

## **2.2.9 Einbeziehung der Zielgruppe in den Erstellungsprozess**

### ***Einleitung***


Gesundheitsinformationen, die sich an Laien richten, sollen zielgruppenorientiert sein. Es ist anzunehmen, dass Laien oftmals eine abweichende Erwartung an die Inhalte und Darstellungen in Gesundheitsinformationen im Vergleich zu den Professionellen haben. Bei Laien stehen andere Informationsbedarfe im Vordergrund oder es sind Informationen interessant, die aus medizinischer Sicht vielleicht als weniger wichtig eingestuft werden (1). Daher ist zu vermuten, dass Gesundheitsinformationen relevanter, lesbarer und verständlicher werden, wenn Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsinformationen in den Erstellungs- oder Evaluationsprozess einbezogen werden.

Die Einbeziehung kann zum Zeitpunkt der Planung, Erstellung, Pilotierung und / oder Evaluation in einem unterschiedlichen Ausmaß erfolgen. Es stehen verschiedene Methoden zur Verfügung, mit denen entweder einzelne Vertreterinnen bzw. Vertreter oder Gruppen einbezogen werden können. Mögliche Methoden sind Einzelinterviews, Fokusgruppen oder die Teilnahme an Arbeitsgruppen, Sitzungen und Konsensusprozessen (1).

## ***Fragestellung***

1. Welche Effekte hat die Einbeziehung der Zielgruppe in den Erstellungsprozess?

## Empfehlung

	<p><b>Empfehlung:</b></p> <p><b>„Die Zielgruppen sollten in den Erstellungsprozess von Gesundheitsinformationen einbezogen werden.“</b></p> <p>Zustimmung: 9, Ablehnung: 0, Enthaltung: 1</p> <p><b>Qualität der Evidenz:</b> niedrige Qualität</p>
<p><b>Kommentar der LEG zur Empfehlung:</b></p> <p>Die Empfehlung bezieht sich auf den Vergleich der Erstellung von Gesundheitsinformationen mit und ohne Einbeziehung der Zielgruppen in den Erstellungsprozess.</p> <p>Die Studienlage zeigt für den kognitiven Endpunkt Wissen in einer Studie einen positiven Effekt zugunsten der Einbeziehung. Dies zeigt sich auch für Verständlichkeit / Lesbarkeit (in einer von zwei Studien), Akzeptanz / Attraktivität (in zwei von zwei Studien) sowie für die Relevanz der Informationen (in zwei von zwei Studien). Insgesamt ist die Auswirkung der Einbeziehung der Zielgruppe in die Erstellung von Gesundheitsinformationen jedoch kaum untersucht.</p>	

## Zusammenfassung der Ergebnisse

### Charakteristika der eingeschlossenen Studien

Zu diesem Vergleich wurden drei Studien mit insgesamt 436 Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingeschlossen. Die Teilnehmerzahlen lagen zwischen 24 und 235 und die Altersspanne reichte je nach Zielgruppe von 19 bis 85 Jahre. Die Studien wurden in den USA (2), Großbritannien (3) und Norwegen (4) durchgeführt. Eingeschlossen wurden Frauen mit Brustkrebs (2), Patientinnen und Patienten, die vor einem chirurgischen Eingriff (3) bzw. Endoskopie (4) standen.

Eine Intervention bestand aus einer Webseite, verglichen wurde das Original mit der anhand von Recherchen zu Nutzerpräferenzen und unter Berücksichtigung von Leitlinien zur Benutzerfreundlichkeit (*usability*) überarbeiteten Version (2). Die anderen Interventionen umfassten Gesundheitsinformationen zu den Themen patientengesteuerte Analgesie (3) und endoskopische Eingriffe (4), die nach der

Befragung von Betroffenen bzw. nach der Durchführung von Fokusgruppen in der Zielgruppe, überarbeitet wurden.

### **Ergebnisse zu den relevanten Endpunkten**

Zu den Endpunkten Wissen, Akzeptanz / Attraktivität und Relevanz der Informationen konnten positive Effekte für die Einbeziehung der Zielgruppe gezeigt werden (2-4). Für den Endpunkt Verständlichkeit / Lesbarkeit wurde kein einheitlicher Effekt aber eine positive Tendenz für die Einbeziehung gezeigt (2, 3).

#### ***Wissen***

Wissen wurde anhand von 6 Multiple Choice Fragen erhoben. Die Einbeziehung der Zielgruppe in den Erstellungsprozess zeigte in dieser Studie einen relevanten Unterschied (3).

#### ***Verständlichkeit / Lesbarkeit***

Verständlichkeit / Lesbarkeit der Information und Einfachheit der Navigation wurden mit jeweils einer Frage mit einer Likert-Skala erhoben. In einer Studie konnte ein Effekt hinsichtlich der Verständlichkeit / Lesbarkeit zugunsten der Einbeziehung festgestellt werden (3). In der zweiten Studie wurde diesbezüglich kein Unterschied zwischen den Gruppen gezeigt (2). Jedoch wurde ein Effekt zugunsten der Einbeziehung hinsichtlich der Einfachheit der Navigation gezeigt (2).

#### ***Akzeptanz / Attraktivität***

Die Auswirkung auf Akzeptanz und Attraktivität wurde in zwei Studien untersucht. Sowohl die allgemeine Präferenz als auch die Beurteilung der Nützlichkeit fielen zugunsten der Gesundheitsinformation aus, in deren Erstellung die Zielgruppe einbezogen worden war (2). Auch in der zweiten Studie zeigte sich ein Effekt zugunsten der Einbeziehung, da die Qualität der entstandenen Gesundheitsinformation als höher eingestuft wurde (4).

#### ***Relevanz der Informationen***

Weitere Effekte zugunsten der Einbeziehung zeigten sich auch hinsichtlich der Bewertung der Relevanz der Informationen (2, 3). Die Relevanz wurde anhand einer Likert-Skala (2, 4), und anhand von vier Fragen zu weiteren Informationsbedarfen (Likert-Skala) erhoben (3).

## **Begründung für die Empfehlung**

Insgesamt konnte ein positiver Effekt für die Einbeziehung der Zielgruppe gezeigt werden. Da nur eine Studie zum Endpunkt Wissen und damit zu den entscheidenden Endpunkten einbezogen werden konnte, wurde eine abgeschwächte Empfehlung formuliert. In der Leitlinien Entwicklungsgruppe (LEG) wurde diskutiert, dass die Einbeziehung der Zielgruppe einerseits heterogener ist, als es die vorliegende Evidenz widerspiegelt und andererseits ein ethischer Anspruch auf Beteiligung besteht. Die vorliegende Evidenz sei nur fraglich auf die unterschiedlichen Methoden der Einbeziehung übertragbar. Daher wurde überlegt, keine Empfehlung auszusprechen und stattdessen die Einbeziehung als Prämisse festzulegen. Ein weiterer Vorschlag war, unter Berufung auf den ethischen Anspruch eine starke Empfehlung auszusprechen, obwohl die Evidenz allein dafür nicht ausreicht. Überlegt wurde auch, wie man sich am ehesten der Aussage der *Guten Praxis Gesundheitsinformation* (GPGI) (5) – die Methoden zur Identifizierung besonderer Informationsbedürfnisse sollen beschrieben werden - annähern könnte.

Letztlich wurde in der Abstimmung der abgeschwächten Empfehlung zugestimmt, wenn zusätzlich der ethische Anspruch als Prämisse formuliert wird (vgl. 2.1 *Der Erstellungsprozess: Entwicklung und Evaluation von Gesundheitsinformationen*).

Weitere Informationen zu den Ergebnissen und Erhebungsmethoden können den Evidenztabellen und den Zusammenfassungen der Studien (*study fact sheets*) entnommen werden.

**Tabelle 26:** Evidenztabelle „Erstellung einer Gesundheitsinformation mit versus ohne Einbeziehung der Zielgruppe“

Bewertung der Qualität der Evidenz						Zusammenfassung der Ergebnisse				
Anzahl der Studien je Endpunkt	Design	Risk of bias	Konsistenz	Direktheit	Präzision	Anzahl der Teilnehmer		Effektschätzer		
						Intervention	Kontrolle	Effekte	Qualität	Bedeutsamkeit des Ergebnisparameters
<b>Vergleich Erstellung einer Gesundheitsinformation mit versus ohne Einbeziehung der Zielgruppe</b>										
<b>Wissen [1]</b> Chumbley (3)	RCT	Sehr schwerwiegendes Risiko für Bias (-2)	Keine Inkonsistenz	Keine Indirektheit	Keine Impräzision	N= 50	N= 50	In einer Studie ein Effekt für Beteiligung (3).	Niedrige Qualität	Entscheidend
<b>Verständlichkeit / Lesbarkeit [2]</b> Atkinson (2) Chumbley (3)	RCT	Sehr schwerwiegendes Risiko für Bias (-2)	Keine Inkonsistenz	Keine Indirektheit	Keine Impräzision	N= 127	N= 50	In einer Studie Effekt für Beteiligung (clarity) (3). In einer Studie kein Effekt (clarity) (2), aber ein Effekt für Einbeziehung hinsichtlich <i>Ease of navigation</i> (2).	Niedrige Qualität	Wichtig, aber nicht entscheidend
<b>Akzeptanz / Attraktivität [2]</b> Aabakken (4) Atkinson (2)	RCT	Sehr schwerwiegendes Risiko für Bias (-2)	Keine Inkonsistenz	Keine Indirektheit	Keine Impräzision	N= 120	N= 115	In zwei Studien Effekt für Einbeziehung (2, 4)	Niedrige Qualität	Geringe Bedeutung

<b>Relevante Informationen [2]</b> Atkinson (2) Chumbley (3)	RCT	Sehr schwerwiegendes Risiko für Bias (-2)	Keine Inkonsistenz	Keine Indirektheit	Keine Impräzision	N= 127	N= 50	In zwei Studien Effekt für Einbeziehung (2, 3)	Niedrige Qualität	Nicht definiert
--	-----	---	--------------------	--------------------	-------------------	--------	-------	--	-------------------	-----------------

## **Referenzen**

1. Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD. Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. The Cochrane database of systematic reviews. 2006(3):CD004563. Epub 2006/07/21.
2. Atkinson NL, Massett HA, Mylks C, McCormack LA, Kish-Doto J, Hesse BW, et al. Assessing the impact of user-centered research on a clinical trial eHealth tool via counterbalanced research design. Journal of the American Medical Informatics Association. 2011;18(1):24-31. Epub 2010/12/21.
3. Chumbley GM, Hall GM, Salmon P. Patient-controlled analgesia: what information does the patient want? Journal of advanced nursing. 2002; <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2002.02833.x> (Zugriff am 13.10.2016).
4. Aabakken L, Baasland I, Lygren I, Osnes M. Development and evaluation of written patient information for endoscopic procedures. Endoscopy. 1997;29(1):23-6. Epub 1997/01/01.
5. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM) Arbeitsgruppe Gute Praxis Gesundheitsinformation. Gute Praxis Gesundheitsinformation. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2016;110-111:85-92.