364 ff.) und auch aktuelle Mediennutzungstrends die Bedeutung des Internets als Informationsquelle betonen (vgl. Schröder 2015), ist ein Verzicht auf diese Option eigentlich kaum vorstellbar.

Thema der durchgeführten Studie war daher die Frage danach, ob Krankenhäuser die neuen Trends des Employer Brandings im Internet umsetzen. Dem soll im Folgenden im deutsch-niederländischen Kontext nachgegangen werden. Der Fokus liegt auf den Fragen *ob* und falls ja, *wie* solche Strategien im externen Onlinebereich umgesetzt werden.

## 9.1 Employer Branding

Das Konzept des Employer Brandings bietet Arbeitgebern die Möglichkeit, sich auf dem Arbeitsmarkt zu „positionieren und präsentieren“<sup>44</sup> und sich auf diese Weise einen Vorteil im sogenannten „war of talents“ (Immerschitt; Stumpf 2014: 5 f.) zu verschaffen. Es soll deshalb zunächst eine allgemeine theoretische Erläuterung des Konzeptes erfolgen sowie anschließend eine Spezifizierung des Prozesses für Krankenhäuser, um dann im Detail auf seine Umsetzung im externen Onlinebereich einzugehen.

### 9.1.1 Grundlagen zum Konzept des Employer Brandings

In die Operationalisierung des Konzeptes Employer Branding fällt die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Begriffen, die die Vielschichtigkeit des Konzeptes deutlich machen: Zunächst beinhaltet Employer Branding den Begriff ‚Brand‘, also Marke. Eine Marke ist ein „wahrgenommenes Mehrwertversprechen“ (Trost 2013a: 14), welches mit einem Produkt, einer Person, einer Organisation verbunden wird. Es soll beim Stakeholder – auch ohne

---

44 In Anlehnung an den Untertitel von Trost (2013).

Vorkenntnisse – einen gewissen Grad von Vertrautheit mit selbigem/selbiger erzeugen und reduziert somit Komplexität bzw. Unsicherheit.<sup>45</sup> Eine weitere Option, um diesen komplexitätsreduzierenden Effekt zu erzeugen, ist das Heranziehen von Images. Diese sind zu charakterisieren als „[...] das, was die Stakeholder vom Unternehmen als Wissen in ihren Köpfen gespeichert haben.“ (Einwiller 2014: 375)<sup>46</sup> Dementsprechend ist das „Arbeitgeberimage“ die „[...] einheitliche Wahrnehmung eines Unternehmens als Arbeitgeber in der Gesellschaft.“ (Trost 2013a: 16) Dies ist wiederum vom „Unternehmensimage“ abzugrenzen, welches darüber hinaus das Bild des Unternehmens in der Gesellschaft in Gänze umschließt (vgl. ebd.).

Hinzuzufügen ist noch, dass es sich bei der Wahl und Umsetzung einer Arbeitgebermarke um eine aktive strategische Ausrichtung handelt (im Gegensatz zum über Jahre ‚von außen‘ gebildeten Arbeitgeberimage), welche aber auch das Ziel besitzt, das Arbeitgeberimage in eine gewünschte Richtung zu treiben (vgl. ebd.). Zusammenfassend definiert Yavuz die Employer Brand in ihrer Dissertation treffend:

„Eine Arbeitgebermarke ist dadurch charakterisiert, dass sie bei den relevanten Arbeitnehmern bekannt ist, zu einem Zusatznutzen führt und im Vergleich zu anderen Arbeitgebermarken ein differenziertes Image bzw. Vorstellungsbild entstehen lässt, welches zu Präferenzen führt“ (Yavuz 2013: 10, Herv. i. O.).

Der erste Schritt auf dem Weg zur Implementierung einer Arbeitgebermarke (Prozess des Employer Brandings) ist die Definition einer „Employer Value Proposition“ (EVP). Diese dient dazu, dem (gewünschten) zukünftigen Arbeitnehmer in knapper und pointierter Form ein „Nutzenversprechen“ zu geben (vgl. ebd.: 28), also etwas, das eine Art „Unique Selling Point“ bzw. eine „Aus-

---

45 Marken haben daneben auch noch weitere Effekte, z. B. der Versuch durch eine Marke die eigene Selbstdarstellung zu bilden (vgl. Yavuz 2013: 7; Mayer-Johanssen 2014: 824 ff.).

46 Dies ist eine externe Perspektive auf Images. Freilich ist auch eine interne existent, auf welche aber hier nicht näher eingegangen wird. Informationen dazu finden sich dazu ebenfalls bei Einwiller 2014.



wahlhilfe“ des Arbeitgebers darstellt, der sich somit von möglichen Konkurrenten auf dem Arbeitsmarkt abgrenzen kann. Die gewählte EVP sollte am besten in Form eines „Claims“ oder Slogans mit einem aussagekräftigen Satz vermittelt werden können, da es so möglich ist, ihn für sämtliche weiteren (integrierten) Kommunikationskanäle zu nutzen (vgl. Trost 2013a: 54). Bereits in der Definition von Yavuz fallen die Worte „relevante Arbeitnehmer“, das bedeutet, die Bestimmung der Zielgruppe ist zu Beginn unerlässlich, da auf sie die EVP zugeschnitten sein muss (vgl. ebd.: 42 f.).

Im Fall eines Krankenhauses sind verschiedenste Zielgruppen bereits mit Blick auf die unterschiedlichen Arbeitsbereiche erkennbar: Verwaltung, (internationales) Pflegepersonal, (internationaler) ärztlicher Dienst, Gebäudemanagement inkl. seiner Unterfunktionen etc. – die Arbeitnehmer haben hier unterschiedliche Funktionen und Arbeitsfelder. Es ergibt sich also, dass diese Zielgruppen nicht homogen sind, obwohl sie allesamt für die gleiche Institution Krankenhaus arbeiten. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Employer-Branding-Strategien zu differenzieren und einer kontinuierlichen Prüfung zu unterziehen (z. B. mag sich der Anspruch des Personalbereichs ‚Pflege‘ ändern, wenn die Ausbildung hierzu noch stärker akademisiert würde (vgl. Sturmberg 2014)) und sie nicht als einmalige Ereignisse zu sehen, die in Form einer einzigen Kampagne/Aktion zu bewerkstelligen ist (vgl. Trost 2013a: 17 f.).

Die wesentlichsten Punkte bei der Entwicklung einer EVP sind dabei wahrheitsgemäße und authentische Grundlagen. Auch eine gute Botschaft bleibt wirkungslos bzw. ineffektiv, wenn sie nicht auf einem wahren und glaubwürdigen Fundament beruht<sup>47</sup>. (Vgl. ebd.: 16 f.) Der Effekt einer EVP, die nicht auf der tatsächlichen Unternehmenskultur beruht, wäre zwar eventuell eine erhöhte Einstellungsrate, der aber eine vergleichbar hohe Kündigungsrate noch während der Probezeit folgen könnte, wenn der gesuchte Arbeitneh-

---

47 Tatsächlich zeigte eine Studie des Onlineportals Stepstone 2012 auf, dass es in der Wahrnehmung der Arbeitnehmer des realen Arbeitsalltags und den vermittelten Bild des Employer Brandings für 80 Prozent der Befragten Unterschiede gab und ca. jeder Zweite von einer deutlich negativeren Realität als vorher angepriesen sprach. (Vgl. Rottländer 2012: 52)

mer feststellt, dass er getäuscht wurde. Im Falle einer nicht authentisch wirkenden EVP leidet die Glaubwürdigkeit derselben, weshalb eher von einer sinkenden Bewerberzahl auszugehen wäre. (Vgl. ebd.: 18 ff.) Hinzu kommt, dass der Verlust von Authentizität droht, wenn zwischen den kommunizierten Botschaften und den eigenen Erfahrungen der Rezipienten auf längerer Zeit eine Diskrepanz vorliegt (vgl. Theis-Berglmair 2014: 151)<sup>48</sup>. Gerade für diesen Aspekt sind die ‚neuen‘ Möglichkeiten, die das Internet bietet, eine Bereicherung, weil im Besonderen der Bereich Social Media in Dialog-Form und somit Authentizität vermittelnd arbeiten kann (vgl. Mast; Spachmann 2014: 267). Dies ist ein Grund, warum die vorliegende Studie hier die Onlinekommunikation betrachtet.

Es wäre oberflächlich betrachtet anzunehmen, dass eine Employer-Branding-Strategie vornehmlich Großunternehmen vorbehalten sei, da diese zum einen bereits mit einem bekannten Namen, Produktmarken oder Unternehmensimage arbeiten können und zum anderen auch die benötigten Ressourcen für einen solchen Aufwand hätte. Dass dies nicht so ist, zeigen neuere Publikationen, die zum Thema Employer Branding in „kleinen und mittleren Unternehmen“ (KMU) zu finden sind. (Vgl. u. a. Immerschitt; Stumpf 2014; Trost 2013a: 17; Adrion 2013) Ein KMU ist nach der Definition der Europäischen Union ein Betrieb, der weniger als 250 Mitarbeiter hat und einen geringeren Umsatz als 50 Millionen Euro oder eine Bilanzsumme von unter 43 Millionen Euro aufweisen kann (vgl. EU 2015). Diese Definition ist für Krankenhäuser sicherlich nicht immer passgenau (oftmals wird die Organisation größer sein). Wesentlich ist aber die Feststellung, dass Krankenhäuser vor ähnlichen Problemen wie KMUs stehen: Es fehlt die ‚Strahlkraft‘ eines großen Namens und möglicherweise auch ein entsprechendes Kommunikationsbudget. (Vgl. Adrion 2013: 87 f.) Ähnlich wie bei anderen Dienstleistern ist zwar die Leistung als solche gewollt, doch wer sie umsetzt, ist von peripherem Interesse. Regional mag noch ein Effekt vorliegen (sogenannte ‚Hidden Champions‘), doch wird dieser zukünftig nicht mehr alleine ausreichen. (Vgl.

---

48 Auch wenn es an dieser Stelle im Detail um den Journalismus geht, so ist das Prinzip doch dasselbe und übertragbar.

Trost 2013a: 17; Stickling 2013: 23) Im Gesundheitsbereich ist gerade das Krankenhauswesen besonders personalintensiv und bedarf daher spezieller Methoden der Mitarbeitergewinnung und -bindung, weshalb die Personalverantwortlichen an dieser Stelle gefordert sind, sinnvolle und praktikable Konzepte vorzuweisen (vgl. Townsend; Wilkinson 2010: 332 ff.).

Nachdem diese grundlegenden Inhalte festgehalten sind, soll im kommenden Kapitel der Fokus auf die Verbindung von Employer Branding und Onlinekommunikation gelegt werden. Dabei gilt es besonders, die Instrumente ‚Karrierewebsite‘ und ‚Social Media‘ näher zu beleuchten.

### 9.1.2. Employer Branding im Internet

Gute Gründe für den Fokus der vorliegenden Studie auf Employer Branding online wurden bereits genannt. Innerhalb des Employer Brandings stellt eine Karrierewebsite ein Instrument dar, mit dem Online-Präsenz gezeigt werden kann und mit dessen Hilfe potenzielle Arbeitnehmer mit nötigen oder erwünschten Informationen versorgt werden können. Bei bekannteren Arbeitgebern ist die Website oftmals die erste Informationsquelle (da der Name gezielt gesucht werden kann), bei eher kleineren und unbekannteren Arbeitgebern werden die potenziellen Bewerber zumeist über andere Kanäle auf das Unternehmen aufmerksam und gelangen über einen ‚Umweg‘ auf die entsprechende Karrierewebsite. (Vgl. Eger; Eichstädt 2013: 111) Da im Falle von Krankenhäusern von einer geringeren ‚Strahlkraft‘ als z. B. in der Automobilindustrie ausgegangen wird (schon alleine aufgrund des fehlenden Produktimages), bedeutet dies, dass den Karrierewebsites die Funktionen zukommen,

„[...] ein umfassendes offizielles Bild des Unternehmens als Arbeitgeber zu vermitteln und die Kandidaten davon zu überzeugen, es mit einem geeigneten Arbeitgeber zu tun zu haben.“ (Eger; Eichstädt 2013: 111)

## Zusammenfassend

„[...] ist die Karrierewebsite [...] die zentrale Plattform für die Verbreitung und Rezeption von Employer-Branding-Inhalten [...] und ist somit der Fluchtpunkt der User-Bewegung.“ (ebd.: 115)

Es handelt sich also um eine zentrale Verteil- und Koordinierungsstelle sämtlicher weiteren Online-Aktivitäten, eine Art ‚Einflugschneise‘ für potenzielle Bewerber. Dieses Potenzial haben Krankenhäuser in Deutschland noch eher wenig erkannt, wie die Studie von Böck und Bruckschen aus dem Jahr 2012 zeigt (vgl. Böck; Bruckschen 2012: 39 ff.). Das kann durchaus kritisch betrachtet werden, aufgrund des bereits erwähnten höheren Einflusses von Karrierewebsites im Vergleich zu Printanzeigen (vgl. Baum; Kabst 2014: 364 ff.).

Es ist festzuhalten, dass es sich bei der Karrierewebsite um einen Teil des digitalen Employer Brandings handelt, der zwangsläufig durch weitere Elemente ergänzt werden muss. Die mögliche Trennung in Community-, Corporate- und Content-Kanäle sowie die unerlässliche gesamtheitliche Betrachtung derselben wurde bereits erläutert. (Vgl. Eger; Eichstädt 2013: 114)<sup>49</sup> Ein Grund, der etwa für die Nutzung einer Vielzahl von Kanälen spricht, ist die Steigerung der Auffindbarkeit (und somit der Reichweite) im Internet (vgl. ebd.: 127).

Zudem gibt es eine recht hohe Akzeptanz der Stellensuchenden dafür, dass ein Unternehmen für die Personalbeschaffung online auch Social-Media-Anwendungen nutzt; so finden es im Bereich der medizinischen Berufe 46,3 Prozent der Befragten ‚gut‘, wenn Unternehmen zur Personalbeschaffung Social-Media-Kanäle verwenden (vgl. Weitzel et al. 2015: 45 f.). Ebenso sind die neuen Möglichkeiten des Dialogs und der Interaktion mit dem Unternehmen bereits vor der Bewerbung erwünscht (vgl. Stickling 2013: 22).

---

49 Die Dreiteilung ist bis dato noch aktuell, allerdings lassen sich in diesem Bereich stets weitere Neuerungen finden. Z. B. bietet das Portal [www.jobclipr.com](http://www.jobclipr.com) sowohl Arbeitnehmern als auch Arbeitgebern die Möglichkeit, sämtliche Aspekte in einem Portal zu vereinen. Es stellt also eine Mischform der präsentierten Dreiteilung dar (vgl. o. A. 2015c: 106).

## 9.2 Die Studie: Inhaltsanalyse grenznaher Karrierewebsites

Für die diesem Beitrag zugrunde liegende Studie zur Zielgruppenansprache ‚Karriere‘ auf grenznahen deutschen und niederländischen Krankenhaus-homepages wurden die erwähnten theoretischen Grundlagen in eine „integrative Inhaltsanalyse“ (vgl. Früh 2015: 40) mit explorativem Charakter einbezogen, bei welcher es nicht um eine qualitative Bewertung ging, sondern um eine erste vergleichende Erfassung der vorhandenen Elemente von Employer-Branding-Strategien. Bei dieser Methode wurde auch mit einbezogen, dass zwar über Employer-Branding-Strategien bereits ein gewisser Forschungsstand existiert (vgl. u. a. Trost 2013b; Baum; Kabst 2014; Yavuz 2013), dieser aber weder den Bereich Krankenhaus noch den deutsch-niederländischen Vergleich abdeckt. Der Ländervergleich der Employer-Branding-Strategien in Deutschland und den Niederlanden ist auch in Bezug auf allgemeine Unterschiede in der Organisationskommunikation beider Länder interessant (siehe Teil A in diesem Band).

### 9.2.1 Methode

In einem ersten Schritt wurden abgeleitet aus den theoretischen Vorüberlegungen sowie dem Forschungsstand deduktive Kategorien gebildet, welche mithilfe einer bewusst gezogenen Stichprobe am Untersuchungsmaterial der Hauptstudie (induktiv) überprüft und verfeinert wurden. Für die Stichprobe wurden – gemessen an ihrer Bettenanzahl – die größten 10 Prozent der Krankenhäuser aus dem Untersuchungskorridor ausgewählt. Diese Wahl geschah bewusst, da unterstellt wird, dass vor allem große Kliniken eher über genügend finanzielle und personelle Ressourcen zur Umsetzung einer Employer-Branding-Strategie verfügen. Insgesamt wurde das so gebildete Kategoriensystem (Tabelle 14) an eine Grundgesamtheit von  $N=255$  bestehend aus deutschen ( $N=207$ ) und niederländischen ( $N=48$ ) Krankenhäusern angelegt. Dies waren alle Krankenhäuser in einem Korridor von 65 km landeinwärts ab der deutsch-niederländischen Grenze, die auf den Startseiten ihrer Corporate Websites die Zielgruppenansprache ‚Karriere‘ sichtbar (z. B. als Button, eige-

ner Tab, als Wort o. ä.) einbetteten. Die Grundgesamtheit dieses Studienteils weicht von jener der Hauptstudie deshalb ab, weil mit Blick auf den veränderten Untersuchungszeitraum (Juli 2015 statt November 2013 bis April 2014) das Untersuchungsmaterial vor Beginn dieser Untersuchung nachcodiert wurde und sich dabei – mutmaßlich der zeitlichen Versetzung geschuldet – Veränderungen ergaben (z. B. die Zunahme von Klinikverbänden auf deutscher Seite). Es wurde stets nur der Inhalt analysiert, der nach Anwahl der Zielgruppenansprache erschien, außer, wenn dort explizit auf eine andere Seite verwiesen wurde und kein eigenständiger Inhalt vorhanden war. Die Codierung des Materials wurde durch den Autor dieses Beitrags vom 07. Juli bis zum 16. Juli 2015 durchgeführt.

| Oberkategorien             | Unterkategorien   |
|----------------------------|---|
| Strukturdaten              | Fallnummer, Land, Name, Ort, Bundesland/Provinz<br>Klinikverbund und falls ja Name desselbigen<br>Trägerschaft<br>Größe (Bettenanzahl)<br>URL Corporate Website und Karrierewebsite<br>Art der Karrierewebsite<br>Karrierewebsite identisch mit Auftritt einer anderen Fallnummer |
| Auffindbarkeit             | Auffindbarkeit der Karriereseite mit der Suchmaschine ‚Google‘  |
| Social-Media-Einbindung    | Social-Media-Einbindung generell<br>Facebook<br>Twitter<br>RSS-Feed<br>YouTube<br>GooglePlus<br>Karriereportal<br>Sonstiges   |
| Grenzüberschreitende Suche | Mehrsprachigkeit<br>Welche weitere Sprache neben der Landessprache vorhanden?   |
| Nutzerorientierung         | responsives Webdesign<br>Stellenbörse<br>Onlineformular<br>dynamisches Onlineformular   |
| Authentizität              | personalisierte Mitarbeitergeschichten<br>Video-Einbindung  |

| Oberkategorien    | Unterkategorien  |
|-------------------|--|
| Employer Branding | Elemente moderner Employer-Branding-Maßnahmen Deduktiv<br>(min. zwei Elemente vorhanden)<br>Elemente moderner Employer-Branding-Maßnahmen Induktiv<br>(min. drei Elemente vorhanden) |

Tabelle 14: Kategoriensystem

### 9.2.2 Die Kategorienbildung

Zur Benennung und Abgrenzung der einzelnen Analyseeinheiten wurde zunächst in Anlehnung an die in der Hauptstudie erhobenen Daten die Oberkategorie ‚Strukturdaten‘ erfasst. Diese diente nicht nur der Trennung, sondern war auch für die Erstellung von Zusammenhängen nötig, weil mit ihren Unterkategorien die abhängigen Variablen der Untersuchungen versammelt wurden. Die Kategorie ‚Auffindbarkeit‘ wurde erstellt, da grundsätzlich gilt: „Inhalte, die Google nicht findet, sind für Informationssucher gleichsam unsichtbar.“ (Schweiger 2010: 192) Ein Mittel, um die eigene Auffindbarkeit zu steigern, ist die Nutzung von mehreren Kanälen, wie oben bereits erwähnt. Ein Weg ist hierbei die Nutzung von Social-Media-Accounts (vgl. Eger; Eichstädt 2013: 127), also der sog. Community-Kanäle der Krankenhäuser. Um zu überprüfen, ob im Sinne der Auffindbarkeit auch diese modernen Kommunikationskanäle genutzt werden, wurde die Kategorie ‚Social-Media-Einbindung‘ erstellt. Da gerade in Deutschland – auch im Pflegebereich – oft vom Fachkräftemangel gesprochen wird (vgl. Bonin; Braeseke; Ganserer 2015: 69 ff.) und dazu die untersuchten Krankenhäuser alle als grenznah liegend zu bezeichnen sind, wurde durch die Kategorie ‚Grenzüberschreitende Suche‘ überprüft, ob Krankenhäuser versuchen, im jeweiligen Ausland neue Fachkräfte zu rekrutieren. Ein weiterer untersuchter Aspekt ist jener der ‚Nutzerorientierung‘. Hier standen Kriterien im Vordergrund, die von Eger und Eichstädt als wesentlich für Karrierewebsites erachtet werden: die Präsentation von offenen Stellen und die Möglichkeit, sich mit niedriger ‚Anforderungsschwelle‘ direkt online (auf offene Stellen oder initiativ) zu bewerben (vgl. Eger; Eichstädt 2013: 120 f.). Hinzu kam die Frage danach, ob Kranken-

häuser auf die zunehmende mobile Internetnutzung der Bevölkerung (vgl. Kirchner 2014: 36) reagieren, indem sie auf technischer Ebene responsive Design implementieren. Da eine Arbeitgebermarke authentisch sein muss, damit sie Wirkung entfalten kann, (vgl. Trost 2013a: 16 f.) wurde die Kategorie „Authentizität“ aufgenommen. Diese beschränkte sich aus forschungsökonomischen Gründen auf die Kriterien ‚personalisierte Mitarbeitergeschichten‘ und ‚Video-Einbindungen‘. Ausgewählt wurden diese beiden Kriterien deshalb, weil unterstellt wurde, dass diese einen hohen Authentizitätsgrad vermitteln können. Für die ‚Mitarbeitergeschichten‘ können entweder ausgewählte Mitarbeiter präsentieren werden, die z. B. ihren Arbeitsalltag schildern, oder die Geschichte des Unternehmens selbst wird in ansprechender Form präsentiert, wobei auch gerne das Mittel der Personalisierung genutzt wird. (Vgl. Eger; Eichstädt 2013: 118; Trost 2013a: 45 und 62) Online-Videos gehören mittlerweile zu den üblichen Funktionen der Onlinepräsentationen von Unternehmen und Organisationen beiderseits der Grenze. Sie können ‚virale Hits‘ werden, Authentizität erzeugen oder Informationen attraktiver präsentieren, als lange Texte dazu in der Lage sind. (Vgl. Schmitz 2013: 143 f. und 155 f.)

Den Abschluss bildet die Kategorie ‚Elemente moderner Employer-Branding-Maßnahmen‘, die das *Ob* der Fragestellung beantworten soll. Maßgeblich war hier, ob mindestens zwei (deduktive) bzw. drei (induktive) der vorher untersuchten Elemente auf den Karrierewebsites zu finden waren.

### 9.3 Ergebnisse der Inhaltsanalyse

Die Unterkategorien der Strukturdaten Land, Größe, Trägerschaft und Klinikverbund wurden zur Gruppierung der Hypothesen<sup>50</sup> genutzt, weil sie als die abhängigen Variablen der einzelnen Auswertungen gebraucht wurden. Die Wahl fiel auf sie, da ihnen Einfluss auf die Umsetzung einer Employer-Branding-Strategie unterstellt wurde. So entstanden die Hypothesen-

---

50 Der komplette Hypothesenkatalog ist im Anhang des Artikels in Tabelle 18 zu finden.



Gruppen Land (H1 bis H8), Größe (H9 bis H14), Trägerschaft (H15 und H16) und Klinikverbund (H17 und H18).<sup>51</sup>

### 9.3.1 Die technische Ebene: Unterscheidet sich die Nutzung national?

Die wesentliche Vermutung und daher auch Hypothese der zugrunde liegenden Studie ist, dass es Unterschiede zwischen beiden untersuchten Nationen im Onlinebereich gibt, da die Niederlande zu den europäischen Spitzenreitern im Bereich Internetnutzung gehören, während Deutschland trotz seiner Größe im europäischen Vergleich nur ‚gehobener Durchschnitt‘ ist (vgl. Europäische Kommission 2015; NiederlandeNet 2013). Nachweisen ließ sich diese Hypothese einige Male wie beispielsweise bei den „eigenständigen Karrierewebsites“, welche in den Niederlanden statistisch signifikant öfter vorhanden sind ( $\chi^2(1) = 26,857, p < 0,001$ ). In anderen Fällen, wie bei der ‚Auffindbarkeit‘ der Seiten, waren keine Unterschiede zu konstatieren ( $\chi^2(1) = 2,245, p > 0,1$ ). Somit ist bereits zu Beginn belegt, dass Pauschalurteile zu den beiden Ländern wenig sinnvoll sind und eine tiefere Analyse vonnöten ist.

Gerade wenn es um technische Aspekte geht, lassen sich kaum nennenswerte Unterschiede zwischen den Ländern feststellen, was an den Ergebnissen der Kategorie ‚Auffindbarkeit‘ zu sehen ist. Hinzu kommt, dass kein Unterschied bezüglich des responsiven Webdesigns ersichtlich wird ( $\chi^2(1) = 1,051, p > 0,1$ ). Man agiert in diesem Bereich genauso ‚überschaubar‘ wie die westlichen Kollegen, da 26,7 Prozent der niederländischen und 19,6 Prozent der deutschen Krankenhäuser auf diese Möglichkeit des ‚Mobil Recruiting‘ setzen. Dieser geringe Prozentsatz könnte sich für die Krankenhäuser beider Länder insofern als nachteilhaft auswirken, als der Anteil der auf diese Weise Stellensuchenden stetig wächst (vgl. Weitzel et al. 2015: 15), was auch an der zunehmenden Nutzung mobiler Endgeräte liegt. (Vgl. für Deutschland van Eimeren; Frees (2015) sowie van Eimeren; Koch (2016) und für die Niederlande Centraal Bureau voor de Statistiek 2015b)

---

51 H15 und H16 sind deutschlandspezifische Analysen, da die Feststellung von Trägerschaften für die Niederlande aufgrund der dortigen vielschichtigen Strukturen nicht zu leisten war (vgl. Reinke; Miliniewitsch 2014: 221).

Ebenfalls zur primär technischen Komponente einer Website können die Unterkategorien der ‚Nutzerorientierung‘ gezählt werden, da es zwar natürlich den Sinn einer Karrierewebsite stützt, wenn dort eine Onlinestellenbörse vorhanden ist, es sich dabei aber in erster Linie um ein technisches Tool handelt. Betrachtet man die Unterkategorie ‚Onlinestellenbörse‘ also von der technischen Seite her, ist kaum von einem Unterschied der Länder zu sprechen, da 99,4 Prozent der deutschen und 93,3 Prozent der niederländischen Krankenhäuser Stellenanzeigen auf ihrer Karrierewebsite veröffentlichen. Hinzu kommt, dass es in den Niederlanden zwar signifikant öfter möglich ist (in 80 Prozent der Fälle; in Deutschland bei 29,8 Prozent), eine Bewerbung online zu verschicken ( $\chi^2(1) = 37,211, p < 0,001$ ), jedoch befinden sich beide Länder auf ähnlichem Niveau, wenn von der Dynamik eines solchen Onlinebewerbungsverfahrens gesprochen wird (also der Anpassung des Formulars an die eingegebenen Informationen des Bewerbers bzw. die Option, bereits bestehende Lebensläufe aus z. B. Karriereportalen hochzuladen: in den Niederlanden 12,5 Prozent; in Deutschland: 10,6 Prozent). Dennoch lässt sich hier der Unterschied im Hinblick auf die Möglichkeit einer Onlinebewerbung als ein deutliches Ergebnis festhalten. Dies kann in den Niederlanden mit 80 Prozent fast als normal, in Deutschland noch eher als weniger üblich betrachtet werden.

Länderunterschiede lassen sich auf technischer Ebene auch in den Bereichen ‚Mehrsprachigkeit‘ und ‚Authentizität‘ feststellen. Hier befinden sich die deutschen Krankenhäuser auf einem niedrigeren Level als die niederländischen Häuser. 11,1 Prozent der niederländischen und 4,2 Prozent der deutschen Krankenhäuser bieten ihre Karrierewebsite in mehr als der eigenen Landessprache an (Mehrsprachigkeit) und eine Video-Einbindung (Authentizität) haben 15,6 Prozent der niederländischen und 6,5 Prozent der deutschen Krankenhäuser. In beiden Kategorien haben also mehr als doppelt so viele niederländische Einrichtungen auf diese Anforderungen reagiert, wenngleich es dennoch geringe Prozentsätze sind.

Bis zu diesem Punkt sind die festgestellten Unterschiede noch nicht sonderlich gravierend, da sie entweder nicht durchgehend deutlich sind oder sich in beiden Ländern auf sehr niedrigem Niveau bewegen. Die Analyse, ob

und welche Social-Media-Kanäle in die Karrierewebsites eingebunden wurden, förderte allerdings besonders deutlich sichtbare Unterschiede zwischen den „Nachbarn“ hervor. Diese Unterschiede sind mit einer Ausnahme (RSS-Feeds) signifikant und werden in Tabelle 15 dargestellt. Zu beachten ist, dass bei den Kategorien ‚RSS-Feed‘, ‚GooglePlus‘ und ‚Sonstige‘ die „Voraussetzungen“ (im Original „assumptions“) des statistischen Tests gebrochen wurden, weshalb die Aussagekraft dieser Unterpunkte von geringem Wert ist (vgl. Field 2013: 735). Es ist somit bei diesen Kategorien lediglich von einer Tendenz der Datenaussagekraft zu sprechen.

|               | Allg.      | Facebook   | Twitter    | RSS-Feed  | YouTube    | GooglePlus | Karriereportale | Sonstige  |
|---------------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|-----------------|-----------|
| Prozent NL    | 88,9       | 73,3       | 82,2       | 11,1      | 55,6       | 17,8       | 62,2            | 11,1      |
| Prozent D     | 30,4       | 28,6       | 13,1       | 7,7       | 13,7       | 2,4        | 3,6             | 1,2       |
| $\chi^2$ (df) | 49,692 (1) | 30,176 (1) | 84,688 (1) | 0,522 (1) | 35,635 (1) | 15,827 (1) | 91,016 (1)      | 10,99 (1) |
| P             | < 0,001    | < 0,001    | < 0,001    | > 0,1     | < 0,001    | < 0,001    | < 0,001         | < 0,01    |

Tabelle 15: Ergebnisse der Unterkategorie Social-Media-Einbindung

Gerade für die Kategorien ‚Twitter‘ und ‚Karriereportale‘ fallen große Überschreitungen des kritischen Grenzwertes von  $\chi^2$  auf.<sup>52</sup> Besonders bei den Karriereportalen ist es fast unverständlich, weshalb sie in deutschen Krankenhäusern kaum auf Resonanz stoßen, da sie branchenübergreifend einen Onlinewachstumsmarkt darstellen.<sup>53</sup> Insgesamt ist nun ersichtlich, dass niederländische Krankenhäuser exorbitant häufiger auf mehr Plattformen vertreten sind, die den oben bereits erwähnten Arbeitgebermarken-Bereichen ‚Community‘ und ‚Content‘ zugeordnet werden können. Im Gegensatz dazu beschränkt sich das Gros der deutschen Krankenhäuser auf den eigenen ‚Corporate-Kanal‘. Dieser Aspekt wird in der folgenden Hypothesen-Gruppe ‚Größe‘ nochmals aufgegriffen und vertieft.

52 Bei einem Freiheitsgrad liegt dieser bei 3,84 für die 95 Prozent Wahrscheinlichkeitsstufe (vgl. Field 201: 898).

53 Bspweise sei hier auf die aktuellen Zahlen des Portals Xing verwiesen (vgl. o. A. 2015a).

Als letzten Aspekt der betrachteten Hypothesen-Gruppe wurde die aus der Addition aller anderen inhaltlichen Kategorien gebildete nominalskalierte Kategorie ‚Elemente moderner Employer-Branding-Maßnahmen‘ ausgewertet. Dies sollte die Frage danach beantworten, ob die Krankenhäuser aktuelle Employer-Branding-Strategien umsetzen. Die Ergebnisse der zuerst bestehenden deduktiven Kategorie sind sehr deutlich, da alle niederländischen und 93,1 Prozent der deutschen Krankenhäuser einen zustimmenden Wert erhielten. Es fiel allerdings auf, dass der hohe Wert in Deutschland stark mit der positiven Codierung der Unterkategorie „Onlinestellenmarkt“ zusammenhängt, d. h. durch das Vorhandensein eines Onlinestellenmarktes beeinflusst ist. Es handelte sich hier also um eine verzerrende Wirkung, wenn die Addition der einzelnen Employer-Branding-Maßnahmen jeweils gleichwertig mit ja/nein codiert aufaddiert wurden. Deshalb wurde die Kategorie ‚Onlinestellenmarkt‘ in einem zweiten Schritt aus der Berechnung genommen. Im Ergebnis erhielten dann 95,65 Prozent der niederländischen, aber lediglich noch 51,96 Prozent der deutschen Krankenhäuser einen zustimmenden Wert auf die Frage danach, ob moderne Employer-Branding-Maßnahmen vorhanden sind. Der Unterschied ist statistisch signifikant ( $\chi^2(1) = 29,856$ ,  $p < 0,001$ ). Ein solches Resultat liegt im Trend der bisher präsentierten Ergebnisse und deutete sich bereits in der Stichprobe an, weshalb eine modifizierte induktive Kategorie ergänzt wurde, die auch über alle Daten hinweg ein differenziertes Bild zutage brachte. So fiel der Wert in den Niederlanden auf 93,1 Prozent ab, in Deutschland sogar auf 52 Prozent, obwohl der verlangte Wert der Addition nur um 1 erhöht wurde<sup>54</sup>. Dieser Unterschied ist ebenfalls signifikant ( $\chi^2(1) = 24,055$ ,  $p < 0,001$ ) und lässt ein erstes Zwischenfazit ziehen: Während auf niederländischen Karrierewebsites in fast jedem Fall mindestens drei verschiedene Elemente moderner Employer-Branding-Maßnahmen Einzug gefunden haben, ist dieser Wert in Deutschland beinahe nur halb so groß. Wenn nun die Kategorie ‚Stellenbörse‘ in der Berechnung der induktiven Kategorie ausgeklammert wird, so fallen die Werte auf 80,43 Prozent in den Niederlanden und 30,39 Prozent in Deutschland, was den signifikanten Unterschied

---

54 Hinweis: Die Festlegung des kritischen Wertes war eine Entscheidung des Autors.

zwischen beiden Ländern weiter verdeutlicht ( $\chi^2(1) = 39,300, p < 0,001$ ). Dieses Ergebnis unterstreicht die Bedeutung des Stellenmarktes (quasi die Online-Variante der alten, analogen Ausschreibungen) in Deutschland und zeigt, dass dies auf den deutschen Karrierewebsites von Krankenhäusern ein sehr verbreitetes Element der Employer-Branding-Maßnahmen ist. Hierbei wäre jedoch in einer zukünftigen Analyse zu hinterfragen, ob es schon Employer Branding genannt werden kann, wenn ein analoges Printmedium online gespiegelt wird. Dass zwischen den Ländern solch ein deutlicher Kontrast zu finden ist, verwundert besonders aufgrund der Situation des großen Bedarfs an Fachpersonal im Gesundheitswesen, der auch in Deutschland ein Thema ist. (Vgl. Intelligence Group o. J.; Bonin; Braeseke; Ganserer 2015: 69 ff.)

### 9.3.2 Ist der Faktor Größe eine Erklärungsmöglichkeit?

Auch wenn sich die nachfolgenden Hypothesen vornehmlich den Unterschieden im Bereich der Größe widmen, so ist der Faktor „Land“ dennoch nicht irrelevant, weshalb er regelmäßig aufgegriffen wird. Zunächst muss festgestellt werden, dass im Bereich der ‚Authentizität‘ und ‚Nutzerorientierung‘ weder über die gesamten Daten noch über die Trennung in Nationen ein Zusammenhang mit der Größe eines Krankenhauses herzustellen ist. Im Bereich der ‚Mehrsprachigkeit‘ ist ein klein- bis mittelstarker, positiver Zusammenhang (vgl. Field 2013: 269) aus dem Ergebnis abzulesen ( $r_{pb}=0,253$ , 95-Prozent-Vertrauensintervall  $[0,063; 0,44]$ ,  $p < 0,001$ ). Die Trennung nach Nationen stützt den Trend. Dieses Ergebnis lässt für beide Länder die Vermutung zu, dass der zuvor bereits erwähnte Fachkräftemangel aktuell eher die großen als die kleinen Krankenhäuser trifft, was diesen Zusammenhang erklären würde.

Nachdem abermals zu Beginn ähnliche Aspekte der Untersuchungsobjekte aufgezeigt wurden, folgen nun die Abweichungen. So besteht ein kleiner und positiver Zusammenhang zwischen den Variablen ‚Größe‘ und ‚Auffindbarkeit‘ von  $r_{pb}=0,189$ , 95-Prozent-Vertrauensintervall  $[0,105; 0,263]$ ,  $p < 0,05$ . Die Trennung nach Nationen zeigt auf, dass in den Niederlanden nicht von einem Zusammenhang zu sprechen ist ( $r_{pb}=0,096$ , 95-Prozent-Vertrauensintervall  $[-0,165; 0,309]$ ,  $p > 0,1$ ) bzw. dass dieser Zusammenhang vermutlich auf reinem

Zufall beruht, während dies in Deutschland anders ist. Das Ergebnis ( $r_{pb}=0,191$ , 95-Prozent-Vertrauensintervall  $[0,103; 0,273]$ ,  $p < 0,01$ ) zeigt hier einen kleinen, positiven Zusammenhang auf. Für die Niederlande ist damit ein erster Hinweis existent, dass das reine Vorhandensein von Elementen einer Employer-Branding-Strategie nicht von der Größe der Einrichtung abhängig sein könnte. Im Bereich ‚Auffindbarkeit‘ zeichnete sich dieser Trend bei der Kreuztabelle mit der Variablen ‚Land‘ noch nicht ab.

Um diesen Ansatz weiter zu verfolgen, folgt die angekündigte Vertiefung der Kategorie ‚Social-Media-Einbindung‘. Erneut ist zunächst ein Zusammenhang zwischen der Größe der Krankenhäuser und der Einbindung von Social-Media-Kanälen zu konstatieren ( $r_{pb}=0,237$ , 95-Prozent-Vertrauensintervall  $[0,113; 0,363]$ ,  $p < 0,001$ ). Dieser ist als klein- bis mittelstark zu benennen, ebenfalls positiv und signifikant. Es folgt die Trennung nach Nationen, die belegt, dass in den Niederlanden kein Zusammenhang zwischen der Unternehmensgröße und der Social-Media-Einbindung besteht ( $r_{pb}=0,047$ , 95-Prozent-Vertrauensintervall  $[-0,433; 0,363]$ ,  $p > 0,1$ ), während dies in Deutschland (kleiner, positiver Zusammenhang) allerdings der Fall ist ( $r_{pb}=0,161$ , 95-Prozent-Vertrauensintervall  $[0,004; 0,297]$ ,  $p < 0,05$ ). Dieser Befund ist nur in einem ersten Moment überraschend. So stützt er doch die Annahme, dass die Niederlande in der Nutzung von ‚neuen‘ Onlinefunktionen Deutschland ‚einen Schritt voraus‘ sind (vgl. für Deutschland ARD/ZDF-Onlinestudie 2015 und für die Niederlande Centraal Bureau voor de Statistiek 2015a). Es ist in den Niederlanden also keine Frage der Größe eines Krankenhauses, ob Social-Media-Anwendungen genutzt werden, sondern es wird prinzipiell auf diese Möglichkeiten gesetzt. In Deutschland ist dies anders, hier ist ein Zusammenhang zwischen der Größe eines Krankenhauses und der Einbindung von Social Media erkennbar. Über die Gründe dafür kann an dieser Stelle lediglich spekuliert werden, aber es sei auf die Vermutung verwiesen, dass eventuell Budget- oder Personalfragen eine Rolle spielen könnten. Ebenfalls aufschlussreich ist ein Blick in die Ergebnisse der einzelnen Social-Media-Kanäle, wie in Tabelle 16 dargestellt.

| Land                     |           | Facebook         | Twitter          | RSS-Feed         | You-Tube        | GooglePlus       | Karriereportale  | Sonstige         |
|--------------------------|-----------|------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| Niederlande<br>(N = 45)  | $r_{pb}$  | 0,319            | 0,086            | 0,22             | 0,168           | 0,023            | 0,227            | 0,175            |
|                          | Intervall | 0,019;<br>0,555  | -0,261;<br>0,357 | -0,122;<br>0,509 | -0,13;<br>0,490 | -0,216;<br>0,290 | -0,079;<br>0,480 | -0,159;<br>0,466 |
|                          | p         | <0,05            | >0,1             | >0,1             | >0,1            | >0,1             | >0,1             | >0,1             |
| Deutschland<br>(N = 168) | $r_{pb}$  | 0,169            | 0,152            | 0,257            | 0,121           | 0,372            | 0,23             | -0,003           |
|                          | Intervall | -0,003;<br>0,330 | -0,035;<br>0,330 | 0,023;<br>0,473  | -0,07;<br>0,324 | 0,061; 0,6       | 0,029;<br>0,408  | -0,129;<br>0,128 |
|                          | p         | <0,05            | <0,05            | <0,05            | >0,1            | <0,001           | <0,05            | >0,1             |

Tabelle 16: Korrelation Größe &amp; Social-Media-Kanäle

Bemerkenswert ist für die Niederlande, dass die Nutzung eines Facebook-Accounts in einem mittelstarken, positiven Zusammenhang mit der Größe des Krankenhauses steht, während dies für alle anderen Kanäle unerheblich ist, da die Zusammenhänge nicht signifikant sind. In Deutschland sind nur die Kanäle YouTube und Sonstige nicht in einen signifikanten Zusammenhang mit der Größe zu bringen, während dies bei allen anderen der Fall ist. Die gerade genannte Vermutung, dass ggf. tatsächlich Budgetfragen eine Rolle spielen könnten, wird also weiter statistisch belegt. Auch zeichnet sich in Deutschland der Trend ab, dass die ‚üblichen‘ Kanäle (Facebook, Twitter, YouTube) in einem kleineren Zusammenhang mit der Größe stehen als andere (GooglePlus, RSS-Feed, Karriereportale), was im Weiteren annehmen lässt, dass größere Krankenhäuser in Deutschland nicht nur öfter, sondern auch über mehrere Kanäle hinweg über Social Media kommunizieren.

Abermals kommt zum Abschluss der Hypothesen-Gruppe die Kategorie ‚Elemente moderner Employer-Branding-Maßnahmen‘ und seine modifizierte Ergänzung zum Einsatz, um das bisherige Bild abzurunden. Während in der deduktiven Form kein Zusammenhang signifikant zu benennen gewesen wäre ( $r_{pb}=0,109$ , 95-Prozent-Vertrauensintervall [0,38; 0,178],  $p > 0,05$ ), so ist dies in der induktiven Version sehr wohl der Fall ( $r_{pb}=0,226$ , 95-Prozent-Vertrauensintervall [0,116; 0,33],  $p < 0,001$ ). Es ist ein klein- bis mittelstarker positiver Effekt vorhanden, also besteht ein Zusammenhang zwischen der Größe eines Krankenhauses im Grenzgebiet und seiner Umsetzung von Employer-Branding-Maßnahmen. Dies unterstützt die Annahme, dass die

Größe eines Krankenhauses Einfluss auf die Umsetzung solcher Maßnahmen hat. Erneut kann gemutmaßt werden, dass bei größeren Häusern schlicht mehr Budget, Personal oder sonstige Möglichkeiten vorhanden sind, was die Realisierung der Maßnahmen erleichtern würde.

Nach der Trennung in die beiden Nationen kann für die deduktive Kategorie in den Niederlanden gar kein Maß errechnet werden, da es sich dabei um einen konstanten Wert handelt (alle positiv), während in der induktiven Variation kein Zusammenhang zwischen Größe und dem Vorhandensein von Employer-Branding-Maßnahmen festzustellen ist ( $r_{pb}=0,072$ , 95-Prozent-Vertrauensintervall  $[-0,404; 0,416]$ ,  $p > 0,1$ ). In Deutschland ist das für die deduktiv gebildete Variante ebenfalls so ( $r_{pb}=0,094$ , 95-Prozent-Vertrauensintervall  $[0,014; 0,163]$ ,  $p > 0,1$ ). Für die induktive Kategorie ist ein kleiner, positiver Zusammenhang zu konstatieren ( $r_{pb}=0,173$ , 95-Prozent-Vertrauensintervall  $[0,045; 0,286]$ ,  $p < 0,05$ ). Dies bestärkt die Vermutung, dass die Größe eines deutschen Krankenhauses Einfluss auf die Implementierung von Employer-Branding-Maßnahmen hat, wogegen dies in den Niederlanden nicht festzustellen ist. Damit ist dies ein weiterer Hinweis darauf, dass den niederländischen Krankenhäusern die Notwendigkeit von Onlinekommunikation als Arbeitgeber bewusster sein könnte.

### 9.3.3 Spielt die Trägerschaft des Krankenhauses in Deutschland eine Rolle?

Da es in Deutschland eine deutliche Trennung in verschiedene Trägerschaften gibt, entstand die Vermutung, dass sich dies auf die Kommunikation der Krankenhäuser auswirken könnte. Bekräftigt wird diese Annahme durch die Tatsache, dass die verschiedenen Trägerschaften eine unterschiedlich hohe Umsatzrentabilität erwirtschaften (im Jahr 2013 erzielten öffentliche Träger eine Umsatzrentabilität von 1,5 Prozent, freigemeinnützige 1,8 Prozent und private Kliniken 4,2 Prozent) (vgl. Statista 2016), demnach variiert der Anteil des Gewinns am Umsatz. Ein Grund hierfür könnte u. a. ein kostenintensiverer kommunikativer Aufwand sein oder auch eine gewinnbringende Organisationskommunikation. Die deutschen Krankenhäuser des Datensatzes setzen



sich mit Hinblick auf ihre Träger zusammen aus 17,39 Prozent öffentlichen, 74,39 Prozent freigemeinnützigen und 8,21 Prozent privaten Trägerschaften.<sup>55</sup> Die Zahlen spiegeln nicht das bundesweite Bild (2013 waren 29,9 Prozent in öffentlicher, 35,4 Prozent in freigemeinnütziger und 34,8 Prozent in privater Trägerschaft). (Vgl. Institut für Arbeit und Qualifikation 2014: 1) Dies lässt sich aber durch die historisch gewachsene Krankenhausstruktur in Nordrhein-Westfalen erklären, woher ein Großteil der in Deutschland erhobenen Krankenhäuser stammt. Hinzu kommt, dass die privaten Träger deutlich präsenter im Osten Deutschlands sind, da sie dort nach der Wiedervereinigung Deutschlands 1990 stark aktiv wurden. (Vgl. Reinke; Miliniewitsch 2014: 220 ff.) In ihrer Größe (gemessen in der Bettenanzahl) variieren die Häuser, wie Tabelle 17 zeigt.

|                                   | Minimum | Maximum | Bereich | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----------------------------------|---------|---------|---------|------------|--------------------|
| <b>Öffentlich (N = 36)</b>        | 60      | 1559    | 1499    | 575,5      | 396,168            |
| <b>Freigemeinnützig (N = 154)</b> | 60      | 1249    | 1189    | 316,636    | 181,874            |
| <b>Privat (N = 17)</b>            | 75      | 1012    | 937     | 349,647    | 325,704            |

Tabelle 17: Größe und Trägerschaft in Deutschland

Aus den hier präsentierten Größen sollte kein zu schneller Schluss gezogen werden, doch zeigen sie eine Tendenz der Größenverhältnisse auf, die von bundesweiten Zahlen gestützt wird (vgl. Institut für Arbeit und Qualifikation 2014: 1)<sup>56</sup>. Es ist zur Einordnung sämtlicher Ergebnisse dieser Untersuchung wichtig zu wissen, dass sie von denen des gesamten Landes abweichen und daher die Aussagen einer gewissen lokalen Begrenzung unterliegen.

Neben diesen Untersuchungsformalitäten wurde festgestellt, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Trägerschaft und der Einbindung von Social-Media-Kanälen besteht ( $\chi^2(3) = 51,148, p < 0,001$ ). Es fällt auf, dass

55 Zusammen 99,99 Prozent; der Rest entstand durch Ergebnisrundungen.

56 Angegeben sind hier 48 Prozent der Gesamtbettenanzahl Deutschlands in öffentlichen, 34 Prozent in freigemeinnützigen und 17 Prozent in privaten Einrichtungen.

die freigemeinnützigen Träger am wenigsten mit ihnen arbeiten (in 27,5 Prozent der Fall), während öffentliche (36,36 Prozent) und private (40 Prozent) nur einen geringen Abstand voneinander aufweisen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass bei den untersuchten deutschen Krankenhäusern im Grenzgebiet bei der Umsetzung von Employer-Branding-Maßnahmen die Trägerschaft neben der Größe der Krankenhäuser einen Einfluss hat. Zur Verifizierung dieser Aussage müssten freilich weitere empirische Studien folgen, weshalb an dieser Stelle nur der Trend benannt wird. Dass aber sowohl die Größe als auch die Trägerschaft sich als Faktoren auf das Vorhandensein von Employer-Branding-Maßnahmen auswirken, scheint gesichert zu sein. Alleine die Frage nach der Kausalitätsrichtung bleibt in dieser Studie unbeantwortet.

#### 9.3.4 Kooperation mit anderen: Können Klinikverbände einen sichtbaren Mehrwert liefern?

Der Ausgangspunkt für die Bildung Hypothesen-Gruppe, ob Klinikverbände einen sichtbaren Mehrwert liefern können, war die Überlegung, dass die Mitgliedschaft in einem Klinikverbund förderlich für die Existenz von modernen Employer-Branding-Maßnahmen sein könnte. Grund für diese Annahme war die Vermutung, dass Mitglieder solcher Verbände gemeinsam agieren können und somit mehr Ressourcen für eine moderne Strategie in der Mitarbeiterbindung und -findung vorhanden sind.

Die Analyse ergab, dass solche Klinikverbände in beiden Ländern stark vertreten waren (Verbunddichte in den Niederlanden von 60,4 Prozent und in Deutschland von 70,5 Prozent), es also offensichtlich einen Anreiz für eine solche Mitgliedschaft geben muss. Gleichzeitig wirkte sich dies aber nicht auf die Employer-Branding-Maßnahmen aus. Es konnte weder ein Nachweis für eine signifikant höhere Anzahl von eigenständigen Karrierewebsites ( $\chi^2(1) = 1,824, p < 0,1$ ) bei Verbundmitgliedern geliefert werden, noch war es möglich, einen Zusammenhang mit dem Vorhandensein von ‚Elementen modernen Employer-Branding-Maßnahmen‘ herzustellen ( $\chi^2(1) = 0,116, p < 0,1$ ). Die Mitgliedschaft in einem Klinikverbund hat also keine direkten Auswirkungen auf die online zugänglichen Employer-Branding-Maßnahmen, was aufgrund

der anfänglichen geäußerten Grundannahme überraschend ist. Da sich diese Studie ausschließlich der Analyse des externen Bereichs der Karrierewebsites gewidmet hat, kann über Erklärungsansätze nur spekuliert werden. Eine mögliche Variante wäre, dass sich eine solche Zusammenarbeit bis dato noch auf administrative und nicht sichtbare Elemente beschränkt. Weiterführende Untersuchungen müssten folgen, um die Klinikverbundmitgliedschaft als Faktor für Employer-Branding-Maßnahmen aus- bzw. einzuschließen.

#### 9.4 Ausblick und Fazit

Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass quantitative Unterschiede im Bereich des Employer Brandings auf grenznahen deutschen und niederländischen Krankenhauswebsites existent sind. Aus dem Blickpunkt einer technischen Ebene ist vor allem die deutsche Abhängigkeit von Onlinestellenbörsen zu benennen, welche den entsprechenden Unterschied zunächst klein erscheinen lassen, obwohl er ohne dieses Element deutliche zutage tritt. Auch die Nutzung von Social-Media-Kanälen ist in den Niederlanden sowohl verbreiteter als auch vielschichtiger und – anders als in Deutschland – nicht von dem Faktor Größe des Krankenhauses abhängig. Ebenjener Aspekt hat zusammen mit der Trägerschaft der Häuser in Deutschland Einfluss auf das quantitative Auftreten von Employer-Branding-Maßnahmen, was in den Niederlanden nicht festzustellen war. Die Mitgliedschaft in einem Klinikverbund ist in keinem der untersuchten Länder von Bedeutung für die extern analysierbaren Untersuchungseinheiten.

Zur korrekten Einordnung dieser Ergebnisse sind freilich noch gewisse methodische Hinweise notwendig. Dies bezieht sich zunächst auf das deutliche Übergewicht in der Anzahl der deutschen Krankenhäuser. Des Weiteren ist auch auf den ‚lokalen‘ Faktor ‚grenznah‘ hinzuweisen, der in beiden Ländern nur manche Regionen umfasst. Als letzter Punkt lässt sich anführen, dass das Bestreben, eine Vollerhebung des Untersuchungskorridors durchzuführen, zu einer hohen Fallzahl geführt hat. Dies hatte Auswirkungen auf die

Analysertiefe, welche in manchen Teilbereichen intensiver wünschenswert gewesen wäre.

Die Ergebnisse der zugrunde liegenden Studie lassen die Vermutung zu (und bestätigen sie in Teilen auch), dass niederländische Krankenhäuser im externen Onlinebereich öfter mit modernen Elementen des Employer Brandings arbeiten als deutsche. Es ist nicht nur so, dass sie vielfältiger kommunizieren, sondern sie tun dies auch mithilfe der in der Einleitung genannten modernen Möglichkeiten, was z. B. die Auswertung der Social-Media-Einbindungen zeigte. Diesen Trend deutet bereits eine Trendition-Studie aus dem Jahr 2014 an, die niederländischen Krankenhauswebsites in den Bereich Interaktivität und Informationsgehalt ein ‚gutes Zeugnis‘ ausstellte. (Vgl. Veldhuijzen; Nguyen et al. 2014: 33 ff.) Dabei ist es nicht so, dass es in Deutschland keine positiven Beispiele geben würde. Eher ist davon zu sprechen, dass diese von gewissen Faktoren wie der Größe oder der Trägerschaft des Krankenhauses abhängig sind. So zeigt sich in den Befunden, dass gerade große Krankenhäuser in Deutschland in der Quantität durchaus mit ihren Kollegen aus dem Westen konkurrieren können. Zur Qualität der Kommunikation kann in der vorliegenden Arbeit keine Aussage getroffen werden. Dies wäre freilich ein interessanter Ansatz für potenzielle Folgestudien, da auch hierzu bisher keine empirischen Daten vorliegen. Ein Erklärungsansatz für das Ergebnis ist die höhere Internetnutzung im westlichen Nachbarland (vgl. Statista 2015a; Statista 2015b) und einer damit (unterstellten) höheren Internetaffinität. Sollten in diesem Bereich weitere Nachweise erzeugt werden, könnten weitere Unterschiede beider Ländern (auch außerhalb des Employer Brandings) im Onlinebereich erforscht und erklärt werden, was zumindest perspektivisch Vorteile für beide Seiten bringen könnte. Die Worte ‚Synergien erzeugen‘ fallen in einem solchen Kontext gerne. Das dieser Arbeit zugrunde liegende Forschungsprojekt und der vorliegende Band geben dafür einen Anstoß.

Es werden also auf beiden Seiten der Grenze Elemente einer modernen Employer-Branding-Strategie umgesetzt. Diese Antwort bleibt für beinahe alle untersuchten Karrierewebsites bestehen, solange die Kriterien dafür breit angelegt werden. Sobald die Kategorien enger gefasst werden, ändert sich

dieses Bild – auf deutscher Seite – deutlich und es muss stärker differenziert werden. Sicherlich sind einzelne Elemente vorhanden, doch ist ihre Häufung und Aktualität überschaubar, was nicht dafür spricht, dass es sich um eine geplante und stetige Strategie zur Personalgewinnung handelt. Dies ist in den Niederlanden anders. Der augenscheinlichste Unterschied ist die Nutzung von Social-Media-Anwendungen und dabei insbesondere die Verwendung von Karriereportalen. Von diesen machen deutsche Krankenhäuser kaum Gebrauch, obwohl die Nutzung derselben in der Bevölkerung stetig wächst. (Vgl. o. A. 2015b) Auch ist die Handhabung von beispielsweise Microsites als Karrierewebsite in den Niederlanden höher und die Verbreitung der Möglichkeit, sich direkt online auf eine Stelle zu bewerben, ist in den Niederlanden ebenfalls häufiger. In den Fällen, dass diese Option in Deutschland besteht, ist oftmals auch von einem dynamischen Formular zu sprechen, wie es als modern empfohlen wird. (Vgl. Eger; Eichstädt 2013: 119 ff.) Es muss allerdings erwähnt sein, dass dies in den Niederlanden eine vergleichbare Frequenz annimmt. Alles in allem hat die vorgelegte Studie gezeigt, dass ‚Dutch nicht Deutsch ist (vice versa)<sup>57</sup> und dass die landläufig vermutete Nähe der Nationen nicht immer gegeben ist.

## Literatur

- Adrion, Matthias (2013): Employer Branding in kleinen und mittelständischen Unternehmen. In: Trost, Armin (Hrsg.): Employer Branding. Arbeitgeber positionieren und präsentieren. 2. Aufl. Köln. S. 87–97.
- Alscher, Stefan; Hummitzsch, Thomas (2015): Deutsche Bevölkerung schrumpft und altert trotz Zuwanderung. Bonn. In: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/newsletter/206598/deutsche-bevoelkerung-schrumpft-und-altert>. Zuletzt eingesehen am 20.11.15.

---

57 Angelehnt an „Vor den Augen [...] der [...] Welt hatte man noch einmal gezeigt: ‚Dutch‘ war nicht ‚deutsch‘ und die Niederlande waren kein [siebzehntes; M.Z.] Bundesland der Bundesrepublik [...]“ (Wielenga 2000: 406).

- Baum, Matthias; Kabst, Rüdiger (2014): The effectiveness of recruitment advertisements and recruitment websites: indirect and interactive effects on applicant attraction. In: Human Resource Management. Vol. 53 Nr. 3. S. 353–378.
- Böck, Ruth; Bruckschen, Karl-Heinrich (2012): Das Internet als Einflugschneise. Wie attraktiv sind Karrierewebsites von Krankenhäusern? In: KU Gesundheitsmanagement. Nr. 8. S. 39–42.
- Bonin, Holger; Braeseke, Grit; Ganserer, Angelika (2015): Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen. Gütersloh. In: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28\\_Einwanderung\\_und\\_Vielfalt/Studie\\_IB\\_Internationale\\_Fachkraefterekrutierung\\_in\\_der\\_deutschen\\_Pflegebranche\\_2015.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28_Einwanderung_und_Vielfalt/Studie_IB_Internationale_Fachkraefterekrutierung_in_der_deutschen_Pflegebranche_2015.pdf). Zuletzt eingesehen am 20.11.15.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2015a): Gebruik van sociale netwerken. Den Haag. In: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bedrijven/publicaties/artikelen/archief/2015/gebruik-sociale-netwerken-sterk-toegenomen.htm>. Zuletzt eingesehen am 07.01.16.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2015b): Mobiele apparaten verdringen pc. Den Haag. In: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/vrije-tijd-cultuur/publicaties/artikelen/archief/2015/tablet-verdringt-bord-van-schoot.htm>. Zuletzt eingesehen am 07.01.16.
- Eger, Michael; Eichstädt, Björn (2013): Digitales Employer Branding – Kommunikationsarchitektur für das Arbeitgeberimage. In: Trost, Armin (Hrsg.): Employer Branding. Arbeitgeber positionieren und präsentieren. 2. Aufl. Köln. S. 111–131.
- Einwiller, Sabine (2014): Reputation und Image: Grundlagen, Einflussmöglichkeiten, Management. In: Zerfaß, Ansgar; Piwinger, Manfred (Hrsg.): Handbuch Unternehmenskommunikation. Strategie – Management – Wertschöpfung. 2. Aufl. Wiesbaden. S. 371–391.

- Europäische Kommission (2015): Digital Agenda for Europe. A Europe 2020 Initiative. Brüssel. In: [http://digital-agenda-data.eu/charts/analyse-one-indicator-and-compare-breakdowns#chart={ Prozent22indicator-group Prozent22: Prozent22internet-usage Prozent22, Prozent22indicator Prozent22: Prozent22i\\_iday Prozent22, Prozent22breakdown-group Prozent22: Prozent22total Prozent22, Prozent22unit-measure Prozent22: Prozent22pc\\_ind Prozent22, Prozent22time-period Prozent22: Prozent222015 Prozent22, Prozent22ref-area Prozent22:\[ Prozent22EU27 Prozent22, Prozent22DE Prozent22, Prozent22NL Prozent22\]}](http://digital-agenda-data.eu/charts/analyse-one-indicator-and-compare-breakdowns#chart={ Prozent22indicator-group Prozent22: Prozent22internet-usage Prozent22, Prozent22indicator Prozent22: Prozent22i_iday Prozent22, Prozent22breakdown-group Prozent22: Prozent22total Prozent22, Prozent22unit-measure Prozent22: Prozent22pc_ind Prozent22, Prozent22time-period Prozent22: Prozent222015 Prozent22, Prozent22ref-area Prozent22:[ Prozent22EU27 Prozent22, Prozent22DE Prozent22, Prozent22NL Prozent22]}). Zuletzt eingesehen am 28.12.15.
- Europäische Union (o.J.): Was ist ein KMU?. o.O. In: [http://ec.europa.eu/enterprise/policies/sme/facts-figures-analysis/sme-definition/index\\_de.htm](http://ec.europa.eu/enterprise/policies/sme/facts-figures-analysis/sme-definition/index_de.htm). Zuletzt eingesehen am 31.07.15.
- Field, Andy (2013): *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 4. Aufl. London u. a.
- Früh, Werner (2015): *Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis*. 8. Aufl. Konstanz und München.
- Immerschitt, Wolfgang; Stumpf, Marcus (2014): *Employer Branding für KMU. Der Mittelstand als attraktiver Arbeitgeber*. Wiesbaden.
- Institut für Arbeit und Qualifikation (2014): *Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft 1991 – 2013*. Essen. In: [http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI32b.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI32b.pdf). Zuletzt eingesehen am 20.11.15.
- Intelligence Group (o.J.): *schaarste-indicator*. o.O. In: <http://schaarste-indicator.nl/nl/>. Zuletzt eingesehen am 20.11.15.
- Kirchner, Jan (2014): *Etwas IT-affiner, bitte!*. In: *Personalmagazin*. Nr. 9. S. 36–37.
- Mast, Claudia; Spachmann, Klaus (2014): *Strukturen und Trends im Wirtschaftsjournalismus: Herausforderungen für die Medienarbeit*. In: Zerfaß, Ansgar; Piwinger, Manfred (Hrsg.): *Handbuch Unternehmenskommunikation. Strategie – Management – Wertschöpfung*. 2. Aufl. Wiesbaden. S.253–269.

- Mayer-Johanssen, Uli (2014): Design als strategischer Erfolgsfaktor in der Unternehmenskommunikation. In: Zerfaß, Ansgar; Piwinger, Manfred (Hrsg.): Handbuch Unternehmenskommunikation. Strategie – Management – Wertschöpfung. 2. Aufl. Wiesbaden. S. 823–842.
- NiederlandeNet (2013): Internetnutzung: Niederlande an europäischer Spitze. Münster. In: <http://www.uni-muenster.de/NiederlandeNet/aktuelles/archiv/2013/juli/0710internet.shtml>. Zuletzt eingesehen am 28.12.15.
- o. A. (2015a): Wachstumstreiber Recruiting: Karriere-Netzwerk Xing legt weiter kräftig zu. o. O. In: <http://meedia.de/2015/08/06/wachstumstreiber-recruiting-karriere-netzwerk-xing-legt-weiter-stark-zu/>. Zuletzt eingesehen am 20.11.15.
- o. A. (2015b): LinkedIn hat sechs Millionen Nutzer im deutschsprachigen Raum. Berlin 2015. In: <http://www.tagesspiegel.de/wirtschaft/wettkampf-der-karriere-netzwerke-linkedin-hat-sechs-millionen-nutzer-im-deutschsprachigen-raum/11338676.html>. Zuletzt eingesehen am 20.11.15.
- o. A. (2015c), Anklang finden, in: Trend. Nr. 5.
- Reinke, Nico; Miliniewitsch, Mirko (2014): Modell Niederlande – ein Vorbild für die stationäre Versorgung in Nordrhein-Westfalen?. In: Das Krankenhaus. Nr. 3. S. 220–225.
- Rottländer, Inga (2012): Ist der Ruf erst ruiniert. In: Personalwirtschaft. Nr. 1. S. 52–53.
- Schmitz, Bernd (2013): Videos im Employer Branding. In: Trost, Armin (Hrsg.): Employer Branding. Arbeitgeber positionieren und präsentieren. 2. Aufl. Köln. S. 143–157.
- Schröder, Jens (2015): Die vier spannendsten Trends bei der Mediennutzung in Deutschland. o. O. In: <http://meedia.de/2015/07/02/vier-spannende-trends-bei-der-mediennutzung-in-deutschland/>. Zuletzt eingesehen am 20.11.15.
- Schweiger, Wolfgang (2010): Informationsnutzung online: Informationssuche, Selektion, Rezeption und Usability von Online-Medien. In: Schweiger, Wolfgang; Beck, Klaus (Hrsg.): Handbuch Onlinekommunikation. Wiesbaden. S. 185–210.



- Statista (2016): Durchschnittliche Umsatzrentabilität deutscher Krankenhäuser nach Trägerschaft im Jahr 2013. o. O. In: Statista – Das Statistik-Portal. Online unter: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/275058/umfrage/umsatzrentabilitaet-deutscher-krankenhaeuser-nach-traeger-schaft/>. Zuletzt eingesehen am 07.01.16.
- Statista (2015a): Anteil der Internetnutzer an der Bevölkerung in den Niederlanden in den Jahren von 2005 bis 2014. o. O. In: Statista – Das Statistik-Portal. Online unter: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/319351/umfrage/anteil-der-internetnutzer-in-den-niederlanden/>. Zuletzt eingesehen am 20.11.15.
- Statista (2015b): Anteil der Internetnutzer in Deutschland von 1997 bis 2014. o. O. In: Statista – Das Statistik-Portal. Online unter: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/36009/umfrage/anteil-der-internetnutzer-in-deutschland-seit-1997/>. Zuletzt eingesehen am 20.11.15.
- Stickling, Erwin (2013): Interview mit Wolfgang Jäger. „Der Hauptbahnhof für die Bewerber“. In: Personalwirtschaft. Nr. 6. S. 22–23.
- Sturmberg, Jessica (2014): Pflegeberufe mit Bachelor-Abschluss. Köln. In: [http://www.deutschlandfunk.de/akademisierung-pflegeberufe-mit-bachelor-abschluss.1180.de.html?dram:article\\_id=304028](http://www.deutschlandfunk.de/akademisierung-pflegeberufe-mit-bachelor-abschluss.1180.de.html?dram:article_id=304028). Zuletzt eingesehen am 31.07.15.
- Theis-Berglmair, Anna Maria (2014): Meinungsbildung in der Mediengesellschaft: Akteure und Prozesse öffentlicher Kommunikation im Zeitalter des Social Web. In: Zerfaß, Ansgar; Piwinger, Manfred (Hrsg.): Handbuch Unternehmenskommunikation. Strategie – Management – Wertschöpfung. 2. Aufl. Wiesbaden. S. 145–162.
- Townsend, Keith; Wilkinson, Adrian (2010): Managing under pressure: HRM in hospitals. In: Human Resource Management Journal. Vol. 20 Nr. 4. S. 332–338.
- Trost, Armin (2013a): Employer Branding. In: Trost, Armin (Hrsg.): Employer Branding. Arbeitgeber positionieren und präsentieren. 2. Aufl. Köln. S. 13–75.
- Trost, Armin (Hrsg.) (2013b): Employer Branding. Arbeitgeber positionieren und präsentieren. 2. Aufl. Köln.

- Veldhuijzen, Evalien; Nguyen, Thien Ly (2014): Hoe informatief en interactief zijn de ziekenhuiswebsites in Nederland? o. O. In: [https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Rapporten/Rapport\\_Prozent20Informatieve\\_Prozent20en\\_Prozent20interactieve\\_Prozent20ziekenhuiswebsites.pdf](https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Rapporten/Rapport_Prozent20Informatieve_Prozent20en_Prozent20interactieve_Prozent20ziekenhuiswebsites.pdf). Zuletzt eingesehen am 20.11.2015
- Weitzel, Tim; Eckhardt, Andreas; Laumer, Sven; Maier, Christian; Stetten, Alexander von; Weinert, Christoph; Wirth, Jakob (2015): Bewerbungspraxis 2015. Eine empirische Studie mit 7.000 Stellensuchenden und karriereinteressierten im Internet. Bamberg. In: [https://www.uni-bamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/wiai\\_lehrstuehle/isdl/Bewerbungspraxis\\_2015.pdf](https://www.uni-bamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/wiai_lehrstuehle/isdl/Bewerbungspraxis_2015.pdf) Zuletzt eingesehen am 28.12.15.
- van Eimeren, Birgit; Frees, Beate (2015): Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2014. 79 Prozent der Deutschen online – Zuwachs bei mobiler Internetnutzung und Bewegtbild. In: Media Perspektiven 7–8. Frankfurt. S. 378–396.
- van Eimeren, Birgit; Koch, Wolfgang (2016): Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2015. Nachrichtenkonsum im Netz steigt an – auch klassische Medien profitieren. In: Media Perspektiven 5. Frankfurt. S. 277–285.
- Wielenga, Friso (2000): Vom Feind zum Partner. Münster.
- Yavuz, Özlem (2013): Markenstärke von Arbeitgebermarken. Theoretische Konzeptionen und empirische Analysen. Wiesbaden.
- Zerfaß, Ansgar; Piwinger, Manfred (2014): Unternehmenskommunikation als Werttreiber und Erfolgsfaktor. In: Zerfaß, Ansgar; Piwinger, Manfred (Hrsg.): Handbuch Unternehmenskommunikation. Strategie – Management – Wertschöpfung. 2. Aufl. Wiesbaden. S. 1–18.

## Anhang: Hypothesenkatalog

| Hypothesen-Gruppe | Hypothese   | Betroffene Kategorien   | Untersuchungstyp und Signifikanzmaß            |
|-------------------|---|---|--|
| Land              | H1: Niederländische Krankenhäuser haben öfter als deutsche eine Karrierewebsite, welche deutlich von der Unternehmenswebsite (Corporate Website) abzugrenzen ist. | Land<br>Art der Karrierewebsite   | Kreuztabelle; Häufigkeitsauszählung; $\chi^2$  |
| Land              | H2: Die Karrierewebsites niederländischer Krankenhäuser sind öfter als deutsche über eine Onlinesuchmaschine zu finden.   | Land<br>Auffindbarkeit der Karriereseite mit der Suchmaschine ‚Google‘  | Kreuztabelle; Häufigkeitsauszählung; $\chi^2$  |
| Land              | H3: Niederländische Krankenhäuser haben öfter als deutsche eine responsive Karrierewebsite.   | Land<br>responsives Webdesign   | Kreuztabelle; Häufigkeitsauszählung; $\chi^2$  |
| Land              | H4: Niederländische Krankenhäuser haben ihre Karrierewebsite öfter als deutsche mit Social-Media-Einbindungen versehen.   | Land<br>Social-Media-Einbindung generell<br>Facebook<br>Twitter<br>RSS-Feed<br>YouTube<br>GooglePlus<br>Karriereportal<br>Sonstiges | Kreuztabellen; Häufigkeitsauszählung; $\chi^2$ |
| Land              | H5: Niederländische Krankenhäuser arbeiten auf ihren Karrierewebsites öfter als deutsche mit nutzerorientierten Elementen.  | Land<br>Stellenbörse<br>Onlineformular<br>dynamisches Onlineformular  | Kreuztabellen; Häufigkeitsauszählung; $\chi^2$ |
| Land              | H6: Niederländische Krankenhäuser arbeiten auf ihren Karrierewebsites öfter als deutsche mit Authentizität erzeugenden Elementen.                                 | Land<br>personalisierte Mitarbeitergeschichten<br>vorhanden<br>Video-Einbindung   | Kreuztabellen; Häufigkeitsauszählung; $\chi^2$ |
| Land              | H7: Weder deutsche noch niederländische Krankenhäuser versuchen, im Ausland Personal anzuwerben.  | Land<br>Mehrsprachigkeit  | Kreuztabelle; Häufigkeitsauszählung; $\chi^2$  |

| Hypothesen-Gruppe | Hypothese  | Betroffene Kategorien   | Untersuchungstyp und Signifikanzmaß                         |
|-------------------|--|---|---|
| Land              | H8: Elemente einer modernen Employer-Branding-Strategie sind auf niederländischen Krankenhauswebsites öfter als auf deutschen zu finden. | Land<br>Elemente moderner Employer-Branding-Maßnahmen Deduktiv<br>Elemente moderner Employer-Branding-Maßnahmen Induktiv  | Kreuztabellen; Häufigkeitsauszählung; $\chi^2$              |
| Größe             | H9: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Größe des Krankenhauses und der Auffindbarkeit via Google.                                  | Größe<br>Auffindbarkeit der Karriereseite mit der Suchmaschine ‚Google‘   | punkt-biseriale Korrelation; Pearson-Koeffizient $r_{pb}$   |
| Größe             | H10: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Größe des Krankenhauses und dem Vorhandensein von Social-Media-Accounts.                   | Größe<br>Social-Media-Einbindung generell   | punkt-biseriale Korrelation; Pearson-Koeffizient $r_{pb}$   |
| Größe             | H11: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Größe des Krankenhauses und der Mehrsprachigkeit der Präsenz.                              | Größe<br>Mehrsprachigkeit   | punkt-biseriale Korrelation; Pearson-Koeffizient $r_{pb}$   |
| Größe             | H12: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Größe des Krankenhauses und der Nutzerorientierung der Homepage.                           | Größe<br>responsives Webdesign<br>Stellenbörse<br>Onlineformular<br>dynamisches Onlineformular                            | punkt-biseriale Korrelationen; Pearson-Koeffizient $r_{pb}$ |
| Größe             | H13: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Größe des Krankenhauses und den Authentizität schaffenden Elementen der Homepage.          | Größe<br>personalisierte Mitarbeitergeschichten<br>Video-Einbindung   | punkt-biseriale Korrelationen; Pearson-Koeffizient $r_{pb}$ |
| Größe             | H14: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Größe des Krankenhauses und der Umsetzung von modernen Employer-Branding-Strategien.       | Größe<br>Elemente moderner Employer-Branding-Maßnahmen Deduktiv<br>Elemente moderner Employer-Branding-Maßnahmen Induktiv | punkt-biseriale Korrelationen; Pearson-Koeffizient $r_{pb}$ |

| Hypothesen-Gruppe | Hypothese  | Betroffene Kategorien   | Untersuchungstyp und Signifikanzmaß            |
|-------------------|--|---|--|
| Trägerschaft      | H15: Das Vorhandensein von Social-Media-Accounts ist in Deutschland abhängig von der Trägerschaft des Krankenhauses.                         | Trägerschaft<br>Social-Media-<br>Einbindung generell  | Kreuztabelle; Häufigkeitsauszählung; $\chi^2$  |
| Trägerschaft      | H16: Es besteht in Deutschland ein Zusammenhang zwischen der Größe des Krankenhauses und der Trägerschaft.                                   | Trägerschaft<br>Größe   | deskriptive Statistik                          |
| Klinikverbund     | H17: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Mitgliedschaft in einem Klinikverbund und der Art der Karrierewebsite.                         | Klinikverbund<br>Art der Karrierewebsite  | Kreuztabelle; Häufigkeitsauszählung; $\chi^2$  |
| Klinikverbund     | H18: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Mitgliedschaft in einem Klinikverbund und der Umsetzung moderner Employer-Branding-Strategien. | Klinikverbund<br>Elemente moderner<br>Employer-Branding-<br>Maßnahmen deduktiv<br>Elemente moderner<br>Employer-Branding-<br>Maßnahmen induktiv | Kreuztabellen; Häufigkeitsauszählung; $\chi^2$ |

Tabelle 18: Hypothesenkatalog

10 Krankenhauskommunikation in Zeiten des Shitstorms. Eine qualitative Inhaltsanalyse des Reaktionsverhaltens ausgewählter niederländischer Krankenhäuser auf Negativpostings auf den krankenhauseigenen Facebook-Auftritten  
*Melanie Meier*

Seit ihrem Entstehen erfreuen sich verschiedene soziale Netzwerke wie Facebook, LinkedIn und GooglePlus, ausgelöst durch den Erfolg des Internets, über stets mehr Nutzer. Besonders die Nutzergruppe von Facebook, dem größten Anbieter unter den sozialen Netzwerken, wächst stetig und breitet sich auch in Bezug auf die Reichweite der Altersgruppen weiter aus.<sup>58</sup> (Vgl. Pleil 2012: 26) So wurde laut Facebook-Gründer Marc Zuckerberg am 24.08.2015 erstmals der Nutzerrekord von einer Milliarde eingeloggter Nutzer an diesem Tag erreicht (vgl. o. A. 2015). Die Nutzergruppe Facebooks erwartet auch immer häufiger, dass Organisationen des öffentlichen Lebens, wie Krankenhäuser, auf Facebook zu finden sind. So fand das britische Marktforschungsinstitut YouGov heraus:

„One in four consumers expected to connect with a hospital via social media at some point; 57 Prozent of consumers said that a hospital’s use of social media would likely have a strong impact on whether they chose to use that hospital’s services; 81 Prozent of consumers felt that a strong social media presence indicates that a hospital’s clinical functions are more cutting-edge.“ (Huang; Dunbar 2013: 14)

Demnach spielt der Facebook-Auftritt einer Organisation eine immer größere Rolle, und dies besonders dann, wenn Patienten zwischen ‚Konkurrenz-Kliniken‘ eine Wahl treffen müssen und Krankenhäuser als innovative Vorrei-

---

58 Im Juni 2015 besuchten täglich durchschnittlich 968 Mio. Nutzer Facebook (vgl. Facebook Newsroom 2015).

ter in Sachen Social Media hervorstechen wollen. Vielleicht bedingt durch Studien wie diese entdecken auch mehr und mehr Organisationen Facebook für sich, um mit ihrer Zielgruppe zu kommunizieren und Facebook für ihre organisationseigenen, häufig auch kommerziellen Interessen, zu nutzen.

Auf den Facebook-Auftritten dieser Organisationen können auf verschiedenste Weise gute sowie schlechte Erfahrungen mit der betreffenden Organisation mit der Öffentlichkeit geteilt werden.<sup>59</sup> Dies wird inzwischen vereinfacht durch ein Sterne-Bewertungs-System („Bewertungen“) und die Möglichkeit, eigenständig auf der Seite einer Institution einen „Besucher-Beitrag“ zu posten, wodurch diese Postings explizit sichtbar gemacht werden und eine große Reichweite in der Facebook-Öffentlichkeit erhalten können. Facebook-Nutzer können diese Instrumente also auch dazu nutzen, um auf einfache und weitreichende Weise Kritik über eine Organisation abzugeben. Häufen sich aber diese Negativpostings auf der Facebook-Seite einer Organisation, oder bleiben diese vonseiten der Organisation unbeantwortet, so kann es zu einem Imageschaden oder gar im Extremfall zu einem „Shitstorm“, einem auch als „Sturm der Entrüstung“ beschriebenen Phänomen kommen, bei dem eine oder mehrere Personen oder auch eine Organisation im Internet mit „zum Teil [...] beleidigenden Äußerungen“ kritisiert werden (Duden 2015).

Krankenhäuser sind von derartiger Negativkommunikation besonders betroffen, denn ist im konkreten Fall des Krankenhauses die Reputation erst einmal beschädigt, kann dies dazu führen, dass Patienten das Vertrauen in die Organisation (langfristig) verlieren und es vorziehen, in anderen Krankenhäusern behandelt zu werden. Immer häufiger teilen Patienten ihre negativen Eindrücke zudem nicht nur mit persönlichen Kontakten, sondern auch über Social Media mit der Öffentlichkeit. In der stets mehr ökonomisierten

---

59 Die im Deutschen als Facebook-Auftritt beschriebene Funktion für Organisationen oder Einzelpersonen des öffentlichen Lebens wird von Facebook offiziell als „Pages“ bezeichnet. Die Funktionen werden folgendermaßen umschrieben: „Pages are public profiles that let artists, public figures, businesses, brands, organizations, and non-profits create a presence on Facebook and connect with the Facebook community. When someone likes a Page, they can start seeing updates from that Page in News Feed. When someone likes or comments on a Page post, that activity may be shared with their friends, increasing the Page’s exposure and reach.“ (Facebook Newsroom 2007)

Krankenhausbranche können Negativpostings und der damit einhergehende mögliche Verlust von Patienten jedoch erhebliche Folgen haben und Langzeitschäden für die Organisation mit sich bringen. Wird im Falle eines Negativpostings jedoch inhaltlich und zeitlich angemessen kommuniziert, kann eine mögliche Krise abgewendet werden.

Wie bereits im ersten Teil des vorliegenden Bandes besprochen, wurden durch das Forschungsprojekt ‚Organisationskommunikation im Krankenhaus. Die Niederlande und Deutschland im Vergleich‘ zwischen den Krankenhäusern in den beiden Ländern deutliche Unterschiede im Umgang mit Facebook festgestellt. Durch die Studie zeigte es sich, dass niederländische Krankenhäuser Facebook häufiger und intensiver nutzen und auch gewisse Strategien bzw. Richtlinien zu befolgen scheinen. Daher ist es interessant, das Vorgehen niederländischer Krankenhäuser in Sachen moderner Krankenhauskommunikation zu analysieren, genauer gesagt, wie auf den niederländischen Facebook-Seiten dialogisch kommuniziert wird. Da ein Negativposting bzw. eine Krise eine potenzielle Gefahr für die Organisation darstellt, sollte eine Reaktion durchdacht, strategisch und zeitnah erfolgen. Aufgrund der Brisanz dieses Themas ist es von besonderem Interesse, die ‚Krisenreaktionen‘ der Krankenhauskommunikatoren zu analysieren. Die vorliegende Fallstudie widmet sich daher folgender Fragestellung ‚Wie reagieren Kommunikationsverantwortliche von niederländischen Krankenhäusern aktiv auf Negativpostings auf den krankenhauseigenen Facebook-Auftritten?‘. Mittels einer hauptsächlich qualitativen Inhaltsanalyse sollen Rückschlüsse über das Reaktionsverhalten der Kommunikatoren geschlossen werden sowie verschiedene ‚Reaktionstypen‘ herauskristallisiert werden.

Die niederländische Organisationskommunikation zu analysieren, ist auch vor dem Hintergrund interessant, dass die Internetverbreitung in den Niederlanden die höchste in der EU ist (vgl. Centraal Bureau voor de Statistiek 2012a) und dass inzwischen durchschnittlich acht von zehn Niederländern über 12 Jahre Social Media nutzen (vgl. Centraal Bureau voor de Statistiek 2015). Des Weiteren ist mittlerweile eine Vielzahl der niederländischen Unternehmen in den Social Media (vgl. ebd.), besonders Facebook (vgl. Centraal Bureau voor de Statistiek 2012b), aktiv. Daher kann davon ausgegangen wer-



den, dass das Internet eine besondere Präsenz in der niederländischen Gesellschaft hat sowie dass die Onlinekommunikation in niederländischen Organisationen inzwischen strategisch professionalisiert ist. Obwohl die niederländische Gesundheitsbranche im Jahr 2012 in einer landesweiten branchenvergleichenden Studie des Centraal Bureau voor de Statistiek eher unterdurchschnittliche Nutzungsraten von Social Media aufwies (vgl. Centraal Bureau voor de Statistiek 2013: 217 ff.), scheint sich der Sektor, wie das die Ergebnisse der Hauptstudie in diesem Forschungsprojekt zur Organisationskommunikation zeigte, inzwischen professionalisiert zu haben.

Aus forschungsökonomischen Erwägungen muss der Untersuchungsgegenstand genauer eingegrenzt werden. Anders als in der Hauptstudie werden in der vorliegenden Arbeit ausschließlich die Facebook-Auftritte der niederländischen Krankenhäuser ausgewertet, die sich in einem Radius von bis zu 65 km westlich der deutsch-niederländischen Grenze befinden. Der Forschungsgegenstand wird weiter eingegrenzt, indem nur diejenigen Facebook-Seiten inhaltlich analysiert werden, die im dreimonatigen Forschungszeitraum Februar bis April 2015 Reaktionen von Mitarbeitern des Krankenhauses auf Negativpostings aufweisen, da diese Reaktionen den Untersuchungsgegenstand dieser Fallstudie darstellen.

## 10.1 Krisenkommunikation von Krankenhäusern im Spannungsfeld der Kommunikation in Social Media

Die niederländische Krankenhauslandschaft befindet sich in einem Spannungsfeld zwischen Leistung und Ökonomisierung. Aus diesem Grund haben Krankenhauskommunikatoren die Aufgabe, mit den Stakeholdern über deren Sorgen und Nöte zu dieser Thematik zu kommunizieren und Erklärungen zu bieten. Dabei müssen sie stets danach streben, die Reputation ihres Krankenhauses zu schützen. Reputation wird im Kontext des Internets als digitale Reputation beschrieben. Auf diese Art der Reputation haben u. a. die Authentizität der Online-Kommunikation sowie das Ausmaß der Vernetzung der Organisation Einfluss. Das Unterstützungspotenzial von Stakeholdern gegen-

über einer Organisation, das aus deren Reputation entspringt, kann dieser in einer Krise zugutekommen, wenn Stakeholder beispielsweise die Organisation verteidigen. (Vgl. Zerfaß; Pleil 2012: 50) Daher soll das Konzept der Reputation im weiteren Verlauf erneut angesprochen werden.

Als logische Konsequenz der im Ökonomisierungszwang der Krankenhäuser sinkenden Bettenzahl pro niederländischen Einwohner, gilt es laut Kristin Gühl, die

„Herausforderung zu bewältigen [...], dass sich die Verweildauern zunehmend verkürzen werden und dass die stationären Aufenthalte zugunsten ambulanter Eingriffe in Tages- oder Polikliniken reduziert werden.“ (Gühl 2012: 18)

Da die Patientenzufriedenheit sowie Patientengesundheit unter den kürzeren Behandlungs- und Verweildauern leiden können, soll im weiteren Verlauf der Arbeit auch der Aspekt der Zeit als Spannungsfeld zwischen der Wirtschaftlichkeit und Patientenzufriedenheit erneut thematisiert werden.

Im Umgang mit Social Media raten Fink et al. dazu, Social-Media-Guidelines<sup>60</sup> aufzustellen, die bestimmte Punkte abdecken sollten, wozu die Inhalte und Unterschiede privater oder geschäftlicher Social-Media-Nutzung, die Mechanik der Social Media und der Kommunikationsstil sowie die Netiquette zählen. Der Punkt des Kommunikationsstils und der Netiquette soll aufgrund seiner Bedeutung für den weiteren Verlauf der Arbeit hervorgehoben werden. Unter diesem Schlagwörtern wird Folgendes aufgezählt: „empfohlener Sprachgebrauch“, „klare Erkennbarkeit des Absenders im Sinne von Transparenz und Wahrhaftigkeit“, „Respekt gegenüber dritten sowie Beachtung ethischer Fragen“ und der „Umgang mit kritischen Situationen wie Anfeindungen und Drohungen“. (Fink et al. 2012: 106) Es ist Krankenhäusern, die über Facebook kommunizieren, demzufolge anzuraten, einem gewissen Sprachgebrauch zu folgen, deutlich zu kommunizieren, wer kommuni-

---

60 „Alle formellen oder informellen Rahmenbedingungen für das Handeln der Mitglieder einer Organisation im Social Web“. (Fink et al. 2012: 102)

ziert, respektvoll mit Stakeholdern umzugehen sowie auf kritische Reaktionen zu reagieren.

Zu den Faktoren erfolgreicher Online-Kommunikation zählt Pleil (2012: 29) des Weiteren „Aufmerksamkeit, Vertrauen, Transparenz, Glaubwürdigkeit und Authentizität“. Enthält der Umgang der Kommunikationsverantwortlichen eines Krankenhauses mit ihren Stakeholdern im Social Web demzufolge diese Faktoren, kann das zu einem erfolgreichen Dialog zwischen der Organisation und ihren Stakeholdern führen. Wird im Umkehrschluss beispielsweise ein Vertrauensbruch oder Glaubwürdigkeitsverlust auf Facebook von einem Stakeholder veröffentlicht, stellt diese zur Schau gestellte Kritik eine Bedrohung für die Organisation dar.

Befindet ein Krankenhaus sich in einer Social-Media-Krise, kann es durch Krisenkommunikation mittels seiner Social-Media-Guidelines und einem gut geführten Dialog einen größeren Reputationsschaden verhindern. Eine Krise kann beschrieben werden als

„the perception of an unpredictable event that threatens important expectancies of stakeholders and can seriously impact an organization’s performance and generate negative outcomes“ (Ki; Nekmat 2014: 141).

Wird eine Organisation von externen (Kunden, Konkurrenzorganisationen etc.) oder internen Stakeholdern (z. B. Mitarbeitern und deren soziales Umfeld) öffentlich beispielsweise in traditionellen oder modernen, sozialen Medien kritisiert, wodurch eine Gruppe mit großer Reichweite erreicht werden kann, kann die Organisation einen nachhaltigen Schaden davontragen. Vor allem das Image der Organisation bzw. seine Reputation unter seinen Stakeholdern kann darunter leiden. Wenn der Urheber der Kritik wütend auf die Organisation ist, so kann dies noch weitreichendere Folgen haben: Die Beziehung zwischen der Organisation und dem Stakeholder kann gestört oder ganz unterbrochen und die Organisation im Umfeld des Stakeholders kann durch negative Mundpropaganda kritisiert werden. (Vgl. Coombs; Holladay 2008: 253)

Die Organisation kann einer derartigen Kritik mit Krisenkommunikation gegensteuern. „Through crisis communication, organizations attempt to repair their image and prevent reputational damage“ (van der Meer; Verhoeven 2014: 526). Dabei gilt es vor allem, Schaden an den immateriellen Organisationswerten (z. B. Reputation und Vertrauen) zu verhindern und der Organisation Handlungsspielräume offenzuhalten (vgl. Becker 2012: 366). Die Reaktion einer Organisation auf ein Negativposting in einem sozialen Netzwerk wie Facebook stellt auch eine Form der Krisenkommunikation dar. Zwar scheint es vermeintlich weniger dringlich, auf ein kritisches Posting eines externen oder internen Stakeholders zu reagieren, als auf eine ‚echte‘ Krisenmeldung, jedoch können vom Unternehmen unkommentierte Negativpostings ebenfalls erhebliche Folgen haben. (Vgl. Ki; Nekmat 2014: 141) In Social Media sind die Gefahren für Organisationen besonders hoch, da schlechte Nachrichten und Kritik sich schnell unter der Nutzergemeinde ausbreiten und in einem großen Schaden der Reputation mit bereits thematisierten wirtschaftlichen Folgen resultieren können. Daher sollten Reaktionen vonseiten einer Organisation im Social Web wohlbedacht sein. Jedoch können, wie eine Studie von Schultz et al. zeigt, neue Medien auch eine effektivere Plattform für Kommunikationsstrategien in der Krise darstellen, als traditionelle Medien dies ermöglichen. (Vgl. Schultz et al. 2011: 25) Andere Studien deuten an, dass Krisenkommunikation über Social Media als authentischer und glaubwürdiger wahrgenommen werden kann (vgl. Ki; Nekmat 2014: 141). Reed argumentiert in seinem Werk, dass Kommunikationsverantwortliche sich gerade die „gefährliche“ Schnellebigkeit des Social Web zunutze machen könnten, um mittels offizieller Informationen dem Strom an negativen und falschen Informationen entgegenzuwirken oder mit der Öffentlichkeit einen Dialog bzw. eine Diskussion zu führen. Demzufolge können Kommunikationsverantwortliche von Organisationen durch inhaltlich und zeitlich angemessene Reaktionen auf Negativpostings wieder Herr der Lage werden und so mögliche Krisen vorbeugen. (Vgl. ebd.) Generell wird in der Forschungsliteratur aber kein einheitliches Bild über die Effektivität von Krisenkommunikation über Facebook gezeichnet (vgl. Moorhead et al 2013: 2).

Eine renommierte Theorie in aktuellen zum Thema Krisenkommunikation veröffentlichten Forschungen, die auch für die Entwicklung des Analyseboogens der vorliegenden Studie einbezogen wurde, ist die von Coombs aufgestellte Situational Crisis Communication Theory (SCCT). Diese bietet Organisationen die Möglichkeit, die zu dem in der Organisation vorliegenden Typ der Krise passende Reaktionsstrategie zu finden. (Vgl. Claeys; Cauberghe 2014: 183) Coombs teilt dazu drei grundsätzliche Cluster der Verantwortlichkeit ein:

„The victim cluster entails crises with weak attributions of organizational responsibility (e.g., product tampering). The accidental cluster involves crises with a certain, but low level of responsibility attribution to the organization (e.g., technical-error product harm). The preventable cluster incorporates crises with high perceptions of crisis responsibility (e.g., organizational misdeed with injuries). According to the SCCT, the more responsibility that consumers accredit to the organization with respect to the crisis, the more the organizational reputation suffers.“ (Claeys; Cauberghe 2014: 183)

Diese drei Cluster werden der SCCT zufolge mit angemessenen Reaktionsstrategien verbunden, die jeweils verschieden hohe Verantwortlichkeiten für die Organisation mit sich bringen:

„When using deny strategies, the organization rejects all responsibility for the crisis. Diminish strategies minimize the organizational responsibility or the crisis damage. With rebuild strategies organizations admit full responsibility. As such, the SCCT advises organizations to use deny strategies in the case of a victim crisis, diminish strategies in the case of an accidental crisis and rebuild strategies in the case of a preventable crisis.“ (ebd.)

Demzufolge sollten Organisationen, wie Krankenhäuser, im Krisenfälle kritisch prüfen, wie hoch die Verantwortlichkeit der Organisation im konkreten

Fall ist bzw. aus Sicht der Öffentlichkeit sein könnte und mittels einer angemessenen Reaktionsstrategie auf die Krise reagieren.

Um einen großen Schaden der Reputation und anderer Faktoren zu vermeiden, ist es nötig, strategisch vorzugehen. Im Zusammenhang mit angemessenen Reaktionen auf eine Krise gilt laut Claeys und Cauberghe, die Bezug auf Coombs' Situational Crisis Communication Theory nehmen:

„When the reputational threat as the result of a crisis is mild, it is sufficient that an organization offers objective information to minimize the reputational damage. If the reputational threat is severe, it is strongly advised that the organization integrates reputation restoring crisis response strategies [...] into its communication strategy.“ (Claeys; Cauberghe 2012: 83)

Da jedoch eine Vielzahl an Kommunikationsstrategien in verschiedenen Szenarien genutzt werden können, muss die Wahl überlegt getroffen werden. Dabei gibt es viele Möglichkeiten:

„An organization may choose to suppress [...] emotions as much as possible, because expressing emotions may be deemed inappropriate. Alternatively, an organization may communicate emotions in its crisis response. For instance, in addition to using a response strategy (e. g., denial, diminish and rebuild), a spokesman may announce that the organization feels shame or regret regarding the organizational-crisis situation.“ (van der Meer; Verhoeven 2014: 526)

Im Folgenden soll auf eine Auswahl einiger erforschter Reaktionsstrategien eingegangen werden. In der Vergangenheit ging aus Studien zur Effektivität verschiedener Reaktionsstrategien im Krisenfälle häufig die Entschuldigung als effektivste Methode hervor, was laut Coombs und Holladay aber der verzerrten Auswahl der der Entschuldigung gegenübergestellten Strategien „Verleugnung“ und „Ausflucht“ zu verschulden war. (Vgl. Coombs; Holladay 2008: 252 f.) Durch eine Studie von van der Meer geht jedoch hervor, dass die

Verleugnung unter Umständen auch eine effektive Reaktionsstrategie ist, was er am Beispiel eines Skandals um die niederländische Fair-Trade-Organisation Max Havelaar darstellt (vgl. van der Meer 2014: 539). Der Autor rät daher zu Folgendem:

„PR professionals should recognize whether an organization is able to pull off a denial strategy during a crisis. Rather than assuming before-hand that it is an inefficient strategy, the professionals should assess whether denial communication fits the crisis situation at hand and whether the prior reputation provides the organization with enough trustworthiness.“  
(ebd.)

In Bezug auf mögliche Folgen, die eine Reaktionsstrategie mit sich bringen kann, könnte die Verleugnung rein finanziell gesehen eventuell nicht die schlechteste Wahl sein: Coombs und Holladay erklären, dass eine Entschuldigung, die auch das Eingestehen der Verantwortlichkeit für das geäußerte Problem mit sich bringe, die kostenaufwendigste Art der Reaktion auf Kritik sei, da sie die Organisation in einem Gerichtsverfahren teuer zu stehen kommen könnte. Andere effektive, aber kostengünstigere Reaktionsstrategien, die der Entschuldigung ähneln, sind laut Coombs und Holladay das Zeigen von Sympathie gegenüber dem Kritiker sowie direkte Entschädigungen. (Vgl. Coombs; Holladay 2008: 253) Aus ihrer Studie schließen die beiden Wissenschaftler, dass Sympathie und Entschädigungen ebenso effektive Strategien darstellen, dass aber im Falle eines tatsächlichen (großen) Fehlers einer Organisation diese aus ethischen Gründen die Verantwortung übernehmen müsse (vgl. ebd.: 256). Überträgt man diese Aussagen auf den Krankenhaussektor im Zeitalter von Facebook, so ließe sich für die Krankenhauskommunikatoren eine deutliche Warnung gegenüber von Entschuldigungen auf Facebook aussprechen, da diese das Eingestehen von Schuld suggerieren und größere finanzielle Folgen für das wirtschaftlich unter Druck stehende Unternehmen Krankenhaus haben können (vgl. ebd.: 253). Kommunikatoren könnten also unter Umständen mittels Sympathie oder Entschädigungen ebenso effektiv die Reputation ihres Krankenhauses schützen wie mit einer

Entschuldigung. In einer Studie von Schultz et al. zeigte es sich jedoch, dass die Strategie der reinen Informationsvermittlung zu weniger negativen Reaktionen der Öffentlichkeit führte, als die Reaktionsstrategien der Entschuldigung oder des Zeigens von Sympathie. (Vgl. Schultz et al. 2011: 25)

Wenn in der Kritik stehende Organisationen Emotionen wie Bedauern und Scham zeigen, kann van der Meer und Verhoven zufolge das Image des Unternehmens verbessert werden:

„As it was discovered, the display of these emotions by spokespersons affects the way the public makes sense of the role of the organization in the crisis. Alternatively, a lack of emotions may also be interpreted by the public as a sign. A distanced and emotionless response implies the absence of organizational involvement and sincerity and may be perceived as cold.“ (van der Meer; Verhoeven 2014: 533)

Eine Ansprache der Stakeholder, die Emotionen beinhaltet, zeigt van der Meer zufolge die menschliche und empathische Seite des Unternehmens und kann die Wut von Stakeholdern, die diese gegenüber der Organisation empfinden, möglicherweise vermindern bzw. positiveren Gefühlen Platz machen (vgl. ebd.). Zusätzlich sollten Kommunikatoren sich darum bemühen, eine authentische Nachricht zu vermitteln, indem sich die kommunizierten Emotionen und Nachrichten im Einklang befinden (vgl. ebd.: 535).

Wie bereits dargestellt wurde, stellen ein Negativposting in Facebook und eine Reaktion der Organisation darauf eine Form der Krisenkommunikation dar. Einzelne Negativpostings müssen noch keine Gefahr für die Organisation sein, mitunter können aber auch einzelne Facebook-Postings ‚ausarten‘, wenn vonseiten der Organisation nicht angemessen reagiert wird. Ein solches ‚Ausarten‘ kann sich äußern, indem einem Negativposting massenhaft kommentiert, mit ‚Gefällt mir‘ bewertet oder über die Funktion ‚Teilen‘ in die Welt hinausgetragen wird. Claudia Becker beschreibt solche

„Social-Media-Krisen [...] als (Unternehmens-)Krisen, die durch den externen oder internen Einsatz von sozialen Medien ausgelöst werden



und/oder durch die Verbreitung eines Issue im Social Web an die Öffentlichkeit gelangen und sich dadurch von einer latenten zu einer akuten Krise wandeln“ (Becker 2012: 371).

Im Falle einer Krise in Social Media

„muss die Unternehmenskommunikation offen kommunizieren, gemeinsam mit den Stakeholdern Kompromisse und Lösungen finden und in einem Dialog mit den Kunden und der Öffentlichkeit treten“ (ebd.: 376).

Da Facebook ein sehr schnelllebiges Medium ist, in dem Informationen einfach und schnell in der Facebook-Community verbreitet werden können, heißt es dort, besonders schnell zu reagieren (vgl. Sung; Hwang 2014: 255). Laut Sung und Hwang (2014: 256) sei es nötig, innerhalb von wenigen Stunden auf ein Negativposting reagieren zu können. Dann kann Schlimmeres abgewendet werden und die Kritik des ‚Mobs‘ eventuell abgeschwächt, umgekehrt oder zurückgewiesen werden. Dies erfordert jedoch von den verantwortlichen Kommunikatoren einer Organisation, dass sie theoretisch jederzeit abrufbar sind und 24 Stunden am Tag auf solch einen Krisenfall eingehen können (vgl. Becker 2012: 365). Wo bei klassischen Medien eventuell ein halber oder ganzer Tag bis zur Abgabe eines Statements bleibt, ist es im Falle einer Facebook-Krise also ratsam, schnell zu agieren. Selbst, wenn nur eine Platzhalter-Meldung herausgegeben wird, dass die Meldung des Stakeholders registriert wurde und der Kritik auf den Grund gegangen wird, wird einem Facebook-Nutzer dadurch signalisiert, dass man sich um das Problem kümmere, und so kann die Dynamik der Krise entschleunigt bzw. die Macht über das Geschehen von der Organisation zurückgefordert werden. Wenn sich die Facebook-Krise im Kleinen abspielt und ‚nur‘ die Rede von einzelner als Posting abgegebener Kritik die Rede ist, so kann die Organisation in der Regel in einem schriftlichen Kommentar direkt unterhalb der Kritik reagieren. Eine Organisation kann sich aber in bestimmten Fällen auch bewusst dazu entscheiden, nichts zu tun, eine Krise also auszusitzen und die Kritik zu erdulden. Unter Umständen kann auch diese Methode erfolgreich sein. (Vgl. ebd.: 376)

Beispielsweise kann auch festgelegt werden, dass kein Negativposting gelöscht werden darf, da dies zu einer Verschlimmerung der Situation führen kann. Wird der Urheber der Kritik nämlich darauf aufmerksam und informiert die Netzgemeinde darüber, kann sich die Wut dieser Gruppe erheblich zuspitzen. Es ist Organisationen jedoch möglich, bei extremen Negativpostings, die Grenzen überschreiten, einzugreifen und sich gegen das Verhalten zu stellen. So hat z. B. das in der Inhaltsanalyse untersuchte UMC Utrecht auf seinem Facebook-Auftritt *Netiquette* bzw. *Spielregeln* aufgestellt und erklärt darin, dass das ‚webcare team‘ es sich vorbehalte, Postings, welche gängige Anstandsregeln überschreiten (also z. B. als rassistisch oder sexistisch eingeschätzt werden können), zu löschen.

Wie bereits deutlich wurde, gibt es in der Forschungsliteratur viele Werke zur Krisenkommunikation, die verschiedenste Strategien darlegen. Festzustellen ist jedoch, dass es keine Standardlösung für Krisen gibt und dass daher auf jede Situation und jede Krise bzw. Kritik individuell eingegangen werden muss. Ebenso muss der Situation und den Emotionen des Stakeholders entsprechend eine dem Medium (Facebook) angemessene Form der Kommunikation gewählt werden. (Vgl. van der Meer; Verhoeven 2014: 531) Nachdem schon einige Aspekte des Umgangs von Organisationen mit Facebook im Krisenfall angesprochen wurden, soll nun kurz auf die kommunikativen Funktionen Facebooks eingegangen werden, die das soziale Netzwerk privaten sowie öffentlichen Nutzern bietet.<sup>61</sup>

Facebook bietet inzwischen vielerlei Dienste für seine Nutzer an. Die für diese Studie jedoch wichtigsten Funktionen für Privatnutzer sind das mit ‚Gefällt mir‘ Markieren, das Kommentieren, das Bewerten und das Posten auf offiziellen Facebook-Auftritten (z. B. von Organisationen).

Die im Deutschen als Facebook-Auftritt beschriebene Funktion für Organisationen oder Einzelpersonen des öffentlichen Lebens wird von Facebook offiziell als *Pages* bezeichnet. Die Funktionen dieser Facebook-Seiten werden umschrieben als

---

61 Die Informationen berufen sich dabei, wenn nicht anders vermerkt, auf Facebooks eigene Beschreibungen seiner „Produkte“ (vgl. Facebook Newsroom 2007).

„public profiles that let artists, public figures, businesses, brands, organizations, and non-profits create a presence on Facebook and connect with the Facebook community. When someone likes a Page, they can start seeing updates from that Page in News Feed. When someone likes or comments on a Page post, that activity may be shared with their friends, increasing the Page’s exposure and reach.“ (Facebook Newsroom 2007)

Doch bei den von Facebook beschriebenen Funktionen bleibt es nicht: Nutzer können auch auf vielfältige Weise mit der Organisation interagieren, beispielsweise indem sie Postings der Organisation kommentieren oder mit ‚Gefällt mir‘ bewerten. Außerdem können sie, soweit diese Funktionen freigeschaltet sind, 1) eigene Postings auf der Seite veröffentlichen, die dann am zum Analysezeitpunkt sich links befindlichen Rand des Facebook-Auftritts der Organisation in der Rubrik ‚Besucher-Beiträge‘ auftauchen, öffentlich sichtbar sind und kommentiert werden können sowie 2) die Organisation im Bereich ‚Bewertungen‘ evaluieren.<sup>62</sup> Die entsprechende Organisation hat bei beiden dieser Aktionen die Möglichkeit, einen Kommentar über den Besucher-Beitrag oder die Bewertung abzugeben und so einen Dialog mit dem Stakeholder einzugehen.

Um eine Bewertung abzugeben, muss ein Nutzer entweder in der Chronik, also der Übersichtsseite der Organisation, oder in der Rubrik ‚Bewertungen‘ mit dem Mauszeiger über eine Reihe von fünf vorerst grauen Sternen hinüberfahren (hovern). Durch das Hovern leuchten die grauen Sterne blau auf und entsprechend der Bewertung wird der Wert der (noch nicht durchgeführten) Bewertung in Form einer Sprechblase mit dem assoziierten Wort der Anzahl der Sterne angezeigt. Der Nutzer bekommt demnach, wenn er von links (ein Stern) nach rechts (fünf Sterne) über die Sterne-Skala fährt, pro Schritt einen blauen Stern mehr angezeigt, was in folgenden Bewertungen resultiert: Ein Stern (\*) bedeutet Facebook zufolge, dass die Meinung des Nutzers über

---

62 Die nachfolgenden Beschreibungen der Funktion ‚Bewertungen‘ wurden nicht von Facebook beschrieben und sind daher für diese Arbeit erstellt worden. Jeder Internetnutzer, ob Facebook-Nutzer oder nicht, kann sie auf einem beliebigen Facebook-Auftritt mit der Funktion ‚Bewertungen‘ einsehen und erproben.

die Organisation ‚schlecht‘ ist, zwei Sterne (\*\*) kommen der Meinung ‚mittelmäßig‘ gleich, drei Sterne (\*\*\*) entsprechen einer Meinung, die ‚gut‘ ist, vier Sterne (\*\*\*\*) bedeuten ‚sehr gut‘ und bei einer Bewertung mit fünf Sternen (\*\*\*\*\*) sei die Meinung des Nutzers über die Organisation ‚ausgezeichnet‘. Es ist an dieser Stelle festzuhalten, dass die von Facebook vorgegebene Skala des Bewertungssystems nicht als wissenschaftlich beschrieben werden kann, da sie eine deutliche Tendenz hin zu positiven Bewertungen hat, weil nur die Bewertung mit einem Stern eine wirklich negative Konnotation hat. Da zwei Sterne ‚nur‘ einer mittelmäßigen und die drei weiteren Stufen der fünf Sterne bereits guten bis hervorragenden Bewertungen entsprechen, ist es fraglich, ob Facebook mit dieser Skala nicht implizit z. B. bessere Ergebnisse für Unternehmen und andere Organisationen erreichen möchte. Des Weiteren ist es aber auch fraglich, ob die Nutzer sich bewusst mit der von Facebook vorgegebenen Skala auseinandersetzen und nicht auf Basis anderer bekannten Skalen, wie sie z. B. zur Bewertung von Hotels gängig sind, den mittleren Stern einer Skala (entspricht hier drei Sternen) als Mittelmaß bzw. ‚neutrale‘ Bewertung ansehen.

## 10.2 Das Forschungsdesign zur Studie

Für die vorliegende Studie zur Analyse des Reaktionsverhaltens ausgewählter niederländischer Krankenhäuser auf Negativpostings auf krankenhauseigenen Facebook-Auftritten ist ein Forschungsinstrument vonnöten, das aus einer relativ kleinen Grundgesamtheit von weniger als 25 Analyseeinheiten genügend Informationen für eine Analyse hervorbringt. Als Methode scheint die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring als besonders angemessen, um die Forschungsfrage ausreichend zu beantworten. (Vgl. Mayring 2015) Dieses kommunikationswissenschaftliche Instrument lässt durch sein strukturiertes sowie theorie- und regelgeleitetes Verfahren zu, aus einer qualitativen Analyse fixierter Kommunikation valide Rückschlüsse zu ziehen (vgl. ebd.: 12 f.) Da der Untersuchungsgegenstand, also die Reaktionen der Krankenhauskommu-

nikatoren, schriftlich bzw. als fixierte Kommunikation vorliegt, ist dieser ideal für eine Inhaltsanalyse geeignet.<sup>63</sup>

Die hauptsächlich qualitative Inhaltsanalyse wurde in mehreren Schritten mit einer Auswahl der insgesamt 37 Facebook-Seiten von niederländischen Krankenhäusern durchgeführt, die durch das Forschungsprojekt „Organisationskommunikation im Krankenhaus. Die Niederlande und Deutschland im Vergleich“ in einem Radius von bis zu 65 km westlich der deutsch-niederländischen Grenze ausfindig gemacht wurden. In mehreren Schritten wurde eine Auswahl dieser Facebook-Auftritte in einem dreimonatigen Untersuchungszeitraum vom 1. Februar 2015 bis zum 30. April 2015 auf Negativpostings in der Funktion ‚Bewertungen‘ und in der ‚Besucher-Beiträge‘ - Funktion untersucht.<sup>64</sup> Von diesen Funktionen können Privatnutzer Gebrauch machen, um z. B. aktiv kritische bzw. negative Beiträge öffentlich für andere Nutzer und somit mögliche Stakeholder einsehbar zu machen. Der Grund dafür, weshalb gerade diese beiden Funktionen ausgewählt wurden, ist, dass beide Funktionen ein aktives und gewolltes Vorgehen des Nutzers voraussetzen. So entscheidet sich der Nutzer bewusst dazu, eine negative schriftliche oder visuelle Botschaft auf der Seite zu hinterlassen. Im Gegensatz zu einem recht einfachen Abgeben eines negativen Kommentars unterhalb eines vom Krankenhaus erstellten Postings stellt das Negativposting in den zwei genannten Funktionen somit eine Kritik-Äußerung mit bestimmten Vorüberlegungen dar. Daher werden nur diese beiden Funktionen untersucht.<sup>65</sup>

Neben einigen quantitativen Aspekten wurde in dieser Inhaltsanalyse vor allem die Reaktionsweise der Kommunikationsverantwortlichen der jeweiligen Krankenhäuser qualitativ untersucht. Anhand der Ergebnisse wurden

---

63 Selbstverständlich ist es auch möglich, dass es im Untersuchungszeitraum mehr Negativpostings gab und dass einige gelöscht wurden, aber da dies nicht festzustellen ist, kann nur die fixierte Kommunikation öffentlich einsehbarer Negativpostings geleistet werden (vgl. Welker; Wunsch 2010: 495 f.).

64 Der Zeitraum wurde so gelegt, da er vor Beginn der Arbeiten an der Inhaltsanalyse bereits abgeschlossen und somit untersuchbar war, aber noch nicht zu lange zurücklag, was die Recherche erschwert hätte.

65 Für weitergehende Definitionen des Begriffes Negativposting und anderer wichtiger Begrifflichkeiten, die dieser Inhaltsanalyse zugrunde liegen, sowie genaue Codiervorgaben der Inhaltsanalyse kann das Codebuch im Anhang herangezogen werden.

Rückschlüsse gezogen auf bestimmte ‚Reaktionstypen‘ bzw. Verhaltensmuster, aus denen sich eine strategisch organisierte Kommunikation ableiten lässt.

Zu Beginn wurden alle 37 Facebook-Auftritte auf die Funktionen ‚Bewertungen‘ und ‚Besucher-Beiträge‘ untersucht und die Ergebnisse vermerkt. Nur dann, wenn mindestens eine dieser Funktionen, die zur aktiven Kritik an einer Organisation genutzt werden können, vorhanden war, qualifizierte ein Facebook-Auftritt sich für eine weitere Analyse. Daraus ergab sich eine Grundgesamtheit von 32 Facebook-Auftritten niederländischer Krankenhäuser, da fünf ‚disqualifizierte‘ Seiten aus dem Analysebogen entfernt wurden. Die übrig gebliebenen 32 Krankenhaus-Seiten auf Facebook wurden anschließend quantitativ in den zwei Teilbereichen ‚Bewertungssystem‘ und ‚Besucher-Beiträge‘ analysiert. Im Bereich ‚Bewertungssystem‘ wurde für die Seiten, die über diese Funktion verfügten, jeweils der durchschnittliche Wert notiert, den diese Krankenhäuser durch die öffentlich geposteten Nutzer-Bewertungen erhalten hatten. Des Weiteren wurde die Anzahl der Negativpostings, die im dreimonatigen Forschungszeitraum im ‚Bewertungssystem‘ abgegeben wurden, gezählt und notiert.

Im Folgenden wurde kontrolliert, ob eine schriftliche Reaktion eines Kommunikationsverantwortlichen unterhalb von Negativpostings abgegeben worden war. Falls eine Reaktion vorhanden war, wurde die Anzahl der Negativpostings in diesem Bereich, die eine Reaktion eines Kommunikators aufwiesen, getrennt dokumentiert. Außerdem wurde die durchschnittliche ‚Reaktionszeit‘ des Kommunikators, also die Zeit zwischen dem Posten des Negativpostings und dem Abgeben der Reaktion des Krankenhauses im Bereich ‚Bewertungen‘ gemessen und notiert. Reagierten Krankenhäuser im Untersuchungszeitraum auf mehrere Negativpostings von verschiedenen Stakeholdern, wurde pro Krankenhaus eine Durchschnittszeit der verschiedenen Reaktionen berechnet. Ebenso wurde die Ausführlichkeit der Reaktion anhand der (durchschnittlichen) Zeilenanzahl des Kommentars bzw. der Kommentare

des Krankenhauses dokumentiert.<sup>66</sup> Die eben beschriebene Prozedur wurde pro Krankenhaus und Facebook-Auftritt erst mit der Funktion ‚Bewertungen‘ durchgeführt, worauf sie (mit Ausnahme des Notierens des Durchschnittswertes im Bewertungssystem) auf die gleiche Art mit den ‚Besucher-Beiträgen‘ wiederholt wurde. War eine der Funktionen nicht vorhanden oder gab es kein Negativposting, wurde zum nächsten Schritt gesprungen bzw. der Codiervorgang abgebrochen.

Nach diesem Vorgang lag die endgültige Anzahl der Analyseeinheiten fest: Insgesamt 18 Krankenhäuser und deren Reaktionen auf Negativpostings konnten qualitativ analysiert werden. Daraus resultierte eine Gesamtanzahl von 35 Negativpostings, bestehend aus 29 zu analysierende Reaktionen in der Rubrik ‚Besucher-Beiträge‘ und nur sechs zu untersuchende Bewertungen. Da jedoch in dieser Studie das allgemeine Reaktionsverhalten der Krankenhaus-kommunikatoren und nicht das Reaktionsverhalten innerhalb der zwei verschiedenen Funktionen untersucht werden sollte, stellte die Ungleichmäßigkeit der Anzahl der Reaktionen in den beiden Rubriken kein Problem dar.

Im dritten Teil der Studie fand eine qualitative Analyse der insgesamt 35 Negativpostings statt. Die Negativpostings wurden in einer Stichprobe mit grobstrukturierten Kategorien analysiert, um so induktiv Feinstrukturierungen bzw. Unterkategorien des Reaktionsverhaltens zu bilden. In den Grobkathegorien wurde 1. untersucht, nach welchen Inhalten aus dem Negativposting die Kommunikationsverantwortlichen reagierten, 2. wie sie auf das Negativposting reagierten, und 3., ob sie auf alle im Negativposting genannten Themen bzw. (Kritik-) Punkte eingingen.

Um die Ausprägungen für die induktiv abzuleitenden Kategorien herausfinden zu können, wurde über das Online-Tool *randomizer.org* (vgl. Urbaniak; Plous 2015) eine Stichprobe von etwa 35 Prozent der Grundgesamtheit von 18 Facebook-Auftritten mit Reaktionen auf Negativpostings in den Rubriken

---

66 Da die Codierung der Negativpostings stets am selben Computer bei somit gleichbleibender Bildschirmgröße und Auflösung durchgeführt wurde, konnte die Vergleichbarkeit dieser Reaktionslänge in Zeilen sichergestellt werden. Ebenso wurde zur Sicherung der Daten ein Screenshot von jedem Negativposting gemacht, das eine Reaktion eines Kommunikationsverantwortlichen aufwies. (Vgl. Welker; Wunsch 2010: 509 f.)

„Besucher-Beiträge“ und „Bewertungen“, sprich rund sechs Fällen gezogen. Diese sechs Fälle wurden analysiert und die offenen (Grob-)Kategorien wurden mit den Unterkategorien des Reaktionsverhaltens der Kommunikationsverantwortlichen und somit mit den Feinstrukturierungen gefüllt. Mit den gebildeten Kategorien wurde der Rest der Negativpostings der übrigen 12 Krankenhaus-Auftritte überprüft und die Kategorien ggf. noch ergänzt, wenn die bisher aus dem Material gebildeten Kategorien noch nicht alle Inhalte abdeckten. Die induktiv erarbeiteten Feinkategorien wurden in einem zweiten Codiervorgang rücküberprüft und die gefundenen Ergebnisse anschließend interpretiert. Das Ablaufmodell der durchgeführten Inhaltsanalyse soll die eben beschriebenen Vorgehensschritte verdeutlichen (s. Abb. 55).



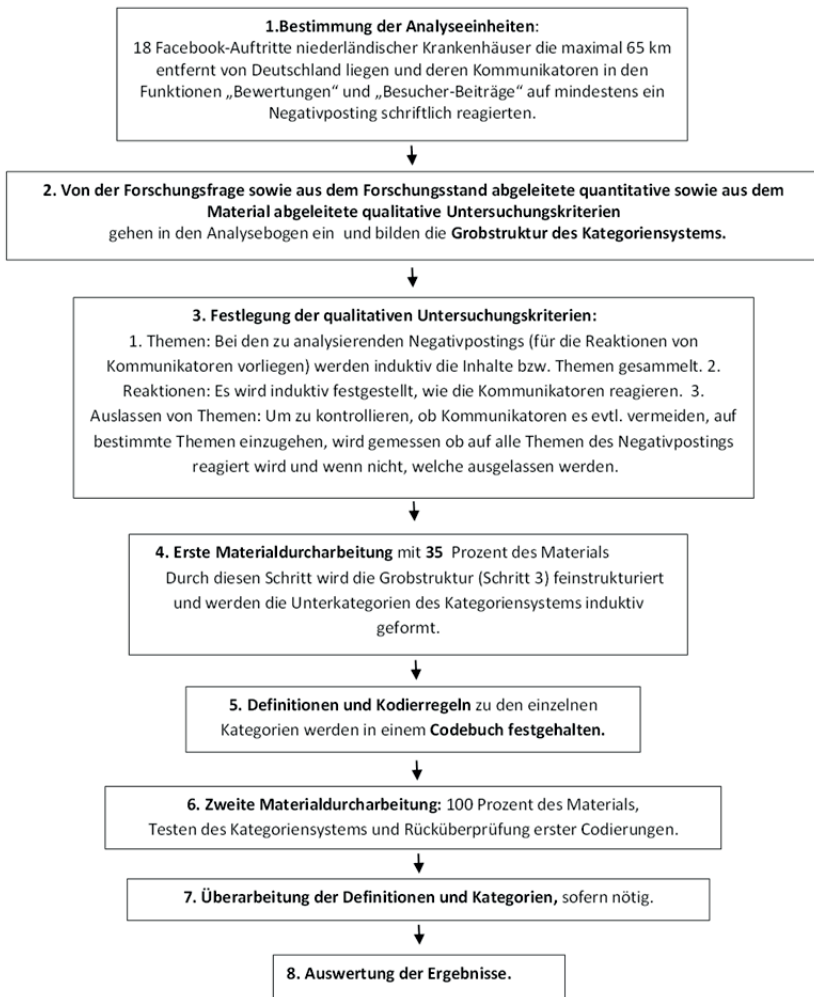


Abb. 55: Ablaufmodell der strukturierenden qualitativ-quantitativen Inhaltsanalyse des Reaktionsverhaltens niederländischer Krankenhäuser auf Negativpostings auf den krankenhauseigenen Facebook-Auftritten, Quelle: eigene Darstellung nach Mayring

### 10.3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Studienergebnisse in vier Abschnitten erläutert. Zunächst wurde in der Analyse betrachtet, wie die Funktionen ‚Bewertungen‘ und ‚Besucher-Beiträge‘ genutzt werden, anschließend wurde untersucht, bei welchen Themen der Negativpostings es zu Reaktionen seitens des Krankenhauses kam, und drittens wurden Reaktionen der Krankenhäuser auf Negativpostings betrachtet sowie abschließend Reaktionstypen der Krankenhäuser abgeleitet.

#### 10.3.1 Wie werden die Funktionen ‚Bewertungen‘ und ‚Besucher-Beiträge‘ genutzt?

Die beiden untersuchten Funktionen ‚Bewertungen‘ und ‚Besucher-Beiträge‘ sind unter allen 32 untersuchten Facebook-Auftritten stark verbreitet. Bei 72 Prozent aller Facebook-Auftritte sind beide Funktionen vorhanden, 81 Prozent der Facebook-Seiten verfügen über das Bewertungssystem und 91 Prozent über die Rubrik ‚Besucher-Beiträge‘. Nur neun der 32 Facebook-Seiten bieten ihren Stakeholdern demnach lediglich eine der untersuchten Funktionen an, wobei die Funktion ‚Bewertungen‘ häufiger deaktiviert ist als die Funktion ‚Besucher-Beiträge‘.<sup>67</sup>

Auf den Seiten, die über ein Bewertungssystem verfügen, liegt der durchschnittliche für die 26 Krankenhäuser vergebene Wert bei ca. 4,1, was auf der von Facebook vorgegebenen Sterne-Skala einem ‚sehr gut‘ entspricht. Die Bandbreite unter den Sterne-Bewertungen der 26 Krankenhäuser reicht von 3,4 Sternen bis zu 4,5 Sternen. Die direkt unter dem Profilbild des Krankenhauses angezeigte Sterne-Skala hat besondere Relevanz für die Meinung niederländischer Stakeholder über die betreffenden Krankenhäuser, da bereits vor ein paar Jahren etwa ein Drittel der Niederländer im Internet nach Ra-

---

67 Eines der 32 Krankenhäuser wies zwar die Funktion ‚Bewertungen‘ auf, hatte aber im Untersuchungszeitraum kein Negativposting erhalten und wurde daher ausgeklammert. Auch im Falle der ‚Besucher-Beiträge‘ war diese Rubrik nicht zwangsweise genutzt.

tings von Dienstleistern im Gesundheitswesen suchte und sich dieser Anteil inzwischen vergrößert haben könnte (vgl. van de Belt et al. 2013: 2).

Alle im dreimonatigen Untersuchungszeitraum abgegebenen negativen oder tendenziell negativen Sterne-Bewertungen (ein oder zwei Sterne sowie mit oder ohne Kommentar des Nutzers) wurden als Negativposting gewertet. Zu Beginn wurden sowohl Negativpostings gezählt, die eine Reaktion des Krankenhauses aufwiesen, als auch Negativpostings ohne Reaktion. Letztere wurden jedoch lediglich mitprotokolliert, um Aussagen über die Antwortrate der Krankenhäuser treffen zu können.

Insgesamt wurden 69 Negativpostings aufgefunden, davon 18 im Bewertungssystem und 51 in der Rubrik ‚Besucher-Beiträge‘. Da ausschließlich Negativpostings mit Reaktionen von Krankenhäusern für die weiteren Analysen von Nutzen waren, bildeten 35 Negativpostings mit Reaktionen eines Krankenhauskommunikatoren die weitere Untersuchungsgrundlage, davon sechs negative Sterne-Bewertungen und 29 Negativpostings aus den ‚Besucher-Beiträgen‘.

Werden Krankenhäuser, die in beiden Funktionen reagierten, nur einfach gezählt, ist festzustellen, dass 56 Prozent (18) von 32 Krankenhäusern auf knapp 51 Prozent (35) der Negativpostings reagierten. Die Reaktionen dienten als Untersuchungsobjekt für die qualitative Inhaltsanalyse. Vor dieser wurden jedoch quantitative Elemente der Reaktionen untersucht: Zum einen wurde die Zeit errechnet, die der Kommunikator sich nahm, bevor er eine Reaktion postete. Im Bewertungssystem ergab sich eine durchschnittliche Reaktionszeit von knapp 128 Stunden, wobei jedoch eine starke Abweichung zwischen der unteren Grenze von 1,2 Stunden und der oberen Grenze von über 325 Stunden bestand. In den ‚Besucher-Beiträgen‘, die mehr Analysedaten lieferten, wurde eine deutlich schnellere durchschnittliche Reaktionszeit von 24,4 Stunden errechnet. Auch die Abweichung zwischen dem kleinsten gemessenen Wert von 0,2 Stunden und dem Höchstwert von ca. 141 Stunden fiel geringer aus. Wird unabhängig von der Rubrik, in der reagiert wurde, der Mittelwert des zeitlichen Abstandes bis zur Erstreaktion eines Kommunikators errechnet, so ergibt sich ein Mittel von 49 Stunden. In Zusammenhang mit den in Kapitel 10.1 beschriebenen Regeln sowie der zitierten Forschungsli-

ratur das Reagieren auf Negativpostings in Social Media betreffend, stellen jedoch weder der Gesamtdurchschnitt noch die in den beiden Funktionen getrennt ermittelten Mittelwerte eine zeitlich angemessene Reaktion dar. Demnach könnten einige Kommunikationsverantwortlichen, deren Reaktionen lange auf sich warten ließen, dafür kritisiert werden, dass sie die Anmerkungen ihrer Stakeholder als nicht besonders wichtig oder dringlich eingestuft haben. (Vgl. Richter; Muhlestein; Wilks 2014: 458)

Ein weiterer quantitativer Faktor, der untersucht wurde, war die Ausführlichkeit der schriftlichen Reaktion der Krankenhauskommunikatoren, die anhand der Länge der Reaktion in Zeilen gemessen wurde. Hierbei sollte zum einen kontrolliert werden, ob die Reaktionen weder zu ausführlich (also für Social Media eher unangemessen lang) noch zu knapp (und daher uninformativ oder unpersönlich) ausfielen. Zum anderen sollte auch eine geeignete Durchschnittslänge einer (Erst-)Reaktion auf Facebook gefunden werden.

Die mittlere Länge von Reaktionen im Bewertungssystem bestand aus durchschnittlich 3,55 Zeilen (Abweichung zwischen 2,75 und 4,5 Zeilen) sowie bei den Besucher-Bewertungen aus knapp 2,8 Zeilen. In letztgenannter Rubrik wurde zwischen dem kleinsten gemessenen Wert von 0,5 Zeilen und einigen weiteren geringen Werten auch die längste Erstreaktion von 7 Zeilen gemessen. Der Gesamtdurchschnitt ergab ein Mittel von 3,0 Zeilen pro Reaktion, was hiermit als Durchschnittslänge für den weiteren Verlauf der Arbeit festgelegt wird.

### 10.3.2 Bei welchen Themen des Negativpostings kommt es zu einer Reaktion?

Um das Reaktionsverhalten der niederländischen Krankenhauskommunikatoren erklären zu können, muss ermittelt werden, auf welche Themen, Kritik bzw. welche Reize diese reagieren. Dies wurde mittels einer induktiven Analyse der Negativpostings gewährleistet. Die strukturierende Inhaltsanalyse der Negativpostings führte zu einer Feinstrukturierung der Oberkategorie in

insgesamt 21 Unterkategorien, die mit ‚a‘ bis ‚u‘ benannt wurden (s. Tabelle 19).<sup>68</sup>

| Bezeichnung der Unterkategorie | Operationalisierung/Bedeutung  | Häufigkeit in allen untersuchten Analyseeinheiten |
|--------------------------------|--|---|
| a                              | Absprachen   | 8   |
| b                              | Hindernisse, bevor Ziel/Wunsch erreicht  | 9   |
| c                              | Schmerz  | 4   |
| d                              | Verletzung Sorgfaltspflicht  | 9   |
| e                              | Fehlende Struktur bzw. Organisation Krankenhaus(-kommunikation)                | 8   |
| f                              | Beschwerde über (externen) im Krankenhaus integrierten Dienstleister           | 5   |
| g                              | Wut und Anfeindungen   | 7   |
| h                              | Hohe Kosten  | 2   |
| i                              | Keine Zeit für Patient bzw. lange Wartezeit                                    | 8   |
| j                              | Anderswo besser geholfen   | 2   |
| k                              | Schlechte Hilfeleistung/nicht geholfen   | 8   |
| l                              | Verzweiflung   | 3   |
| m                              | Verbesserungsvorschlag   | 3   |
| n                              | Kritische Frage  | 12  |
| o                              | Diebstahl  | 2   |
| p                              | Vertrauensverlust  | 5   |
| q                              | Warnung  | 4   |
| r                              | Sorge nicht ernst genommen   | 4   |
| s                              | Beschwerde über Personal   | 7   |
| t                              | Enttäuschung   | 4   |
| u                              | Krankenhaus gleicht Fabrik, ist unpersönlich und nur wirtschaftlich orientiert | 1   |

Tabelle 19: Unterkategorien der geäußerten Kritik

Die Erkenntnisse, die über diese Themen in den beiden untersuchten Funktionen getrennt sowie als Ganzes gewonnen werden konnten, sollen nun dargestellt werden. Zuerst wird der Fokus geschärft auf die Ergebnisse innerhalb der

<sup>68</sup> Erklärungen zu allen Kategorien sowie Definitionen der Feinstrukturierungen sind zu finden im Codebuch im Anhang.

Rubriken ‚Bewertungen‘ und ‚Besucher-Beiträge‘, wonach auf die Gesamtergebnisse eingegangen werden soll.

Themen, die in allen sechs Fällen, in denen ein Nutzer neben einer Sterne-Bewertung einen Kommentar im Bewertungssystem abgegeben hatte, codiert wurden, waren die Verletzung der Sorgfaltspflicht vonseiten des Krankenhauspersonals (Kategorien d) und eine von diesem schlecht oder gar nicht geleistete Hilfeleistung (Kategorie k). Andere Kategorien, die jeweils vierfach thematisiert wurden, waren ein deutlich oder implizit vom Urheber der Kritik ausgedrückter Vertrauensverlust (p), eine Beschwerde über das Personal (s) oder die Enttäuschung des Stakeholders über die Erfahrungen, die er mit dem Krankenhaus gemacht hatte (t). Obwohl dieser Einblick in die häufig genutzten Themen im Bewertungssystem nicht auf einer großen Fallzahl von Negativpostings beruht, scheinen die Ergebnisse eine leichte Tendenz der Themen, die Kritiker zu einem Posting im Bewertungssystem bewegen, anzudeuten: Häufig werden Beschwerden über die vom Personal geleistete Arbeit und damit einhergehende emotionale Themen wie Enttäuschung sowie ein Verlust des Vertrauens in die Institution als Ganzes deutlich.

In der Funktion ‚Besucher-Beiträge‘ war das Bild unter den 29 Negativpostings weniger eindeutig, zeigte jedoch recht starke Ergebnisse für folgende Themen: Die mit zwölf Stimmen am häufigsten gefundene Feinstrukturierung war eine kritische Frage des Stakeholders (n), etwas seltener wurden Hindernisse, die der Nutzer im Krankenhaus empfunden hatte, bevor sein Ziel bzw. Wunsch erreicht war (b), aber auch die im Bewertungssystem relevante Verletzung der Sorgfaltspflicht vom Personal (d) geäußert. Auch Probleme bei Absprachen mit dem Krankenhaus (a), fehlende Strukturen des Krankenhauses bzw. dessen Kommunikation (e), Zeitprobleme (i) und die bereits thematisierte schlechte oder gar nicht geleistete Hilfe (k) wurden von Negativpostern angegeben. Geringfügig seltener wurden Wut und Anfeindungen gegenüber dem Krankenhaus oder dessen Personal (g) und Beschwerden über das Personal (s) geäußert. Bis auf die Kategorien ‚Vertrauensverlust‘ (p) und ‚Enttäuschung‘ (t), die in den ‚Besucher-Beiträgen‘ weniger häufig genannt wurden, waren die im Bewertungssystem relevanten Themen, die sich mit der Arbeit des Personals befassen (d, k, und s), auch hier recht prominent vertreten.

Jedoch beschäftigt sich eine Vielzahl der in den ‚Besucher-Beiträgen‘ genannten Themen mit Problemen organisatorischer Art (n, b, a, e und i) und eher selten mit Emotionen (g).

Von den beiden untersuchten Rubriken ausgehend soll nun die Perspektive auf das Ganze gerichtet werden. Werden die Ergebnisse beider Funktionen gemeinsam ausgewertet, ergibt sich ein deutlicheres Bild über das Ausmaß der Kritik an der im Krankenhaus geleisteten Arbeit, organisatorischen Problemen und emotionalen Themen.

Das am häufigsten auftretende Thema unter allen untersuchten Negativpostings war 14-mal in Form einer Beschwerde über die vom Personal verletzte Sorgfaltspflicht (d) genannt worden. Unmittelbar darauf folgen die vom Personal schlecht oder nicht geleistete Hilfe (k) sowie die kritische Frage (n). Auch Hindernisse, die der Stakeholder im Krankenhaus überwinden musste (b), offen geäußerte Beschwerden über das Personal (s) und das Gefühl, dass man sich im Krankenhaus keine Zeit für den Patienten nehme bzw. diesen lange warten lasse (i) wurden regelmäßig kritisiert. Etwas seltener wurden Abmachungen mit dem Krankenhaus (a), die schlechte Strukturierung bzw. Organisation des Krankenhauses und ggf. dessen Kommunikation (e), der Verlust von Vertrauen in das Krankenhaus (p) als Probleme dargestellt. Stark negative Emotionen äußerten sich in Form von Wut und Anfeindungen (g), diese betraf teilweise auch externe im Krankenhaus integrierte Dienstleister wie Restaurants, Apotheken etc. (f). Themen, die etwas seltener genannt wurden, jedoch nicht außen vor bleiben sollen, sind Enttäuschung über das Krankenhaus (t), das Gefühl, es mit einem unmenschlichen bzw. rein wirtschaftlich agierenden Unternehmen zu tun zu haben (u), Schmerzen des Patienten (c), Warnungen an andere Stakeholder vor Gefahren im Krankenhaus (q) und das Gefühl, dass die Sorgen des Stakeholders im Krankenhaus nicht ernst genommen wurden (r). Ebenfalls an dieser Stelle zu nennen sind die Feinkategorien, die sich damit auseinandersetzen, dass Stakeholder Dienstleistungen als zu teuer (h) empfinden, sich in anderen Krankenhäusern besser behandelt fühlen (j), sowie dass der Facebook-Nutzer Verzweiflung äußert (l), einen Verbesserungsvorschlag vorbringt (m) oder einen Diebstahl, der beim Krankenhaus passierte, zu beklagen hat (o).

Obwohl sich unter Umständen sehr deutliche Unterschiede in der Häufigkeit der verschiedenen Feinstrukturierungen feststellen lassen, fallen drei übergeordnete Themenkomplexe auf, denen die induktiv abgeleiteten Themen zugeordnet werden können. Viele Themen betreffen (in-)direkte Kritik an der Struktur bzw. Organisation des Krankenhauses (a, b, e, f, h, i, j, m, n, o). Weiterhin ist als zweiter Themenkomplex Kritik an den im Krankenhaus von den Mitarbeitern geleisteten Dienstleistungen deutlich geworden (d, k, s). Resultierend aus den Erfahrungen im Krankenhaus ergeben sich im dritten Themenkomplex Emotionen der Stakeholder gegenüber dem Krankenhaus bzw. der Situation, in der sie sich befinden (c, g, l, p, q, r, t, u.). Aus diesen Themenkomplexen ergibt sich die erste Hypothese der vorliegenden Arbeit.

H1: Themenkomplexe, die die Urheber des Negativpostings in diesem zur Sprache bringen, betreffen entweder

- 1) Organisation, indem sie die Organisierung und Struktur des Krankenhauses kritisieren,
- 2) Leistung, indem sie die im Krankenhaus gebotene Versorgung, Hilfe und weitere Dienstleistungen kritisieren,
- 3) Emotion, indem der Stakeholder seine Gefühle äußert, die er in der Situation empfand bzw. an weitere Stakeholder vermitteln wollte.

### 10.3.3 Wie reagieren die Krankenhauskommunikatoren auf Negativpostings?

Die strukturierende Inhaltsanalyse der Reaktionen der Kommunikatoren führte zu einer Feinstrukturierung der Oberkategorie in insgesamt 26 Unterkategorien. Die Feinstrukturierungen wurden benannt mit Buchstaben von ‚A‘ bis ‚Z‘. Teilweise stimmen die gefundenen Feinstrukturierungen mit den in Kapitel 10.3.3 genannten Reaktionsstrategien überein.



| Bezeichnung der Unterkategorie | Operationalisierung/Bedeutung  | Häufigkeit in allen untersuchten Analyseeinheiten |
|--------------------------------|--|---|
| A                              | Ansprache mit Namen  | 18  |
| B                              | Duzen  | 15  |
| C                              | Siezen   | 6   |
| D                              | Frage oder Vorschlag an zuständige Person(-en)/Abteilungen weitergeleitet/kann weitergeleitet werden | 10  |
| E                              | Antwort an den Nutzer, sobald Genaueres bekannt  | 2   |
| F                              | Weitergehende Informationen  | 6   |
| G                              | Freundliche/herzliche Grüße  | 9   |
| H                              | Abteilungsname   | 7   |
| I                              | Name Krankenhaus   | 6   |
| J                              | (Vor- und/oder Zu-) Name oder Initialen Kommunikator   | 10  |
| K                              | Verweisen nach Beschwerdestelle  | 6   |
| L                              | Weblink  | 4   |
| M                              | Besserungswunsch   | 3   |
| N                              | Problem wird umgehend gelöst/angegangen  | 4   |
| O                              | Kontaktdaten (Telefonnummer, Mailadresse)  | 11  |
| P                              | Thematik bereits bekannt/besprochen  | 2   |
| Q                              | Erklärung der Organisationsphilosophie   | 3   |
| R                              | Verantwortlichkeit an andere Person(-en) bzw. Institutionen abgeben                                  | 4   |
| S                              | Vorschlag eines persönlichen Gesprächs   | 1   |
| T                              | Nachfrage, was gemeint ist und wie man zu Hilfe sein kann  | 2   |
| U                              | Dank für Hinweis/Verbesserungsvorschlag  | 2   |
| V                              | „Gefällt-mir“-Angabe unterhalb des Negativpostings   | 2   |
| W                              | Zustimmung   | 2   |
| X                              | Bedauern   | 10  |
| Y                              | Aufforderung zur Kontaktaufnahme (und ggf. Erklärung)  | 9   |
| Z                              | Krankenhaus möchte dazulernen bzw. Dienstleistung verbessern   | 1   |

Tabelle 20: Unterkategorien der Reaktionen auf Negativpostings

Die Analyse der Reaktionen der Kommunikationsverantwortlichen unterhalb von Negativpostings (s. Tabelle 20) im Bewertungssystem lieferte folgende Erkenntnisse: Das zahlenmäßig am häufigsten geäußerte Element in den Reaktionen der Krankenhauskommunikatoren innerhalb der Funktion ‚Bewertungen‘ war die Aufforderung des Kommunikators an den Urheber der Kritik, Kontakt mit den zuständigen Personen aufzunehmen und ggf. die Hintergründe seines Postings genauer zu erklären (Kategorie Y). Im Bewertungssystem reagierten zudem zwei Drittel der Kommunikatoren, indem sie dem Stakeholder ihr Bedauern für die Situation aussprachen (X). In der Hälfte der Reaktionen wurden die Negativposter sowohl geduzt (B) als auch an eine Beschwerdestelle verwiesen (K) und erhielten des Weiteren Kontaktdaten in Form von Telefonnummern oder E-Mail-Adressen von Personen, an die sie sich wenden könnten (O). Vorläufig zeichnet sich in diesen Ergebnissen eine Tendenz dazu ab, dass die Kommunikationsverantwortlichen versuchen, dem Stakeholder mit Informationen über Kontaktpersonen, Beschwerdestellen sowie zugehörige Informationen und die Aufforderung, sich dort zu melden (K,O,Y), so gut wie möglich zu helfen und den Dialog außerhalb des sozialen Netzwerkes fortzusetzen. Zudem scheinen sie ihre Sympathie bzw. Nähe zum Stakeholder zu bekunden, indem sie diesem ihr Bedauern aussprechen und ihn duzen (B, X).

Ein in Bezug auf die Nähe zum Stakeholder ähnliches Bild zeichnet sich auch in den ‚Besucher-Beiträgen‘ ab: Hier erreichten die Ansprache des Stakeholders mit seinem Namen (A) sowie etwas seltener das Duzen des Nutzers (B) die höchsten Werte unter den Feinstrukturierungen. Etwas weniger häufig wurden dem Nutzer Telefon- oder E-Mail-Kontaktdaten gegeben (O), oder es wurde angegeben, dass die Fragen bzw. die Thematik wegen der der Stakeholder sich an das Krankenhaus gerichtet hatte, an die Verantwortlichen weitergeleitet wurde bzw. dies möglich sei (D). Der Kommunikator schloss seine Nachricht häufig, indem er seinen Namen oder seine Initialen angab (J). Das im Bewertungssystem häufig bekundete Bedauern (X), war auch in den ‚Besucher-Beiträgen‘ regelmäßig zu finden, ebenso wie vom Kommunikator abgegebene Grüße (G) oder die Aufforderung an den Stakeholder, Kontakt aufzunehmen (Y). In geringerem Maße wurde der Abteilungsname des Kom-

munikators genannt (H), wurden Stakeholder von den Kommunikatoren in den ‚Besucher-Beiträgen‘ gesiezt (C), wurde die Reaktion mit weitergehenden Informationen angereichert (F), wurde der Namen des Krankenhauses genannt (I) und der Urheber der Kritik an eine Beschwerdestelle verwiesen (K).

Hierbei zeigt sich erneut, dass die Reaktionen häufig reich an Informationen sind, wie der Stakeholder weiter vorgehen kann, um das von ihm geäußerte Problem zu lösen (D, F, K, O, Y). Auch wird deutlich, dass die Kommunikatoren in ihren Reaktionen persönliche Botschaften senden, die an die Situationen und Stakeholder angepasst werden (A, B, C, G, X). Zudem schienen einige Kommunikatoren transparent kommunizieren zu wollen, wer auf das Negativposting geantwortet hatte (J, H, I).

Werden nun alle Ergebnisse für die untersuchten Rubriken ‚Bewertungen‘ und ‚Besucher-Beiträge‘ zusammengetragen, bestätigen sich die bisher gefundenen Erkenntnisse: Die persönliche Ansprache des Nutzers (A) erreicht unter den Feinstrukturierungen der Reaktionen mit 20 Stimmen einen Höchstwert. Diese Kategorie wird dicht gefolgt vom Duzen des Stakeholders durch den Kommunikator (B). Etwas weniger oft erklärt der Kommunikator dem Nutzer sein Bedauern (X) und bittet diesen, Kontakt aufzunehmen (Y). Relativ häufig wird der Nutzer darüber informiert, dass seine Frage weitergeleitet werde bzw. weitergeleitet werden könne (D), begrüßt der Kommunikator den Stakeholder am Ende seiner Nachricht (G), gibt der Kommunikator seinen Namen oder alternativ seine Initialen an (J) und werden Kontaktdaten, also Telefonnummern oder E-Mail-Adressen (O) genannt. Auch wird der Stakeholder oft an eine Beschwerdestelle verwiesen (K), vom Kommunikator gesiezt (C), und der Abteilungsname des Kommunikators genannt (H). Dem Stakeholder werden zudem regelmäßig weitergehende Informationen geboten (F), der Name des Krankenhauses vermeldet (I) und in der Reaktion ein Weblink eingefügt (L). Seltener wurde dem Nutzer signalisiert, dass man sich umgehend um das Problem kümmere (N). Ebenso häufig wurde dem Stakeholder die Organisationsphilosophie des Krankenhauses erklärt (Q) und wurde die Verantwortlichkeit für das Problem, die der Urheber der Kritik dem Krankenhaus vorwarf, an andere Institutionen oder Personen abgegeben (R). In wenigen

Fällen sprach der Kommunikator dem Stakeholder seine Besserungswünsche aus (M) oder signalisierte, dass das Krankenhaus sich (weiter) verbessern wolle (Z). Besonders selten wurde angegeben, dass eine Antwort erfolge, sobald Genaueres bekannt sei (E), dass die Thematik im Krankenhaus bereits besprochen sei (P) und dass das Krankenhaus oder dessen Vertreter sich ein persönliches Gespräch wünschten (S). Kategorien, die ebenso selten genutzt wurden, waren die Nachfrage des Kommunikators, was der Stakeholder meine (T), Dank, der vom Kommunikationsverantwortlichen für einen Hinweis des Nutzers ausgesprochen wurde (U), eine ‚Gefällt-mir‘-Markierung des Negativpostings vom Krankenhaus (V) sowie Zustimmung des Kommunikators zu dem, was der Stakeholder gesagt hatte (W).

Wie es sich bereits bei der Analyse der Ergebnisse innerhalb der untersuchten Funktionen ‚Bewertungen‘ und ‚Besucher-Beiträge‘ angedeutet hat, können zwischen diesen Feinstrukturierungen drei übergeordnete Dimensionen herausgestellt werden, die die verschiedenen Kategorien zu Gruppen verbinden. Zum einen springt eindeutig die informative Dimension des Antwortverhaltens der Krankenhauskommunikatoren ins Auge, die mittels Informationen und Aufklärung über verschiedene Sachverhalte versuchen, möglichst gut auf die Beschwerde des Stakeholders einzugehen und den Dialog, wenn nötig und möglich, außerhalb des potenziell gefährlichen sozialen Netzwerkes Facebook fortzuführen (D, E, F, K, L, N, O, P, R, S, T, Y). Andererseits gehen die Kommunikationsverantwortlichen nicht nur informativ, sondern auch persönlich auf die Facebook-Nutzer ein. Mittels einiger Elemente, die dem Stakeholder und dessen Posting entsprechend ausgewählt werden (A, B, C, G, M, U, V, W, X), wird ein persönlicher Umgang mit dem Nutzer erzielt. Indem Krankenhäuser ihre Stakeholder z. B. dem Alter entsprechend duzen oder siezen, gewährleisten sie einen angemessenen Umgang mit dem Stakeholder. Zuletzt ist die Transparenz als Faktor in einigen der Feinkategorien aufgefallen, indem klar kommuniziert wurde, wer kommunizierte und wofür das Krankenhaus stehe (H, I, J, Q, Z). Aus der inhaltlichen Analyse der Reaktionen der Kommunikationsverantwortlichen kann die zweite Hypothese dieser Arbeit aufgestellt werden.

H2: Die Reaktionen der Kommunikationsverantwortlichen von niederländischen Krankenhäusern bewegen sich alle innerhalb dieser Dimensionen:

- 1) Information: Der Kommunikator vermittelt dem Stakeholder in seiner Reaktion auf verschiedene Weise Informationen, die zur Klärung des geäußerten Sachverhaltes bzw. Problems beitragen.
- 2) Persönlichkeit: Durch persönliche Elemente kreiert der Kommunikator eine eigens für den Stakeholder geschaffene Reaktion, in der der Kommunikator teilweise auch seine eigene Persönlichkeit bzw. seinen Charakter zu erkennen gibt.
- 3) Transparenz: Die Reaktion auf das Negativposting gibt transparent an, wer reagiert oder unter wessen Namen reagiert wird, sowie wofür das Krankenhaus steht.

Insgesamt gesehen wurde auf neun Negativpostings vollständig durch die Reaktion des Kommunikators reagiert, indem dieser alle Themen des Negativpostings in seiner Antwort abdeckte. Demzufolge war auf die in den 26 anderen Negativpostings angesprochenen Themen unvollständig reagiert worden. Teilweise gingen die Kommunikationsverantwortlichen dabei auf keines der genannten Themen ein und formulierten eine sehr neutrale Reaktion.

Innerhalb des Bewertungssystems fiel es auf, dass die Kommunikatoren in allen Fällen, in denen ein schriftlicher Kommentar vorhanden war, nicht auf die von den Stakeholdern geäußerte Verletzung der Sorgfaltspflicht des Krankenhauspersonals (d) und die schlechte oder gar nicht geleistete Hilfeleistung (k) eingingen (s. Tabelle 21). Ebenfalls blieb der (in-)direkt vom Nutzer ausgedrückte Vertrauensverlust unbeantwortet. In den ‚Besucher-Beiträgen‘ fiel auf, dass auf keines der von Stakeholdern geäußerten Beschwerden zum Thema Hindernisse (b) inhaltlich geantwortet wurde. Ebenso blieben bei Wut und Anfeindungen (g) und Vertrauensverlust (p) inhaltliche Reaktionen aus. Insgesamt für beide untersuchten Rubriken gesehen wurden in keinem Fall auf die Themen ‚Hindernisse‘ (b), ‚Schmerz‘ (c), ‚Wut und Anfeindungen‘ (g), ‚anderswo besser geholfen‘ (j), ‚Vertrauensverlust‘ (p), ‚Sorge

nicht ernst genommen‘(r) und ‚Krankenhaus gleicht Fabrik, ist unpersönlich und nur wirtschaftlich orientiert‘ (u) eingegangen. Es ist jedoch hervorzuheben, dass in den Reaktionen u. a. inhaltlich auf zehn von 13 kritischen Fragen eingegangen wurde und somit auf bestimmte Themen häufig(er) reagiert wurde.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Kommunikationsverantwortlichen (im Allgemeinen und nicht spezifisch für die untersuchten Funktionen) auf bestimmte Themen der in 10.3.2 als Themenkomplexe der Organisation (hier: b, j) sowie Emotion (hier: c, g, p, r, u) beschriebenen Gruppierungen nicht vollständig inhaltlich eingingen. Die Themenkomplexe der Organisation und Emotion können somit als Themengruppen beschrieben werden, auf die Krankenhauskommunikatoren unter Umständen nicht uneingeschränkt eingehen. Ob dies aufgrund von strategischen Erwägungen oder Kommunikationsrichtlinien im Krankenhaus oder aus anderen Gründen geschieht, kann hier nicht beantwortet werden. Jedoch scheinen die Kommunikationsverantwortlichen den Themenkomplex der Leistung als wichtig wahrzunehmen, da sie generell gesehen auf Kritik zu dieser Thematik eingehen. Als Erweiterung der ersten Hypothese kann aus den soeben diskutierten Ergebnissen Folgendes festgehalten werden:

H3: Krankenhauskommunikatoren tendieren dazu, Themen aus den in H1 genannten Themenkomplexen der 1) Organisation und 3) Emotion nicht vollständig inhaltlich zu beantworten.

| Bezeichnung der Unterkategorie | Operationalisierung/Bedeutung  | Häufigkeit in allen untersuchten Analyseseinheiten |
|--------------------------------|--|--|
| a                              | Absprachen   | 7  |
| b                              | Hindernisse, bevor Ziel/Wunsch erreicht                              | 9  |
| c                              | Schmerz  | 4  |
| d                              | Verletzung Sorgfaltspflicht  | 6  |
| e                              | Fehlende Struktur bzw. Organisation Krankenhaus(-kommunikation)      | 7  |
| f                              | Beschwerde über (externen) im Krankenhaus integrierten Dienstleister | 7  |
| g                              | Wut und Anfeindungen   | 6  |
| h                              | Hohe Kosten  | 2  |

| Bezeichnung der Unterkategorie | Operationalisierung/Bedeutung  | Häufigkeit in allen untersuchten Analyseeinheiten |
|--------------------------------|--|---|
| i                              | Keine Zeit für Patient bzw. lange Wartezeit                                    | 6   |
| j                              | Anderswo besser geholfen   | 2   |
| k                              | Schlechte Hilfeleistung/nicht geholfen   | 1   |
| l                              | Verzweiflung   | 2   |
| m                              | Verbesserungsvorschlag   | 1   |
| n                              | Kritische Frage  | 5   |
| o                              | Diebstahl  | 3   |
| p                              | Vertrauensverlust  | 4   |
| q                              | Warnung  | 4   |
| r                              | Sorge nicht ernst genommen   | 2   |
| s                              | Beschwerde über Personal   | 1   |
| t                              | Enttäuschung   | 7   |
| u                              | Krankenhaus gleicht Fabrik, ist unpersönlich und nur wirtschaftlich orientiert | 1   |

Tabelle 21: Unterkategorien, auf die in der Reaktion nicht eingegangen wurde

#### 10.3.4 Verschiedene Reaktionstypen

Die im vorherigen Unterkapitel gefundenen und in Hypothese H2 konkretisierten drei Dimensionen, in denen sich die induktiv gefundenen Feinstrukturierungen eingliedern, sollen als Basis für das Herausbilden von Reaktionstypen dienen.

Die Hypothese H2 untergliederte das Reaktionsverhalten der Kommunikatoren in die Dimensionen 1) Information, 2) Persönlichkeit und 3) Transparenz. Aus diesen Dimensionen lassen sich Typen bilden:

- 1) Typ 1 vermittelt dem Stakeholder in seiner Reaktion auf ein Negativposting vor allem Informationen, um diesem zu helfen und aus der Perspektive des Krankenhauses über den thematisierten Sachverhalt aufzuklären, sowie den Dialog ggf. außerhalb Facebooks weiterzuführen. Eine Reaktion des ersten Typs charakterisiert sich dadurch, dass sie neben anderen vor allem informative Reaktionselemente (D, E, F, K, L, N, O, P, R, S, T, Y) der Feinstrukturierungen enthält. Um ein Beispiel

- für eine Reaktion dieses Typs zu bieten, die hauptsächlich informativ ist, ist im Anhang (Abb. 56) ein Ankerbeispiel zu finden.
- 2) Typ 2 vermittelt dem Urheber des Negativpostings in der Reaktion einen persönlichen Umgang mit dem vom Stakeholder geäußerten Sachverhalt. So scheint dieser Typ sich mit maßgeschneiderten persönlichen Reaktionen an den Nutzer zu wenden, die vor allem personalisierte Elemente enthalten (A, B, C, G, M, U, V, W, X) und ggf. zudem Charakteristika für den Kommunikator beinhalten. Auch für Reaktionstyp 2) ist ein Ankerbeispiel im Anhang (Abb. 57) hinterlegt.
  - 3) Typ 3 vermittelt klar und deutlich sichtbar, wer kommuniziert (durch den Namen oder das Kürzel des Kommunikators), bzw. in wessen Auftrag (Abteilung und/oder Krankenhaus) kommuniziert wird. Zudem können Werte, die das Krankenhaus vertritt, auch transparent nach außen getragen werden. Enthält eine Reaktion besonders viele Elemente der Transparenz (H, I, J, Q, Z), kann sie dem Typ 3) zugeordnet werden. Im Anhang (Abb. 58) findet sich ein Ankerbeispiel für den transparenten Reaktionstypen.
  - 4) alle Eigenschaften, die den Typen 1), 2) und 3) zugeschrieben wurden in etwa ausgewogenem Maß. Eine Balance zwischen allen Typen wird in den Reaktionen eingehalten, wodurch versucht wird, dem Stakeholder gegenüber sowohl informativ, persönlich und transparent zu kommunizieren. Typ 4) kann aufgrund seiner Eigenschaften auch als strategisch kommunizierender Typ klassifiziert werden. Ein Ankerbeispiel, gewissermaßen auch ein Best-Practice-Beispiel des strategischen Reaktionstyps, findet sich im Anhang (Abb. 59).

Selbstverständlich ist es in der Praxis schwer, klare Grenzen zwischen den verschiedenen Typen zu ziehen, und es wird selten ein Reaktionstyp in reiner Form zu finden sein, jedoch soll die Typisierung der Strukturierungen dazu beitragen, einschätzen zu können, ob eine Reaktion eher dem einen oder eher dem anderen Reaktionstyp zugeordnet werden kann.



## 10.4 Fazit und Kritik

Schlussfolgernd kann als Ergebnis der vorliegenden Arbeit festgestellt werden, dass Kommunikationsverantwortliche von niederländischen Krankenhäusern auf vielseitige Weise auf Negativpostings auf den krankenhauseigenen Facebook-Auftritten reagieren.<sup>69</sup> Dabei, so wurde im quantitativen ersten Teil der Inhaltsanalyse festgestellt, reagiert etwas mehr als die Hälfte der untersuchten Krankenhäuser auf die Hälfte aller insgesamt abgegebener Negativpostings. Sowohl die Anzahl der Krankenhäuser als auch die der Reaktionen auf Negativpostings bieten deutlich die Möglichkeit zur Verbesserung dieser Quoten, um im sozialen Netzwerk Facebook angemessen auf Kritik zu reagieren. Auch die Schnelligkeit, mit der eine erste Reaktion des Kommunikators erfolgte, war in einigen Fällen verbesserungswürdig und warf die Frage danach auf, ob die betreffenden Krankenhauskommunikatoren die Negativpostings nicht als dringliche Angelegenheit empfinden. Wie in Kapitel 10.1 festgestellt wurde, sollten Reaktionen von Kommunikationsverantwortlichen innerhalb weniger Stunden erfolgen, was die Kommunikatoren in Zukunft anstreben sollten. Das letzte quantitativ gemessene Element stellte die Länge der Reaktion in Zeilen dar, was in einer durchschnittlichen Antwortlänge von etwa 3,0 Zeilen resultierte. Es ist jedoch nicht erwiesen, ob dies die ideale Länge einer Reaktion auf ein Negativposting darstellt. Dies könnte in der Zukunft mithilfe einer weiteren Studie beantwortet werden. Als quantitative Antwort auf die zentrale Fragestellung kann für diesen Teil abschließend festgestellt werden, dass niederländische Krankenhäuser nicht besonders häufig und nicht schnell genug auf Negativpostings auf ihrem Facebook-Auftritt reagieren.

---

69 Da die vorliegende Studie aufgrund der Forschungsökonomie und der Standards für eine Bachelorarbeit von nur einer Person konzipiert, durchgeführt, codiert und interpretiert wurde, sind selbstverständlich keine Fehler ausgeschlossen. Beispielsweise ist es möglich, dass durch die Beschränkung der Inhaltsanalyse auf Erstreaktionen von Krankenhäusern ausführlichere bzw. hilfreichere weitere Reaktionen des Krankenhauses außerhalb des Rasters fielen. Der für diese Studie konzipierte Analysebogen sowie das zugehörige Codebuch haben sich als nützliche Instrumente erwiesen und können für zukünftige Studien genutzt werden. Dies kann auch im Rahmen einer Folgestudie geschehen, die die Ergebnisse und aufgestellten Hypothesen überprüft.

Wird auf die inhaltliche Ebene gewechselt, so konnte durch die qualitative Inhaltsanalyse eine Vielzahl von Themen extrahiert werden, die die Stakeholder in ihren Negativpostings geäußert hatten. Hiermit sollte beantwortet werden, weshalb bzw. aufgrund welcher Themen die Krankenhauskommunikatoren reagierten, was als Vorarbeit zur Beantwortung der zentralen Fragestellung diente. Die Antwort auf diese Frage lautet, dass die Kommunikatoren auf Negativpostings reagierten, die mindestens eines von verschiedenen gefundenen Unterthemen enthielten, die sich in die drei Themenkomplexe der Organisation, Leistung und Emotion eingliedern ließen. Mindestens einer dieser vom Urheber der Kritik angesprochenen Themenkomplexe und eines dieser Themen musste also im Negativposting genannt werden, um den Kommunikationsverantwortlichen zu einer Reaktion zu bewegen.

Die darauffolgende qualitative Analyse der Reaktionen der Kommunikatoren stellte den wichtigsten Schritt bei der Beantwortung der zentralen Fragestellung dar. Die Inhaltsanalyse brachte viele Feinstrukturierungen zutage, die in den Reaktionen auf Negativpostings von den Kommunikationsverantwortlichen geäußert worden waren. Diese Feinstrukturierungen konnten gruppiert bzw. drei verschiedenen Dimensionen zugeordnet werden. Die zentrale Fragestellung ‚Wie reagieren Kommunikationsverantwortliche von niederländischen Krankenhäusern aktiv auf Negativpostings auf den krankenhauseigenen Facebook-Auftritten?‘ konnte wie folgt beantwortet werden: Zum einen reagieren Kommunikatoren niederländischer Krankenhäuser auf Negativpostings mit Information, indem sie rein informierend bzw. aufklärend auf die Kritik des Stakeholders eingehen. Damit bezwecken sie neben der Hilfe für den Urheber der Kritik möglicherweise, den Dialog mit diesem außerhalb des Internets fortzusetzen. Die zweite Dimension des Reaktionsverhaltens der Kommunikationsverantwortlichen, die einer Vielzahl von Feinstrukturierungen übergeordnet werden konnte, war die der Persönlichkeit. Durch persönliche Elemente erzeugen die Kommunikatoren eine auf den Stakeholder angepasste Nachricht, die u. a. Persönlichkeit, Sympathie und Nähe dem Facebook-Nutzer gegenüber zeigen kann. Andere Reaktionselemente der Antworten von Krankenhauskommunikatoren resultierten in der

Dimension der Transparenz, durch deren Feinstrukturen deutlich wird, *wer* in wessen Auftrag reagiert und für welche Werte das Krankenhaus steht.

Als Folge der Analyse der in den Negativpostings enthaltenen Themen, die die Kommunikatoren zu einer Reaktion veranlassten, sowie der Untersuchung der Reaktionen der Kommunikationsverantwortlichen konnte analysiert werden, welche Themen der Negativpostings nicht in den Erstreaktionen vonseiten des Krankenhauses thematisiert wurden. Die Themen der Negativpostings, auf die in keiner Reaktion der Krankenhauskommunikatoren eingegangen wurde, wurden als besonders gemiedene Themen isoliert und, um weitere Aussagen treffen zu können, wieder ihren Themenkomplexen zugeordnet. Dabei zeigte sich, dass nur der Themenkomplex der Leistung von den Kommunikatoren nicht gemieden und im Umkehrschluss mehrere Kategorien der Themenkomplexe ‚Organisation‘ und ‚Emotion‘ in Reaktionen nicht thematisiert wurden. Möglicherweise sind die Kommunikationsverantwortlichen überfragt, wie sie auf solche Themen reagieren sollen oder möchten diese nicht innerhalb eines sozialen Netzwerkes diskutieren. Jedoch betreffen einige der möglicherweise gemiedenen Themen für die Organisation Krankenhaus heikle Gebiete wie z. B. Reputation und den Verlust von Patienten. Demnach sollte die Kritik des Nutzers, wenn diese (in-)direkt solche Themen anspricht, ernst genommen und darauf reagiert werden. Auch dies kann mittels einer weitergehenden Analyse in der Zukunft weiter untersucht werden.

Es kann als generelle Antwort auf die zentrale Fragestellung festgehalten werden, dass die Kommunikationsverantwortlichen niederländischer Krankenhäuser auf Negativpostings antworteten, die 1) die Unterthemen der Themenkomplexe Organisation, Leistung und Emotion enthielten, mit Reaktionen, die 2) den Dimensionen Information, Persönlichkeit und Transparenz zugeordnet werden konnten, und wobei sie dazu tendierten, 3) auf einige der Themen aus den Themenkomplexen Organisation und Emotion nicht einzugehen.

Als letzter Schritt der Analyse wurde eine Typisierung des Reaktionsverhaltens der Krankenhauskommunikatoren auf Basis der identifizierten Dimensionen der Reaktionen durchgeführt, wodurch sich vier Reaktionstypen ergaben: der informierende, der persönliche, der für Transparenz sorgende,

sowie der strategisch kommunizierende Typ, der alle davor genannten Typen vereint. Da letztgenannter Typ alle Kompetenzen der anderen drei Reaktionstypen unter sich vereinigt, wird dieser als ideale Lösung eines Reaktionstypus für Krankenhauskommunikatoren vorgeschlagen.

Die vorliegende Studie zeigt, dass die im Forschungsprojekt zur Organisationskommunikation in deutschen und niederländischen Krankenhäusern vermeintlich als Vorreiter unter den Krankenhauskommunikatoren geltenden niederländischen Krankenhäuser auf Negativpostings zwar nicht grundsätzlich falsch, jedoch in einigen Punkten verbesserungswürdig reagieren. Abschließend ist festzuhalten, dass obwohl die Krisenkommunikation in niederländischen Krankenhäusern nicht fleckenlos durchgeführt wird, das Potenzial zur Besserung sowie das grundlegende Know-how/grundlegende Strategien vorhanden zu sein scheinen.

## Literatur

- Becker, Claudia (2012): Krisenkommunikation unter den Bedingungen von Internet und Social Web. In: Zerfaß, Ansgar; Pleil, Thomas (Hrsg.): Handbuch Online-PR. Strategische Kommunikation in Internet und Social Web. Konstanz. S. 365–382.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, CBS (2015): Gebruik sociale netwerken sterk toegenomen. 30.06.2015. In: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bedrijven/publicaties/artikelen/archief/2015/gebruik-sociale-netwerken-sterk-toegenomen.htm>. Zuletzt eingesehen am 14.08.2015.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, ICT (2013): Kennis en economie 2013. Den Haag. In: <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/5A8B5B80-C917-4E1A-ADD6-138012961E89/0/2013i78pub.pdf>. Zuletzt eingesehen am 14.08.2015.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2012a): Nederland Europees kampioen internettoegang. In: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bedrijven/publicaties/digitale-economie/artikelen/2012-3636-wm.htm>. Zuletzt eingesehen am 14.08.2015.

- Centraal Bureau voor de Statistiek (2012b): Vier op de tien bedrijven gebruiken sociale media. In: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themes/bedrijven/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3733-wm.htm>. Zuletzt eingesehen am 14.08.2015.
- Claeys, An-Sofie; Cauberghe, Verolien (2014): What makes crisis response strategies work? The impact of crisis involvement and message framing. In: *Journal of Business Research*, 67. S. 182–189.
- Claeys, An-Sofie; Cauberghe, Verolien (2012): Crisis response and crisis timing strategies, two sides of the same coin. In: *Public Relations Review*, 38. S. 83–88.
- Coombs, Timothy; Holladay, Sherry (2008): Comparing apology to equivalent crisis response strategies: Clarifying apology's role and value in crisis communication. In: *Public Relations Review*. 34. S. 252–257.
- Duden (2015): Shitstorm. In: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Shitstorm>. Zuletzt eingesehen am 14.08.2015.
- Facebook Newsroom (2015): Statistics. In: <https://newsroom.fb.com/company-info/>. Zuletzt eingesehen am 14.08.2015.
- Facebook Newsroom (2007): Pages. In: <https://newsroom.fb.com/products/>. Zuletzt eingesehen am 14.08.2015.
- Fink, Stephan et al. (2012): Social Media Governance. In: Zerfaß, Ansgar; Pleil, Thomas (Hrsg.): *Handbuch Online-PR. Strategische Kommunikation in Internet und Social Web*. Konstanz. S. 99–110.
- Gühl, Kristin (2012): Reformansätze für das deutsche Gesundheitswesen. Welche Lösungsvorschläge bietet das niederländische Gesundheitssystem?, Hamburg.
- Huang, Edgar; Dunbar, Christina (2013): Connecting to patients via social media: A hype or reality? In: *Journal of Medical Marketing*. Vol. 13, issue 1. S. 14–23.
- Ki, Eyun-Jung; Nekmat, Elmie (2014): Situational crisis communication and interactivity: Usage and effectiveness of Facebook for crisis management by Fortune 500 companies. In: *Computers in Human Behavior*, 35. S. 140–147.

- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl., Weinheim und Basel.
- Moorhead, Anne; Hazlett, Diane; Harrison, Laura; Carroll, Jennifer; Irwin, Anthea; Hoving, Ciska (2013): A New Dimension of Health Care: Systematic Review of the Uses, Benefits, and Limitations of Social Media for Health Communication. In: Journal of Medical Internet Research. Vol. 15, issue 4. S. 1–16.
- o. A. (2015): Besucherrekord: Facebook hat eine Milliarde Nutzer pro Tag. In: <http://www.spiegel.de/netzwelt/web/mark-zuckerberg-facebook-hat-eine-milliarde-nutzer-pro-tag-a-1050244.html>. Zuletzt eingesehen am 28.08.2015.
- Pleil, Thomas (2012): Kommunikation in der digitalen Welt. In: Zerfaß, Ansgar; Pleil, Thomas (Hrsg.): Handbuch Online-PR. Strategische Kommunikation in Internet und Social Web. Konstanz. S. 17–38.
- Reed, Rick (2014): Recovering corporate consumer trust: A study of crisis response strategies and repairing damaged trust. In ProQuestLLc, S. 1–24.
- Richter, Jason; Muhlestein, David; Wilks, Chrisanne (2014): Social Media: How Hospitals Use It, and Opportunities for Future Use. In: Journal of Healthcare Management. Vol. 59, issue 6. S. 447–460.
- Schultz, Friederike; Utz, Sonja; Göritz, Anja (2011): Is the medium the message? Perceptions of and reactions to crisis communication via twitter, blogs and traditional media. In: Public Relations Review, 37. S. 20–27.
- Sung, Minjung; Hwang Jang-Sun (2014): Who drives a crisis? The diffusion of an issue through social networks. In: Computers in Human Behavior, 36. S. 246–257.
- Urbaniak, Geoffrey; Plous, Scott (2015): Research Randomizer. In: [www.randomizer.org](http://www.randomizer.org). Zuletzt eingesehen am 20.08.2015.
- van de Belt, Tom; Engelen, Lucien; Berben, Sivera; Teerenstra, Steven; Samsom, Melvin; Schoonhoven, Lisette (2013): Internet and Social Media For Health-Related Information and Communication in Health Care: Preferences of the Dutch General Population. In: J Med Internet Res. 15 (10): e220. S. 1–21.

- van de Belt, Tom; Berben, Sivera; Samsom, Melvin; Engelen, Lucien; Schoonhoven, Lisette (2012): Use of social media by Western European hospitals: longitudinal study. In: Journal of Medical Internet Research. Vol. 14, issue 3. e61.
- van der Meer, Toni; Verhoeven, Joost (2014): Emotional crisis communication. In: Public Relations Review, 40. S. 526–536.
- van der Meer, Toni (2014): Organizational crisis-denial strategy: The effect of denial on public framing. In: Public Relations Review, 40. S. 537–539.
- Welker, Martin; Wünsch, Carsten (2010): Methoden der Online-Forschung. In: Schweiger, Wolfgang; Beck, Klaus (Hrsg.): Handbuch Online-Kommunikation. Wiesbaden. S. 487–517.
- Zerfaß, Ansgar; Pleil, Thomas (2012): Strategische Kommunikation in Internet und Social Web. In: ders. (Hrsg.): Handbuch Online-PR. Strategische Kommunikation in Internet und Social Web. Konstanz. S. 39–84.

## Anhang: Abbildungsverzeichnis



Abb. 56: Ankerbeispiel für den informierenden Reaktionstyp, Quelle: Facebook-Auftritt des Medisch Spectrum Twente

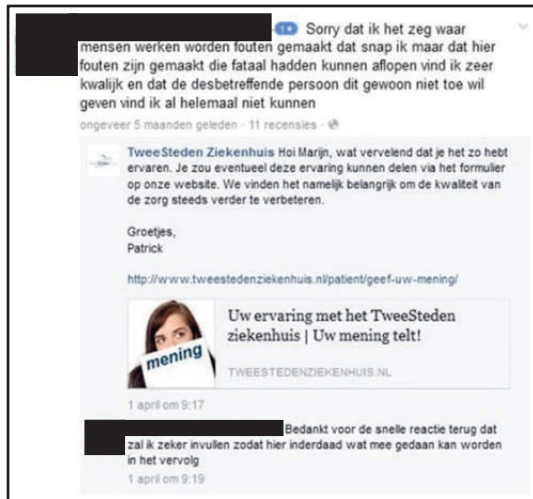


Abb. 57: Ankerbeispiel für den persönlichen Reaktionstyp, Quelle: Facebook-Auftritt des Twee Steden Ziekenhuis



Abb. 58: Ankerbeispiel für den transparenten Reaktionstyp, Quelle: Facebook-Auftritt der Radboud UMC





Abb. 59: Ankerbeispiel für den strategisch kommunizierenden Reaktionstyp, Quelle: Facebook-Auftritt des Isala Ziekenhuis

## Autorenverzeichnis

*Dr. Lisa Terfrüchte* ist Kommunikationswissenschaftlerin am Zentrum für Niederlande-Studien (ZNS) der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und Projektleiterin des Forschungsprojektes ‚Organisationskommunikation von Krankenhäusern online. Die Niederlande und Deutschland im Vergleich‘. In ihrer Funktion verantwortet sie am ZNS die externe Kommunikation des Zentrums sowie die Lehre und Forschung im Fach Kommunikationswissenschaft des Bachelor- und Masterstudiengangs. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen vor allem im Bereich der strategischen Kommunikation von Organisationen (Politik, Unternehmen). Lisa Terfrüchte ist Mitglied im Lenkungsausschuss des deutsch-niederländischen Forums der Außenministerien beider Länder und Expertin für Kommunikationsberatung.

*Marie Wolf-Eichbaum, M.A.*, ist Regionalwissenschaftlerin am Zentrum für Niederlande-Studien der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Sie ist zuständig für die Veranstaltungskoordination des ZNS im Haus der Niederlande und unterstützt die externe Kommunikation. Darüber hinaus lehrt und forscht sie mit dem Schwerpunkt Kulturmarketing und Interkulturelle Kommunikation mit besonderem Fokus auf deutsch-niederländische Kulturunterschiede. Marie Wolf-Eichbaum studierte Sprach- und Kulturstudien sowie Niederlande-Deutschland-Studien an der Radboud Universität Nijmegen und der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

*Melanie Meier, B.A., Rebecca Henrichs, B.A., und Marc Zufelde, B.A.*, waren während ihres Bachelorstudiums am Zentrum für Niederlande-Studien der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster im Projektteam des Forschungsprojektes ‚Organisationskommunikation von Krankenhäusern online. Die Niederlande und Deutschland im Vergleich‘ tätig und u. a. an der Codierung und Auswertung der Daten sowie an der Vorbereitung der beiden projektbezogenen Tagungen beteiligt. Sie haben jeweils ihre Bachelorarbeit zum Thema der im vorliegenden Band zusammengefassten Aufsätze im Jahr 2015 verfasst. Aktuell ist Melanie Meier Masterstudierende an der Universität Leiden; Re-

becca Henrichs studiert den Masterstudiengang am Zentrum für Niederlande-Studien der Westfälischen Wilhelms-Universität und Marc Zufelde ist Master-studierender am Seminar für Medien- und Kommunikationswissenschaft der Universität Erfurt. Alle drei beschäftigen sich in ihrem aktuellen Master-studium weiterhin im kommunikationswissenschaftlichen Forschungsbereich v. a. mit Organisations- und Onlinekommunikation.

# Schriften aus dem Haus der Niederlande

## **Organisationskommunikation von Krankenhäusern online**

### Die Niederlande und Deutschland im Vergleich

Die Bedingungen der modernen Mediengesellschaft erfordern für Krankenhäuser heute – wie für alle Organisationen – eine zunehmend vernetzte, professionell gesteuerte, integrierte Kommunikation, die den strategischen Organisationszielen entspricht. Häufig ist in Deutschland die Rede vom Vorbild Niederlande in Bezug auf das Gesundheitssystem. Welche Rolle spielt strategische Onlinekommunikation als Wertschöpfungsfaktor für niederländische Krankenhäuser im Vergleich mit deutschen? Wie kommunizieren Krankenhäuser beiderseits der Grenze online?

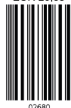
Am Zentrum für Niederlande-Studien der WWU Münster ist in Kooperation mit der Agentur lege artis, Gesellschaft für Publizistik, Kommunikation & Beratung mbH ein kommunikationswissenschaftliches Forschungsprojekt zur ‚Organisationskommunikation deutscher und niederländischer Krankenhäuser online‘ durchgeführt worden. Der vorliegende Band fasst die Ergebnisse zusammen und zeigt, was man bezüglich strategischer Kommunikation jeweils vom Nachbarn lernen kann.

ISBN 978-3-8405-1000-7



9 783840 510007

EUR 26,80



0580