



universität
wien

Magisterarbeit

Titel der Magisterarbeit

Verstehen Sie Gesundheit?

Ein Kommunikationskonzept für ein Gesundheitsportal am Beispiel Allgemeines
Krankenhaus Wien

Verfasserin

Sylvia Pitters, Bakk.phil.

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, Februar 2014

Studienkennzahl It. Studienblatt:

A 068 841

Studienrichtung It. Studienblatt:

Publizistik- und Kommunikationswissenschaft

Betreuer:

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Duchkowitsch

Gewidmet meinen Eltern
Christine und Werner Pitters

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Masterarbeit mit dem Titel „Verstehen sie Gesundheit? Ein Kommunikationskonzept für ein Gesundheitsportal am Beispiel Allgemeines Krankenhaus Wien“ selbständig und ohne Benutzung als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Lörrach, 16. Februar 2014

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

1. Einordnung der Arbeit	12
1.1 Erkenntnisinteresse	12-13
1.3 Theoretische Einordnung	13-14
1.4 Aufbau der Arbeit	14-15
 2. Das Internet	 16
2.1 Web 2.0	17
2.2 Inhalte und Formen im Internet	17-20
2.3 Qualität von Inhalten	20-22
2.3.1 Qualitätssicherung	22-24
2.3.2 Ebenen der Qualitätssicherung	24-25
2.3.3 Vertrauen in Inhalte aus dem Internet	25-26
 3. Gesundheitskommunikation im Internet	 27
3.1 Begriffliche Definitionen	28
3.1.1 Gesundheit	28-30
3.1.2 Compliance	30-32
3.1.3 Gesundheitskommunikation	33-36
3.2 Entwicklung und Bedeutung des Forschungsfeldes	37
3.3 Anwendungsfelder der Gesundheitskommunikation im Internet	37-40
3.3.1 Patienten Empowerment	40-41
3.4 Gesundheitsjournalismus	41-43
3.4.1 Gesundheitskompetenz	43-44
3.5 Der Nutzer von Gesundheitskommunikation im Internet	44-47
3.5.1 Nutzerverhalten im Internet	48-49
3.5.2 Studien zum Nutzerverhalten/-motivation	49-55

3.6 Gesundheitsportale im Internet	55-56
3.6.1 Vor - und Nachteile von Gesundheitsportalen	56-58
3.6.2 Qualität von Gesundheitsportalen	58-60
3.6.3 Studien zu Gesundheitsportalen	60-63
3.6.4 Beispielhafte Gesundheitsportale	63-67
3.6.5 Telemedizin	68
4. Theorien zur Gesundheitskommunikation	69
4.1 Theorien zu Verhaltensänderung	69-70
4.1.1 Theorie des rationalen Handelns und des geplanten Verhaltens	70-72
4.1.2 Modell gesundheitlicher Überzeugungen	72-74
4.1.3 Integratives Modell zur Erklärung des individuellen Gesundheitsverhaltens	74-75
4.2 Theorien der Publizistik- und Kommunikationswissenschaft	75-76
4.2.1 GS/GO-Modell	76-77
4.2.2 Agenda-Setting	77-78
5. <i>EIN</i> Kommunikationskonzept für das Allgemeine Krankenhaus Wien	79-80
5.1 Phase 1: Marktsituation	80-82
5.1.1 Das österreichische Gesundheitssystem	82-84
5.1.2 Gesetzliche Organisation	84-85
5.1.3 Das Allgemeine Krankenhaus Wien	86-88
5.2 Phase 2: SWOT-Analyse	88-90
5.3 Phase 3: Ziele	90-91
5.4 Phase 4: Zielgruppen	91
5.5 Phase 5: Positionierung	92-93
5.6 Phase 6: Strategische Umsetzung	93-95
5.7 Phase 7: Perspektiven	95

6. Resümee und Ausblick	96-97
7. Quellenverzeichnis	98-106
Abbildungsverzeichnis	107
Tabellenverzeichnis	107
Lebenslauf	108-109
Abstract	110

Einleitung

Gesundheitsrelevante Informationen zählen heutzutage zu den am häufigsten aufgerufenen Inhalten im Internet. Das macht es um so schwerer für die Nutzer, die richtige und vor allem vertrauenswürdige Information zu finden. Qualitativ fragwürdige oder im schlimmsten Fall sogar falsche Inhalte, können schwerwiegende Folgen mit sich ziehen. Durch gefährliche Selbsttherapien oder auch die Entscheidung, keinen Arzt zu konsultieren kann fatal enden.

Im allgemeinen hat das Gesundheitsbewusstsein vor allem in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Als man vor einiger Zeit noch davon ausging, dass Gesundheit als psychisches Wohlbefinden definiert wurde, ist sie heute viel mehr zum persönlichen Lifestyle geworden, der durch Begriffe wie Fitness, Attraktivität oder Wellness geprägt wird. Dadurch ist das Bedürfnis nach Selbstbestimmung in gesundheitsrelevanten Angelegenheiten gestiegen (vgl. Stetina/Krypsin-Exner, 2009, S. 207).

Dieses neue Gesundheitsbedürfnis hat auch das Informationsangebot von Gesundheitsportalen im Internet neu geprägt. Das hatte zur Folge, dass in den vergangenen Jahren in Österreich unzählige Onlineportale zu gesundheitsrelevanten Themen wie Krankheiten, Gesundheitsförderung und -prävention, diverse Behandlungsmethoden und vieles mehr entstanden sind. Laut www.konsument.at haben bereits im Jahr 2007 rund 80 Prozent aller Internetnutzer mindestens einmal ein Gesundheitsportal genutzt. Diese Zahlen sprechen für einen hohen Bedarf an gesundheitsrelevanter Information (vgl. Konsument, 2007).

Um dieser Informationsflut zu entkommen, muss der Nutzer in der Lage sein, die für ihn relevanten Informationen zu bewerten und auszuwählen. Somit steigen natürlich die Anforderungen nach qualitativer hochwertiger Information, die glaubwürdig ist und der man vertrauen kann. Die WHO hat hierfür einen Begriff definiert, die sogenannte Gesundheitskompetenz. Sie meint nicht nur das Verständnis von Gesundheitsinformation, sondern meint viel mehr die kognitiven und sozialen Fähigkeiten der Nutzer, sich Informationen zu verschaffen, verstehen und dieses auch anzuwenden (vgl. WHO, 1990).

Die Frage nach der Qualität von medizinischer Berichterstattung im Internet ist schon lange

ein stark diskutiertes Thema. Fragwürdige Gesundheitsportale sind vor allem solche, die keine Qualitätsstandards aufweisen und keine bis kaum Transparenz der Autoren und Quellen darlegen. Das lässt unter den Nutzern viel Interpretationsspielraum und kann zu Fehlverhalten in der gesundheitlichen Versorgung führen.

Aus dieser aktuellen Problematik und Situation in Österreich heraus, ist die Idee dieses Kommunikationskonzeptes entstanden. Es muss lediglich *ein* Gesundheitsportal geben, an das sich die Öffentlichkeit wendet und in dessen Inhalte man vertrauen kann.

Diesen Weg dorthin, hat sich diese Magisterarbeit zur Aufgabe gemacht.

Anmerkung

Aus Gründen der Besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Magisterarbeit auf eine geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Aus diesem Grund gelten sämtliche Personenbezeichnungen gleichwohl für beide Geschlechter.

1. Einordnung der Arbeit

Das erste Kapitel dient dazu, die Vorgehensweise dieser Arbeit zu erläutern. Hierfür ist es wichtig, das Erkenntnisinteresse genau zu definieren, um das Problem und damit die Notwendigkeit dieser Magisterarbeit zu zeigen. Warum das Kommunikationskonzept dieses Gesundheitsportals so bedeutend für die Publizistik- und Kommunikationswissenschaft, aber auch für die Gesellschaft ist. Das soll hier Schritt für Schritt erklärt werden.

1.1 Erkenntnisinteresse

Das Erkenntnisinteresse ist in der Erzählperspektive geschrieben, um den persönlichen Bezug besser herzustellen.

Das Thema meiner Magisterarbeit kam mir sehr spontan. Ich kämpfte zu dem Zeitpunkt mit dem Pfeifferischen Drüsenfieber, das mich quasi ans Bett fesselte. Mir blieb daher kaum etwas anderes übrig, als meine Recherche im Internet zu starten. Und wie ich mich auf den unzähligen Gesundheitsportalen nach wirklich glaubhafter Information umsah, Definitionen und persönliche Erfahrungsberichte las, kam mir selbst die Frage auf, warum es eigentlich nicht *ein einziges* Gesundheitsportal gibt, an das sich jeder Mensch wendet und vertrauenswürdige Informationen bekommt. Und schon hatte ich die Idee im Kopf - dieses *eine* glaubwürdige Gesundheitsportal als Online-Kommunikationskonzept zu schaffen. Die Literatur in den Bibliotheken und im Internet war überschaubar, da es sich glücklicherweise um ein noch relativ junges Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation handelt und somit Potenzial für Neues offen lässt. Also beschloss ich, ein Krankenhaus als glaubwürdige Institution zu wählen, die mein Kommunikationskonzept auf seine Webseite integrieren soll. Ursprünglich wollte ich mir dafür das Kantonsspital Basel (Schweiz) als Institution aussuchen, bin dann aber im Zuge meiner Recherche darauf gestossen, dass das Kantonsspital Zürich bereits eine ähnliche Idee umgesetzt hat. Ich beschloss dennoch bei diesem Thema zu bleiben, weil ich so überzeugt und begeistert davon war, dass ich diese Idee nun auf Österreich anwende. Ich fand also heraus, dass es in dieser Art und Weise noch kein Konzept in Österreich gibt, der Bedarf allerdings vorhanden ist.

Als Lösung dieses Problems, steht die Schaffung *eines* öffentlichen Gesundheitsportals im Internet, welches im Rahmen dieser Masterarbeit erarbeitet wurde. Dieses Portal wird auf der Webseite des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien integriert und soll der Bevölkerung neutrale und glaubwürdige Angebote zu Gesundheitsthemen zugänglich machen. Dieses neue Gesundheitsportal bündelt verschiedene Angebote zu Gesundheitsthemen und erleichtert dadurch der breiten Öffentlichkeit den Zugang zu diesen. Das Gesundheitsportal dient daher der Information, Kommunikation, Interaktion und Transaktion zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen und der Bevölkerung.

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Folgende Fragestellungen lassen sich immer wieder in der Gesellschaft feststellen und bilden somit die Grundlage dieser Arbeit:

- ♣ Wie sieht das Verhalten der Bevölkerung im Internet im Umgang mit Gesundheitsinformationen und gesundheitsbezogenen Online-Diensten heute und in naher Zukunft aus?
- ♣ Wie steht es um die Bedürfnisse und den Nutzen der Bevölkerung im Rahmen von Gesundheitsinformationen?
- ♣ Welche Schlussfolgerungen lassen sich in Bezug auf das Online-Angebot im Gesundheitswesen im Hinblick auf *ein* öffentliches Gesundheitsportal ziehen?
- ♣ Was sind die Vor- und Nachteile von *einem* öffentlichen Gesundheitsportal?

Diese Masterarbeit bedient sich an diverser Literatur, aktuellen Dokumenten, Studien, wissenschaftlichen Veröffentlichungen, sowie Meta-Analysen zu Angeboten, Nutzung und Motiven von Gesundheitsangeboten im Internet. Eine empirische Erhebung von Primärdaten findet nicht statt. Der Fokus liegt somit auf bereits vorhandenen Daten und Befunden zur

gesundheitsorientierten Informationssuche im Internet. Soweit dies möglich ist, wird auf Gesundheitsportale aus Österreich Bezug genommen.

1.3 Theoretische Einordnung

Das vorliegende Thema dieser Magisterarbeit „Verstehen Sie Gesundheit? Ein Kommunikationskonzept für ein Gesundheitsportal am Beispiel Allgemeines Krankenhaus Wien“ behandelt ein kommunikationswissenschaftliches Problemfeld und ist von gesellschaftlicher Relevanz. Kommunikation findet in allen Bereichen des Lebens statt und ist vor allem im gesundheitlichen Umfeld von besonderer Bedeutung. Hierbei ist die Art und Weise der Kommunikation entscheidend, um auch schwierige Sachverhalte der Gesundheit und Medizin zu verstehen. Im speziellen geht es in dieser Arbeit um die Kommunikation im Internet. Das bedarf einer nochmals angepassten Kommunikationsweise, da keine face-to-face-Kommunikation stattfindet und sich dadurch die Möglichkeit an Missverständnissen erhöht. In Folge kann dies zu Fehlverhalten führen. Um diese Probleme zu vermeiden, wird diese Arbeit durch Publizistik- und Kommunikationswissenschaftliche Theorien gestützt. Auch die Gesundheitskommunikation ist durch verschiedene Modelle gestützt, wodurch das Verhalten der Akteure erklärt wird.

Das Thema Gesundheit ist ein gesellschaftliches, denn es betrifft jeden Menschen. Gesundheit wird oft mit Krankheit gleichgesetzt und Krankheit korreliert stark mit Armut. Daraus entstehen weitreichende Problemfelder, auch das Migrations- und Bildungsproblemfeld einschliessen. Dazu soll in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen werden, sondern darauf aufmerksam gemacht werden, wie Tief die Gesundheitskommunikation in unsere Gesellschaft reicht.

1.4 Aufbau der Arbeit

Diese Magisterarbeit hat zum Thema die Gesundheitskommunikation, die sich in zwei

Themenschwerpunkt teilt, die *Gesundheit* und die *Kommunikation*. Diese werden in den folgenden Kapiteln detailliert ausgearbeitet. Auf dieser theoretischen Grundlage wurde ein Kommunikationskonzept für ein Gesundheitsportal am Beispiel des Allgemeinen Krankenhauses in Wien, erstellt.

Die Arbeit lässt sich in sieben Kapitel gliedern mit jeweiligen Unterkapitel.

Das erste Kapitel dient dazu, die Problemstellung dieser Arbeit aufzuzeigen und das Erkenntnisinteresse einzugrenzen. Im zweiten Kapitel wird das Internet und seine Inhalte beschrieben und auf den Qualitätsanspruch eingegangen. Auf dem dritten Kapitel liegt der inhaltliche Schwerpunkt dieser Arbeit. Hier dreht sich alles um den Inhalt der Gesundheitskommunikation: Begriffliche Definitionen, Entwicklung des Forschungsfeldes, Anwendungsfelder der Gesundheitskommunikation, Nutzer und Gesundheitsportale.

Das vierte Kapitel liefert Theorien und Modelle als theoretische Grundlage. Dabei sind diese in Theorien der Gesundheitskommunikation und Theorien der Publizistik- und Kommunikationswissenschaft unterteilt. Im fünften Kapitel wird schließlich das Kommunikationskonzept des Gesundheitsportals ausgearbeitet. Dafür wurde ein sieben Phasen Modell gewählt. Kapitel sechs fasst im Resümee nochmals die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit zusammen und das siebte Kapitel liefert alle Quellenangaben und das Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.

2. Das Internet

Es gibt kein anderes Medium, dass so viele Menschen der breiten Öffentlichkeit über Zeit und Raum gleichzeitig erreicht, wie das Internet. Die großen Vorteile, die das Internet bietet sind unverkennbar und seit Beginn der siebziger Jahren, als dieses im deutschsprachigen Raum etabliert wurde, unverändert.

Geschwindigkeit: Informationen jeder Art sind in Sekundenschnelle abrufbar und umgekehrt kann diese ebenso schnell veröffentlicht werden.

Vollständigkeit: Durch Datenbanken ist es möglich, Forschung und Entwicklung weltweit mitzuverfolgen. Eine unüberschaubare Masse an Information stellt und vor die Herausforderung nach Qualität und Glaubwürdigkeit.

Aktualität: Der elektronische Zugang ermöglicht zum einen einen schnellen, aber auch einen aktuellen und damit zeitnahen Zugriff auf Informationen (vgl. Brendel/Brendel, 1998, S. 52-53).

Ein großer Vorteil des Internet ist es, das Wirkungspotenzial interpersonaler Kommunikation mit massenmedialer Reichweite zu verknüpfen. Dadurch ist es noch besser möglich, sich den Bedürfnissen einzelner Rezipienten anzunehmen und diese auch interaktiv zu gestalten (vgl. Rossmann, 2010).

Die Betrachtungsweise hat sich allerdings mit den Jahren verändert. Ging man damals noch einem medienzentrierten Modell nach, indem die Rezipienten lediglich Objekte der Kommunikation waren, spricht man heute von einer publikums- oder rezipientenorientierten Perspektive. Das Publikum ist nämlich aktiv geworden, handelt intentional und ist offen für Interaktionen. Weg von einer Sichtweise, die sich lange nur auf die Medien und ihr Unterhaltungsangebot konzentriert hat, hin zu einem aktiven Publikum mit Zielen und Absichten von Verwendungszusammenhängen und Bedeutungszuweisungen.

Das Individuum wird im Kontext seines gesamten Nutzungsverhalten gesehen und seinem Interesse der Bedürfnisbefriedigung nachgegangen (vgl. Burkart, 2002, S. 220).

2.1 Das Web 2.0

Mit dem steigenden Interesse am und im Internet, haben sich auch die Onlinedienste stark weiterentwickelt und dadurch Veränderungen im Nutzerverhalten beeinflusst. Tim O'Reilly prägte mit seinem Kollegen Dale Dougherty, die für die Kommunikationswissenschaft bedeutendste Veränderung der Internets, das Web 2.0. Das bisherige Nutzerverhalten zeichnete sich zu Beginn hauptsächlich durch passives und einfach Abrufen von Informationen aus dem Internet aus. Mit dem Web 2.0 sollte sich dies ändern. Man geht nun von einem aktiven Nutzer aus, der selbst Beiträge erstellt, kommentiert oder auch Inhalte wie Fotos oder Videos publiziert. Besonderes Merkmal liegt in der einfachen Handhabung, wofür keine speziellen technischen Kenntnisse nötig sind (vgl. Busemann/Gscheidle, 2009, S. 356f).

„Der Webnutzer 2.0 surft nicht mehr nur durch das Web, sondern verändert und bereichert es. Er schreibt ein Web-Tagebuch, zeigt seine Fotos auf Tauschseiten wie Flickr, stellt sein Wissen in Online-Enzyklopädien wie Wikipedia zur Verfügung und empfiehlt seine Bookmarks anderen Nutzern.“ (Lange, 2007, S. 6)

Das Zitat macht die aktive Mitarbeit der Nutzer deutlich und zeigt im Umkehrschluss, dass ohne eine solche aktive Beteiligung der Nutzer, dass Web 2.0 überhaupt nicht funktionieren würde.

2.2 Inhalte und Formen im Internet

Im Internet kann auf viele Arten kommuniziert werden. Kommunikator und Rezipient nehmen je nach Nutzungs- und Kommunikationsmöglichkeit unterschiedliche Positionen ein. Döring teilt Sender und Empfänger jeweils in zwei Gruppen und benennt diese kommunikativen Internet-Dienste in *zeitversetzte* (asynchrone) und *zeitgleiche* (synchrone) *Dienste*.

Tabelle 1: Klassifizierung von Internet-Diensten nach Döring

Zeitversetzt / asynchron	Zeitgleich / synchron
E-Mail → senden und empfangen	Chat → diskutieren
Mailinglisten, Datenbanken → herunterladen	Chat-Channels/Rooms → chatten, cam-chatten
Newsgroups → informieren	MUD's, Computerprogramms → unterhalten
WWW-Seiten → surfen, informieren, unterhalten	Neuere Dienste → Internet-Telefonie, Videokonferenzen, Radio

Quelle: eigene Darstellung, vgl. Döring 2003 nach Welker 2001, S.59.

Zeitversetzte Internet-Dienste: Zeitversetzte Botschaften wie Emails werden aufgeschrieben und mit zeitlicher Verzögerung an eine Person gesendet. Diese kann sofort oder auch zu einem späteren Zeitpunkt abgerufen werden. Besonders Vorteilhaft ist hierbei die Kommunikationsfreiheit von Sender und Empfänger. Dadurch sind beide Kommunikationspartner weder räumlich, noch zeitlich voneinander abhängig.

Zeitgleiche Internet-Dienste: Bei zeitgleiche Kommunikation wird von beiden Kommunikationspartnern gleichzeitiges aktiv sein vorausgesetzt. Dadurch entsteht ein wechselseitiger Kommunikationsfluss und ermöglicht eine unmittelbare Rückkopplung bzw. ein Feedback. Diese Form kommt der face-to-face-Kommunikation sehr nahe, nur dass Sender und Empfänger räumlich getrennt sind und mittels Computer kommunizieren (vgl. Döring, 2002, S. 34).

Aus den Ergebnissen einer Online-Studie des ARD/ZDF im Jahr 2009 geht hervor, dass E-Mail, Chat und Internetforen zu den am häufigsten genutzten Internetanwendungen gehören. 82 Prozent der Befragten gaben an, wöchentlich über E-Mails zu kommunizieren. Ein Viertel

der Internetnutzer sind aktiv auf Gesprächsforen, Newsgroups und Chats (vgl. Busemann/Gscheidle, 2009, S. 356).

Folgend sollen nun die Wichtigsten Internetanwendungen aus dieser Studie kurz erläutert werden.

E-Mails

Das E-Mail zählt mit Abstand zu den wichtigsten und beliebtesten Diensten im Internet. Denn in kürzester Zeit werden relativ zuverlässig Botschaften übermittelt. Sender und Empfänger besitzen jeweils eigene Emailadressen und sind zeitversetzt überall wo es einen Internetanschluss gibt, erreichbar. Neben der privaten, als auch beruflichen zwischenmenschlichen Kommunikation via E-Mail, dienen Mails auch der Informationsverwaltung. So ist es z.B. möglich, Datenbanken oder Bestellungen per Mail abzuwickeln (vgl. Döring, 2003, S. 36f).

Foren

Das sind Plattformen, auf denen eine Diskussion mit vielen Teilnehmern ermöglicht wird. Meist verfolgen Foren ein bestimmtes Thema, über das gemeinsam über sogenannte Postings diskutiert wird. Ein Diskussionsstrang zu einem bestimmten Thema wird *Thread* genannt. Der Administrator verwaltet das Forum, das Layout der Nachrichten, sowie die inhaltliche Struktur und sieht zu, dass die Diskussionsrunden gesittet ablaufen. Dieser kann nämlich Beiträge oder sogar Teilnehmer löschen. Die klassischen Webforen besitzen eine hierarchische Struktur, um die Antworten auf die Beiträge zeitlich zu ordnen (vgl. Stieglitz, 2008, S. 95).

Newsgroups

Newsgroups sind ebenfalls Internetforen, auf denen man sich zu definierten Themen austauschen kann. Allerdings mit dem Unterschied, dass die Beiträge an einen *Newsserver* geschickt und von dort aus wiederum weiteren Nutzern zur Verfügung gestellt werden können. Diese öffentlich zugänglichen Informationen müssen sich daher aktiv besorgt werden. Es gibt zwei Gruppen von Nutzern, diejenigen Personen, die nur Beiträge lesen, ohne selbst welche zu verfassen (das macht die größere Gruppe aus) und diejenigen Personen, die

eigene Beiträge verfassen. Klare Vorteile sind, dass trotz kleinerer Newsgroups tausende Nutzer wenigstens mitlesen. Offiziell gibt es allerdings keine Regeln und keinen Administrator, weswegen oftmals streitige Diskussionen entstehen (Vgl. Klau, 1998, S. 435).

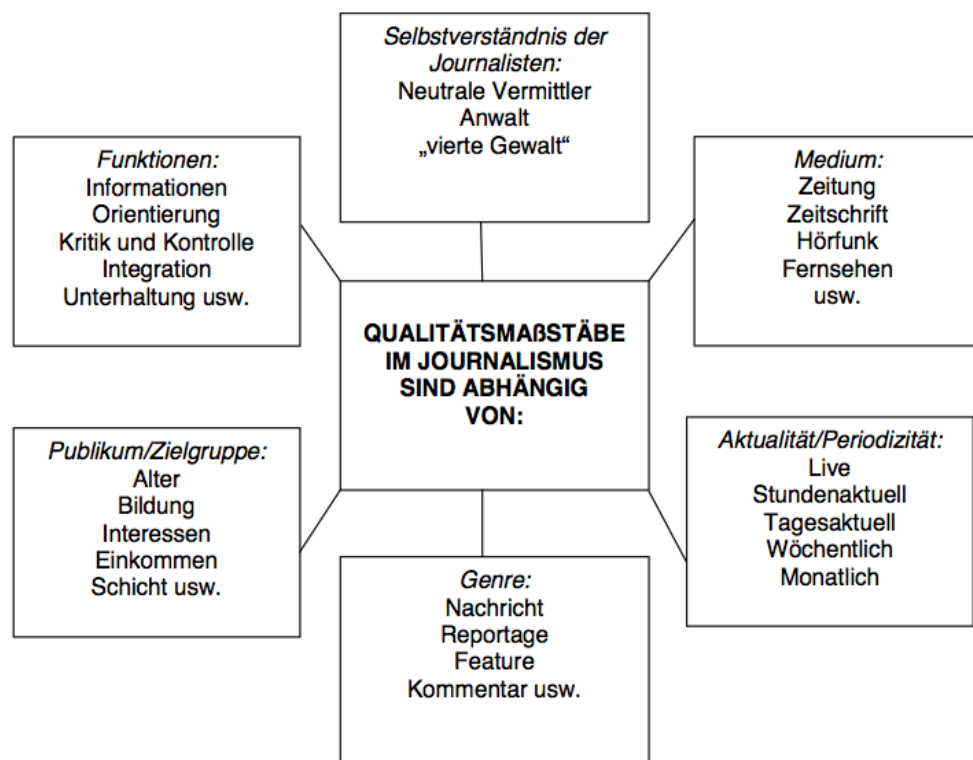
Chats

Der Chat ist eine Internetplattform, auf der zwei und mehrere Personen synchron und textbasiert miteinander kommunizieren können. Chatten meint das englische Wort für plaudern. Damit ist also eine Plauderei gemeint, bei der die Teilnehmer zeitgleich vor dem Computer sitzen. Durch die unmittelbare Kommunikation können die Personen direkt aufeinander reagieren. Um Missverständnisse zu umgehen, gibt es spezielle Regeln, die auch *Chatiquette* genannt werden. Für einen Chat muss man sich anmelden und man verwendet dafür meist einen erfundenen Nicknamen, also nicht den eigenen richtigen Namen. Stimmungen und Gefühlslagen werden oft durch sogenannte Smileys bzw. Emoticons ausgedrückt (Döring, 2003, S. 95).

2.3 Qualität von Inhalten

Qualität ist etwas nicht Fassbares und hängt von vielen Faktoren ab wie dem Medium selbst, der Zielgruppe, dem Genre und natürlich der Quellenlage. Ebenso wichtig ist die Intention des Journalisten, was dieser damit erreichen möchte. Da es für Qualität keinen Maßstab gibt, hat sich Ruß-Mohl näher damit beschäftigt und sechs Variablen aufgestellt:

Abb. 1: Qualitätsvariablen nach Ruß-Möhl



Quelle: „Qualitätsmaßstäbe im Journalismus“, Ruß-Möhl, 1992, S. 85

Er macht außerdem darauf aufmerksam, dass die einzelnen Variablen auf die jeweiligen Inhalte abgestimmt werden müssen und betont, dass es nicht „die Qualitätskriterien“ gibt (vgl. Ruß-Möhl, 1992, S.85).

Auch Schatz und Schulz sind der Meinung, dass es bestimmte Qualitätskriterien gibt, nach denen man sich richten kann und sich so journalistische Qualität sicherstellen lässt:

- ♣ *Vielfalt:* Damit ist eine vielfältige bzw. abwechslungsreiche Berichterstattung gemeint, die u.a. durch Meinungsvielfalt gekennzeichnet ist.
- ♣ *Rechtmäßigkeit:* Diese wird unter Journalisten meist als Selbstverständlichkeit verstanden, da rechtliche Verstöße nicht selten auftreten. Weiters kann sie auch mit Richtigkeit verglichen werden.
- ♣ *Professionalität:* Damit ist die inhaltliche und gestalterische Professionalität von

Texten gemeint, die nach journalistischen Grundsätzen ablaufen soll.

- ♣ *Akzeptanz*: Die Erwartungen und Ansprüche des Publikums sollen erfüllen werden um Akzeptanz zu erreichen.
- ♣ *Relevanz*: Diese meint die Wichtigkeit der Information für das Publikum (vgl. Schatz et al., 1992, S. 693-696).

2.3.1 Qualitätssicherung

Basierend auf den Qualitätsvariablen hat Stephan Ruß-Mohl sieben Thesen zur Qualitätssicherung generiert:

1. *„Auf der Makroebene betrachtet, ist die Vielfalt der Qualitäten ein Qualitätsmerkmal von Journalismus.“ (Ruß-Mohl, 1994, S. 21)*

Damit macht er darauf aufmerksam, dass sich Journalisten bzw. Medienfachleute mit der Qualitätssicherung auf der gesamten Medienebene beschäftigen sollen und sich nicht nur auf einzelne, journalistische Produkte beziehen sollen.

2. *„Dem Journalismus und der publizistischen Qualitätssicherung wäre es bereits gedient, wenn der Journalismus- und Medienkritik in den Feuilletons (der Medien) ein vergleichbarer Stellenwert eingeräumt würde wie der Kunst- sprich: der Musik-, Theater- und Literaturkunst.“ (Ruß-Mohl, 1994, S. 22)*

Journalismus erfordert Kreativität und ist nicht nur auf objektive Bewertungsmaßstäbe zu reduzieren. Daher sollte dieser nicht nur als Handwerk, sondern viel mehr als Kopfwerk oder auch Kunstwerk bezeichnet werden.

3. *„Am Publikumsgeschmack vorbei lässt sich Qualität nicht sichern.“ (Ruß-Mohl, 1994, S. 22)*

Das Publikum und dessen Wünsche spielen eine zentrale Rolle. Daher sind Einschaltquoten, Auflagen und erreichte Zielgruppen immer noch wichtige Indikatoren für die Qualitätssicherung.

4. *„Auch in der publizistischen Qualitätssicherung gilt, dass man nur Vergleichbares miteinander vergleichen sollte.“ (Ruß-Mohl, 1994, S. 23)*

Passender könnte es das Sprichwort: „Man kann Äpfel nicht mit Birnen vergleichen“ nicht treffen. Man muss doch Unterschiede machen, wenn man korrekt vergleichen will. Beispielsweise kann man nicht eine Qualitätszeitung mit einem Boulevardblatt vergleichen.

5. *„Qualitätssicherung ist ein Problem des effizienten Umgangs mit knappen Ressourcen“. (Ruß-Mohl, 1994, S. 23)*

Auch im Journalismus darf es an ökonomischen Denken nicht fehlen. Bezogen auf das journalistische Publizieren hat Qualität ihren Preis und soll gewinnbringend sein. Es darf eben nicht heissen, dass immer mehr auch immer besser heisst.

6. *„Journalisten, die aufklären wollen, sollen auch rechnen können.“ (Ruß-Mohl, 1994, S. 25)*

Journalistisches Arbeiten muss immer in ökonomischen Kontext betrachtet werden.

7. *„Ein wesentlicher Beitrag zur publizistischen Qualitätssicherung ist und bleibt, dass Journalisten und Publizisten selbst viel lesen – und zwar nicht nur Konkurrenzprodukte, sondern gelegentlich auch einmal ein Sachbuch oder einen wissenschaftlichen Aufsatz.“ (Ruß-Mohl, 1994, S. 27)*

Für die Verfasser von journalistischen Werken ist es wichtig, sich laufend weiterzubilden, sei es durch lesen oder Radio hören. Dadurch wird der Schreib- und Sprachstil verbessert und das wirkt sich wiederum positiv auf die Berichterstattung aus (vgl. Ruß-Mohl, 1994, S. 21ff).

Diese sieben Thesen zeigen deutlich, dass es sich bei der Qualitätssicherung um einen Produktionsprozess handelt, der auf Dauer angelegt ist und darf daher keinesfalls als einmalige Aufgabe angesehen werden (vgl. Ruß-Mohl, 1992, S.86). Derselben Meinung ist auch Meiden- und Kommunikationsforscher Hans Fabris. Auch er beschreibt die Qualitätsforschung als einen Prozess, in den sowohl gesellschaftliche Rahmenbedingungen, als auch das individuelle Medienhandeln der Akteure, als wichtige Faktoren für den gesamten

Herstellungs- und Rezeptionsprozess miteinfließen (vgl. Fabris, 2001, S. 52).

2.3.2 Ebenen der Qualitätssicherung

Wie im vorangegangenen Kapitel bereits erwähnt wurde, muss man für die Qualitätssicherung auch die gesellschaftliche Rahmenbedingungen beachten. Nach Huber können diese auf allen Ebenen des journalistischen Systems einwirken:

1. Qualitätssicherung auf der Akteursebene durch Professionalisierung

Durch die Professionalisierung kann die Autonomie des journalistischen Systems vergrößert werden. Dies setzt eine geregelte und fundierte Aus- und Weiterbildung voraus und treibt eine Professionalisierung voran.

2. Qualitätssicherung auf der Institutionsebene durch redaktionelles Marketing und Management

In das redaktionelle Konzept werden grundlegende Kenntnisse aus der Betriebswirtschaftslehre integriert. Hierfür werden auf die Bedürfnisse und Wünsche des Publikums eingegangen mit dem Ziel, die vorhandenen Ressourcen möglichst effektiv und effizient zu nutzen.

3. Qualitätssicherung und Ethik auf der Mediensystemebene

In der Kommunikationswissenschaft gibt es zwei Ansätze zur Ethik im Journalismus: den normativ-ontologische Ansatz und den empirisch-analytische Ansatz. Dem normativ-ontologischen Ansatz gilt die Wahrheit als höchster Maßstab, orientiert man sich am Individuum und sucht nach allgemein gültigen Verhaltensregeln. Beim empirisch-analytischen Ansatz hingegen geht man davon aus, dass Ethik nur im Systemzusammenhang gültig ist, sich von einheitlichen Moralvorstellungen abwendet und soziale Bedingungen und Verhältnisse die Werte und Normen bestimmen.

4. *Qualitätssicherung auf der Rezipientenebene*

Auf dieser Ebene stehen die Wünsche und Erwartungen an erster Stelle. Man orientiert sich vor allem am kritischen Publikum bzw. den Lesern. Diese sind es nämlich, die das jeweilige Medienangebot hinterfragen, oft verweigern und dadurch die Qualität im Journalismus beeinflussen. Direkt daran anzusetzen ist die große Herausforderung, um ein zufriedenes Publikum zu erreichen.

5. *Qualitätssicherung auf der Ebene der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen durch Politik und Wirtschaft*

Der Journalismus steht immer in wechselseitiger Abhängigkeit mit der Politik und Wirtschaft. Alle Bereiche beeinflussen sich gegenseitig und macht sich bemerkbar in der journalistischen Arbeit (vgl. Huber, 1998, S. 80ff).

2.3.3 Vertrauen in Inhalte aus dem Internet

Aufgrund der unüberschaubaren Vielzahl an Kommunikationsangeboten im Internet stellt sich die Frage, welchen Inhalten man überhaupt vertrauen kann. Medieninhalte sind jene Güter, bei denen oft Informationssymmetrien entstehen. Dies kann aufgrund von unvollständiger Information entstehen und hat zur Folge, dass das beabsichtigte Handeln z.B. der Kauf nicht eintritt. Daher zählen Medieninhalte zu Erfahrungsgütern und im besten Fall sind es Vertrauensgüter (vgl. Schulz/Held, 2007, S. 10, zit. n. Heinrich 2002, S. 39).

Wenn Medienprodukte als Vertrauensgüter anerkannt werden, dann äußert sich das in deren inhaltlicher Qualität, die man auf den ersten Blick nicht direkt erkennen kann. Es geht dann um Faktoren, die mit der Entstehung des Produktes zu tun haben. Das sind bspw. journalistische Grundsätze, verschiedene Quellenangaben, objektive Darstellung, kommerzieller Interesseneinfluss uvm.

Umgekehrt kann auch der Fall eintreten, dass Vertrauen erst einmal aufbauen muss. Dies geschieht dann, wenn Informationen fehlen. Auf den ersten Blick hört sich das verwirrend an und man stellt sich die Frage, wie ein solches Vertrauen überhaupt erst aufgebaut werden kann? Eine mögliche Antwort ist die Reputation der Anbieters. Marken schaffen Vertrauen

und stärken die Reputation des Unternehmens (vgl. Schulz/Held, 2007, S. 11, zit. n. Meffert et al. 2002, S. 6ff). Vergleicht man verschiedene Medienangebote, wird man auf neue Quellen aufmerksam und so wird durch Zitieren und weitere Empfehlungen die Reputation ebenfalls gefördert. So entsteht mit der Zeit ein Vertrauen in das Produkt, Unternehmen, Organisation. Natürlich existieren viele Angebote im Internet, dessen Anbieter unklar sind (trotz Offenlegungspflicht) wie etwa Wikipedia (vgl. Schulz/Held, 2007, S.11).

„Die Fähigkeit, die Masse und die Komplexität der Informationen für den eigenen Bedarf zu reduzieren, ist ein wesentlicher Teil von Medienkompetenz, die in der heutigen Gesellschaft unverzichtbar geworden ist. Dazu braucht es vertrauenswürdige Anbieter“ (Schulz/Held, 2007, S. 14).

3. Gesundheitskommunikation im Internet

Mit der Veröffentlichung der ersten medizinischen Inhalte im Internet 1993, stieg das Interesse anfangs eher zaghafte. Erst im letzten Jahrzehnt hat sich die Gesundheitskommunikation verstärkt im Netz etabliert. Da sich immer mehr Menschen über Gesundheitsthemen informieren wollen, vielleicht auch aus Gründen, weil diese nicht mehr den natürlichen Weg zum Arzt tätigen können oder wollen, steigt die Anzahl an Gesundheitsseiten im Internet. Das ist nicht verwunderlich, denn das Internet ermöglicht es, Botschaften stärker an den Bedürfnissen Einzelner anzupassen, interaktiv zu gestalten und so das Wirkungspotenzial interpersonaler Kommunikation mit massenmedialer Reichweite zu verknüpfen (vgl. Rossmann, 2010).

„Die vielfältigen Gesundheitsangebote können Nutzer in ihrem Umgang mit Krankheiten stärken und somit ein ausgeglicheneres Arzt-Patienten Verhältnis schaffen.“ (Rossmann, 2010).

Dieses Zitat macht deutlich, welche positiven Folgen die Gesundheitskommunikation im Internet haben kann. Umgekehrt erklärt Rossmann, dass es daneben aber auch Schattenseiten gibt. In den Inhalten machen sich Qualitätsunterschiede bemerkbar. Dies wiederum kann sich negativ auf das Gesundheitsverhalten und -zustand der Rezipienten auswirken.

Allgemein betrachtet umfasst Gesundheitskommunikation im Internet somit alle internetbasierten Anwendungsmöglichkeiten, die individuell kommuniziert und ausgetauscht werden können. Anders ausgedrückt kann dies auch als massenkommunikative Bereitstellung von Gesundheitsinformation definiert werden. Aus technischer Hinsicht gelten auch in der Gesundheitskommunikation die allgemein gültigen Eigenschaften des Internets: Hypertextualität, Interaktivität, Aktualität und Überwindung räumlicher Grenzen (vgl. Rossmann, 2010, S. 338).

Eine Ärztin beschreibt mit folgendem Zitat die Relevanz von Gesundheitskommunikation im Internet aus eigener Erfahrung: *„Das Internet ist das einzige Medium, in dem die Patienten*

mehr Informationen erhalten können als beim Arzt“ (Schmid/Wang, 2003, S. 2134).

Im Zusammenhang mit Gesundheitskommunikation im Internet stösst man immer wieder auf den Begriff von E-Health oder eHealth, aber eine klar abgegrenzte Definition ist kaum zu finden (vgl. Bonfadelli/Kristiansen, 2011, S. 5, zit. n. Rossmann, 2010, S. 340). In der Schweiz wurde dieser Begriff umstritten diskutiert und *eHealth Suisse*, ein Koordinationsorgan für Gesundheitsportale, hat folgenden Definitionsversuch gestartet:

Ehealth als „(...) den integrierten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Prozesse und Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Gesundheitswesen.“ (BAG, 2007, S.12).

3.1 Begriffliche Definitionen

Folgende Begriffe werden nun definiert und erklärt, da das Verständnis dieser Begriffe notwendig ist und sich durch die gesamte Arbeit einheitlich ziehen soll.

3.1.1 Gesundheit

Die Gesundheit ist das wichtigste Gut der Menschen. Krankheit und die daraus resultierenden Einschränkungen beeinträchtigen die Lebensqualität der Individuen, wie kaum ein anderer Zustand.

Wenn es um Gesundheit und Krankheit geht, muss in der Begrifflichkeit unterschieden werden. Auch wenn es sich um Gesundheit dreht, werden oft nur Merkmale von Krankheit erläutert. Beschäftigt man sich nämlich intensiv mit der richtigen Bedeutung von Gesundheit, verlagert sich der Fokus. Gesundheit bedeutet dann neben dem Körperwohlbefinden auch dessen Rahmenbedingungen mit zu berücksichtigen. Wie sich Gesundheit verhält hängt nämlich mit den gleichgewichteten physiologischen, genetischen, psychisch, sozialen und biographischen Faktoren zusammen, die auf sie einwirken (vgl. Schnabel/Bödeker, 2012, S. 62).

Derselben Meinung ist auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und schreibt in ihrer Konstitution: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of diseases and infirmity*“ (WHO, 1964, S.1).

All diese Faktoren sind mehr oder weniger beeinflussbar, spielen aber am Ende alle zusammen. Gesundheit ist daher nicht nur ein Zustand, sondern viel mehr ein Prozess über die Auseinandersetzung des eigenen Körpers in den unterschiedlichen Lebenssituationen und seinen Anforderungen.

So sieht das auch der Gesundheitswissenschaftler Klaus Hurrelmann: „(...) *dass Gesundheit als lebensgeschichtlicher Entwicklungsprozess und als ständiges individuelles Bemühen um die Koordination von inneren und äußeren Anforderungen aufgefasst werden müsse*“ (Hurrelmann, 2006, S. 7).

Gesundheit ist also etwas, um das man sich ein Leben lang kümmern muss und weitere Bereiche wie berufliche und materielle Absicherung, Anerkennung, soziale Bedürfnisse miteinschließt. Die Abstinenz von Krankheit reicht daher nicht aus, um von Gesundheit als Ganzes zu sprechen (vgl. Trojan/Legewie, 2000, S.).

Von dem Wissen über Gesundheit einerseits und der Durchführung bzw. dem Erhalt auf der anderen Seite, wird derzeit noch das größte Problem gesehen. Da Kommunikation sich in dieses neue Bedürfnisgebilde einfügt und sich durchsetzen muss. Kommunikation wurde daher im Gesundheitsbereich als bislang noch als unterschätztes Medium gesehen und nun aber mehr und mehr eingesetzt. Beispielsweise als neues Werkzeug des Management in medizinischen Einrichtungen und Institutionen (vgl. Schnabel, 2001, S. 76)

Verknüpft man nun diesen Gedanken mit dem Dreieck der Gesundheitskommunikation (Kapitel 3.1.3), lassen sich ganz schnell Parallelen ziehen. Kommunikationskonzepte in das Gesundheitswesen einzubauen und mit dem Wissen um die Bedürfnisse der Menschen bzw. der Patienten, klingt das nach einem innovativen Plan. Mal sehen wie es mit der Theorie weitergeht, bevor es später zu genau so einem Vorhaben geht.

Ein weiterer interessanter Aspekt ist der Umgang mit Gesundheit und wie die Erziehung uns von Beginn an in diese Richtung geprägt hat. Die Gene spielen nur eine sehr begrenzte Rolle und somit rückt die soziale Umwelt in den Vordergrund. Das bedeutet, dass wir den Großteil an

krankheits- und gesundheitsbestimmender Faktoren sozial erlernen, Umgangsformen über Krankheit habitualisieren oder sozial vererbt bekommen. Davon ausgehend bestimmen wir dann unbewusst, wie wir später mit Belastungen und Bewältigungsstrategien umgehen. Entscheidend in dieser Hinsicht ist natürlich auch die Kommunikation, denn diese bestimmt später mit, wie verletzlich Menschen sind und wie man mit Belastungen umgeht (vgl. Bauer/Bittlingmayer/Richter, 2008).

Derselben Meinung sind auch Schnabel und Bödeker. Sie sagen, dass das Wissen um Risiken und Ressourcen, die seelische Verfassung und das Gesundheitsverhalten bzw. -handeln erlernbar und deshalb im Mittelpunkt aller vorbeugenden und nachsorgenden Bemühungen stehen sollte (vgl. Schnabel/Bödeker, 2012, S. 63).

3.1.2 Compliance

Ist der Mensch nicht gesund, werden meist Medikamente eingenommen, um den Heilungsprozess voranzutreiben und Schmerzen zu mindern. Die Medikation ist daher eine Therapieform und wird je nach Krankheitsgrad und Patienteneinstellung unterschiedlich verordnet und eingehalten. Hier kommt der Begriff der *Compliance* zum Vorschein. Darunter versteht man nämlich die Therapietreue in Bezug auf die Einnahme eines Medikamentes. Gemeint ist damit auch das kooperative Verhalten des Patienten hinsichtlich ärztlicher Ratschläge. Der behandelnde Arzt trägt einen Großteil zur Compliance bei.

Aus Studien der Universität Freiburg geht hervor, dass Compliance mit steigendem Alter zunimmt und sich tendenziell besser bei Frauen entwickelt.

Die folgende Tabelle veranschaulicht die Faktoren, wie sich Compliance hinsichtlich Patient, Krankheit, Therapie und Arzt verhält.

Tabelle 2 : Faktoren, die Compliance beeinflussen

	Patient	Krankheit	Therapie	Arzt
Compliance erhöht sich	- Allgemeine Überzeugung einer Krankheitsanfälligkeit - Anfälligkeit der Krankheit wird erkannt - Ernsthaftigkeit des Leidens wird erkannt - Glaube an die Wirksamkeit der Therapie - Zufriedenstellung mit der medizinischen Betreuung - Familiäre Unterstützung im Befolgungsverhalten	- Akutheit herrscht - Leistungsfähigkeit ist deutlich eingeschränkt	- Patient wird in seinem Alltag kaum eingeschränkt - Therapieform ist klar definiert - Stationäre Versorgung	- Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten werden miteinbezogen - Terminvereinbarungen werden individuell auf den Patient abgestimmt - Aufklärungsgespräche vor der Behandlung

	Patient	Krankheit	Therapie	Arzt
Compliance wird herabgesetzt	- Auffassungs- vermögen und Merkfähigkeit sind eingeschränkt - Erwartungen hinsichtlich der ärztlichen Betreuung werden enttäuscht - Angst vor Nebenwirkungen und Abhängigkeit der Medikation - Zweifel bezüglich der Therapieform	- (Noch) keine Symptome sind vorhanden - Chronische Erkrankungen - Sehr viele Symptome sind vorhanden	- Massive Verhaltensänderung en werden verlangt - Therapieform ist zu komplex - Lange Therapiedauer - Ambulante Versorgung - Unerwünschte Nebenwirkungen	- Autoritärer Behandlungsstil - Lange Wartezeit vor der Behandlung - Schlechte Patientenaufklärung

Quelle: Eigene Darstellung, vgl. Schäfer et al. 2000.

Da Compliance immer mehr Anerkennung auch im nationalen Raum findet und sich auch die Institution mehr damit beschäftigen, gibt es eine Reihe an praktischen Maßnahmen, um den Erfolg von Compliance zu erhöhen:

- ⤴ Therapiemaßnahmen müssen inhaltlich fixiert und für den Patienten verständlich verfasst werden, um keine Zweifel aufkommen zu lassen.
- ⤴ Die Therapieform muss bestmöglich in den Tagesrhythmus des Patienten integriert

werden.

- ♣ Um die Medikation kontrollieren zu können und somit einen bessern Erfolg der Therapie zu gewährleisten, eignet sich ein „Medikamenten- bzw. Einnahmetagebuch“.
- ♣ Familiäre Unterstützung ist ganz wichtig für Patienten und daher sehr wichtig, dass Angehörige in diagnostische und therapeutische Maßnahmen miteinbezogen werden.
- ♣ Auch kleinere, umsetzbare Therapieziele festlegen und schrittweises Vorgehen wählen.
- ♣ Regelmäßiges Feedback des Arztes durch Begutachtung des Einnahmetagebuches, regelmäßiges Nachfragen des Patientenzustandes und Hausbesuche.
- ♣ Kommunikationsstil an die Patienten anpassen und sich auf seinen subjektive Krankheitshintergrund einlassen, um sorgfältige und erfolgreiche Aufklärungsarbeit zu leisten (vgl. Schäfer et al. 2000).

3.1.3 Gesundheitskommunikation

Der deutsche Verein „Gesundheitskommunikation e.V.“ versteht Gesundheitskommunikation wie folgt:

„...die von Privatpersonen und Professionellen unternommenen Anstrengungen, die Botschaft der Gesundheit (insbes. Der Krankheitsbewältigung, Krankheitsvermeidung und Gesundheitsförderung), auf allen wichtigen Ebenen (Individuum, Organisationen, ganzen Gesellschaften), durch den Einsatz zielführender Strategien (Beratung, Organisationsentwicklung, aufklärende und informierende Kampagnenrealisierung), und unter Verwendung geeigneter Medien (Buch, Presse, Funk Fernsehen, Internet) zu verbreiten.“ (Gesundheitskommunikation, 2013)

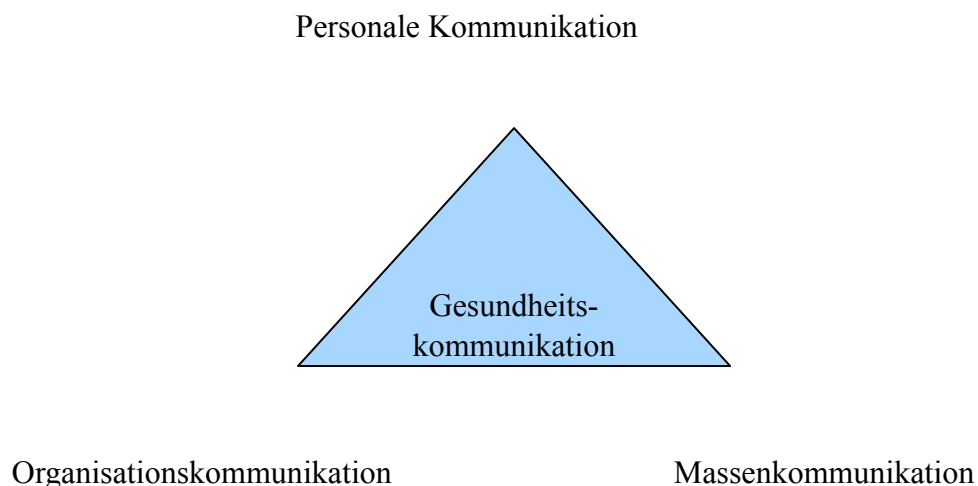
Das ist eine sehr detaillierte Definitionen und zeigt genau, wie tief Gesundheitskommunikation greift und welche Bereiche wichtig sind. Sie gehen sogar soweit, dass sie Einstellungen und Verhaltensweisen von Menschen beeinflussen sollen, um selbstbestimmt zu handeln. Des Weiteren nennt der Verein drei zentrale Bereiche der Gesundheitskommunikation. Nämlich in die personale Kommunikation, die Organisationskommunikation und die Massenkommunikation.

Personale Kommunikation: Damit ist die zwischenmenschliche Kommunikation zwischen Arzt und Patient, sowie unter den Ärzten und dem Pflegepersonal gemeint. Eine wichtige Rolle spielt hier auch die *Compliance*. Damit ist die Therapietreue gemeint und darunter versteht man die Persönlichkeitsmerkmale der Patienten. Versteht man diese, ist das sehr förderlich für die partnerschaftlich-verbindliche Beziehung zwischen Patient und Therapeut bzw. Arzt. Dies wiederum schafft Vertrauen unter den Beteiligten.

Organisationskommunikation: Interne und externe Kommunikation müssen Hand in Hand funktionieren, denn diese ist entscheidend für den reibungslosen Ablauf in der Organisation als auch für ein gutes Arbeitsklima unter den Mitarbeitern.

Massenkommunikation: Eine wichtige Rolle gilt den Medien, denn diese verbreiten überhaupt erst die gesundheitsrelevanten Themen an die breite Öffentlichkeit.

Abb. 2: Dreieck Gesundheitskommunikation



Quelle: eigene Darstellung, vgl. Kommunikationsgestaltung, 2013.

Alle drei Bereiche sind elementar und stehen in derselben Beziehung zueinander. Denn nur so schafft es die Gesundheitskommunikation, wie im Zitat bereits genannt und in der Abbildung deutlich gemacht, ihre Botschaft der Gesundheit erfolgreich zu verbreiten (vgl.

Kommunikationsgestaltung, 2013).

Gesundheitskommunikation bedeutet daher mehr als nur das Reden über Krankheit. Das finden auch die Autoren Peter Schnabel und Malte Bödeker, die sich beide an der Universität Bielefeld näher mit dieser Materie auseinandergesetzt haben. Sie haben einen Unterschied in der Formulierung festgestellt und gehen soweit, ihn als *Irreführung* zu bezeichnen. Dies begründen sie darauf, dass wenn von Gesundheitskommunikation gesprochen wird, viel mehr die Fragen von Krankheit in den Vordergrund rücken. An was leiden sie? Was für Schmerzen haben sie? Risikofaktoren, Beschwerden usw.... all diese negativen Faktoren sind entscheidend. Es müsste also eher Krankheitskommunikation heißen. Doch für all jene, die aus der Kommunikationsbranche kommen wissen, dass solch negativ konnotierte Namen auch negative Assoziationen hervorrufen. Und weil es nun ein mal Gesundheitskommunikation heisst, sind die Autoren der Meinung, dass sich dieses Forschungsfeld viel mehr auf die *Gesundheit* fokussieren und eine Verbesserung der *public health*¹ anstreben sollte. Für sie gibt es daher eine klare Abgrenzung zwischen Krankheits- und Gesundheitskommunikation (vgl. Schnabel/Bödeker, 2012, S. 43-44).

Wie bereits erwähnt wurde, muss man Gesundheit immer im Kontext zu seiner sozialen Umwelt betrachten. Daher ist es auch Aufgabe der Gesundheitskommunikation, zwischen den unterschiedlichen Interessen der Ökonomie, Politik, Ethik und Medizin zu vermitteln. Das soll folgende Tabelle veranschaulichen (vgl. ÖAPG, 2008, zit. n. Roski, 2009).

Tabelle 3 : Dimensionen und Ziele von Gesundheitskommunikation

Gesundheitspolitische Ziele	Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems gewährleisten - Effizienz, Effektivität und Qualität medizinischer Versorgung steigern - Durch Kommunikation und Vernetzung die Organisation im Gesundheitswesen verbessern - Präventionsmaßnahmen fördern
Gesundheitsökonomische Ziele	Wirtschaftlichkeit ganzheitlich verbessern - Patientenorientierung intensivieren - Markt- und Wettbewerbsfähigkeit erhöhen - Kosten reduzieren
Soziale und medizinische Ziele	Versorgungsqualität für persönliche Gesundheit gewährleisten - Informationsaufbereitung, Beratung, Aufklärung in der öffentlichen Kommunikation - Prävention und Gesundheitsförderung - Diagnosenstellungen, partizipative Therapieentscheidungen, Compliance und Krankheitsbewältigung verbessern - Patienten Empowerment

Quelle: Eigene Darstellung, zit. n. Roski, 2009, S. 4-8.

3.2 Entwicklung und Bedeutung des Forschungsfeldes

Die Gesundheitskommunikation findet ihre Ansätze in den USA. So wurde 1975 eine Abteilung für Health Communication innerhalb der International Communication Association (ICA) gegründet. Das erste Lehrbuch wurde 1984 von Kreps und Thornton veröffentlicht und trug den Titel *Health Communication. Theory and Practice*. Fünf Jahre später erschien auch die erste empirisch-wissenschaftliche Fachzeitschrift Health Communication und ein Jahr später wurde bereits das erste universitäre Institut für Health Communication Research in Sacramento, Kalifornien errichtet.

In Europa entwickelte sich das Forschungsfeld erst viel später. Das erste Sammelwerk zur Gesundheitskommunikationsforschung enthielt Publikationen von Jazbinsek 2000 und Hurrelman & Leppin 2001. Kurze Zeit später erschien auch das erste Themenheft *Medien und Kommunikationswissenschaft*, allerdings mit Studien aus medien- und kommunikationswissenschaftlicher Perspektive. Bis dahin fand man Gesundheitskommunikation lediglich als Teildisziplinen in verschiedenen Bereichen wie der Medizin, Soziologie oder den Gesundheitswissenschaften. Erst 2009 publizierte Roski das erste Sammelwerk mit dem Fokus auf zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Von da an etablierte sich das Forschungsfeld nach und nach. Erste Webseiten wie das *Netzwerk für Medien und Gesundheitskommunikation* und auch Studiengänge an den Universitäten sowie Weiterbildungsmöglichkeiten wurden errichtet.

Da es sich um ein recht junges Forschungsfeld handelt, sind die Grenzen noch nicht klar abgesteckt. Durch die Zusammenarbeit mit verschiedenen Disziplinen haben dazu geführt, dass es keine spezifische und einheitliche Theorie zu Gesundheitskommunikation gibt. Theoretische Grundlagen werden zwar im Rahmen von empirischen Studien aufgefasst, führen aber zu keinem fundierten Grundlagenwissen (vgl. Fromm et al., 2011, S. 22Ff, zit. n. Signitzer, 2001, S. 32).

3.3 Anwendungsfelder der Gesundheitskommunikation im Internet

Um sich einen Überblick über die Dienste der Gesundheitskommunikation im Internet

zumachen, teilt unterscheidet Gitlow vier Anwendungsfelder: Health Content, Health Communities und Health Provision.

1. *Health Content* ist die am weitesten verbreitete Anwendung von Gesundheitsangeboten im Internet. Dazu gehören Internetdienste, die Wissen und Informationen über gesundheitsrelevante Themen verbreiten. Auf solchen Gesundheitsportalen werden entweder umfassende Informationen zu zahlreichen medizinischen Bereichen bereitgestellt, wie bspw. www.netdokter.de, oder themenspezifische Portale wie z.B. www.rheuma-online.de.
2. *Health Communities* sind soziale Netzwerke, auf denen man sich mit anderen Interessierten über Gesundheitsthemen austauschen kann. Dies findet in sogenannten Diskussionsforen oder Chattrooms statt. Auch virtuelle Selbsthilfegruppen gehören zu diesem Feld. Dies macht die Nutzer zu Produzenten und Rezipienten von Informationen. Oft werden diese Foren von Experten geleitet, um dessen Qualität und Glaubwürdigkeit zu garantieren.
3. *Health Provision* umfasst diejenigen Portale, die einen direkten Austausch zwischen Arzt und Patient ermöglichen. Damit sind virtuelle Arztpraxen wie bspw. Cyberdocs gemeint, die Arzt-Patienten-Interaktionen ermöglichen.

Diese drei Anwendungsfelder unterscheiden sich wesentlich in ihrer Funktionalität und in ihrem Interaktionsgrad. Health Content-Angebote richten sich an passive Rezipienten, die sich lediglich Informationen einholen wollen. Health Communities hingegen sind stark interaktiv ausgerichtet. Jeder kann hier teilhaben und mit anderen kommunizieren und die Nutzer suchen nicht nur nach Information, sondern können ihr Wissen auch weitergeben. Health Provision bedient sich ausschließlich der Interaktivität und macht Ärzte zu Experten, die ihr Wissen an die Patienten weitergeben.

Neben der Funktionalität und dem Interaktionsgrad lassen sich die Gesundheitsangebote auch je nach Interessen, Anbieter und Adressaten klassifizieren. Dies zeigt folgende Tabelle 2 (vgl.

Rossmann, 2010, S.340f).

Tabelle 4: Klassifikationen von Gesundheitsangeboten im Internet

Funktionalität	Interaktivitätsgrad	Anbieter	Interessen	Adressaten
Content	Information (einseitig)	Gesundheitswesen Politik	Kommerziell	Gesundheitswesen Politik
Communities	Interaktion (wechselseitig)	Wissenschaft Medien Laien	nicht- kommerziell (Non-Profit)	Wissenschaft Laien (Öffentlichkeit, Zielgruppen, Betroffene)
Provision	Transaktion (wechselseitig)			

Quelle: Rossmann, 2010, S. 343.

Unter den *Anbietern* sind sowohl kommerzielle, als auch nicht-kommerzielle *Interessengruppen* aus dem Gesundheitswesen wie z.B. Ärzte, Krankenhäuser, Pharmakonzerne, Apotheken; wissenschaftliche Anbieter wie Fachverbände und Forschungsinstitute; Medienunternehmen wie Fernsehsender und Verlage; sowie Privatpersonen und Selbsthilfegruppen (oder die sich als solche zusammenschliessen).

Die verschiedenen Gesundheitsangebote im Internet richten sich auch stets an unterschiedlichen *Adressaten*. Das können Experten mit diagnostisch-therapeutischem oder präventivem Hintergrund sein oder aber auch politische Interessengruppen, die sich mit dem Gesundheitssystem beschäftigen. Immer mehr Angebote richten sich jedoch an eine Laienzielgruppe. Damit ist die allgemeine Bevölkerung gemeint und meist sind es die Betroffenen (Kranke oder dessen Angehörige), die Gesundheitsseiten besuchen.

Alle Akteure dieser Gesundheitsangebote im Internet haben jeweils unterschiedliche Ziele:

- ♣ Informationssuche zur Weiterbildung und Gesundheitsförderung
- ♣ Inhaltlicher Austausch
- ♣ sozialer Kontakt mit Betroffenen
- ♣ Kommerziell: Kunden- und Patientenaquisition, Imageaufbesserung von

Unternehmen, Verkauf von Produkten oder Dienstleistungen (vgl. Rossmann, 2010, S. 343).

3.3.1 Patienten Empowerment

Patienten von Heute suchen nach Information und Aufklärung im Internet und werden so zu Konsumenten von medizinischen Informationen. Sie begeben sich dadurch auf eine souveräne Wissens Ebene mit Experten. Das führt meist unbewusst dazu, dass die Eigenverantwortung der Patienten steigt, auch wenn diese nicht immer gewollt ist bzw. sich Patienten dieser Verantwortung nicht gewachsen fühlen (vgl. Fromm et al. 2011, S. 71, zit. n. Baumann, 2006; Börgel, 2003).

Entscheidungen eigenmächtig zu treffen und selbstverantwortlich als Patient zu handeln wird in medizinischen Angelegenheiten als *Patienten Empowerment* bezeichnet. Damit ist eine Strategie gemeint, welche die Autonomie und Selbstbestimmung des Lebens betrifft, eigene Interessen selbstbestimmt zu vertreten. Empowerment meint aber auch eine professionelle Unterstützung der Menschen, die eigenen Ressourcen bestmöglich zu nutzen. Im übertragenen Sinne bedeutet dies, dass der Patient an den eigenen Behandlungsentscheidungen mitwirkt (vgl. Kiss/Loeb, 2011).

Dies setzt zu einen voraus, dass Patienten bereit sind, selbst nach gesundheitsrelevanten Informationen zu suchen und diese mit den Empfehlungen der Experten bzw. der Ärzte zu kombinieren. Zum anderen bedeutet dies, dass die Informationen der Gesundheitsangebote zugänglich und vor allem vollständig sind. Denn sie bilden die Grundlage der Entscheidungen für die Patienten, ob Unsicherheiten oder Informationsdefizite beseitigt werden oder umgekehrt dadurch erst ausgelöst werden (vgl. Fromm et al. 2011, S. 71f, zit. n. Reuter et al., 2009).

Patienten Empowerment übertragen auf Medieninhalte bedeutet dies:

„Mediale Einflüsse schlagen sich im Rahmen von Entscheidungsprozessen sowohl auf kognitiver als auch auf emotionaler Ebene nieder. Das bedeutet, dass Wechselwirkungen zwischen Individuen, Gesellschaft und gesundheitsbezogenen Medieninhalten bereits auf

verschiedensten Ebenen der Verhaltenssteuerung lokalisiert werden können.“ (Fromm et al. 2011, S. 98).

3.4 Gesundheitsjournalismus

Der Gesundheitsjournalismus versteht sich als eine Teildisziplin der Medizin- und Gesundheitskommunikation. Zum einen meint dies natürlich die journalistische Aufbereitung von Informationsangeboten in öffentlich zugänglichen und aktuellen Medien, mit klarem Fokus auf medizinische und gesundheitsrelevante Themen. Zum anderen liegt der besondere Aspekt im Journalismus und seinem Verständigungsprozess. Informationen müssen verständlich aufbereitet werden und richten sich stark am aktuellen, sozialen und faktenbezogenen Geschehen. Zudem werden bestimmte Inhalte nach bestimmten Regeln ausgewählt, ausreichend recherchiert und routiniert in passenden Formaten dargestellt (vgl. Naverla et al., 2007, S.22).

Durch die derzeitige Entwicklung des Gesundheitsmarktes, die momentane streite Gesundheitspolitik und ein immer stärkeres Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung tragen dazu bei, dass dem Gesundheitsjournalismus eine immer wichtigere Bedeutung zugeschrieben wird. Das schafft Reaktionen in der Medienbranchen durch eine Vielzahl an Ratgeber-Berichterstattung, Zeitschriftenboom und TV-Programme zu gesundheitsrelevanten Themen. Dies stellt die Journalisten vor die Herausforderung, heikle Gesundheitsthemen wie das Behandeln und Vorbeugen von Krankheiten, für die Öffentlichkeit möglichst verständlich zu kommunizieren (vgl. Universität Hamburg, 2013).

Der seriöse Gesundheitsjournalismus versucht ein verlässlicher Ratgeber zu sein. Zum einen geht es dem Gesundheitsjournalismus um die Rettungsperspektive und zum anderen um die Beratungsintention. Gemeint ist damit, was man tun soll, wenn man bereits krank ist und welche Behandlungsalternativen gibt es. Dem gegenüber steht eine starke präventive Ausrichtung, die Chancen und Mittel meint, gar nicht erst zu erkranken. Dazu findet man nicht nur in Apotheken oder beim behandelnden Arzt Informationen, sondern gerade das

Internet liefert unzählige Tipps zur gesunden Lebensführung, Bewegung und Ernährung, um Krankheiten vorzubeugen und die Gesundheit zu fördern.

Es stellt sich natürlich die Frage, wie gesundheitsrelevante Informationen ankommen und anschliessend damit umgegangen wird. An einer Tagung zu „*Gesundheit kommunizieren – Wie erreicht man wen?*“ ist man zu der Antwort gekommen, warum Informationen nicht ankommen und nicht zu gesundheitsförderlichem Verhalten führen, dass dies im starken Maße mit den durchgängigen Mittelschichtbias der Programme, ihrer Angebotsorientierung und mit fehlender Kompetenz oder der Unangemessenheit eingesetzter Motivationsstrategien zu tun hat. Davor ist man davon ausgegangen, dies liege an der Unvernunft und mangelnder Verantwortungsbereitschaft der Menschen. Aufgrund dieser Erkenntnis sieht Schnabel eine Lösung darin, die Programme und die Art ihrer Vermittlung dem Publikum anzupassen. Damit ist im weiteren Sinne gemeint, sich verstärkt den Bedürfnissen der Rezipienten zu orientieren und ein frühzeitiges Verständnis von Vorsorge zu kommunizieren. Damit eben im späteren Lebensverlauf keine schwerwiegenden gesundheitlichen Probleme auftauchen.

Weiters sind die Experten der Tagung zu dem Entschluss gekommen, dass die nachhaltige positive Wirkung gesundheitskommunikativer Maßnahmen neuer Medien stark davon abhängt, Lebens- und Arbeitsverhältnisse so zu schaffen, dass die Menschen motiviert sind und Gesundheit als wertvollstes Gut ihrer Lebensführung anerkennen. Um das zu schaffen bedarf es Überzeugungsarbeit. Man muss den Betroffenen zuhören, um so eine Vertrauensbasis zu schaffen und neue Wege für den Umgang miteinander zu entwickeln (vgl. Schnabel, 2013).

Die Kommunikation spielt in allen Lebenssituationen eine wichtige Rolle. Noch mehr, wenn es um Themen geht, die gesellschaftlich noch eher weniger etabliert sind bzw. aufgrund von Betroffenheit ein bestimmtes Feingefühl voraussetzen. Entwickelt man allerdings dieses Feingefühl, was durchaus erlernbar ist, verknüpft dies mit Empathie und einem dementsprechenden sensiblen Wortschatz, kann dies durchaus zu erfolgreicher Kommunikation führen (vgl. Schnabel/Bödeker, 2012, S. 64).

„Je mehr kommunikative Kompetenzen Menschen im Lebenslauf erwerben, ein umso

selbstbestimmteres, subjektiv befriedigenderes, eigene Bedürfnisse und fremde Erwartungen miteinander in Einklang bringendes und gesünderes Leben können sie führen“ (vgl. Schnabel/Bödeker, 2012, S.64).

Diese Hypothese ist zwar noch nicht überprüft worden, trägt aber großes Potenzial mit sich. Sollte das wirklich zutreffen (und laut Literatur ist dies durchaus möglich), finden wir den Ansatzpunkt bei der Kommunikation (vgl. Schnabel/Bödeker, 2012, S. 64-66). Interessant wäre dann natürlich, ob Menschen mit stark ausgeprägten kommunikativen Kompetenzen auf andere wirken können und so ein gesünderes Leben „weiter vermitteln“ können.

3.4.1 Gesundheitskompetenz

Um die Entscheidungskompetenz der Patienten und der Rezipienten zu verbessern, wie sie im voran gegangenen Kapitel erwähnt wurde, ist es primär wichtig, die Informationen so zu kommunizieren, dass sie für alle Rezipienten verständlich sind. Die Rede ist von Gesundheitskompetenz oder der englische Begriff „health Literacy“, wie sie ebenfalls genannt wird. Sie bezeichnet die Fähigkeit, gesundheitsrelevante und medizinische Informationen und Unterlagen lesen, verstehen und in weiterer Folge in den eigenen Lebenslauf so zu integrieren, dass sie zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise beitragen. Auch die eigene Kompetenz, nämlich Kontext und Wissen so mit der relevanten Information zu verarbeiten, trägt dazu bei, dass Gesundheitsangebote verstanden werden.

In dem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem ist es nun leider so, dass die Informationen oftmals nicht richtig verstanden werden und man sich schnell mit medizinischen Begriffen überfordert fühlt. Auch Lese, Sprach- und Kulturbarrrieren führen dazu, dass Botschaften nicht verstanden und dann einfach ausgeblendet werden. Das kann auch so weit enden, dass Behandlungen scheitern oder auch medizinische Fehler passieren, wenn mit der Information falsch umgegangen wird. Auf Dauer kann sich so natürlich keine Gesundheitskompetenz entwickeln (vgl. Schweizerischer Verband für Weiterbildung, 2013).

Gesundheitskompetenz kann man auch als ein Konzept verstehen, dessen Ziel es ist, dass sich die Individuen der Gesellschaft mit ihrem sozialen Umfeld innerhalb und außerhalb des

Gesundheitssystem gesundheitsbewusst verhalten und umgekehrt auch ihre Umwelt gesundheitsbewusst prägen.

Zu unterscheiden sind drei Ebenen von Gesundheitskompetenz:

1. *Funktionale Ebene:* Lesen und Verstehen der Informationen
2. *Funktionale Ebene:* Informationen sammeln, interpretieren und anwenden
3. *Kritische Ebene:* Kritische Auseinandersetzung mit gesundheitsrelevanten Fragestellungen (vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG, 2013, zit. n. Nutbeam, 2000).

In Europa gibt es derzeit zwar gewisse Initiativen, die sich damit beschäftigen, allerdings keine spezifisch entwickelten Gesundheitskompetenz-Strategien. Daher werden nun folgende Ansätze von den Kollegen aus den USA, Kanada, und Australien angeführt, die sich bislang als erfolgreich erwiesen haben, um das Gesundheitsverhalten von Personen mit Gesundheitskompetenz zu stärken (vgl. Schweizerischer Verband für Weiterbildung, 2013):

- ♣ Vereinfachung der Information und Verwendung von Illustrationen
- ♣ Vermeidung von Fachbegriffen
- ♣ Ermutigung der Patienten zu Fragen (Schweizerischer Verband für Weiterbildung, 2013).

3.5 Der Nutzer von Gesundheitskommunikation im Internet

Nachdem nun die Gesundheitskommunikation im Internet ausführlich beschrieben wurde, stellt sich die Frage nach dem Nutzer und seinem Interesse.

„Der Patient entwickelt sich mehr und mehr zum aktiven, informierten und verantwortlichen Teilnehmer in der Gesundheitsversorgung.“ (Schmid/Wang, 2003, S. 2133).

Inwieweit sich der Nutzer für gesundheitsrelevante Themen interessiert macht dieses Zitat deutlich. Wie sich allerdings das Nutzerverhalten äußert, hängt von seiner Soziodemographie, Gesundheitsbewusstsein und -zustand, Persönlichkeit, Gesundheitsverhalten und dem

allgemeinen Mediennutzungsverhalten ab (vgl. Rossmann, 2010, S. 344F, zit. n. Bergmann, 2003).

Die drei wichtigsten sollen nun im Folgenden genauer beschrieben werden. Ausgangspunkt ist der idealtypische Nutzer:

Soziodemographische Merkmale: Dieser ist jung, gebildet und verfügt über ein einkommensstarkes Gehalt. Geht man aber von der tatsächlichen Lage aus, nämlich dass der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung immer mehr steigt, dass die Nutzerstruktur verändert werden muss. Hinzu kommt, dass sich eher Menschen mit Gesundheitsproblemen im Internet informieren und das sind überwiegend ältere Menschen, so ist eine Umstrukturierung im Internet absehbar. Vergleicht man mehrere Studienergebnisse miteinander, ist trotzdem unklar, ob eher mehr Frauen oder Männer das Gesundheitsangebot nutzen. Nach dem beschriebenen Profil kommen eher Männer in Frage. Geht man allerdings von der Theorie aus, dass Frauen gesundheits- orientierter sind. Für Frauen ist die Gesundheit wichtiger und gehen daher anders damit um. Fragen andere um Rat und sind Entscheidungsträger, wenn es um Gesundheitsangelegenheiten in der Familie geht (vgl. Rossmann, 2010, S. 344-345, zit. n. Trepte et al. 2005).

Aus drei Studien geht hervor, dass das Alter ein wichtiger Einflussfaktor ist. Außerdem gibt es signifikante Zusammenhänge mit Berufsbildung, Erwerbstätigkeit und dem Wohnort in einer Großstadt. Hinzu kommt ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang zwischen Bildung und dem weiblichen Geschlecht.

Ansonsten gibt es keine tragbaren Beweise für geschlechtliche Zusammenhänge im Nutzerverhalten. Man kann lediglich von einer Tendenz sprechen, dass das männliche Geschlecht, seine Bildung und sein Wohnort in einer mittelgroßen Stadt auf ein stärkeres Nutzerverhalten hinweisen (vgl. Rossmann, 2010, S345, zit. n. Dutta-Bergmann 2003, Hüfken et al. 2004, Lausen et al. 2008).

Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsorientierung: Die Nutzer, die gezielt Gesundheitsangebote im Internet aufsuchen, besitzen ein stärkeres Gesundheitsbewusstsein als auch einen ausgeprägteren Drang zur Gesundheitsorientierung. Eine Studie zur Beschreibung von Nutzern gesundheitspezifischer Internet-Angebote ergab ebenfalls, dass

diejenigen, die gesundheitsbezogene Informationen rezipieren, auch eine ausgeprägtere Gesundheitsorientierung aufweisen. Im Vergleich zu Nicht-Nutzern leben diesen auch gesünder und halten Gesundheitsmaßnahmen für sehr wichtig (vgl. Rossmann, 2010, S. 345, zit. n. Dutta-Bergmann, 2004). Zu ähnlichen Ergebnissen kam Tomorrow Focus & Trend Research und zeigten, dass 2008 die Nutzer von Online-Gesundheitsangeboten gesundheits- und körperbewusster leben und sich so in Folge besser auf ihr Körpergewicht, ihre Fitness und Ernährung achten (vgl. Rossmann, 2010, S. 345, zit. n. Tomorrow Focus & Trend Research, 2008).

Gesundheitszustand: Grundsätzlich wird angenommen, dass Betroffene (Kranke oder dessen Angehörige) dann Gesundheitsangebote im Internet aufsuchen, wenn tatsächlich Bedarf besteht. Dies ist allerdings nur eine Annahme und man kann nur darauf schliessen, dass der Gesundheitszustand einen Einfluss darauf hat, wie die Internetangebote genutzt werden, aber nicht auf deren Häufigkeiten schliessen (vgl. Rossmann, 2010, S. 346, zit. n. Lausen et al. 2008).

Von diesen Ergebnissen ausgehend entwickelte Cain et al. drei Typen von gesundheitsbezogenen Internet-Nutzern:

1. *Die Gesunden (The Well):* Mit 60 Prozent bilden sie die größte Gruppe der Nutzer von Online-Gesundheitsangeboten. Diese Nutzer denken nur wenig über Gesundheit nach und nutzen die Informationssuche lediglich zur Prävention und Wellness. Dies lässt sich etwa im gleichen Ausmaß beschreiben, wie sie sich über Produkten, Aktien oder Nachrichten informieren.
2. *Die neu Diagnostisierten (The Newly Diagnosed):* Diese Gruppe macht fünf Prozent der Nutzer aus, die intensiv nach spezifischen Informationen suchen, *nachdem* sie eine Diagnose erhalten haben. Das sind natürlich Informationen zum Krankheitsbild und meist wird auch der Austausch mit Experten und anderen Patienten gesucht, um eine zweite Meinung einzuholen oder einfach um Unterstützung und Rat zu bekommen.
3. *Chronisch Kranke und ihre Betreuer (The Chronically Ill and Their Caregivers):* Diese Gruppe macht rund 35 Prozent der Nutzer aus, die aufgrund ihres dauernden

Krankheitsbildes einen stärkeren Drang (als die Gesunden) nach Gesundheitsinformation haben. Sie besitzen aufgrund ihrer Situation ein starkes Bedürfnis der Informationsbefriedigung, welches eine starke Bindung zu Gesundheitsangeboten impliziert. Auch die Betreuer und Angehörigen der Kranken bzw. Patienten nutzen das Internet häufig, um sich über den Zustand und die Krankheit des Betroffenen zu informieren und sich darüber austauschen zu können.

Nicht definiert ist die Gruppe, die sich noch vor einer ärztlichen Diagnose über Krankheitssymptome im Internet informiert (vgl. Rossmann, 2010, S. 346, zit. n. Cain et al. 2000).

Aus einer anderen Studie zur Medien- und Internetnutzung von Patienten mit Akromegalie² wird der unterschiedliche Informationsbedarf im Krankheitsverlauf bestätigt. Die betroffenen Patienten suchen *nach* ihrer Diagnose nach Informationen im Internet. Dabei wird in erster Linie nach emotionalem Beistand und nach sachlichen Informationen über Heilungschancen und Therapieoptionen gesucht. Das Internetverhalten ändert sich je nach Ausgang der Operation. Ist die Operation erfolgreich und der Patient geheilt, reduziert sich die Suche bzw. schränkt sich ein. Bleibt die Operation allerdings erfolglos, informieren sich die Patienten weiterhin. Allerdings ändert sich die Zielsuche und es wird nach Informationen über alternativen Behandlungsmöglichkeiten recherchiert. Hinzu kommt das Bedürfnis über Austausch und es wird nach anderen Betroffenen gesucht. Ob und inwieweit dies auch auf andere Krankheiten zutrifft, wurde nicht ermittelt (vgl. Rossmann, 2010, S. 346, zit. n. Neverla et al. 2007). Aus den Ergebnissen einer ähnlichen Studie geht allerdings hervor, dass es durchaus auf die Krankheit darauf ankommt, auf welche Weise man Gesundheitsinformationen bezieht (vgl. Rossmann, 2010, S. 347, zit. n. Harris Interactive, 2001).

2 Akromegalie ist eine Krankheit, bei der ein gutartiger Tumor an der Hirndrüse wächst. Dieser sondert ein Wachstumshormon ab und löst über die Leber verschiedene Krankheitssymptome wie z.B. Vergrößerungen und Schwellungen von Gliedmaßen aus (vgl. Rossmann, 2010, S. 346, zit. n. Ebd. 15).

3.5.1 Nutzerverhalten im Internet

Immer mehr Menschen nutzen das Internet als Informationsquelle für Gesundheitsfragen. Erste Untersuchungen am deutschen Institut für Demoskopie im Jahre 2000 ergaben, dass nur 7 Prozent der deutschen Bevölkerung im Alter ab 16 Jahren das Internet als Informationsquelle zu Gesundheitsfragen konsultieren. Das ist ein sehr kleiner Anteil wenn man bedenkt, dass dies bereits ab 1993 möglich war (vgl. Rossmann, 2010, S. 343F, zit. n. Identity foundation, 2001). Bereits 2006 stieg dieser Anteil auf 46 Prozent der Deutschen ab 10 Jahren (vgl. Mohr, 2007).

Ein Vergleich von den Jahren 2005 und 2006 ergaben ebenfalls eine Steigerung im Nutzungsverhalten der Deutschen. So haben 2007 über die Hälfte der Deutschen ab 15 Jahren mindestens ein Mal das Internet zu Gesundheitsfragen genutzt. Im Vergleich macht dies 57 Prozent gegenüber 2005 mit 44 Prozent aus. Eine Steigerung ist auch bei den Nutzern zu verzeichnen, die das Internet mindestens ein Mal im Monat nutzen. 2005 betrug der Anteil 23 Prozent und 2007 bereits 32 Prozent. Im europäischen Vergleich ist das ein Durchschnittswert. Trotz dieser positiven Steigerung spielt das Internet als Informationsquelle im Vergleich gegenüber klassischen Informationsangeboten eine eher geringe Rolle. 42 Prozent der EU-Bürger finden das Internet zwar als eine wichtige Informationsquelle, rangieren aber die klassischen Massenmedien und den interpersonalen Kontakt mit Ärzten, Apotheken und Familien an erste Stelle. (vgl. Rossmann 2010, S. 344, zit. n. Spadaro, 2003).

Aus einer aktuellen Umfrage der „Ärzte Zeitung“ von 2011 geht hervor, dass es in den letzten Jahren großen Veränderungen im Umgang mit der eigenen Krankheit gab. 2002 betrug die Anzahl der Patienten, die sich über ihre eigene Krankheit informieren noch 49 Prozent. Dieser ist auf 61,5 Prozent gestiegen und macht somit einen Zuwachs von 12,1 Prozent aus. Das bedeutet, dass Ärzte keine Wissensmonopolstellung mehr haben und das Internet ihnen Informationsarbeit abnimmt.

82 Prozent der Befragten meinen, dass man durch die eigene Recherche den Gesundheitszustand verbessern kann. Besser informierte Patienten weisen einen einfacheren Umgang mit ihrer Krankheit auf und konzentrieren sich stärker auf ihren Heilungsprozess.

Weiters geht hervor, dass Patienten die Hilfe der Ärzte benötigen und danach verlangen, die

eigens recherchierten Informationen zu verstehen und bewerten. Das führt dazu, dass die Qualität der Behandlungsgespräche zunimmt, da der Patient besser über den eigenen Zustand Bescheid weiss. Daraus resultiert, dass Patienten bei Behandlungsentscheidungen mitbestimmen wollen³ (vgl. Laschet, 2012).

Das Nutzerverhalten im Internet unterscheidet sich oft in der Herangehensweise und dem Wissensstand des Rezipienten. Eysenbach rät davon ab, allen medizinischen Informationen zu misstrauen, denn es gibt kaum eine bessere Alternative als das Internet, sich als Laie so umfassend zu informieren oder Kontakt zu anderen Betroffenen aufzunehmen. Daher empfiehlt sich stets eine kritische Betrachtung der Informationsangebote im Internet. Hierfür empfiehlt er einen kleinen Fragenkatalog zur Qualitätsmessung für Laien (vgl. Eysenbach, 2004, S.48f):

- „Wer ist der Autor und welche Qualifikation hat er?
- An wen richtet sich die Website?
- Was ist die Motivation/Intention der Website?
- Ist die Website aktuell?
- Werden Alternativen aufgezeigt?
- Worauf basiert die Information des Autors? Handelt es sich um einzelne Expertenmeinung ohne Quellenangabe (schlecht) oder können konkrete Beobachtungsstudien (besser) oder sogar konkrete kontrollierte klinische Studien (am besten) zur Untermauerung der Aussage zitiert werden?“ (Eysenbach, 2004, S.50).

3.5.2 Studien zum Nutzerverhalten/-motivation

Nutzerverhalten

2001 wurde die erste Studie zu Internetnutzung für Gesundheitszwecke in der Schweiz

3 Näheres dazu siehe

durchgeführt und 2004 die Ergebnisse veröffentlicht.

Ziel der Studie war es herauszufinden, ob Patienten das Internet oft als Quelle für Gesundheitsinformationen nutzen und welches die Gründe für Computerbesitz, Internetzugang und Gesundheitssuche im Internet sind.

Ergebnisse

- ⤴ 30 Prozent der Befragten mit Computer und einem Internetzugang haben angegeben, das Internet für gesundheitsbezogenen Informationen zu nutzen. Unter allen Befragten (mit oder ohne Computerbesitz) macht das knapp zehn Prozent aus. Unter diesen 30 Prozent hat die Mehrheit mit 63 Prozent angegeben, weniger als einmal im Monat zu recherchieren. 30 Prozent tun dies immerhin öfter als einmal im Monat. Lediglich sieben Prozent gaben an, dies mehr als nur einmal in der Woche zu tun.
- ⤴ 89 Prozent der Internetnutzer sind der Meinung, dass die Informationssuche zu Gesundheitsthemen in der Zukunft immer wichtiger wird.

Basierend auf diesen Ergebnissen haben die Autoren einen „typischen“ Patienten charakterisiert. Dieser ist zwischen 25-44 Jahren alt, lebt in einer Stadt, verfügt über Englischkenntnisse und weist ein ernsthaftes und akutes Gesundheitsproblem auf (vgl. Bonfadelli/Kristiansen, 2011, S. 9-10, zit. n. Jeannot et al. 2004, S. 307ff).

Zu ähnlichen Ergebnissen kam ein Univox-Survey mit einer Befragung zur Gesundheit von 2002 in der Schweiz. Unter den Befragten gaben 11 Prozent an, das Internet zu Fragen über allgemeine Gesundheitsprobleme aufzusuchen und fünf Prozent bei Fragen zu akuten Gesundheitsproblemen.

Bei der Folgestudie 2004 erhöhten sich diese Zahlen um 22 Prozent (vgl. Bonfadelli/Kristiansen, 2011, S. 10, zit. n. Univox-Survey 2002; 2004).

Rossmann verglich Studien zur Situation in Deutschland und kam zu dem Ergebnis, dass immer mehr Nutzer das Internet für die Suche nach Gesundheitsinformationen nutzen, das Internet allerdings nicht die wichtigste Informationsquelle dafür ist. An erster Stelle steht mit 78 Prozent der direkte Arztkontakt (vgl. Bonfadelli/Kristiansen, 2011, S. 9-10, zit. n.

Rossmann, 2010, S. 344).

2009 wurde eine Telefonumfrage mit 1000 Teilnehmern von Mindline in Deutschland zum Thema wichtigste Informationsquellen zu „Gesundheit & Medizin“ durchgeführt. Das Internet lag mit 34 Prozent nur knapp hinter den Büchern mit 35% als wichtigste Informationsquelle (vgl. Bonfadelli/Kristiansen, 2011, S. 12, zit. n. Mindline, 2009).

Schulz, Zufferey und Hartung sind 2011 in Bern und Lugano der Frage nachgegangen, inwieweit sich Patienten über ihren Gesundheitszustand informieren, noch *bevor* sie einen Arzt konsultieren. Das Ergebnis war, dass dies 28 Prozent aller Befragten tun. Geschlechtliche Unterschiede konnten nicht festgestellt werden. Allerdings machte sich bemerkbar, dass sich jüngere Personen mit besserem Bildungsstand häufiger als andere im Internet über Gesundheitsbelange informieren.

(vgl. Bonfadelli/Kristiansen, 2011, S. 13-14, zit. n. Schulz et al. 2011, S. 2ff).

Nutzermotivation

Wenn von *Nutzen* die Rede ist, geht es auch immer um Bedürfnisse. Menschen haben also unterschiedliche Bedürfnisse und diese befriedigen sie auf verschiedene Wege, aber immer in Bezug auf ihren Nutzen. Übertragen auf die allgemeine Internet-Nutzung und dessen Bedürfnisse, haben Papacharrissi und Rubin fünf Motivdimensionen festgelegt: sozialer Nutzen, Zeitvertreib, Informationssuche, Bequemlichkeit und Unterhaltung (vgl. Rossmann, 2010, S. 347, zit. n. Papacharrissi / Rubin, 2000). Aber auch Information, Transaktion, Kommunikation und ebenso Unterhaltung wurden 2006 in Deutschland als Dimensionen für die Bedürfnisse von Internet-Nutzung klassifiziert (vgl. Rossmann, 2010, S. 347, zit. n. Zilien, 2006).

Die Non-Profit Organisation *Pew Internet & American Life* führte eine Studie zur Nutzung von Gesundheitsangeboten im Internet durch und ermittelte folgende Nutzungsmotive:

- ♣ Informationssuche nach neuen Diagnosen, Therapien oder Medikamenten
- ♣ Suche nach Tipps für den Umgang mit speziellen Problemen
- ♣ Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung

- ⤴ Offene Fragen nach einem Arztbesuch (vgl. Rossmann 2010, S. 347, zit. n. Fox & Fallows, 2003).

Die bisherigen Ergebnissen ergänzte Rossmann mit folgenden dominanten Motiven:

- ⤴ die Suche nach Information als Zweitmeinung oder spezifischer Informationen zum Krankheitsbild
- ⤴ die Unterstützungsleistung für den Umgang mit der eigenen Krankheit
- ⤴ die Suche nach sozialen Kontakten mit anderen Betroffenen (vgl. Rossmann, 2010, S. 347-348).

Die schweizerische non- Profit Organisation *Health on the Net* fand mithilfe einer Befragung heraus, dass der Großteil der Befragten das Internet als zusätzliche Informationsquelle nach dem Arztbesuch hinzuziehen. Auch die zweite Meinung, die über Gesundheitsangebote eingeholt wird, spielt für über die Hälfte der Befragten eine wichtige Rolle (vgl, Rossmann, 2010, S. 347, zit. n. Health on the Net foundation, 2005).

Aus einer Online-Befragung unter medizinischen Laien zu Nutzungsmotiven ging hervor, dass die Suche nach umfassender und vor allem verständlicher Information aus unterschiedlichen Quellen Hauptmotiv sei. Auch Bequemlichkeit, das Einholen einer zweiten Meinung und die Suche nach Austausch und Orientierungshilfe rangiert sich nicht unbedeutend (vgl. Rossmann, 2010, S. 347, zit. n. Tang & Lee, 2006).

Ein weiterer Grund für die Nutzung von Gesundheitsangeboten im Internet ist die Pflege von Patienten von zu Hause aus. Laut Experteneinschätzung werden 60-70 Prozent aller gesundheitlich beeinträchtigten Menschen zu Hause oder im Kreise der Familie genesen. Meist mit Hilfsmitteln aus der Apotheke (Trojan, 2003, S. 68).

60 Prozent der Menschen mit Behinderung werden zu Hause, oft mit medizinischer Hilfe von Dienstleistern betreut. Hier muss ständig mit den Beteiligten die Versorgung ausgehandelt werden und die nötigen Ansprechpartner informiert werden.

Früher wurde dies noch als Laienmedizin bezeichnet und findet heute anerkannte Bezeichnung als „hidden health care system“ oder „Laienpotenzial in der

Gesundheitsversorgung“. Diese haben hauptsächlich die Aufgabe, das ökonomisch gestresste Gesundheitssystem auszulasten, mit Erfolg. Dadurch steigt die Suche nach Information von zu Hause aus. Ärzte werden seltener konsultiert und daher wird die Informationen im Internet besorgt. Das führt dazu, dass die Entscheidungskompetenz der Laien in Krankheits- und Gesundheitsfragen gefördert werden (vgl. Cloerkes 2001, S. 68).

Eine Studie von Pew-Internet fand als Motive für die Suche nach gesundheitsbezogener Information aus dem Internet heraus, dass die meisten Nutzer nach Informationen suchen, weil sie jemand Nahestehenden betreuen und so dessen Krankheitszustand besser verstehen bzw. helfen wollen. Informationen werden demnach häufig für andere Personen recherchiert. Außerdem unterschieden sich die Personen mit chronischer Krankheit (z.B Diabetes) nicht von gesunden Personen. Beide Gruppen wiesen ähnliche Suchverhalten von Gesundheitsinformationen auf. Die Nutzer suchen meist dann nach Informationen im Internet, wenn sie Fragen zu spezifischen Krankheiten oder medizinischen Problemen haben. Das stellt das häufigste Motiv dar. Das zweithäufigste Motiv ist die Suche nach bestimmten medizinischen Behandlungsmöglichkeiten und das dritthäufigste ist die Suche nach einem geeigneten Arzt (wie schon in einer anderen Studie festgestellt wurde) (vgl. Bonfadelli/Kristiansen, 2011, S. 16., zit. n. Pew Internet, 2011, S. 8ff).

Die Ärzte Zeitung hat die wichtigsten Ergebnisse einer aktuellen Querschnittsbefragung zu Arztbewertungen in einschlägigen Internet-Portalen publiziert. Dazu wurden im Januar 2013 an der Universität Erlangen-Nürnberg 1505 Teilnehmer online befragt. Mittels einer Liste auserwählter Gesundheitsportale haben 32 Prozent angegeben, mindestens einen Anbieter zu kennen. Umgekehrt kannten genauso viele kein einziges davon. 25 Prozent der Befragten gaben an, mindestens einmal ein Portal aus der Liste für eine Arztsuche genutzt zu haben und ganze 11 Prozent diese auch bewertet zu haben.

Unter allen Teilnehmern haben 63 Prozent angegeben, ihren Arzt über das Internet zu suchen und auf Bewertungen Wert zu legen bzw. ihr Handeln danach zu richten. Knapp zwei Drittel haben bereits aufgrund positiver Bewertungen den recherchierten Arzt konsultiert und nur ein Drittel hat das noch nie getan. 52 Prozent der Teilnehmer, die Arztbewertungsportale nutzen sagen, dass sie sich schon einmal aufgrund einer schlechten Bewertung einen Arzt

entschieden haben.

Die Schlussfolgerung von Autor Professor Martin Emmert lautet, dass das Internet für die Ärztewahl immer wichtiger wird und der Einfluss von Bewertungsportalen nicht unterschätzt werden darf (vgl. Gerlof, 2013).

Das lässt darauf schliessen, dass die Motivation, Gesundheitsportale im Internet aufzusuchen, darin liegt, nach geeigneten Ärzten und deren Erfahrungsberichten bzw. Bewertungsberichten zu suchen.

Die Studien haben gezeigt, dass sich allgemein ein gesteigertes Interesse und Bewusstsein für Gesundheit in der Bevölkerung unterbreitet hat. Parallel dazu ist ein Trend zur Selbstmedikation und der Betreuung von zu Hause aus festzustellen. Nicht nur die Tatsache, dass immer mehr Menschen nach Gesundheitsinformation im Internet suchen, sie wünschen es sich sogar und das zeigt eindeutig ein Bedürfnis nach gesundheitsrelevanter Information. Wie diese und auch die Studien aus dem vorangegangenen Kapitel zeigen, dass die Qualität und das Vertrauen in Gesundheitsportale zu wünschen übrig lässt, besteht die Nachfrage nach *einem* Gesundheitsportal. Dieses soll mit umfassenden und korrekten Informationen über Gesundheit und auch Krankheit so ausgestattet sein, dass eine leichtere und einfache Handhabung der Nutzer zu gewährleisten wird (vgl. Bonfadelli/Kristiansen, 2011, S. 16, zit. n. Fromm et. al. 2011, S. 73; Wang et al. 2003, S. 171).

Weitere Ergebnisse

Da es im letzten Jahrzehnt eine Explosion an Studien zum Thema Gesundheitskommunikation im Internet gab und die ausführliche Beschreibung den Rahmen der Arbeit sprengen würde, sollen nun die wichtigsten Ergebnisse u.a. von Irene Neverla kurz angeführt werden. Sie prägte mit ihrer Forschung damals maßgeblich den deutschsprachigen Raum:

- ♣ Das Internet gilt als wichtigste Informationsquelle für Gesundheitsthemen und wird dementsprechend häufig genutzt. Im Vergleich mit konventionellen Fachzeitschriften oder Enzyklopädien wird diesen eine unbedeutende Rolle zugeschrieben (vgl. Neverla et al., 2007, S.57).
- ♣ Patienten nutzen besonders oft das Internet als Informationsquelle, um sich Informationen über ihren Krankheitsverlauf einzuholen. Dies geschieht meist zum

Zeitpunkt der Krankheitsdiagnose, um anschliessend geeignete Therapien und Behandlungsmethoden zu recherchieren und in Folge als Entscheidungsgrundlage zu nutzen. Außerdem dient die Informationssuche als Beruhigung der Patienten und Angehörigen, sowie der Klärung der eigenen Befindlichkeitssituation und dessen Heilungschancen.

- ⌘ Die Mehrheit der ernsthaft erkrankten Patienten verwendet früher oder später das Internet für die Informationssuche zur Krankheit oder tut dies der Unterstützung durch Bekannte oder Verwandte.
- ⌘ Auch die Angehörigen und Bekannten der Patienten nutzen Internetportale um gemeinsam nach Informationen zu suchen und auch um ein kommunikatives Netzwerk aufzubauen.
- ⌘ Nicht nur die Informationssuche spielt eine entscheidende Rolle für die Nutzung der Gesundheitsportale, sondern auch die interpersonale Kommunikation ist ein entscheidender Faktor. Zwar wird dadurch nicht das Arztgespräch ersetzt, aber zu einem gewissen vorteilhaften Grad ergänzt. Dadurch entsteht nicht etwa ein Konkurrenz, sondern vielmehr ein Komplementärverhältnis (vgl. Neverla, 2007, S. 12ff).
- ⌘ Das Internet kann das Wissen der Patienten über den eigenen Gesundheitszustand zum einen natürlich vergrößern, kann aber auf der anderen Seite durch die Fülle an Informationen die Patienten überfordern (vgl. Hart/Henwood/Wyatt, 2004, S.36).
- ⌘ Wenn sich Patienten in Entscheidungsprozesse der Ärzte mit einbezogen fühlen, suchen diese vermehrt nach Informationen im Internet. Dies ist aber auch dann der Fall, wenn die Ärzte zu wenig Informationen kommunizieren (vgl. Sciamanna/Clark/Diaz, 2003, S.1f).

3.6 Gesundheitsportale im Internet

An sogenannten Internet-Portalen zu Gesundheitsthemen gibt es derzeit jede Menge, Tendenz steigend. Rezipienten bzw. Kunden solcher Internetseiten wird eine Hilfestellung zu ihrer gesundheitsrelevanten Informationssuche geleistet. Dafür steht eine Bandbreite an diversen

Websites zur Verfügung, die von Ärztesuchlisten, Diagnoseanfragen, Krankheitsverlauf... usw. reicht. Viele Anbieter leisten diesen Dienst gebührenfrei, das sind meist Medizin Lexika. Doch immer öfter stellt sich heraus, dass es sich um Profit-Organisationen handelt, hinter dessen Informationen ein Verkaufsstrategie steckt. Doch im besten Fall drehen sich solche Gesundheitsportale um Informationen in Sachen Gesundheit bzw. Krankheit (vgl. Stadler, 2006, S. 19).

3.6.1 Vor- und Nachteile von Gesundheitsportalen

Dem Internet als Verbreitungsplattform von Informationen wird eine ambivalente Reputation nachgesagt. Immer wieder wird kritisch diskutiert, dass es zwar eine Nachfrage nach vertrauenswürdiger Information gibt, diese aber nicht so leicht umzusetzen scheint (vgl. Bonfadelli/Kristiansen, 2011, S. 6, zit. n. Schmid/Wang, 2003, S. 2134). Im Allgemeinen herrscht jedoch Konsens über das Internet als eine gute und rasche Informationsquelle zu gesundheitsrelevanten Themen (vgl. Bonfadelli/Kristiansen, 2011, S. 6, zit. n. aerzteblatt.de, 2010).

Vorteile

Klarer Vorteil von Gesundheitsangeboten im Internet ist der einfache und kostengünstige Zugang zu Informationen für Menschen mit einem Internetanschluss. Das führt in Folge dazu, dass sich Patienten oder Angehörige selbst informieren können und zu einem besseren Verständnis der (eigenen) Krankheit führt. Dieses bereits bekannte Patienten Empowerment fördert eine ausgeglichene Arzt-Patienten-Beziehung.

Da durch das Internet eine breite Öffentlichkeit und auch spezielle Zielgruppen erreicht werden können, lassen sich Informationen besonders gut an deren Bedürfnissen anpassen (vgl. Bonfadelli/Kristiansen, 2011, S. 6, zit. n. Suggs/McIntyre, 2009). Die interaktive Gestaltung der Plattformen erreichen hohe Reichweiten. Das ist besonders vorteilhaft, da interpersonale Gesundheitsförderung teuer ist, aber im Internet einfacher möglich ist und zudem eine effektive Gesundheitswirkung nach sich zieht (vgl. Bonfadelli/Kristiansen, 2011,

S. 6, zit. n. Rossmann 2010, S.352). Die Aktualität des Internets bietet den Vorteil, dass z.B. in Krisensituationen oder bei besonders heiklen Themen schnell reagiert werden kann, weil Beiträge schnell auf den neusten Stand gebracht werden können. Durch die Anonymität, die jedem Nutzer möglich ist, lassen sich sensible Gesundheitsangelegenheiten recherchieren, ohne persönliche Daten von sich preiszugeben (vgl. Bonfadelli/Kristiansen, 2011, S. 7, zit. n. Rossmann 2010, S. 348; Walther et al. 2005).

Nachteile

Qualitätsunterschiede sind wohl die am stärksten diskutierten Folgen von Gesundheitsportalen. Da jeder publizieren darf und oftmals nicht eindeutig ist, wer dahinter steckt, kann auf Nutzerseite Misstrauen entstehen. Auch die Sprache, in der Informationen geschrieben sind, können ein Hindernis für Verständigung sein. Gesundheitsrelevante Themen bedürfen natürlich einer Fachsprache, aber diese sollte trotzdem verständlich für Laien sein, das ist die große Herausforderung. Nach Rossmann herrscht derzeit keine Einigung darüber, ob sich die Qualität der von Gesundheitsinformation im Internet gebessert oder verschlechtert hat. Das ergaben bislang noch keine Studien (vgl. Bonfadelli/Kristiansen, 2011, S. 7, zit. n. Rossmann, 2010, S. 338ff).

Auch wenn der Großteil der Bevölkerung einen Internetzugang hat, bedeutet das nicht, dass auch jeder diesen zu Hause nutzen kann. So entsteht die digitale Kluft (Digital Divide) und meint die unterschiedlichen Nutzungsmöglichkeiten und deren Kompetenz damit umzugehen (Digital Skills), die nicht für jeden möglich ist. Vor allem sind damit spezielle Zielgruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund, Behinderte oder ältere Menschen gemeint (vgl. Bonfadelli/ Kristiansen, 2011, S. 8, zit. n. Viswanath/Kreuther, 2007). Falsch Informationen führen beim Patienten zu fehlerhaftem Verständnis. Das hat zur negativen Folge, dass der betreuende Arzt als weniger glaubwürdig eingestuft wird oder aber der Arzt muss Zeit aufwenden, diese Informationen wieder zu korrigieren (vgl. Bonfadelli/Kristiansen, 2011, S. 8, zit. n. Schulz et al. 2011, S. 4). Laut Gesetz muss Werbung gekennzeichnet sein. Allerdings kursieren trotzdem kommerzielle Angebot von Pharmaunternehmen im Internet, die als solche für die Nutzer nicht kenntlich sind.

Schlussfolgernd behauptet Rossmann, dass Qualitätsdefizite und Quellentransparenz durch den HONcode behoben werden können und Nutzerkompetenz gefördert werden soll. Es sollte mehr öffentliche bzw. staatliche Gesundheitsangebote im Internet geben, die gemeinnütziger und auf der Grundlage dieser Kriterien arbeiten (vgl. Bonfadelli/Kristiansen, 2011, S. 8, zit. n. Rossmann, 2003, S. 354).

3.6.2 Qualität von Gesundheitsportalen im Internet

Wie bereits in Kapitel 2.3. Qualität von Inhalten definiert, gilt Qualität als ein wichtiges Kriterium für Glaubwürdigkeit und Vertrauen. Jetzt unterscheidet sich allerdings nochmals die Qualität bei Gesundheitsportalen im Internet von anderen Websites, denn die Berichterstattung medizinischer Information ist ein heikles Gebiet. Besonders für Rezipienten, die kein bis wenig Verständnis für medizinrelevante Themen mitbringen (Laien), ist es schwierig, Qualitätsunterschiede im Internet zu erkennen. Natürlich steigt der Bedarf an Qualitätssicherungssystemen, aber darauf soll nun nicht weiter eingegangen werden. Viel wichtiger ist es daher, aus das Internetangebot abgestimmte Qualitätskriterien abzustimmen. Vor allem von medizinischen Experten wird am meisten Kritik geäußert. Das Problem bei Qualitätssicherung von medizinischer Berichterstattung im Internet liegt darin, dass es keine Redaktion zwischen den Autoren und den Rezipienten gibt. Anders ist dies z.B. bei Beiträgen in Print oder TV-Medien, wo alles durch eine Redaktion reguliert wird. Genau darin liegt die Schwierigkeit rund um eine korrekte Qualitätssicherung von medizinische Internetbeiträgen, die bei weitem schwierigere Konsequenzen mit sich ziehen kann, als bei anderen Publikationsformen (vgl. Eysenbach, 1997, S. 55ff).

Losgelöst wurde eine Debatte über die Qualität von medizinischer Information im Internet durch die Veröffentlichung von Studienergebnissen im British Medical Journal von 1997. Diese Studie zeigte, dass die an Eltern gerichtete Information im Internet, nämlich über Behandlungsempfehlung bei fieberigen Kindern, nicht immer mit medizinischen Richtlinien übereinstimmte. Im Anschluss an diese Studie folgten zahlreiche weitere zur Qualitätsfeststellung von medizinrelevanter Information im Internet. Des weiteren gab es 2002 einen Studienüberblick der zeigte, dass 70% der Studien qualitative Mängel in ihrer

medizinischen Berichterstattung aufwiesen. (vgl. Stadtler, 2006, S.21ff).

„Gesundheitsinformationen aus dem Internet sind sehr oft fragwürdiger Qualität, mitunter sogar gefährlich.“ (Eysenbach, 2004, S.47)

Ein interessanter Aspekt in diesen Studien war der, dass es nicht nur um das Qualitätskriterium der „Falschinformation“ ging, sondern auch um das der Richtigkeit. Diese sei stark themenabhängig. Websites zu Krebserkrankungen enthalten durchschnittlich weniger falsche Informationen als bspw. Internetseiten über Gewichtsreduktion oder Ernährungsangelegenheiten.

Einen Grund dafür sieht Eysenbach darin, dass es viel mehr unterschiedliche Fachmeinungen über Gewichtsreduktion und Ernährung gibt, als z.B. für Heil- und Therapiemöglichkeiten bei Krebserkrankungen. Eysenbach ist ausserdem der Meinung, dass das Kriterium „Vollständigkeit“ weniger von Bedeutung ist, da man sich weitere Informationen mit nur wenigen Klicks schnell im Internet beschaffen kann. Ergänzend muss hinzugefügt werden, dass in allen aufgelisteten Studien Selektionsbias enthalten, weil eine repräsentative Stichprobe aller Gesundheitsportale nicht möglich ist. Blindes Vertrauen in Gesundheitsportale wäre naiv, allerdings rät Eysenbach davon ab, allen medizinischen Informationen zu misstrauen, denn es gibt kaum eine bessere Alternative als das Internet, sich als Laie so umfassend zu informieren oder Kontakt zu anderen Betroffenen aufzunehmen (vgl. Eysenbach, 2004, S.48f.)

Damit sich die zahlreichen Anbieter voneinander unterscheiden, werden immer mehr Kriterien eingeführt. Ein sehr bewährtes und auch wichtiges ist die Qualität. Bereits 1995 wurde die Stiftung *The Health on the Net* (HON) in Genf gegründet und seit dem wird daran gearbeitet, den Zugang zu gesundheitsbezogener Informationen zu verbessern. Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Qualität von Informationen und dem ethischen Verhalten auf Gesundheitsportalen. Dazu wurde ein spezieller Verhaltensindex, der HONcode entwickelt, welcher das ethische Handeln der Akteure im Internet regelt. Auf der einen Seite werden damit dem Anbieter Richtlinien für Qualität geboten und auf der anderen Seite soll dies den Verbraucher vor unseriöser Information schützen. Nicht zuletzt soll dieser auch vor kommerziellen Angeboten schützen (vgl. Bonfadelli/Kristiansen, 2001, zit. n. HON 2005; HON 2010).

HONcode:

- ⤴ Sachverständigkeit – Sachkompetenz, die Qualifikationen der Verfasser sollten angegeben werden
- ⤴ Komplementarität – Die Informationen dienen nicht als Ersatz für einen Arztbesuch, sondern bieten ein Komplement dazu
- ⤴ Datenschutz
- ⤴ Zuordnung – Quellen sollten offengelegt werden und mit Datum versehen sein
- ⤴ Belegbarkeit – Behaupteter Nutzen und Effizienz sollten belegt werden
- ⤴ Transparenz – Die Darstellung soll zugänglich sein und ein E-Mailkontakt soll angegeben werden
- ⤴ Offenlegung der Finanzierung
- ⤴ Werbepolitik – Werbeinhalte sind vom redaktionellen Inhalt klar zu trennen (Bonfadelli/Kristiansen, 2011, zit. n. HON, 1997)

3.6.3 Studien zu Gesundheitsportalen

Studie 1: Userorientierte Bewertung medizinischer Web Sites

An der Johann Wolfgang Goethe Universität in Frankfurt am Main wurde 2001 eine Studie zur *userorientierten Bewertung medizinischer Websites* durchgeführt. Dazu wurden 19 Gesundheitsportale in den Kategorien Content, Service und Usability & Accessibility mittels Befragung untersucht. Der *Content* wurde in: Informationsqualität, Schwerpunkte, Beratungsqualität, Seriosität und der Aktualität der Webseite kategorisiert. Den *Service* kategorisierte man in: webtypischen Online-Services, angebotenen Sprachen, fachspezifische Online-Services, Zugriff auf Datenbanken/Such- funktionen und die *Usability & Accessibility* in: Performance, Interface-Design/Navigation, Liking, Interaktivität und Grafikdesigns. Auf der Grundlage dieser einzelnen Unterkategorien wurde anhand von 97 Einzelkriterien die durchschnittliche Qualität der Webseiten untersucht. Insgesamt wurden dazu 1304 Personen befragt.

Ergebnisse

Content – Die Gesundheitsportale erreichten eine Contentqualität zwischen 10 und 90 Prozent. Davon erzielte der Großteil weniger als 40 Prozent und nur ein Viertel erreichte eine Contentqualität von über 50 Prozent.

Service – Zwei drittel der Gesundheitsportale erreichten eine Servicequalität von über 50 Prozent. Die meisten Webseiten verfügen über Serviceangebote wie Datenbanken, Diskussionsforen, Quizzes oder interaktive Tests.

Usability & Accessibility – In dieser Qualitätskategorie schnitten die Gesundheitsportale besonders schlecht ab. Die Werte für Nutzerfreundlichkeit und Barrierefreiheit lagen unter 30 Prozent.

Gesamtqualität – Zwischen 20 und 80 Prozent der geforderten Gesamtqualität erreichten die untersuchten Gesundheitsportale. Der größte Teil der Informationsangebote erzielte einen Qualitätsanspruch von weniger als 50 Prozent, wovon die Meisten einen Wert von 30 bis 40 Prozent der Gesamtqualität erreichten.

Die meisten Gesundheitsangebote:

- ♣ weisen eine geringe Transparenz auf
- ♣ verfügen über geringe inhaltliche Tiefe
- ♣ nennen oft keine Autoren
- ♣ verstossen gegen Teledienstgesetz
- ♣ beinhalten nicht gekennzeichnete Werbung
- ♣ verfügen über unvollständige und kaum auffindbare Datenbanken
- ♣ spezifische Inhalte sind nur schwer auffindbar
- ♣ Suchfunktionen sind nicht nutzerfreundlich
- ♣ Angebote sind nicht barrierefrei bzw. behindertengerecht (vgl. Schalnus, 2003a).

Studie 2: Qualitätsevaluation von Gesundheitsinformationen im Internet zur Unterstützung der integrierten Versorgung chronisch kranker Kinder

Die ebenfalls von Dr. Rainer Schalnus durchgeführte Studie 2002 an der Universität Frankfurt am Main basiert auf der Grundlage von Studie 1 und durch Kriterien der Web Accessibility Initiative des World Wide Web Consortiums (WAI) für eine quantitative Checkliste erweitert. Im Rahmen der Untersuchung wurden 139 Informationsangebote aus dem Internet zu den Kategorien Barrierefreiheit und Inhalt evaluiert. Die Evaluation konzentriert sich auf Inhalte zu chronischen Erkrankungen (Asthma bronchiale, Diabetes Mellitus, KHK und Mamma-Ca) und richtet sich an chronisch kranke, behinderte und ältere Menschen und fokussiert sich speziell auf Präventions- und Disease Management-Programme.

Ergebnisse

- ⤴ Lediglich 18 Prozent erfüllen die Mindestanforderungen an behindertengerechtes Web Design.
- ⤴ Sichtbare Unterschiede gibt es zwischen den verschiedenen Anbietern. Verbraucherinformationen (27 Prozent), Uni-Kliniken (26 Prozent) und Ministerien (26 Prozent) sind am besten behindertengerecht ausgestattet im Gegensatz zu Gesundheitsportalen (0 Prozent), Pharmaunternehmen (6 Prozent) und Private Krankenversicherungen (12 Prozent). Gesetzliche Krankenkassen und Online-Presse liegen im mittleren Feld mit 18 Prozent.
- ⤴ Aufwändiges Web Design schränken den Zugang für seh-, bewegungsbehinderte und ältere Menschen erheblich ein.
- ⤴ Die inhaltliche Qualität der Informationsangebote von gesetzlichen Krankenkassen schneidet besser ab, als die von privaten Krankenkassen.

Schlussfolgerung

- ⤴ Mehr Accessibility bzw. Barrierefreiheit für Menschen mit Behinderung durch mehr Textorientierung und weniger grafische Gestaltung (Tabellen), Einsatz von (Farb-)Kontrasten und weniger Pop-Up Fenster.

- ⤴ Hilfestellungen zu patientenorientierter thematischer Einführung in gesundheitsfördernde Programme (Versicherungen), Informationen zu Prävention und Hinweise für die Lebensführung mit Erkrankungen.
- ⤴ Inhaltliche Orientierung an Patientenbedürfnissen und an Leitlinien von Fachgesellschaften (WAI) (vgl. Schalnus, 2003b).

3.6.4 Beispielhafte Gesundheitsportale

Im folgenden werden nun vier relevante Gesundheitsportale beschrieben, die nicht nur meinungsführend sind, sondern auch jeweils spezifische Anreize für das neue Konzept liefern.

1. Medien-Doktor

Seit 2010 gibt es am Lehrstuhl für Wissenschaftsjournalismus in Dortmund ein Projekt, dass sich mit medizinjournalistischen Beiträgen in Print-, TV-, Hörfunk- und Online-Medien auseinandersetzt. Dieses Angebot richtet sich an Journalisten, dessen redaktionelle Arbeit durch ein Pool an erfahrenen Wissenschafts- und Medizinjournalisten mithilfe definierter Kriterien beurteilt wird. Dabei handelt es sich um international erprobte medizinjournalistische, als auch allgemeinjournalistische Kriterien (vgl. Medien-Doktor, 2010-2013a)

Medizinjournalistische Kriterien

- ⤴ *Nutzen:* Wie ist der Nutzen einer Behandlungsart/eines Tests/ eines Produkts/eines Verfahrens dargestellt?
- ⤴ *Risiken und Nebenwirkungen:* Werden bzw. wie werden Risiken und Nebenwirkungen dargestellt?
- ⤴ *Belege:* Versucht die Geschichte die Qualität der Belege/der Evidenz einzuordnen?
- ⤴ *Experten:* Gibt es eine weitere Quelle und wurden im Artikel irgendwelche Interessenkonflikte offen gelegt?
- ⤴ *Mehr als Pressemitteilung:* Basiert der Beitrag ausschließlich oder überwiegend auf

einer Pressemitteilung?

- ⤴ *Neuheit*: Macht der Beitrag klar, wie neu der Ansatz wirklich ist?
- ⤴ *Alternativen*: Werden alternative Optionen für die vorgestellte Behandlungsart/Test/Produkt/

Verfahren erwähnt?

- ⤴ *Verfügbarkeit*: Wie ist die Verfügbarkeit einer Behandlungsart/Tests/Produkts/Verfahrens?
- ⤴ *Kosten*: Werden Kosten – und wenn ja – wie werden Kosten in der Geschichte angesprochen?
- ⤴ *Krankheitserfindungen*: Gibt es Anzeichen für „Disease mongering“ (Krankheitserfindungen/ -übertreibungen)?

Allgemeinjournalistische Kriterien

- ⤴ *Themenauswahl*: Ist das Thema aktuell, relevant oder originell gewählt?
- ⤴ *Vermittlung*: Ist die journalistische Umsetzung des Themas gelungen oder sogar wordbildlich für das gewählte Format?
- ⤴ *Faktentreue (Richtigkeit)*: Gibt der Beitrag wesentliche Fakten richtig wider? (medien-Doktor, 2010-2013b).

Diese Bewertungen werden dann auf der Homepage veröffentlicht und sind für die breite Öffentlichkeit zugänglich.

Das Ziel von Medien-Doktor ist es daher, redaktionelle Arbeit so zu gestalten und zu publizieren, dass Leser bzw. Zuhörer und Zuschauer verständliche und vor allem vollständige Informationen über medizinische Themen erhalten. Dadurch soll sowohl unter den Journalisten, als auch unter den Rezipienten ein Bewusstsein für bestimmte Standards in der Berichterstattung über medizinische Themen geschaffen werden. Letztendlich soll dies dazu führen, dass die Qualität journalistischer Beiträge verbessert wird (vgl. Medien-Doktor, 2010-2013a).

Dieses Gesundheitsportal zeigt sehr gut, wie wichtig es ist, unter Journalisten und den betroffenen Mediennutzern ein Bewusstsein für gesundheitsrelevante Themen und deren Präsentation zu schaffen, dass diese auch verstanden werden. Im Hinblick auf diese Arbeit

sind dies mit unter sehr wichtige Kriterien für die Auswahl der Publizisten und ebenso auch die Medizinjournalistischen Kriterien für ein optimales Verständnis der Nutzer.

2. Gesundheit.gv.at – Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs

Dieses Gesundheitsportal ist eine Onlineplattform, auf der man unabhängige, qualitätsgesicherte und serviceorientierte Information zu medizinischen Themen bereitgestellt bekommt. Außerdem werden auch Informationen zu Struktur und Organisation des Gesundheitswesens veröffentlicht.

Inhaltlich weisen die Informationen eine Struktur auf. Dabei soll dem Nutzer so gut wie möglich neben der allgemeinen Überblicksinformation auch Details über Vorsorge, Diagnose, Behandlung, Nachsorge und ergänzende Hinweise gegeben werden.

Inhaltlich liefert gesundheit.gv.at explizit Informationen über:

- gesundes Leben und Gesundheitsrisiken, Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsvorsorge,
- Krankheiten, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Medikation,
- Dienstleistungsangebote zu Einrichtungen und Gesundheitsberufen, Modalitäten über die Finanzierung und Inanspruchnahme dieser Leistungen,
- Aufbau und Strukturen des Gesundheitswesens und weiterführende Services.

Auch dieses Gesundheitsportal verweist auf strenge qualitätssichernde Maßstäbe in der Berichterstattung hin und achtet besonders auf Verantwortlichkeit, Transparenz, Ehrlichkeit, Nutzungsorientierung, Vertraulichkeit und Datenschutz.

Außerdem besteht die Möglichkeit, über die Portalredaktion Anregungen zu äußern wie zum Beispiel Vorschläge über Themen zu bringen, die entweder noch nicht behandelt wurden oder von besonderem Interesse sind. Alle Mitarbeiter der Redaktion sind aufgelistet und man kann diese per Mail direkt anschreiben.

Spannend sind die Rubriken *Inhalte von A-Z* und *Lexikon*. Im Lexikon erhält man die Überblicksinformation zu medizinischen Begriffen wie z.B. über die Krankheit Aids. In

Inhalte von A-Z bekommt man dann die Detailinformationen zu der Krankheit wie bspw. Symptome, Verlauf, Verbreitung uvm. (vgl. gesundheit.gv.at, 2013).

Dieses Onlineportal zeichnet sich besonders durch seine Aufmachung und seine einfache Handhabung aus. Optisch ist die Homepage in blau und orange gehalten, durch Bilder unterstützt und wirkt daher sehr übersichtlich. Auch der Link zu *Services* ist eine sehr gute Funktion. Damit lassen sich bspw. Ärzte oder Spitäler in der Umgebung finden. Dies sind auf jeden Fall Funktionen, die als Anregungen für das neue Gesundheitsportal dienen.

3. Netdokter.at

Das folgende Zitat beschreibt die Arbeitsweise von netdokter.at und verweist gleichzeitig auf einen wichtigen Hinweis, nämlich dass medizinische Online-Beratungsportale keine Behandlungen ersetzen. Dies fehlt einigen Websites und kann rechtliche als auch für den Nutzer lebensgefährliche Konsequenzen haben.

„Der Inhalt von netdokter ist ausschließlich zu Informationszwecken bestimmt. Die Informationen auf dieser Website dürfen keinesfalls als Ersatz für professionelle Beratung oder Behandlung durch ausgebildete Ärztinnen und Ärzte angesehen werden. Der Inhalt von netdokter.at darf nicht dazu verwendet werden, eigenständig Diagnosen zu stellen, Behandlungen zu beginnen oder abzusetzen.“

(netdokter.at, 2013).

Netdokter ist ein sehr gutes Beispiel für ein öffentliches Gesundheitsportal, da genaue und vor allem verständliche Informationen zu wichtigen medizinischen Belangen gegeben werden. Es lassen sich z.B. komplizierte Laborwerte bzw. dessen Bedeutung durch verständliche Definitionen erklären. Das ist ein wichtiger Punkt, da sich Patienten oftmals mit dem ärztlichen Fachjargon überfordert fühlen. Auch Informationen über die Medikation oder Untersuchungen können hier nochmals eingeholt werden und so beim Patienten zu besserem Verständnis führen. Es gibt sogar einen videounterstützten Gesundheitstalk von Fachpersonen, die zu ihrem Gebiet oder Fach berichten. Dies ist bislang noch einzigartig. Eine weitere interessante Rubrik ist *Fragen Sie den Arzt*. Dazu wird jeweils ein Arzt und sein jeweiliges Themengebiet ausgewählt. Im November 2013 war dies z.B. Dr. Birsak, Facharzt für innere Medizin und man konnte direkt Fragen zum Thema Schilddrüse stellen. Vorab kann man ein

Interview zu seinen wichtigsten Informationen lesen und bestmöglich schon Antworten bekommen. Dieser Frage-Antwort-Austausch ermöglicht einen interaktiven Kontakt zwischen Arzt und Nutzer (vgl. netdoktor, 2013).

4. USZ Onlineberatung

Die USZ Onlineberatung ist eine Dienstleitung des Universitätsspitals Zürich (USZ), welche zusammen mit der Geschäftsstelle eHealth aufgebaut wurde. Auf der Website des USZ gelangt man über einen direkten Link zu der Onlineberatung. Dort füllt man ein vorgefertigtes Frageformular über den gesundheitlichen Zustand aus und bekommt dann innerhalb von 24h werktags eine Antwortmail von einer Ärztebelegschaft. Zu Beginn dieses Projektes war dies eine kostenfreie Dienstleistung. Doch aufgrund der hohen Nachfrage kostet nun jede Antwort 75,- Schweizer Franken (umgerechnet ca. 61 Euro).

Diese Onlineberatung berät und vergibt Informationen zur möglichen Bedeutung von Beschwerden und Symptomen, zu unklaren Diagnosen bzw. Untersuchungsergebnissen, zur persönlichen Gesundheit, zur Wirkung oder Nebenwirkungen von Behandlungen oder Medikamenten und zu allgemeinen medizinischen Themen. Diese Webseite zeichnet sich dadurch aus, dass auch komplexe und spezifische Fragen beantwortet werden, da Ärzte aus allen Bereichen verfügbar sind und zudem mit den Fachärzten aus anderen Spitälern und mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin kooperieren. Die verfügbaren Ärzte der Onlineberatung sind außerdem auf der Website vorgestellt und der Nutzer kann sich so ein Bild machen und es entsteht schon ein erster Eindruck, der Vertrauen schaffen kann (vgl. Onlineberatung, 2013).

Dies waren nun vier beispielhafte Gesundheitsportale einer unüberschaubaren Anzahl weiterer.

Da jede dieser vorgestellten Portale eine Besonderheit besitzt, wird das spätere Konzept eine Kombination dieser Eigenschaften darstellen.

3.6.5 Telemedizin

Telemedizin meint den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen der es ermöglicht, einen Patienten zu behandeln, ohne dass dieser vor Ort sein muss. Man kann diesen Dienst auch als ein Fernverbindungssystem verstehen, der sich der Daten von ELGA (e-Card) bedient. Aus technischer Sicht ist es daher wichtig, dass Standards eingehalten werden.

Primäres Ziel von Telemedizin ist es, dass die Patienten nicht mehr Experten aufsuchen müssen, sondern es einen einfachen Weg ermöglicht, dass Experten zu Patienten kommen (vgl. BMG, 2010a , S.22).

Ein Pilotprojekt zu Telemedizin wurde an einer Kölner Klinik durchgeführt. Dieses wurde mit dem Fazit eingestellt, dass die Entwickler zu viel technisches Know-How voraussetzen und von Ärzteseite ein zusätzliches Gerät mit sich herumzutragen, als lästig empfunden wird und auch der nötige W-Lan Empfang im Krankenhaus nicht optimal ist. Peter Haar, ein Medizininformatiker meint, dass die Ärzte die Telemedizin fürchten, weil sie dadurch Patienten verlieren könnten. Außerdem sind Telemedizinprojekte sehr teuer, man müsste dazu die Krankenkasse einbinden (vgl. Boytchev, 2013).

4. Theorien zur Gesundheitskommunikation

Gesundheitskommunikation zeichnet sich in der wissenschaftlichen Beleuchtung nicht durch abgegrenzte Theorien aus, sondern setzt sich aus zwei Forschungsgebieten zusammen, die der **Gesundheit** und der **Kommunikation**. So sind Theorien zu dem individuellen Gesundheitsverhalten oder zu den gesundheitsrelevanten Medienwirkungen auffindbar (vgl. Fromm et al., 2011, S. 23).

Informationen über die Gesundheit, die früher nur einem Expertenkreis zur Verfügung stand, wird heute durch die Medien auch interessierten Rezipienten zugänglich gemacht und ermöglicht Ihnen ein umfangreiches Wissen aufzubauen. Patienten können durch den Informationszugang und die aufgebaute Grundlage zwischen Entscheidungen besser abwägen. Dadurch setzen die Medien eine Veränderung der sozialen Konstruktion der Gesellschaft in Gang und tragen zu einem veränderten Rollenverständnis bei. Desweiteren kann beobachtet werden, dass sich mediale Einflüsse im Rahmen von Entscheidungsprozessen sowohl auf kognitiver als auch auf emotionaler Ebene niederschlagen und somit auch die individuelle Verhaltenssteuerung betreffen (vgl. Fromm et al., 2011, S. 102f).

In den folgenden Abschnitten wird nun auf die Theorien und Modelle zum individuellen Gesundheitsverhalten genauer eingegangen. Anschließend werden ebenfalls Theorien der Publizistik- und Kommunikationswissenschaften angeführt, die im medialen Kontext eine Erklärung für das Gesundheitsverhalten und der Förderung der Gesundheit darstellen.

4.1 Theorien zu Verhaltensänderung

Im Zuge dieser Arbeit geht es primär um Rezipienten bzw. Patienten, die aufgrund einer Krankheit einen hohen Bedarf an zielgerichteter Information haben. Dabei werden die Informationen vor allem aus dem Internet bezogen. Dieser Tatsache vorausgehend, handelt es sich um ein Publikum, welches das Informations- und Kommunikationsangebot nicht zur

Unterhaltung, sondern gezielt als Suche nach Informationen nutzt (vgl. Neverla et al. 2007, S. 28).

„Es geht um die Frage, ob und wie weit die Menschen Medienangebote nutzen bzw. nutzen wollen und nutzen können, die für ihre Krankheit relevant ist. Um Informations- und Kommunikationshandeln im Krankheitsfall zu verstehen, ist ein rezipientenorientierter und kein medienzentrierter theoretischer Ansatz unabdingbar erforderlich; Medienzuwendung muss hierbei als intentionales soziales Handeln verstanden werden.“ (Neverla et al. 2007, S.28).

Dieses Zitat zeigt deutlich, in welche Richtung die nachstehenden Theorien erläutert werden. Außerdem werden Ansätze angeführt, die neben dem Informieren auch das Ziel der Verhaltensänderung haben. Hierbei dominieren Theorien des individuellen Gesundheitsverhaltens, welche seit den 1950er Jahren mit Hilfe der sozialpsychologischen Informationsverarbeitungsmodellen beschrieben werden. Beispiele dafür sind das Health Belief Model (das Modell der gesundheitlichen Überzeugungen) oder die Theory of Reasoned Action (die Theorie des rationalen Handelns). Diese Ansätze werden genauso für die Erklärung und Beschreibung von Gesundheitsverhaltensänderungen herangezogen, wie auch das Transtheoretische Modell der Gesundheitsverhaltensänderungen (TTM) von J.O. Prochaska oder klassische Persuasions- und Werbewirkungstheorien (vgl. Fromm et al., 2011, S. 86). Dies sind einige weitergreifende Erklärungsansätze. Im folgenden werden dazu allerdings nur die zentralen Theorien für diese Arbeit beschrieben.

4.1.1 Theorie des rationalen Handelns und des geplanten Verhaltens

Diese beiden Theorien stammen von Ajzen und Fishbein und haben die Einstellungs-Verhaltens-Hypothese als Grundlage. Damit ist gemeint, dass sich das Verhalten einer Person auf ihre Einstellung gegenüber ihrer Verhaltensweise zurückführen lässt. Damit ist gezeigt, dass es eine Abhängigkeit zwischen der Einstellung und dem Verhalten einer Person gibt, wobei bewusst gehandelt wird. Zentrale Variable für das Verhalten ist die Verhaltensintention. Diese meint die motivationale Basis des Handelns einer Person, die sie antreibt, ein bestimmtes Verhalten zu tätigen.

Die Verhaltensintention setzt sich aus zwei Variablen zusammen:

- ⤴ Die Einstellung: Ansichten eines bestimmten Verhaltens und die positive als auch negative Bewertung von Verhaltensänderung.
- ⤴ Subjektive Einschätzungen über Normen: Handeln anderer bewerten, Erwartungshaltung aufbringen und Normkonformität bewerten.

Addiert man diese beiden Variablen, ergibt sich die Verhaltensabsicht. Damit ist unterstellt, dass die Menschen Handeln, indem sie mit ihren Absichten konform sind (vgl. Faselt/Hoffmann, 2010, S. 65). Da die Menschen aber nicht immer nach ihren Absichten handeln, kann diese Theorie lediglich als Erklärung für Verhaltensweisen dienen, die bewusst und willentliche getätigt werden (vgl. schwarzer, 1996).

Da die Theorie des rationalen Handels nur bis zu diesem gewissen grad greift, wurde sie durch die *Theorie des geplanten Handelns* erweitert. Dafür wurden drei Einflussfaktoren bestimmt, die beabsichtigtes Verhalten der Individuen erklären:

- ⤴ Positive oder negative Einstellung gegenüber einem Einstellung beeinflusst das Verhalten des Individuums. Diese Einstellung ergibt sich aus Verhaltenserwartungen (geringe/hohe) und dessen Beurteilung.
- ⤴ Subjektive Norm ergibt sich aus der Erwartung zum geplanten Verhalten. Diese gibt an, inwieweit die Person bereit ist, Erwartungen Anderer zu erfüllen.
- ⤴ Größe wahrgenommener Verhaltenskontrolle gibt an, ob und inwieweit sich die Person als kompetent einschätzt, ein gewisses Handeln zu tätigen. Kontrollüberzeugung und Bedeutsamkeit von Fähigkeiten, Hindernissen und gegebenen Ressourcen spielen eine entscheidende Rolle. Hierbei darf man nicht außer Acht lassen, dass die *Größe* dieser Einflussfaktoren das Verhalten direkt beeinflusst (vgl. Ahlstich, 1999, S. 195ff).

Diese beiden Theorien liefern die theoriegeleitete Basis dieser Magisterarbeit. Übertragen auf

das neue Gesundheitsportal bedeutet dies, dass die Einstellung gegenüber dem Portal zu Beginn an positiv geprägt sein muss, damit die Nutzer die Plattform auch nutzen. Dies kann einerseits natürlich durch die kreative Gestaltung vereinfacht dargestellt werden, andererseits wird das auch von den Inhalten verlangt. Durch das Bewertungssystem auf dem Portal und den interaktiven Austausch können die Nutzer nach subjektiven Normen handeln und in Kontakt mit anderen Nutzern treten. Wenn sich der Nutzer über das Portal ausreichend informiert (das setzt die richtigen Beiträge voraus), steigt die Größe seiner Verhaltenskontrolle und bildet eine feste Meinung. So hat der Nutzer volle Kontrolle und ist nicht unsicher über sein nachstehendes Verhalten.

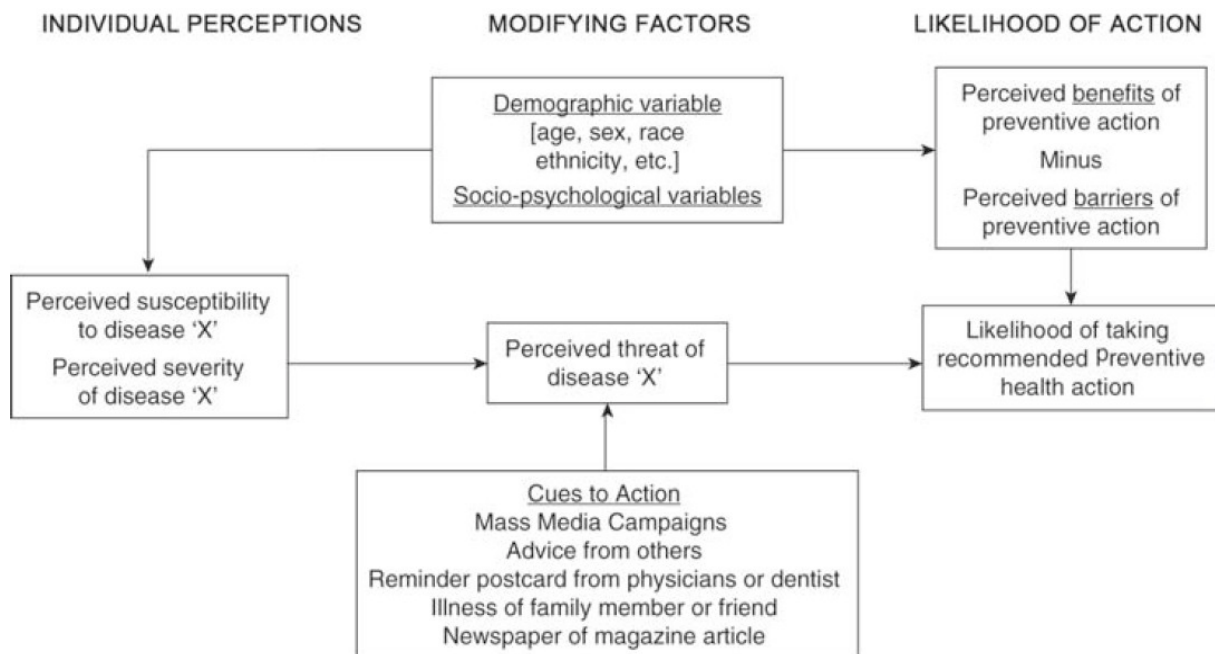
4.1.2 Modell gesundheitlicher Überzeugung

Das Modell gesundheitlicher Überzeugung, auch *Health Belief Modell* genannt, ist wohl das bekannteste Modell, das gesundheitliche Sichtweisen und deren Einflüsse, sowie Überzeugungen über das Gesundheitsverhalten versucht zu erklären. Dieses Modell wurde in den 50er Jahren von den Sozialpsychologen Hochbaum, Kegeles, Leventhal und Rosenstock im US-Public-Health-Service für gesundheitspraktische Anwendungen entwickelt. Ausgehend von der Frage, warum die Menschen kein gesundheitliches Vorsorgeverhalten zeigen, obwohl eine Prävention Krankheiten vermindern und manchmal sogar verhindern kann. Damit die Teilnahme der US-Bevölkerung an medizinischen Vorsorgemaßnahmen zu erhöhen, haben die Forscher das „Health-Belief-Modell“ kreiert.

Dieses Modell betrachtet *Risikoeinschätzungen* als zentrales Merkmal des individuellen Gesundheitsverhaltens. Gemeint ist damit die subjektiv wahrgenommene Bedrohung gegenüber Erkrankungen, im englischen „perceived threat of disease“ genannt. Dieser Faktor ist entscheidend, da positives Gesundheitsverhalten oftmals mit Selbstüberwindung, Ausdauer und Anstrengungen verbunden ist (vgl. Ahlstick, 1999, S.202-203). Außerdem hängt die Entscheidung zur Verhaltensänderung von der Beurteilung ihrer Machbarkeit und dem damit verbundenen Nutzen ab. Auf der einen Seite wird der Nutzen dem Aufwand rational gegenüber gestellt und auf der anderen Seite wird das Risiko einer Erkrankung bzw. die Ernsthaftigkeit dieser Erkrankung und die Wirksamkeit der Verhaltensänderung ins Verhältnis

gesetzt (vgl. Naidoo/ Wills, 2003, S.220).

Abb. 3: Modell gesundheitlicher Überzeugung



Quelle: „Health-Belief-Modell“, vgl. Ahlstick, 1999, S. 204

Auf das Verhalten wirkt also der wahrgenommene Bedrohungsgrad und die Kosten-Nutzen-Überlegung. Der Bedrohungsgrad wiederum ergibt sich aus der persönlichen Verwundbarkeit, wie die Wahrnehmung gegenüber einer Erkrankung ist bzw. wie verwundbar man ist. Hinzu kommt der erlebte Schwierigkeitsgrad an relevanten Symptomen der wahrgenommenen möglichen Erkrankung. Externe Handlungsreize, wie Krankheiten bei Bekannten und Verwandten, Aufklärungskampagnen oder ärztliche Ratschläge oder interne Handlungsreize, wie plötzlich auftretende Schmerzen, erhöhen kurzfristig den wahrgenommenen Bedrohungsgrad. Aber auch sozioökonomische und demographische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Schichtzugehörigkeit oder Persönlichkeitsmerkmale, spielen eine Rolle (Vgl. Ahlstick, 1999, S.203ff).

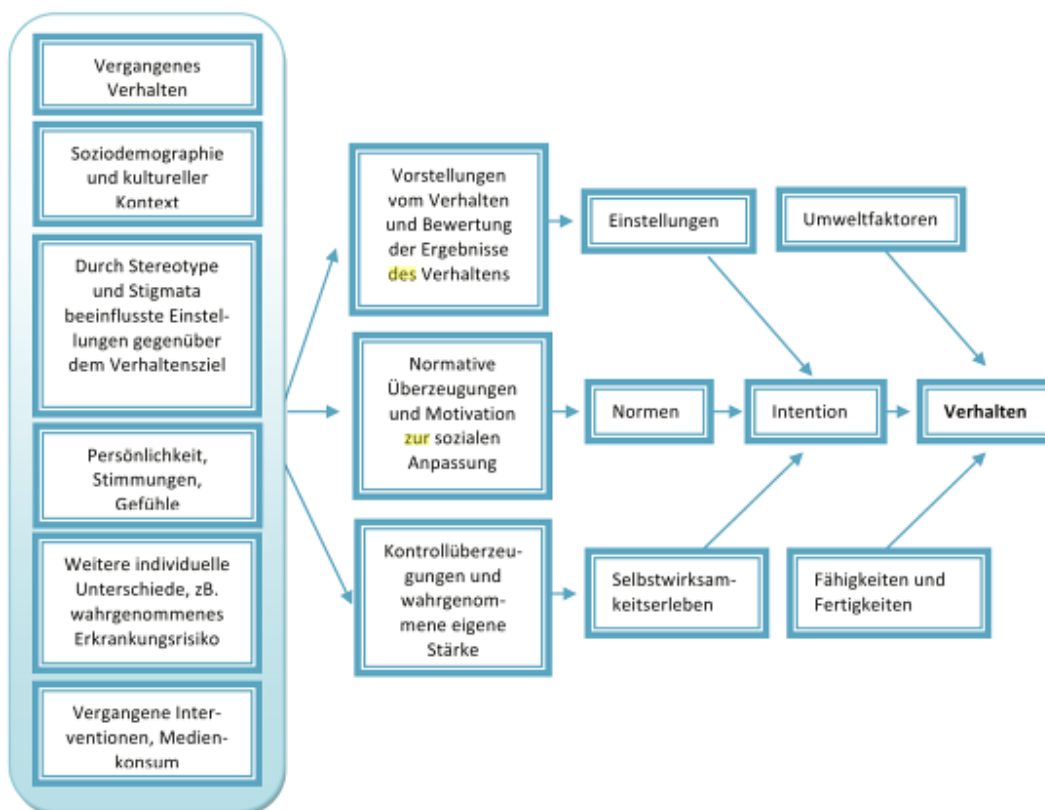
Dieses Modell ist wichtig für diese Magisterarbeit, da es wichtig ist, das individuelle Gesundheitsverhalten der Individuen zu verstehen. Wenn die Menschen erkennen, dass man

etwas gegen Krankheit unternehmen kann, sei es vorsorglich oder präventiv zu handeln, sich dann dazu überwinden, rückt die Gesundheit immer näher. Dies den Menschen nahe zu bringen wohl eines der wichtigsten Ziele des neuen Gesundheitsportals.

4.1.3 Integratives Modell zur Erklärung des individuellen Gesundheitsverhaltens

Auch dieses Modell knüpft an die Theorie des rationalen Handelns und des geplanten Verhaltens an. Die drei Variablen, wie bereits beschrieben (Einstellung, subjektive Norm und Größe wahrgenommener Verhaltenskontrolle), bleiben zentraler Bestandteil auch in diesem Modell.

Abb. 4: Integratives Modell zur Erklärung des individuellen Gesundheitsverhaltens



Quelle: Integratives Modell zur Vorhersage des Gesundheitsverhaltens, Fromm et al., 2011.

Die Abbildung zeigt, dass das Verhalten abhängig ist von: der Stärke der Intention, von den notwendigen Fähigkeiten/Fertigkeiten und Umweltfaktoren, die darauf einwirken können. Auch hier sieht man wieder deutlich die drei Einflussfaktoren auf die Verhaltensintention (wie oben genannt). Diese basieren auf bestimmten Überzeugungen und Vorstellungen. Außerdem können sich auch folgende Faktoren auf das intendierte Verhalten auswirken:

- ♣ Bewertung der Ergebnisse des Verhaltens
- ♣ normative Überzeugungen des Verhaltens
- ♣ Motivation für soziale Anpassung
- ♣ Kontrollüberzeugungen der eigenen Stärke
- ♣ Hintergrundeinflüsse: vergangenes Verhalten, kultureller Kontext, Soziodemographie, Persönlichkeit, Stereotype, Stigmata, Stimmung, Gefühle, individuelle Unterschiede von Ansichten und vergangener Medienkonsum

Letztere Hintergrundeinflüsse stehen nicht zwangsläufig in Zusammenhang mit dem Verhalten (vgl. Fromm et al., 2011).

4.2 Theorien der Publizistik- und Kommunikationswissenschaft

Aus der Kommunikationswissenschaft sind jene Theorien von Bedeutung, welche die Konzeption, die Nutzung und die Wirkungen der massenmedialen Kommunikation betreffen. Grundlegend ist, dass Medien nicht nur als Träger und Übermittler von Informationen zu verstehen sind. Die Gesellschaft ist von Medien in jedem Bereich sehr stark geprägt. Die Einstellungen, das Bewusstsein, das Verhalten und die Normen, werden durch die Medien beeinflusst. Durch den Einfluss der Medien und des folgenden Medienverhaltens der Individuen kann ein Prozess beobachtet werden, der Mediatisierung genannt wird.

Mediatisierung „geht von einer sozialen Konstruktion von Medien durch das Handeln der Menschen aus, aus dem sich deren gesellschaftliche und kulturelle Bedeutung ableitet“ (vgl. Krotz, 2002, zit. nach Fromm et al., 2011, S. 97).

4.2.1 GS/GO-Modell

Die Mediennutzung wird in der Kommunikationswissenschaft als sinnkonstituierendes Handeln verstanden. Das bedeutet, dass die Menschen Medien nutzen, weil das Teil ihrer Alltagspraxis ist. Dies geschieht intentional und sinnhaft und ist eine Form ihres sozialen Handelns. Zu einem gewissen Grad sind Menschen beeinflussbar und macht die Menschen zu Objekten von Medieninstitutionen. Doch schließlich entscheiden die Rezipienten selbst darüber, in welcher Art und Weise, Umfang, Dauer und mit welcher Zielsetzung Entscheidungen zu ihrer sozialen Lage und individuellen Befindlichkeit treffen (vgl. Neverla et al, 2007, S. 27).

Unter Berücksichtigung dieser Erkenntnis ist die Uses-and-Gratification Approach Theorie zu verstehen. Im Allgemeinen beschreibt diese Theorie die Gratifikationen des *Nutzens* und der *Bedürfnisse*, die Rezipienten an ihr Medienverhalten haben. Da dieser Ansatz jedoch nicht ausreichend präzisiert ist und der Blickwinkel nur auf den Rezipienten gerichtet ist, kam Kritik der „Theorielosigkeit“ auf. Auch die Tatsache, dass Kontextgründe wie bspw. gesellschaftliche Konsequenzen nicht berücksichtigt wurden und die Bedürfnisse und Motive der Rezipienten ausser Acht gelassen wurden, brauchte es regelrecht eine Veränderung der Theorie.

Palmgreen, Wenner und Rayburn erkannten dies und erweiterten den Ansatz zum GS/GO-Modell. GS steht für „gratifications sought“ und meint die gesuchten Gratifikationen. Dem gegenüber steht GO für die „gratifications obtained“, die erhaltenen Gratifikationen. Stellt man nun GS und GO gegenüber, lässt sich überprüfen, inwieweit das Medienverhalten den Wünschen der Rezipienten entsprechen oder ob möglicherweise Änderungen vorgenommen werden sollen bzw. werden dadurch Veränderungen im Angebot möglich (vgl. Schenk, 2007, S.691).

Das impliziert, dass GS und GO einerseits zusammenhängen und umgekehrt sich auch in einem Feedback-Modell befinden. Der Rezipient bekommt demnach genau das, was er sich von seiner Informationssuche erwartet. Erwartungen und Bewertungen spielen in diesem Modell eine zentrale Rolle. Sie wirken als Einflussfaktoren bei der Suche nach den jeweiligen gesuchten und erhaltenden Gratifikationen, welche die Mediennutzung in Folge beeinflussen (vgl. Palmgreen, 1984, S. 52f).

„Diese Nutzung führt dann zu einer Wahrnehmung bestimmter erhaltener Gratifikationen; dies wiederum verstärkt oder verändert rückwirkend die individuelle Wahrnehmung der mit den Gratifikationen verbundenen Eigenschaften von bestimmten Zeitungen, Programmen, Programmgestaltungen etc.“ (Palmgreen, 1984, S. 53)

Übertragen auf erkrankte Patienten bedeutet dies, dass die Bedürfnisbefriedigung der Informationssuche als entscheidende Komponente für die Medien- und Internetnutzung gesehen wird. Medienwirkung wird daher als ein Prozess betrachtet, der auch affektive Determinanten einschließt (vgl. Bonfadelli/Wirth, 2005, S. 572f).

Bezogen auf diese Arbeit liefert dieses Modell wichtige Faktoren für das Gesundheitsportal. Der Nutzen und die Bedürfnisse spielen eine wichtige Rolle für die Berichterstattung. Wenn rezipientenorientiert gestaltet wird, kann dies zu positiven Verhaltensweisen führen und mit den Informationen wird richtig umgegangen. Wenn sich die Informationen an den Wünschen der Nutzer orientieren, sind sie zufrieden und besuchen auch häufiger das Gesundheitsportal.

4.2 Agenda Setting Theorien

Die Medien haben keinen großen Einfluss auf konkrete Themenschwerpunkte, sondern sie legen fest, *worüber* das Publikum denkt. Das ist die Kernbotschaft der Agenda Setting Theorie. Indem die Medien gewisse Themen oft wiederholen, gelangen diese auf die Agenda der Rezipienten und erhalten dadurch eine höhere Priorität anderen Themen gegenüber.

Sobald also Medien ein bestimmtes Thema unter das Publikum gebracht hat, kann in Folge untersucht werden, was darüber gedacht wird. Das bedeutet, dass die Rezipienten erst durch die Vermittlung der Medien dieses Thema kennenlernen, bevor eine Meinung darüber gebildet oder wird (vgl. Bonfadelli, 2005, S. 238).

McCombs und Shaw sind diesem Ansatz nachgegangen, haben die Kausalzusammenhänge erforscht und daraus 1977 drei Modellvarianten entwickelt:

1. **Das Awareness-Modell (Aufmerksamkeitsmodell):** Die Medien berichten über bestimmte Themen und machen das Publikum darauf aufmerksam.
2. **Das Salience-Modell (Hervorhebungsmodell):** Die Medien heben bestimmte Themen absichtlich und vor allem unterschiedlich hervor. Das ist der Grund dafür, dass die Rezipienten diese Themen auch unterschiedlich wahrnehmen.
3. **Das Priorities-Modell (Prioritätenmodell):** Die Medien setzen eine Themenrangfolge fest, welche direkt vom Rezipienten übernommen wird. Dadurch erhalten die Medien eine Strukturierungsfunktion und „erteilen“ den Rezipienten eine Publikumsagenda (vgl. Uekermann/Weiss et. al., 1983, S. 70ff, zit. nach. vgl. Burkart, 2002, S. 250-251).

Übertragen auf diese Magisterarbeit ist Agenda Setting sehr wichtig für die Themenfestlegung auf dem Gesundheitsportal. Wenn die Nutzer über bestimmte Themen nachdenken soll, dann müssen diese auch klar kenntlich auf der Plattform gemacht werden. Wenn tagesaktuelle Themen besonders wichtig sind, müssen die Rezipienten aufmerksam gemacht werden, denn das Portal berichtet auch über aktuelle Gesundheitsthemen. Prioritäten lassen sich im Konzept visuell sehr gut hervorheben und führen dadurch zu gewollten Anreizen in der Publikumsagenda.

5. *EIN* Kommunikationskonzept für das Allgemeine Krankenhaus Wien

In diesem Kapitel geht es allein um das Kommunikationskonzept, welches das Herzstück dieser Arbeit darstellt. Hierfür werden nun die verschiedenen strategischen und teilweise kreativen Ansatzpunkte präsentiert, die für die Integration eines Kommunikationskonzeptes in eine bereits bestehende Organisation bzw. Webseite nötig sind. Es handelt sich also um ein allgemeines Kommunikationskonzept für ein Gesundheitsportal im Internet, welches für die österreichische Bevölkerung öffentlich zugänglich ist. Damit dafür nicht wieder ein beliebiges Gesundheitsportal im Internet entsteht, soll dieses Konzept Schritt für Schritt mit den einzusetzenden Instrumente und Ressourcen auf die Webseite des Allgemeinen Krankenhauses (AKH) Wien implementiert werden.

Klaus Schmidbauer, strategischer Kommunikationskonzeptioner und Eberhard Knödler-Bunte, Kommunikationsberater haben ein neun-Phasen Modell für die Erstellung von guten Kommunikationskonzepten entwickelt. Dieses wird nun teilweise adaptiert und dient quasi als Grundstruktur dieses neuen Konzeptes. Es handelt sich daher um ein Maßnahmenkonzept, da es sich um bestimmte Maßnahmen handelt, die eingesetzt werden, um die Ziele bestimmter Zielgruppen zu erreichen.

Die neun Phasen von Schmidbauer und Knödler-Bunte:

Phase 1: **Aufgabenstellung**

Phase 2: **Marktsituation**

Phase 3: **Analyse**

Phase 4: **Ziele**

Phase 5: **Zielgruppen**

Phase 6: **Positionierung**

Phase 7: **Strategische Umsetzung**

Phase 8: **Maßnahmensystem im Überblick**

Phase 9: **Perspektive**

Für dieses Kommunikationskonzept wird auf Phase 1 komplett verzichtet, weil sich die Aufgabenstellung auf eine Agentur bezieht die hier nicht benötigt wird. In Phase 7 wird es lediglich eine Gestaltungsformulierung geben, auf kreative Umsetzung wird verzichtet, da dies nicht Teil der Masterarbeit ist. Außerdem werden die Maßnahmen aus Phase 8 in die strategische Umsetzung in Phase 7 eingebaut (vgl. Schidbauer/Knödler-Bunte, S. 27ff). In diesem Phasenmodell, als auch in diesem Konzept wird vollständig auf Kostenanalyse und Budgetierung verzichtet.

5.1 Phase 1: Marktsituation

Mittels Marktsituation soll die verschiedenen Aspekte des Umfeldes für das neue Gesundheitsportal herausgearbeitet werden. Wichtig hierbei ist vor allem das österreichische Gesundheitssystem und seine gesetzlichen Rahmenbedingungen und Organisation. Diese stellen nämlich die Bedingungen für das Entstehen neuer Onlineportale.

Wie bereits bekannt, gibt es eine Vielzahl an Gesundheitsportalen im Internet, die nun nicht alle aufgeführt werden können. Im Folgenden werden deshalb nur die zwei bedeutendsten für Österreich beschrieben.

Netdoktor.at

Netdoktor.at ist wohl das bekannteste und vor allem häufigsten genutzte Gesundheitsportal in Österreich. Hierbei handelt es sich um ein privates Medienunternehmen aus Wien, das ohne öffentliche Unterstützung, sondern durch Werbung, Sponsoring und über Media Services finanziert. Das bedeutet, dass die Inhalte auf der Webseite von diesen Services zur Verfügung gestellt werden und damit keine eigene redaktionelle Arbeit geleistet wird. Netdoktor verweist darauf, dass medizinische Online-Beratungsportale keine Behandlungen ersetzen, da dies für den Nutzer lebensgefährliche Konsequenzen haben könnte.

Netdoktor ist ein sehr gutes Beispiel für ein öffentliches Gesundheitsportal, da genaue und vor allem verständliche Informationen zu wichtigen medizinischen Belangen gegeben werden. Es lassen sich z.B. komplizierte Laborwerte bzw. dessen Bedeutung durch verständliche

Definitionen erklären. Das ist ein wichtiger Punkt, da sich Patienten oftmals mit dem ärztlichen Fachjargon überfordert fühlen. Auch Informationen über die Medikation oder Untersuchungen können hier nochmals eingeholt werden und so beim Patienten zu besserem Verständnis führen. Es gibt sogar einen videounterstützten Gesundheitstalk von Fachpersonen, die zu ihrem Gebiet oder Fach berichten. Dies ist bislang noch einzigartig. Eine weitere interessante Rubrik ist *Fragen Sie den Arzt*. Dazu wird jeweils ein Arzt und sein jeweiliges Themengebiet ausgewählt. Im November 2013 war dies z.B. Dr. Birsak, Facharzt für innere Medizin und man konnte direkt Fragen zum Thema Schilddrüse stellen. Vorab kann man ein Interview zu seinen wichtigsten Informationen lesen und bestmöglich schon Antworten bekommen. Dieser Frage-Antwort-Austausch ermöglicht einen interaktiven Kontakt zwischen Arzt und Nutzer (vgl. netdokter, 2013).

Gesundheit.gv.at – Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs

Dieses Gesundheitsportal ist eine Onlineplattform, auf der man unabhängige, qualitätsgesicherte und serviceorientierte Information zu medizinischen Themen bereitgestellt bekommt. Außerdem werden auch Informationen zu Struktur und Organisation des Gesundheitswesens veröffentlicht.

Inhaltlich weisen die Informationen eine Struktur auf. Dabei soll dem Nutzer so gut wie möglich neben der allgemeinen Überblicksinformation auch Details über Vorsorge, Diagnose, Behandlung, Nachsorge und ergänzende Hinweise gegeben werden.

Inhaltlich liefert gesundheit.gv.at explizit Informationen über:

- gesundes Leben und Gesundheitsrisiken, Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsvorsorge,
- Krankheiten, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Medikation,
- Dienstleistungsangebote zu Einrichtungen und Gesundheitsberufen, Modalitäten über die Finanzierung und Inanspruchnahme dieser Leistungen,
- Aufbau und Strukturen des Gesundheitswesens und weiterführende Services.

Auch dieses Gesundheitsportal verweist auf strenge qualitätssichernde Maßstäbe in der Berichterstattung hin und achtet besonders auf Verantwortlichkeit, Transparenz, Ehrlichkeit,

Nutzungsorientierung, Vertraulichkeit und Datenschutz.

Außerdem besteht die Möglichkeit, über die Portalredaktion Anregungen zu äußern wie zum Beispiel Vorschläge über Themen zu bringen, die entweder noch nicht behandelt wurden oder von besonderem Interesse sind. Alle Mitarbeiter der Redaktion sind aufgelistet und man kann diese per Mail direkt anschreiben.

Spannend sind die Rubriken *Inhalte von A-Z* und *Lexikon*. Im Lexikon erhält man die Überblicksinformation zu medizinischen Begriffen wie z.B. über die Krankheit Aids. In *Inhalte von A-Z* bekommt man dann die Detailinformationen zu der Krankheit wie bspw. Symptome, Verlauf, Verbreitung uvm. (vgl. gesundheit.gv.at, 2013).

Dieses Onlineportal zeichnet sich besonders durch seine Aufmachung und seine einfache Handhabung aus. Optisch ist die Homepage in blau und orange gehalten, durch Bilder unterstützt und wirkt daher sehr übersichtlich. Auch der Link zu *Services* ist eine sehr gute Funktion. Damit lassen sich bspw. Ärzte oder Spitäler in der Umgebung finden. Dies sind auf jeden Fall Funktionen, die als Anregungen für das neue Gesundheitsportal dienen.

5.1.1 Das österreichische Gesundheitssystem

Da die Gesundheit das wichtigste Gut der Menschen ist und sich danach unsere Lebensqualität bestimmt, bedarf es medizinischer Versorgung. Diese ist in Österreich schon seit langer Zeit durch ein solidarisches Gesundheitssystem gegeben und zeichnet sich mittlerweile durch ein dichtes Netz an medizinischen Versorgungseinrichtungen aus. Im Jahr 2008 wurden in Österreich 267 Spitäler mit Kapazitäten von rund 64.300 Betten verzeichnet. Insgesamt verfügt das Land über eine hohe Dichte an Ärzten. Insgesamt waren das 2008 rund 18.900 Mediziner, was 5 Ärzte auf 1.000 Einwohner ausmachte.

Der Grundsatz des österreichischen Gesundheitssystems beruht auf Solidarität, Leistbarkeit und Universalität. Damit ist das Recht auf eine hochwertige Gesundheitsversorgung aller Einwohner Österreichs gemeint, unabhängig von Geschlecht, Herkunft, Alter, Einkommen und sozialem Status. Dieses Recht auf Schutz wird durch die soziale Krankenversicherung garantiert. Alle Einwohner in Österreich müssen versichert sein, um einen Rechtsanspruch auf

solidarisch finanzierte Leistungen zu haben.

Die Gesundheitsversorgung im Land ist krankenhauszentriert. Österreich führt an europäischer Spitze der Krankenhausaufenthalte. Das macht im Jahr 2007 insgesamt 2,7 Millionen Aufenthalte aus, wovon rund 28 pro 100 Einwohner ausmachen. Dennoch wird ein Großteil der Bevölkerung ambulant versorgt.

Gesundheitsausgaben

Wie bereits erwähnt, verfolgt Österreich solidarische Prinzipien. So steht es auch um die Finanzierung des Gesundheitswesens und ermöglicht damit den Einwohnern einen gerechten Zugang zu Gesundheitsleistungen. Das Gesundheitssystem finanziert sich aus mehreren Geldern. Das macht im Ganzen eine Mischung aus einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen, steuerfinanzierten öffentlichen Geldern und aus privaten Zuzahlungen (direkte und indirekte Kostenbeteiligungen) aus. Die soziale Krankenversicherung macht den Hauptgeldgeber aus. 2009 machte dies die Hälfte aller Gesundheitsausgaben aus mit rund 14,1 Mrd. Euro. 2007 wurden ca. 76 Prozent der Gesundheitsgelder aus öffentlichen Mitteln erbracht und 24 Prozent aus privaten Zuzahlungen wie z.B. private Versicherungsunternehmen. Insgesamt werden jährlich viel mehr Ausgaben in die stationäre Versorgung getätigt, als im ambulanten Bereich.

Da immer mehr Bedarf nach medizinischer Leistung besteht, steigen auch die Kosten im Gesundheitswesen und es müssen mehr Ausgaben getätigt werden. Mit rund 27,9 Mrd. Euro Gesundheitsausgaben im Jahr 2007 platziert sich Österreich an dritte Stelle in der Europäischen Union. Im Vergleich zu 1997 stiegen die Kosten somit um 2,7 Prozent.

Um auch den wirtschaftlichen Faktor zu berücksichtigen, sind die Kosten im Gesundheitswesen enorm hoch. Auf der anderen Seite sind das aber auch Investitionen in Arbeitskräfte und es werden neue Arbeitsplätze geschaffen.

Qualitätssicherung

Österreich beschreibt Qualität, Transparenz, sowie Patientenorientierung als wichtige Faktoren im Gesundheitssystem. Das sind nämlich Faktoren, die zur allgemeinen Zufriedenheit in der Bevölkerung beitragen.

Neben einheitlichen Leitlinien zur Qualitätssicherung gibt es zahlreiche

Gesundheitseinrichtungen, die die Qualität im Gesundheitswesen sicherstellen sollen (z.B. Qualitätsregister, Qualitätsberichte, Technologiefolgebewertungen). Dazu zählt u.a. die Gesundheit Österreich GmbH, die dem Geschäftsbereich des Bundesinstitut unterstellt ist. Sie koordiniert die Qualitätsstrategien einzelner Organisationen wie bspw. Der Sozialversicherungen.

Auch in E-Health wird vermehrt investiert. Durch öffentlich zugängliche Gesundheitsportale werden seriöse und unabhängige Informationen und Services wie z.B. Arzt- oder Krankenhaussuche ermöglicht.

5.1.2 Gesetzliche Organisation

Allgemeine Ausgangslage

Laut dem Bundesministerium für Gesundheit in Österreich hat sich seit den neunziger Jahren einiges im Gesundheitswesen getan. Unter anderem wurden Vereinbarungen geschaffen, die Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen zur Verbesserung und Sicherung der Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen regeln (Gesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen). Dies impliziert, dass der Bunde dazu bereit ist, innovative Ansätze zu fördern, die das gesamtösterreichische Qualitätssystem im Gesundheitswesen fördern und die Gesundheitsversorgung für Patienten verbessern. Das entspricht ebenfalls den Ansätzen auf internationaler Entwicklungsebene (vgl. BMG, 2010).

Die Gesundheitsversorgung ist von einer Vielzahl an Akteuren mitbestimmt, dessen Zuständigkeiten im Gesundheitswesen gesetzlich geregelt sind. Auf nationaler Ebene ist das Parlament, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Arbeit (BMAK), die Sozialversicherung und dessen Interessenvertretungen als oberste Instanzen. Die Gesetzgebung und Vollziehung übernimmt der Bund. Die Sozialversicherungsträger übernehmen die Aufgaben vom Bund als Selbstverwaltungsorgane. Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesen und seiner Verwaltung sind von Bund, Ländern und Gemeinden aufgeteilt. Die einzelnen Länder sind zuständig für die stationäre Versorgung, Gesundheitsförderung, Pflegegelder und Prävention.

Bund und Länder entscheiden gemeinsam über ambulante und stationäre Angelegenheiten und dienen als Koordinations- und Sanktionsmechanismen.

Das BMG kümmert sich um die allgemeine Gesundheitspolitik und den Schutz des Gesundheitszustands der Bevölkerung. Außerdem bereitet er Gesetze vor und ist Entscheidungsträger, Aufsichtsbehörde und Koordinator zwischen den wichtigsten Akteuren im Gesundheitssystem. Entscheidungen in der Strukturpolitik und -planung und über die Regelung von Gesundheitsberufen werden vom Bund/BMG getroffen.

Eine weitere wichtige Planungsinstanz stellt der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne (RSG) der Länder dar. Sie regeln die sektorenübergreifenden Ressourcen- planung. Die Bundesgesundheitsagentur und die Landesgesundheitsfonds wurden errichtet, um gemeinschaftliche und sektorenübergreifende Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheits- wesens zu fördern. Die Bundesgesundheitsagentur ist speziell dafür verantwortlich, Entwicklungen im Gesundheitswesen zu verfolgen und Qualitätsvorgaben für Gesundheitsleistungen zu erarbeiten. Der Landesgesundheitsfonds ist u.a. für die Finanzplanung der öffentlichen, privaten und gemeinnützigen Spitäler zuständig.

Gesundheitsförderung und Prävention

Neben dem Ziel einer gesunden Lebensführung, geht auch der Anstieg der Lebensqualität einher. Dies wird durch präventive Leistungen und Gesundheitsförderungsaktivitäten erreicht, die in Österreich als öffentliche Aufgabe verstanden und angestrebt wird.

Die Gesundheitsförderung in Österreich wurde durch drei entscheidende Initiativen beeinflusst, nämlich die WHO (World Health Organisation), das Gesundheitsförderungsgesetzes 1998 und den Fond Gesundes Österreich (FGÖ). Alle drei trugen dazu bei, dass die Gesundheitsförderung an Bedeutung gewinnt und ein stärkeres Bewusstsein dafür geschaffen wird. Besondere Ausrichtung gilt der Gesundheitsförderung in Betrieben, Gemeinde/Stadt, Spitälern und an Schulen.

Auch was die Präventionsangebote angeht, ist Österreich engagiert. Kostenlose Vorsorgeuntersuchungen, Kinderimpfungen, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramm sind nur einige davon (vgl. BMG, 2010, S.3f).

5.1.3 Das allgemeine Krankenhaus Wien

Das Allgemeine Krankenhaus Wien (AKH) ist nicht nur Österreichs größtes Krankenhaus, sondern gehört zu den größten Krankenhäusern in ganz Europa. Gleichzeitig ist das AKH auch Sitz der Medizinischen Universität Wiens (AKH, 2013).

„Mit elf Spitälern, zehn Geriatriezentren (und dem Sozialtherapeutischen Zentrum Ybbs) sowie vier Pflegewohnhäusern zählt der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) zu den größten Gesundheitseinrichtungen in Europa. Rund 30.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kümmern sich 365 Tage im Jahr; rund um die Uhr, um das Wohl der ihnen anvertrauten Menschen.“ (wienkav.at, 2013)

Das Zitat klingt viel versprechend und so heisst es auch auf der Webseite des AKH „Gesundheit ist unsere Stärke“. Damit und den drei Leitgedanken:

- ♣ Spitzenmedizin auf höchstem Niveau
- ♣ Pflege mit Herz
- ♣ Von den Besten lernen (wienkav, 2013)

wird zwar nicht geworden, aber in den höchsten Tönen gelobt (vgl.wienkav, 2013).

Die Webseite ist allerdings sehr schlicht gehalten und lässt viel Handlungsspielraum für das neue Gesundheitsportal übrig.

„Im Gesundheitswesen angesiedelte Firmen haben erkannt, dass mit der Pflege eines adäquaten medizinischen Informationsangebotes nicht nur ein Imagegewinn verbunden ist, sondern auch über die Akquise von Anzeigenkunden eine Refinanzierung von Entwicklungsinvestitionen zu erreichen ist. Darüber hinaus verspricht das Medium eine höhere Kosteneffizienz, da das bestehende Angebot an Informationen leichter zu bearbeiten und auf dem neuesten Stand zu halten ist.“ (Stadtler, 2006, S.18)

Bei vielen Profit-Organisationen steht der direkte Verkauf und die Bewerbung von Produkten im Vordergrund und darauf wird die Informationsdarbietung aufgebaut. Bei Non-Profit-Organisationen hingegen liegt der Fokus direkt beim Nutzer als Informationssuchender (vgl.

Stadtler, 2006, S.18). Daher wurde das AHK ausgewählt, weil es ein Krankenhaus ist und damit eine Non-Profit-Organisation. Der Internetauftritt von Krankenhäusern ist im allgemeinen darauf ausgerichtet, Informationen zu liefern wie z.B. aktuelle Behandlungsmethoden zu präsentieren.

Auch wenn Produkte für Behandlungen angeführt werden, dürfen diese nie als Verkaufsmaßnahme im Vordergrund stehen. Man könnte dies lediglich als Werbung in eigener Sache betrachten.

Dies ist mit unter zwei Gründe, warum das AKH als Beispiel gewählt wurde. Zum einen wegen dem hohen Informationsgehalt und zum anderen, da es sich um eine staatliche Einrichtung handelt, wo es keine Werbung gibt. Werbung ist nämlich ein heikles Thema, da dies schnell in Verbindung mit Geschäftssinn verbunden ist. Das könnte den Sinn und Zweck dieses Portals trügen, denn es soll wirklich nur um Informationsbereitstellung- und -austausch gehen.

Ein weiteres wichtiges Kriterium stellt die Reputation von Krankenhäusern dar. Allein durch die Tatsache, dass es sich um eine staatliche Institution handelt zeigt, dass die Regierung gewissen Standards stellt. Geht man also von einer guten Reputation aus, verweist dies auf Glaubwürdigkeit und im weiteren auf Vertrauenswürdigkeit. Das zeigt auch folgendes Zitat:

„Reputation ist mehr als das Image. Sie beinhaltet auch Begriffe wie Glaubwürdigkeit, Vertrauenswürdigkeit und Verantwortungsbewusstsein. Neben unternehmerischen harten Fakten kommt somit eine soziale Komponente hinzu, die von ungemein hohem Wert ist, weil sie unmittelbar den Unternehmenswert beeinflusst.“ (Immerschitt, 2009, S. 21).

Aus diesen Gründe wurde das AKH gewählt und weil es zum einen noch kein einziges Krankenhaus in Österreich gibt, welches ein solches Kommunikationsprojekt beinhaltet und zum anderen, da das AHK das größte Krankenhaus in ganz Österreich ist und sich dadurch eine große Zielgruppe ansprechen lässt. Ganz wichtig ist aber auch, dass das AKH einen sehr guten Imagewert pflegt und somit als glaubwürdige und vertrauensvolle Institution dieses Portal repräsentiert. Das wissen die Nutzer zu schätzen und etablieren das neue

Gesundheitsportal als erste Informationsquelle für gesundheitliche Angelegenheiten.

5.2 Phase 2: SWOT-Analyse

Die folgende SWOT-Analyse (Englisch für **S**trenghts, **W**eaknesses, **O**pportunities, **T**reaths) stellt eine kritisch-reflektierte Analyse dar, die nun am neuen Gesundheitsportals angewendet wird. Dabei stehen einerseits jeweils die Stärken und Schwächen des Portals gegenüber und andererseits die Chancen und Risiken.

- ⤴ Durch die Stärken des Portals sollen die Chancen genutzt werden
- ⤴ Durch die Stärken des Portals sollen die Risiken entschärft werden
- ⤴ Durch den Abbau der Schwächen sollen die Chancen genutzt werden
- ⤴ Durch den Abbau von Schwächen sollen die Risiken vermindert werden

Tabelle 5: SWOT-Analyse

Stärken	Schwächen
Alle Informationen auf einen Blick	
Eigenschaften online: schnell, orts- und zeitunabhängig, kostengünstig, sicher, transparent,	Erfordert einen Internetzugang und erste EDV-Kenntnisse
Eigenschaften Information: qualitativ hochwertig, verständlich, nutzerorientiert	Zusätzliche Kosten: neues Computerprogramm und Personalkosten
Qualitativ hochwertige Information, mit Hon-Gütesiegel	HONcode nur um formale Kriterien handelt, die leicht zu erfüllen sind.
Orientierung an Nutzerbedürfnissen: Kritikfähigkeit über Feedback-Funktion	Barrierefreier Zugang erschwert z.B. für behinderte und ältere Nutzer

Ärzteverzeichnis mit Bewertungen	Bewertungen können das AKH-Image schädigen
Gesundheitsvorsorge und -prävention	
Erhöhung der Compliance durch Informationen zu Prävention, Diagnose und Therapiemöglichkeiten	Fehlinterpretation der Informationen bei den Nutzern
Visualisierungen werden individuell erstellt und für die gemeinsame und auch individuelle Kommunikation verwendet	
Modernisierung und Produktivitätssteigerung der AKH-Infrastruktur und des gesamten Gesundheitswesens	Datenschutz
Effizienzsteigerung: Wissensdatenbank, Wissensmanagement	
Staatliche Einrichtung: glaubwürdig und vertrauensvoll	höhere Kosten, da nicht durch Werbung finanziert
Chancen	Risiken
Erhöht die Gesundheitskompetenz und Compliance und damit die Behandlung	Ärzte müssen ebenfalls besser informiert sein, da die Patienten detailliertere Fragen stellen
Imageverbesserung des AHK	Fehlinterpretation der Informationen bei den Nutzern
Verbessert die Arzt-Patienten-Beziehung und -Kommunikation	
Entscheidungsunterstützendes System für Patienten	
Versorgung aller Akteure (Patienten, Nutzer, Ärzte...) mit Informationen	

Interaktivität: - Austausch mit Ärzten und anderen Betroffenen - Akteure beteiligen sich aktiv mit am Gesundheitswesen	
Informiertheit der Patienten	Ärzte müssen Fehlinterpretationen aus dem Internet korrigieren, fordert viel Zeit und Geduld
Informationen tragen zu Gesundheitsförderung und -prävention bei	

Quelle: eigene Darstellung

5.3 Phase 3: Ziele

Die folgenden Ziele des neuen Gesundheitsportal sind in anwendungsorientierte und nutzerdefinierte Ziele unterteilt. Die Zieldefinitionen sind so ausgerichtet, dass diese nicht nur gesundheitsorientiert, sondern auch einen gesamtgesellschaftlichen Zweck erfüllen.

Das oberste Ziel diese Portals ist es, die erste Plattform für die Öffentlichkeit zu sein, an die man sich wendet, wenn man gesundheitsrelevante Informationen benötigt.

Anwendungsorientierte Ziele:

- ♣ Information und Aufklärung der Bevölkerung über gesundheitsrelevante Themen
- ♣ Gesundheitsförderung und -prävention
- ♣ Hilfestellung für die Nutzer bei gesundheitsfördernden Programmen wie z.B. Versicherungen, Erklärungen finden und gesundheitsrelevante Möglichkeiten aufzeigen
- ♣ Gesundheitsbewusstsein schaffen
- ♣ Gesundheitskompetenz vermitteln
- ♣ Mehr Accessibility bzw. Barrierefreiheit auch für spezielle Nutzergruppen wie

behinderte und ältere Menschen

- ⤴ Interaktivität: inhaltlicher Austausch und Vermittlung von Wissen im Gesundheitswesen unter den Nutzern
- ⤴ Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen für eine optimale Fachbesetzung
- ⤴ Einfach Handhabung des Portals

Nutzerdefinierte Ziele:

- ⤴ Informationen zum Umgang mit speziellen Problemen bereitstellen
- ⤴ Offene Fragen nach einem Arztbesuch klären
- ⤴ Informationen als Zweitmeinung bereitstellen
- ⤴ Emotionale Unterstützung der Nutzer in schwierigen Angelegenheiten
- ⤴ Patientenbedürfnissen und Anregungen über Feedback-Funktion nachgehen
- ⤴ Kontakt zu anderen Betroffenen
- ⤴ Sachliche Inhalte für den Nutzer verständlich gestalten
- ⤴ Informationen für eine gesundheitsbewusstere Lebensweise

5.4 Phase 4: Zielgruppen

Da das Gesundheitsportal auf die Webseite eines staatlichen Krankenhauses integriert werden soll, ist es für die gesamte Öffentlichkeit ab einem Alter von ca. 12 Jahren zugänglich. Als Voraussetzung ist lediglich ein Computer mit Internetzugang notwendig. Für jüngere Nutzer macht dieses Portal wenig Sinn, wegen der Thematik und weil eher kein Bedarf vorhanden ist. Schwierigkeiten könnten Personen mit Migrationshintergrund haben, aufgrund von Sprachbarrieren.

Da sich das Design der Website relativ schlicht halten wird und nur durch wenig Features abhebt, wird die Handhabung sehr leicht sein. Dadurch soll der Zugang auch für ältere und behinderte Menschen erleichtert werden.

5.5 Phase 5: Positionierung

Dieses Kommunikationskonzept wird in die bereits bestehende Webseite des Allgemeinen Krankenhauses Wien integriert und stellt gesundheitsbezogene Informationen für die breite Öffentlichkeit zur Verfügung. Neu ist die interaktive Komponente, dass die Nutzer mit den Akteuren im Krankenhaus in den virtuellen Kontakt über live-Chat und eMail treten können. Oberstes Ziel ist es, das Gesundheitsportal werden, an das sich die Öffentlichkeit als erstes wendet, wenn gesundheitsrelevante Informationen bezogen werden sollen.

Das vorliegende Kommunikationskonzept ist daher sehr innovativ, da es sich durch seine (interaktiven) Anwendungen von anderen abgrenzt und weil es auf der Webseite des Spitals eingerichtet ist. In Österreich gibt es bisher kein Konzept dieser Art, dass so interaktiv ausgerichtet ist und auf Nutzerbedürfnisse abgestimmt ist. Damit positioniert sich dieses Portal neu am Markt.

Durch die Inhalte ist das Portal zwar stark gesundheitsorientiert, verfolgt aber auch einen anwendungsorientierten und gesellschaftlichen Ansatz, da es ein aktuelles gesellschaftliches Thema ist.

Folgende Prinzipien sind in besonderer Weise wichtig und repräsentativ für das Gesundheitsportal.

Integrität

Unter diesem Stichwort wird die generelle Zusammenarbeit mit allen Akteuren geregelt. So müssen alle Aktivitäten, die kommuniziert werden, auch direkt den Nutzern zugutekommen. Zudem wird die Art der Information, die den Nutzern auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden, genauestens überprüft.

Transparenz

Das Gesundheitsportal verpflichtet sich, in transparenter Weise mit allen Akteuren zusammenzuarbeiten. Selbstverständlich entspricht jede Form der Zusammenarbeit geltenden ethischen, rechtlichen und regulativen Grundsätzen.

Regelmäßige Evaluierung der Zusammenarbeit

Grundlage für eine Zusammenarbeit ist immer auch die Evaluierung des gesamten Portals. Deshalb werden zu Beginn vereinbarte Ziele mit dem tatsächlich Erreichten evaluiert und besprochen, um nützliche Erkenntnisse für künftige Projekte zu ziehen. Denn nur wenn alle Beteiligten wissen, dass eine Zusammenarbeit sinnvoll und nachhaltig ist, können die Mitarbeiter ihre Arbeit motiviert und erfolgreich umsetzen.

Informationen müssen sachlich und ausgewogen sein. Sie dürfen keine unbegründeten Hoffnungen auf eine erfolgreiche Behandlung wecken und hinsichtlich der Sicherheit von z.B. Medikamente nicht irreführend sein. Zudem dürfen keine Aussagen gemacht werden, die den Nutzer dazu veranlassen könnten, medizinisches Fachpersonal um z.B. die Verschreibung eines bestimmten verschreibungspflichtigen Medikaments nicht zu veranlassen.

5.6 Phase 6: Strategische Umsetzung

In diesem Unterkapitel geht es um die inhaltliche und praktische Umsetzung des Konzeptes und wird auch in diese Kategorien unterteilt.

Organisatorische Struktur

Dieses Kommunikationskonzept wird in der Umsetzung von verschiedenen Berufsgruppen verwaltet. Da es sich um eine staatliche Institution handelt, wird diese dementsprechend reguliert.

Es entsteht ein Netzwerkteam aus Akteuren des Gesundheitswesens wie Ärzten und auch Krankenpflegern, Kommunikationsprofis und Soziologen und Studierenden aus beiden Branchen (Medizin und Kommunikation). Jede einzelne Berufsgruppe ist auf sein Fach spezialisiert, sodass das ganze Spektrum der Gesundheitskommunikation abgedeckt ist. Alle Fachspezialisten arbeiten zusammen und versorgen sich gegenseitig mit dem aktuellen Wissensstand und der Umsetzung.

Inhaltliche Struktur

Informationen

Die Informationen enthalten natürlich Fachbegriffe, die zusätzlich in einem Lexikon verständlich definiert werden. Das macht den Informationsgehalt verständlich. Um die Compliance zu fördern, gibt es auch ein Medikamenten-Lexikon, wo alle gängigen Medikamente beschrieben werden.

Das Portal besitzt das HON-Gütesiegel für die Sicherstellung der Qualität von Inhalten:

- ✧ Sachverständigkeit: Qualifikationsangabe der Verfasser
- ✧ Komplementarität: Informationen dienen zur Unterstützung und Information der Nutzer und dürfen keine Arztbesuche ersetzen
- ✧ Datenschutz: Datenschutz muss eingehalten werden und die persönlichen Daten der Nutzer unterliegen der Vertraulichkeit
- ✧ Zuordnung: Quelle müssen inklusive Datum angegeben werden
- ✧ Belegbarkeit: Behauptungen müssen in Bezug auf Nutzen und Effizienz belegbar sein
- ✧ Transparenz: Darstellung muss zugänglich sein
- ✧ Offenlegung der Finanzierung: Finanzierungsangaben müssen angegeben werden
- ✧ Werbepolitik: Werbeinhalten müssen sich von redaktionellen Inhalten abgrenzen

Als Herausgeber von gesundheitsbezogenen Inhalten wird das HON-Code-Logo als Gütesiegel für Qualität und Redaktion nach ethischen Richtlinien auf der Webseite eingeblendet.

Redaktionelle Inhalte: Keine Festlegung auf bestimmte Inhalte (das würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen). Es gibt aber verschiedene Lexika, Ärztebewertungen, FAQ, Liste und Beschreibung der Mitarbeiter, Suchfenster (uvm).

Abb. 5: Hon-Code-Logo



Quelle: „HONcode certification: Improving the quality of online health information.“ vgl. HON, 2013.

Interaktivität wird durch eine Chat-Funktion unterstützt, wodurch die Nutzer mit Ärzten in Kontakt treten und direkt Fragen stellen können. In einem Forum können sich Nutzer bzw. Patienten mit anderen Betroffenen austauschen und soziale Kontakte schließen.

Gestaltung hält sich in schlichtem Design. Nur wenige Hervorhebungen damit die Handhabung nicht zu kompliziert wird und für alle Zielgruppen zugänglich ist.

5.7. Phase 7: Perspektiven

In Österreich gibt es bis heute kein interaktives Gesundheitsportal, wie es hier ausgearbeitet wurde. Grundannahme war, dass die Informationsflut die Nutzer überfordert und es deshalb nur ein einziges Gesundheitsportal geben soll, an das sich alle Menschen wenden. Das AKH wurde ausgewählt, weil es ein sehr gutes Image pflegt und somit als glaubwürdige und vertrauenswürdige Institution dieses Portal repräsentiert. Das wissen die Nutzer zu schätzen und etablieren das neue Gesundheitsportal als erste Informationsquelle für gesundheitliche Angelegenheiten. Die Nutzern erhalten so Informationen über gesundheitsrelevante Themen und trägt somit zur Gesundheitsförderung und -prävention in der Gesellschaft bei. Dadurch wird vor allem ein Gesundheitsbewusstsein geschaffen und die Gesundheitskompetenz der Nutzer gesteigert.

Dieses Kommunikationskonzept des Gesundheitsportals hat gute Chancen, zukünftig erfolgreich zu sein, wenn es tatsächlich umgesetzt wird.

6. Resümee und Ausblick

Im Folgenden Resümee sollen nun noch einmal alle wichtigen Punkte kurz zusammengefasst werden, damit ein Ausblick für das Kommunikationskonzept des Gesundheitsportals gegeben werden kann.

Das Internet dient schon lange als Basis von Recherchen nicht nur für Journalisten und Blogger geworden, sondern auch der Nutzer, weil diese Webseiten sehr oft genutzt und positiv wahrgenommen werden. Das hat zur Folge, dass die Glaubwürdigkeit der Online-Medien im Allgemeinen steigt. Dies ist nur teilweise zu bejahen, wenn es um Gesundheitsjournalismus geht. Die journalistische Qualität ist nämlich auf vielen Portalen sehr fragwürdig. Die guten und damit verlässlichen Portale besitzen allerdings journalistische Standards und Gütesiegel. Studien haben gezeigt, dass die Gesundheitsinformationen im Internet stark als Hintergrundrecherche dient, der man aber hohen Wert beimisst, wenn die Quellen transparent sind. Netdoktor.at hat berichtet, dass die Rezipienten aufgrund der Informationen aus dem Internet Arztbesuch zwar nicht auslassen, aber trotzdem ein hohes Risiko der Fehlinterpretation besteht.

Das verwundert kaum, sind heutzutage gesundheitsrelevante Informationen die am häufigsten aufgerufenen Inhalte im Internet. Durch diesen einfachen Zugang zu Gesundheitsinformationen führt unter den Rezipienten zu großer Unsicherheit. Die Flut an Informationen ist für die Nutzer immer schwieriger wird zu bewältigen und erschwert den Umgang. Um nun diese Flut zu überblicken, wurde nun dieses *eine* Kommunikationskonzept des Gesundheitsportals generiert.

Dieser neue Zugang ist natürlich eine optimale Informationsquelle für Nutzer und revolutioniert gleichzeitig auch das österreichische Gesundheitssystem. Die Informationen, die transparent und durch die staatliche Institution des Allgemeinen Krankenhauses in Wien zugänglich sind, leisten einen enorm wichtigen Beitrag für die Gesellschaft. Die Patienten sind aufgeklärter, bevor sie zu den Ärzten gehen, denn ihre Gesundheitskompetenz steigt und kann in Folge auch die Compliance erhöhen. Dieses Portal dient auch als Entscheidungsunterstützung der Patienten, wenn Informationslücke bestehen. Wenn Patienten vorinformiert in die Behandlung gehen, kann das von großem Vorteil für den behandelnden

Arzt sein, da dieser nicht Zeit mit wichtigen Erklärungen verschwendet. Dies trägt natürlich in Folge zu einer verbesserten Arzt-Patienten-Beziehung bei.

All dies sind wichtige Faktoren, welche zur Gesundheitsförderung- und -prävention in der Gesellschaft beitragen und das Gesundheitssystem modernisieren.

Dieses Konzept ist nicht gänzlich risikofrei. Die Plattform darf z.B. nicht den notwendigen Arztbesuch ersetzen, wenn dieser nötig ist. Schwierigkeiten kann es auch bei negativ Bewertungen geben und dem Image des Krankenhauses schaden. Datenschutzprobleme könnten bei den interaktiven Funktionen auftreten, die sich aber sicher mit einer externen Rechtsabteilung regeln lassen.

Vorsicht ist auch bei der Fehlinterpretationen der Informationen. Dies würde bedeuten, dass Ärzte viel Zeit und Geduld in die Korrektur dieser Informationen investieren müssen.

Grundsätzlich gilt, dass mit jeder Information aus dem Internet kritisch umgegangen werden sollte. Diese Kritik sollte allerdings nicht die journalistischen Inhalte betreffen, sondern den Umgang damit.

Zukünftig ist zu erwarten, dass durch die neuen Medien, wie Smartphones oder Tablet-Computer, der Informiertheitsgrad der Nutzer steigt. Die Gesundheitsportale sind daher gefordert, die Qualität und die Gestaltung der Inhalte zu verbessern und nutzerorientiert anzupassen. Es sollte auf institutioneller Ebene versucht werden, Unzuverlässigkeiten auf den Internetplattformen entgegenzuwirken. Es ist daher anzunehmen, dass Gesundheitskommunikation im Internet noch länger ein aktuelles Thema sein wird. Aufgrund der Gesundheitskompetenz und des verbesserten Informiertheitsgrad der Nutzer, wird sich die Qualität der Inhalte zwangsläufig steigern.

Die Gesundheitsportale bieten daher auch zukünftig noch viel Potential, lässt aber umgekehrt viele Fragen über die Chancen und Risiken dieser Angebote offen.

Abschließend lässt sich anmuten, dass dieses Kommunikationskonzept sein oberstes Ziel erreichen kann, nämlich erste Informationsquelle in gesundheitlichen Angelegenheiten in Österreich zu sein und um Gesundheit zu verstehen! So lautet die Antwort auf die Magistertitelfrage.

8. Quellenverzeichnis

Literatur:

Ahlstich, Katja (1999): Gesundheitspolitische Einstellungen, Gesundheitsverhalten und Wertewandel. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag. S. 95-227.

Bauer, Ulrich / Uwe H. Bittlingmayer/ Matthias Richter (2008): Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Die Herausforderung einer erklärenden Perspektive. In: Bauer, Ulrich/ Uwe H. Bittlingmayer/ Matthias Richter (Hrsg.): Health qualities. Wiesbaden: VS Verlag, S. 13-58.

Bonfadelli, Heinz/ Wirth, Werner (2005): Medienwirkungsforschung. In: Bonfadelli, Heinz/ Jähren, Otfried/ Seigert, Gabriel (Hg.) (2005): Einführung in die Publizistikwissenschaft. Bern/Stuttgart/Wien.

Brendel, Matthias/ Brendel, Frank (1998): Richtig recherchieren. Wie Profis Informationen suchen und besorgen. Ein Handbuch für Journalisten, Rechercheure und Öffentlichkeitsarbeiter. Frankfurt am Main: Verlagsgruppe Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH.

Burkart, Roland (2002): Kommunikationswissenschaft. Grundlagen und Problemfelder. Umriss einer interdisziplinären Sozialwissenschaft. 4. Auflage. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.

Busemann, Katrin/ Gscheidle, Christoph (2009): Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2009. Web 2.0: Communities bei jungen Nutzern beliebt. In: Media Perspektiven 7/2009, S. 356-364.

- Cloerkes, Günther (2001): Soziologie der Behinderten. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
In: Schnabel, Peter-Ernst/ Bödeker Malte: Gesundheitskommunikation. Mehr als das Reden über Krankheit. Weinheim, Basel: Juventa.
- Döring, Nicola (2003): Sozialpsychologie des Internet. Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Eysenbach, Gunter (1997): Präventivmedizin und Internet-Prävention durch Information. In: Allhoff P.G./ Leidel, J./ Ollenschläger, G./ Voight, H.P. (Hg.): Präventivmedizin. 6. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Fabris, Hans Heinz: Die Wiederentdeckung journalistischer Qualität. In: Fabris, Hans Heinz/ Rest, Franz (2001): Qualität als Gewinn. Salzburger Beiträge zur Qualitätsforschung im Journalismus. S. 13-30.
- Fromm, Bettina / Baumann, Eva / Lampert, Claudia (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hart, A./ Henwood, F./ Wyatt, S. (2004): The role of the internet in patient-practitioner relationships: findings from a qualitative research study. In: Journal of medical Internet research, 2004, S.36.
- Huber, Christian (1998): Das Journalismus- Netzwerk. Wie mediale Infrastrukturen journalistische Qualität beeinflussen. Innsbruck: Studien- Verlag.
- Hurrelmann, Klaus (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim, München: Juventa.

- Immerschitt, Wolfgang (2009): Profil durch PR. Strategische Unternehmenskommunikation - vom Konzept zur CEO-Positionierung. Wiesbaden: Gabler I GWV Fachverlag GmbH, S. 21.
- Klau, Peter (1998): Das Internet. 3. Auflage. Bonn: Internationale Thomson Publikation.
- Lange, Corina (2007): Web 2.0 zum Mitmachen. Die beliebtesten Anwendungen. Köln: O'Reilly Verlag. S. 6.
- Mohr, Stephan (2007): Informations- und Kommunikationstechnologien in privaten Haushalten. Ergebnisse der Erhebung 2006. Wirtschaft und Statistik, Heft 6: S. 545-555.
- Neverla, Irene/ Siering, Kay (2002): e-health. Patienteninformation aus dem Internet. In: Drehscheibe, Themenheft: Gesundheit, S.27ff.
- Ruß-Mohl, Stephan (1992): Am eigenen Schopfe. Qualitätssicherung im Journalismus – Grundfragen, Ansätze, Näherungsversuche. In: Publizistik. 1992. 11. S. 83-96.
- Ruß-Mohl, Stephan (1994): Anything goes? Ein Stolperstein und die sieben Thesen zur publizistischen Qualitätssicherung. In: Reiter, Sybille/ Ruß-Mohl, Stephan (1994): Zukunft oder Ende des Journalismus. Publizistische Qualitätssicherung – Medienmanagement – Redaktionelles Marketing. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 20-29).
- Sciamanna, C.N./ Clark, M.A./ Diaz, J.A. (2003): Filling the gaps in physicians communication. The role of the internet among primary care patients. In: International journal of medical informatics. 2003, S.1-8.
- Schatz, Heribert / Schulz, Winfried (1992): Qualität von Fernsehprogrammen. Kriterien und Methoden zur Beurteilung von Programmqualität im dualen Fernsehsystem. In: Media Perspektiven. 11/1992. S. 690ff.

Schenk, Michael (2007): Medienwirkungsforschung. 3. Auflage, Tübingen: Mohr Siebeck.

Schmidbauer, Klaus / Knödler-Bunte, Eberhard (2004): Das Kommunikationskonzept. Konzepte entwickeln und präsentieren. Potsdam: university press UMC POTSDAM. S. 27.224.

Schnabel, Peter-Ernst (2001): Gesundheit und Familie. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. Weinheim, München: Juventa.

Schnabel, Peter-Ernst / Bödeker, Malte (2012): Gesundheitskommunikation. Mehr als das Reden über Krankheit. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Stadtler, Marc (2006): Auf der Suche nach medizinischen Fachinformationen. Metakognitionen bei der Internetrecherche von Laien. Wissenschaft & Öffentlichkeit Band 1. Münster: Waxmann.

Stieglitz, Stefan (2008): Steuerung virtueller Communities. Instrumente, Mechanismen, Wirkungszusammenhänge. Wiesbaden: Gabler.

Trojan, Alf / Legewie, Heiner (2000): Stärkung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen. Handlungsvorschläge für eine „Gesundheits“-Politik, die diesen Namen verdient. Rundbrief Gemeindepsychologie 6, S. 39-52.

Trojan, Alf (2003): Der Patient im Versorgungsgeschehen: Laienpotenzial und Gesundheitsselbsthilfe. In: Schnabel, Peter-Ernst/ Bödeker Malte: Gesundheitskommunikation. Mehr als das Reden über Krankheit. Weinheim, Basel: Juventa.

Welker, Martin (2001): Determinanten der Internet-Nutzung. Eine explorative Anwendung der Theorie des geplanten Verhaltens zur Erklärung der Medienwahl. Internet Research Band 2. München: Reinhard Fischer Verlag.

Zeglovits, Wolfgang (2013): NEUMAN (Vo/Ue), Usability. Unterlagen zur Lehrveranstaltung 11 mit Listen zur heuristischen Evaluation. Datenwerk Innovationsagentur GmbH, Wien.

Online:

Allgemeines Krankenhaus Wien (AKH) (2013): URL: <http://www.akhwien.at>. (12.12.2013).

Bonfadelli, Heinz / Kristiansen, Silje (1.05.2011): Bericht zu Angeboten über Gesundheit im Internet. Verhalten und Bedürfnisse der Bevölkerung heute und in naher Zukunft. URL: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.e-health-suisse.ch%2Fumsetzung%2F00146%2F00159%2F%3Flang%3Dde%26download%3DNHzLpZeg7t%2Clnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCDdH54e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--&ei=Ab86UpDjGsTHswazzYDAAQ&usg=AFQjCNFSVCpV3_WeBZ2xi9xjQrD3w8cAmg&bvm=bv.52288139,d.Yms (11.09.2013).

Boychev, Hristio (05.07.2013) Telemedizin: Vorsprung durch Rückschritt. URL: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/telemedizin-kaum-smartphones-apps-und-tablets-in-kliniken-a-909480.html> (04.08.2013).

Bundesamt für Gesundheit BAG (Hg.) (2007): Strategie „eHealth“ Schweiz. URL: http://www.e-health-suisse.ch/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCDdHt5f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A (11.09.2013).

Bundesamt für Gesundheit BMG (2010a): Das Österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten – Fakten. URL: <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/dasoesterreichischegesundheitssystem.pdf> (21.09.2013).

Bundesministerium für Gesundheit BMG (2010b): Qualitätssicherung im österreichischen Gesundheitswesen. URL: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsentwicklung_im_oesterreichischen_Gesundheitswesen (20.09.2013).

Gerlof, Hauke (13.09.2013): Bewertungsportale. Internet wird immer bedeutender für Ärztewahl. In: Ärzte Zeitung. URL: http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/internet_co/article/845872/bewertungsportale-internet-immer-bedeutender-arztwahl.html (13.09.2013).

Gesundheit.gv.at – Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. (16.04.2013) URL: <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public> (16.10.2013).

Gesundheitskommunikation e.V.: Kommunikation gestalten – Gesundheit fördern. URL: <http://www.gesundheitskommunikation.ws/index.php?id=96>. 30.08.2013.

Kiss, Alexander / Loeb, Pierre (17.06.2011): Patienten-Empowerment. Universitätsspital Basel. URL: http://www.congress-info.ch/khm2011/upload/File/handouts/Seminar%20C2_Empowerment_Kiss.pdf (11.09.2013).

Health on the net (HON) (06.2013): URL: <https://www.hon.ch>. (21.12.2013)

Laschet, Helmut (13.11.2012): Aufklärung im Internet. Der schwierige Patient. URL: http://www.aerztezeitung.de/panorama/k_specials/30-jahre/aerzteumfrage/article/824073/aufklaerung-internet-schwierige-patient.html (11.09.2013).

Medien-Doktor. The German HealthNewsReview (2010-2013a). URL: <http://www.medien-doktor.de/medizin/> (5.09.2013).

Medien-Doktor. The German HealthNewsReview (2010-2013b): Die Kriterien. URL: <http://www.medien-doktor.de/medizin/bewertungen/die-kriterien/> (5.09.2013).

Medizin.at. (1997-2013): Unabhängiges Portal mit aktuellen News, Presseinformationen und mehr. URL: <http://www.medizin.at> (16.12.2013).

Onlineberatung (2013): URL: <http://www.onlineberatung.usz.ch> (16.12.2013).

Roski, Reinhold (2009): Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 4-8. In: Dimensionen und Ziele von Gesundheitskommunikation. URL: <http://www.oepag.at/content/gesundheitskommunikation/ziele.php> (11.08.2013).

Rossmann, Constanze (2010): Gesundheitskommunikation im Internet. Erscheinungsformen, Potentiale, Grenzen. In: Schweiger, W./ Beck, K. (Hrsg.) (2010): Handbuch Online-Kommunikation. URL: http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-531-92437-3_14#page-1 (5.09.2013).

Schalnus, Rainer (2003a): Userorientierte Bewertung medizinischer Web Sites (Zusammenfassung der Studie). (16.02.2003) URL: http://user.uni-frankfurt.de/~schalnu/publ_01.html (12.09.2013).

Schalnus, Rainer (2003b): Qualitätsevaluation von Gesundheitsinformationen im Internet zur Unterstützung der integrierten Versorgung chronisch Kranker. (16.02.2003): URL: http://user.uni-frankfurt.de/~schalnu/publ_02.html (11.09.2013).

Schäfer, I. Ralf / Goos, Matthias / Göppert, Sebastian (2000): Online-Lehrbuch Medizinische Soziologie. Compliance. URL: http://www.medpsych.uni-freiburg.de/OL/body_compliance.html (11.09.2013).

Schmid, Margrit / Wang, Jen (2003): Der Patient der Zukunft: Das Arzt-Patienten-Verhältnis im Umbruch. Neue Rollen von Patienten und Leistungserbringern. In: Bericht zu Angeboten über Gesundheit im Internet. Verhalten und Bedürfnisse der Bevölkerung heute und in naher Zukunft. URL: http://www.hon.ch/HONcode/Search/search_de.html?cref=http

http://www.hon.ch/FCSE/FHONCODE/contextlink.xml?q=internet+nutzung&sa=Suche&lr=lang_de&hl=de&cof=FORID%3A11&siteurl=http%3A%2F%2Fwww.hon.ch%2FGlobal%2Fjob_application_Intern_de.html (11.09.2013).

Schnabel, Peter-Ernst (2013): Eine Tagung, die neue kommunikative Akzente setzte. Tagungsbericht. URL: <http://www.netzwerk-gesundheitskommunikation.de/texte/geskomTagBericht.pdf> (4.09.2013).

Bundesamt für Gesundheit BAG. Schweizerische Eidgenossenschaft (2013): Gesundheitskompetenz. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/> (10.09.2013).

Schulz, Wolfgang / Held, Thorsten (Hrsg.) (2007): Mehr Vertrauen in Inhalte. Das Potenzial von Ko- und Selbstregulierung in den digitalen Medien. URL: http://www.google.ch/urlsa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=11&ved=0CCsQFjAAOAO&url=http%3A%2F%2F1fmpublikationen.lfm-nrw.de%2Fmodules%2Fpdf_download.php%3Fp_r_o_d_u_c_t_s_id%3D242&ei=aEEwUq2aDoLo4QTo34CwCw&usg=AFQjCNE5cJGq0SNOTFGfo8qYBT4ldSWA&bvm=bv.51773540,d.ZGU (11.09.2013).

Schweizerischer Verband für Weiterbildung (2013): Health Literacy / Gesundheitskompetenz. URL: <http://www.alice.ch/de/themen/grundkompetenzen/Illettrismus/health-literacy/> (10.09.2013).

Wiener Krankenanstaltenverbund (2013): URL: <http://www.wienkav.at/kav/ZeigeText.asp?id=24619>. (12.12.2013).

World Health Organization (1946): URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. (30.08.2013).

Universität Hamburg. Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (4.06.2013): Patient im Gesundheitsjournalismus. URL: <http://www.wiso.uni-hamburg.de/professuren/rudolf-augstein-stiftungsprofessur/forschung/qualitaet-im-gesundheitsjournalismus/> (2.09.2013).

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Qualitätsvariablen nach Ruß-Möhl	21
Abb. 2: Dreieck Gesundheitskommunikation	34
Abb. 3: Health Belief Model	73
Abb. 4: Integratives Modell zur Erklärung des individuellen Gesundheitsverhaltens	74
Abb. 5: Hon-Code-Logo	95

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifizierung von Internet-Diensten nach Döring	18
Tabelle 2: Faktoren, die Compliance beeinflussen	31-32
Tabelle 3: Klassifikationen von Gesundheitsangeboten im Internet	36
Tabelle 4: Dimensionen und Ziele von Gesundheitskommunikation	39
Tabelle 5: SWOT-Analyse	88-89

Lebenslauf

Sylvia Pitters, Bakk.phil.

Zur Person

Geburtsort	Erlangen, Deutschland
Staatsbürgerschaft	deutsch

Studium

seit 2011	Magisterstudium Publizistik- und Kommunikationswissenschaft an der Universität Wien Schwerpunkte: Kommunikative Kompetenzen und Marktkommunikation
10/2007 - 02/2011	Bakkalaureatsstudium Publizistik- und Kommunikationswissenschaft an der Universität Wien Schwerpunkte: Werbung und Marktkommunikation

Beruflicher Werdegang

1/2014 bis heute	Volontärin Public Affairs, Roche Pharma AG, Grenzach-Wyhlen
09/2012 - 08/2013	Assistentin Public Relations, RoughCut Media, Wien
09/2012 - 11/2012	Assistentin im Anzeigenverkauf, ORF-Nachlese, Wien
08/2012 - 12/2012	Assistentin Werbung, Jung von Matt / Donau, Wien
09/2011	Praktikum Werbung, Httpool Online Marketing GmbH, Wien
09/2010	Praktikum Werbung, PKP BBDO Werbeagentur GmbH, Wien
10/2006	Praktikum Molekularbiologie, Albert-Ludwig-Universität, Freiburg
02/2005	Praktikum Marketing, Home Shopping Europe AG, München

Weiterbildungen

2013	Mitglied bei prNa Public Relations Newcomers Austria, Arbeitskreis Gesundheitskommunikation, Wien
2012 - 2013	Mitglied bei Marketing Natives, Wien
2012 - 2013	Mitglied im DVVÖ, Dialog Marketing Verband Österreich, Wien

Besondere Kenntnisse

Fremdsprachen	Englisch, fließend in Wort und Schrift Französisch, solide Grundkenntnisse (Diplom: DELF A2) Spanisch, Grundkenntnisse Rumänisch, Anfängerin Italienisch, Anfängerin
Web 2.0	Sehr gute Recherche- und Netzwerkkenntnisse Aktiv auf Social Media Kanälen
EDV	Solide Kenntnisse im Datenauswertungsprogramm SPSS Sehr gute Apple iWork-Kenntnisse Sehr gute Microsoft Office-Kenntnisse Sehr gute PPT-Kenntnisse

Abstract

Wir leben in einem Zeitalter, in dem die Menschen immer älter werden, Medizin und Gesundheit in Verbindung mit dem Internet mittlerweile eine grundsätzlich wichtige Bedeutung hat. Gesundheit garantiert uns heutzutage individuelle Entfaltung und lässt uns denn Alltag bewältigen. Für unser persönliches Wohlbefinden steht die Gesundheit an erster Stelle und trägt damit zum kollektiven Gesundheitszustand der gesamten Gesellschaft bei.

Das liegt vor allem daran, dass jeder Mensch spätestens als Erwachsener und dann verstärkt im Alter am eigenen Leibe mit diesen Themen zu tun hat und Problembewusstsein entwickelt.

In der Magisterarbeit ging es also primär um die Gesundheit und die Kommunikation darüber. Um den Überblick im Internet über die unzähligen Gesundheitsportale nicht zu verlieren, wurde ein Kommunikationskonzept für ein Gesundheitsportal erstellt, dass auf die Webseite des Allgemeinen Krankenhauses Wien integriert werden soll. Das AKH wurde als (eine bewusst staatliche) Institution gewählt, da es bisher noch kein einziges Krankenhaus in Österreich gibt, welches ein solches Kommunikationsportal. Entscheidend hierfür ist, dass das AKH einen sehr guten Image pflegt und somit als glaubwürdige und vertrauensvolle Institution dieses Portal repräsentiert. Das wissen die Nutzer zu schätzen und etablieren das neue Gesundheitsportal als erste Informationsquelle für gesundheitliche Angelegenheiten.

Dieses liefert den Nutzern Informationen über gesundheitsrelevante Themen und trägt somit zur Gesundheitsförderung und -prävention in der Gesellschaft bei. Dadurch wird vor allem ein Gesundheitsbewusstsein geschaffen und die Gesundheitskompetenz der Nutzer gesteigert.

Ziel dieses Gesundheitsportals ist es, erste Informationsquelle in gesundheitsrelevanten Angelegenheiten zu sein und genau das soll durch dieses Kommunikationskonzept erreicht werden.

Um auf die Frage aus dem Titel der Magisterarbeit zurückzukommen „Verstehen Sie Gesundheit?“, liefert das neue Gesundheitsportal die beste Antwort mit seinem Konzept: „Ja, wir verstehen Gesundheit“.