



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Das medizinische 'Informationsdilemma':

Medizin in Fernsehen und Internet –

Wirkung der Gesundheitsberichterstattung auf den Patienten und
Vorinformation als Gratwanderung zwischen Informationsvorsprung für
den Patienten und Belastung der Arzt-Patienten Kommunikation.“

Verfasserin

Brigitte Nestel-Eichhausen

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 301 295

Studienrichtung lt. Studienblatt: Publizistik- und Kommunikationswissenschaft

Betreuerin / Betreuer: DDr. Julia Wippersberg

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiemit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Darüber hinausgehender Quellen und Hilfsmittel habe ich mich nicht bedient. Alle Stelle, die den Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde bisher weder in gleicher noch in ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht. Das Diplomarbeitsthema wurde bisher von mir weder im In- noch im Ausland einer Beurteilerin oder einem Beurteiler zur Begutachtung in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

Wien, 14.7.2009

Brigitte Nestel-Eichhausen

I. Verzeichnisse

1. Inhaltsverzeichnis

I. Verzeichnisse	I
1. Inhaltsverzeichnis	I
2. Abbildungsverzeichnis.....	III
3. Tabellenverzeichnis.....	V
II. Einleitung	1
III. Theoretische Ausführungen	5
1. Definitionen.....	5
1.1. <i>Gesundheit</i>	<i>5</i>
1.2. <i>Gesundheitskommunikation.....</i>	<i>6</i>
2. Grundlagen und Konzepte der Kommunikation	
zwischen Medien, Patient und Arzt.....	7
2.1. <i>Einleitung</i>	<i>7</i>
2.2. <i>Paternalistisches Modell</i>	<i>7</i>
2.3. <i>Shared Decision Making – partizipative Entscheidungsfindung</i>	<i>9</i>
2.4. <i>Informatives Modell.....</i>	<i>11</i>
2.5. <i>Modell der Arzt-Patient-Internet Beziehung nach Felt</i>	<i>12</i>
2.6. <i>Der Patient als Konsument</i>	<i>13</i>
2.7. <i>Fazit</i>	<i>14</i>
3. Medizinische Ausbildung	17
3.1. <i>Schulung im Umgang mit den Patienten</i>	<i>17</i>
3.2. <i>Theoretische Ausbildung</i>	<i>18</i>
3.3. <i>Praktische Übung.....</i>	<i>21</i>
4. Informationsgewinnung der Patienten.....	23
4.1. <i>Von passiver Rezeption (Fernsehen) zu aktiver Recherche</i>	
<i>(Internet)</i>	<i>23</i>
4.1.1. <i>Passive Rezeption</i>	<i>25</i>
4.1.2. <i>Aktive Suche nach Information</i>	<i>26</i>
5. Wo informieren sich Patienten?.....	27
5.1. <i>Bestandsaufnahme medizinischer Informationsquellen</i>	<i>28</i>
5.1.1. <i>Fernsehen</i>	<i>29</i>
a) <i>Infotainment</i>	<i>32</i>
b) <i>Emotainment.....</i>	<i>32</i>
c) <i>Fernsehserien.....</i>	<i>34</i>
d) <i>Programmanalyse</i>	<i>35</i>
5.1.2. <i>Print</i>	<i>37</i>
5.1.3. <i>Internet</i>	<i>39</i>
a) <i>Foren</i>	<i>44</i>
5.2. <i>Zur Aufgabe von Medien in Bezug auf Gesundheitsinformationen</i>	<i>47</i>

5.2.1.	Theorien zur Medienwirkungsforschung traditioneller Medien	49
a)	Medieninteraktion nach Bonfadelli	51
5.2.2.	Zielsetzung der Medizinberichterstattung (aus Sicht der Medienmacher)	52
5.3.	Warum informieren sich Patienten?	53
6.	Das Patientengespräch	56
6.1.	Auslöser des Arztbesuchs	56
6.2.	Ablauf	57
6.2.1.	Anamnese	57
6.2.2.	Diagnose	60
6.2.3.	Entscheidung über Therapie	60
6.3.	Probleme in der Arzt-Patienten-Beziehung (und im Patientengespräch)	61
6.3.1.	Probleme aufgrund der medialen Berichterstattung	65
6.3.2.	Zeitbudget, Ökonomische Aspekte	67
6.3.3.	Einfluss der Technologisierung	69
6.4.	Verhaltenskodex für informierte Patienten	71
7.	Einfluss der Vorbildung und der Vorinformation	71
7.1.	Die Wissenslücke-Perspektive	72
7.2.	Auswirkung des Vertrauens zum Arzt auf den Heilungserfolg	74
8.	Das Informationsdilemma	76
8.1.	Das Dilemma aus Sicht der Medien/Journalisten	76
8.2.	Das Informationsdilemma auf Seite der Patienten	78
IV.	Empirischer Teil	82
1.	Forschungsinteresse	82
2.	Forschungsdesign	82
2.1.	Aufbau Fragebogen	83
3.	Forschungsfragen und Hypothesen	85
4.	Beschreibung Setting	87
5.	Erhebung und Datenerfassung	87
6.	Allgemeine Anmerkungen zur Erhebung	88
7.	Ergebnisse der Erhebung	90
7.1.	Demographische Daten	90
7.2.	Daten zur Mediennutzung Fernsehen	93
7.3.	Daten zur Mediennutzung Printmedien/Internet	98
7.4.	Intensität und Ziele der Mediennutzung	99
7.5.	Auswirkung der Rezeption	107
7.6.	Auswirkungen medizinischer Medienberichte	112
7.7.	Auswirkung der Vorinformation	114
7.8.	Bestehen einer Erwartungshaltung	116
7.9.	Reaktion des Arztes	121
8.	Verifizierung Falsifizierung der aufgestellten Hypothesen	126
V.	Resümee	158

VI. Literaturverzeichnis	163
VII. Anhang.....	1
1. Abstract.....	1
2. Fragebogen	3
3. Programmanalyse	6
4. Anhangangaben	19
5. Lebenslauf.....	20

2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Handlungsschritte der Partizipativen Entscheidungsfindung	9
Abbildung 2: Patientenbeteiligung im Entscheidungsprozess 1990 und 2000	12
Abbildung 3: Verteilung Alter	90
Abbildung 4: Klassifizierung Alter	91
Abbildung 5: Anteil Geschlecht	92
Abbildung 6: Höchste abgeschlossene Ausbildung	93
Abbildung 7: Verfolgt Gesundheitsberichterstattung im Fernsehen	94
Abbildung 8: Verfolgt medizinische Themen bewusst / zufällig	95
Abbildung 9: Verfolgt medizinische Themen nach Alter	96
Abbildung 10: Verfolgt medizinische Themen nach Geschlecht	96
Abbildung 11: Intensität der Information zum Thema Gesundheit	100
Abbildung 12: Intensität der Information nach Alter	101
Abbildung 13: Sendung Anlass für Recherche	102
Abbildung 14: Sendung Anlass für Recherche nach Intensität	103
Abbildung 15: Sendung Anlass für Recherche nach Ausbildung	104
Abbildung 16: Informiert vor Arztbesuch	105
Abbildung 17: Quelle Information vor Arztbesuch	106
Abbildung 18: Quelle Information vor Arztbesuch nach Ausbildung	106
Abbildung 19: Quelle Information vor Arztbesuch nach Alter	107
Abbildung 20: Sendung über eigene Beschwerden gesehen	108
Abbildung 21: Sendung über eigene Beschwerden / Intensität	108
Abbildung 22: Sendung über eigene Beschwerden gesehen / Ausbildung	109
Abbildung 23: Sendung Anlass für Auseinandersetzung mit Erkrankung	110
Abbildung 24: Sendung Anlass für Recherche	111

Abbildung 25:	Sendung Anlass für Arztbesuch	111
Abbildung 26:	Wirkungen der Auseinandersetzung der Medien mit Medizin	113
Abbildung 27:	Wirkungen Medien nach Ausbildung	113
Abbildung 28:	Wirkungen Medien nach Geschlecht	114
Abbildung 29:	Auswirkung Vorinformation	115
Abbildung 30:	Auswirkung Vorinformation nach Ausbildung	116
Abbildung 31:	Erwartung Diagnose	117
Abbildung 32:	Erwartung Diagnose	118
Abbildung 33:	Arzt auf Vorinformation angesprochen	119
Abbildung 34:	Auswirkung Vorinformation	120
Abbildung 35:	Vorinformation hilfreich nach Ausbildung	121
Abbildung 36:	Reaktion Arzt auf Fragen	122
Abbildung 37:	Zufriedenheit mit dem Arzt-Gespräch	123
Abbildung 38:	Wunsch betreffend Komplexität Medizinberichte	124
Abbildung 39:	Wunsch betreffend Komplexität nach Intensität	124
Abbildung 40:	Wunsch betreffend Komplexität nach Ausbildung	125
Abbildung 41:	Sendung Anlass Recherche nach Alter	126
Abbildung 42:	Sendung Anlass Recherche nach Alter und Ausbildung	127
Abbildung 43:	Sendung Anlass Recherche nach Ausbildung	129
Abbildung 44:	Intensität Information zu Gesundheit nach Geschlecht	130
Abbildung 45:	Verfolgt Gesundheitsberichterstattung nach Geschlecht	131
Abbildung 46:	Verfolgt Medizinberichte bewusst / zufällig nach Geschlecht	131
Abbildung 47:	Sendung Anlass für Recherche nach Geschlecht	132
Abbildung 48:	Wunsch Komplexität nach Geschlecht	133
Abbildung 49:	Zufriedenheit Arzt-Gespräch nach Vorinformation	134
Abbildung 50:	Zufriedenheit Arzt-Gespräch nach Angesprochen auf Vorinformation	135
Abbildung 51:	Auswirkung Vorinformation nach Angesprochen auf Vorinformation	136
Abbildung 52:	Erwartung erfüllt nach Sendungstyp Informationsquelle	137
Abbildung 53:	Vorinformation hilfreich nach Sendungstyp Informationsquelle	138
Abbildung 54:	Wirkung Medien nach Intensität Gesundheitsinformation	140
Abbildung 55:	Wirkung Medien nach Wunsch Komplexität	142
Abbildung 56:	Zufriedenheit Arzt-Gespräch nach Sendungstyp	143
Abbildung 57:	Auswirkung Vorinformation nach Sendungstyp Informationsquelle	144

Abbildung 58:	Reaktion Arzt nach Sendungstyp Informationsquelle	146
Abbildung 59:	Zufriedenheit Arzt-Gespräch nach Vorinformation	148
Abbildung 60:	Reaktion Arzt nach Vorinformation	149
Abbildung 61:	Auswirkung Vorinformation nach Vorinformation	149
Abbildung 62:	Zufriedenheit Arzt-Gespräch nach Erwartung Diagnose	150
Abbildung 63:	Zufriedenheit Arzt-Gespräch nach Erwartung Therapie	151
Abbildung 64:	Reaktion Arzt nach Erwartung Diagnose	151
Abbildung 65:	Reaktion Arzt nach Erwartung Therapie	152
Abbildung 66:	Auswirkung Vorinformation nach Erwartung Diagnose	152
Abbildung 67:	Auswirkung Vorinformation nach Erwartung Therapie	153
Abbildung 68:	Auswirkung Vorinformation nach Erwartung erfüllt	154
Abbildung 69:	Reaktion Arzt nach Erwartung erfüllt	155
Abbildung 70:	Zufriedenheit Arzt-Gespräch nach Erwartung erfüllt	155

3. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Komplementärmedizinische Zusatzausbildungen	63
Tabelle 2:	Klassifizierung Alter	91
Tabelle 3:	Anteil Geschlecht	92
Tabelle 4:	Höchste abgeschlossene Ausbildung	93
Tabelle 5:	Verfolgt Gesundheitsberichterstattung im Fernsehen	94
Tabelle 6:	Verfolgt medizinische Themen bewusst / zufällig	95
Tabelle 7:	Verfolgt medizinische Themen ja / nein – bewusst / zufällig	97
Tabelle 8:	Sendungen als Quelle medizinischer Information	98
Tabelle 9:	Liest Artikel in Zeitung / Internet	98
Tabelle 10:	Internet-Quellen medizinischer Information	98
Tabelle 11:	Andere Webseiten als Quelle medizinischer Information	99
Tabelle 12:	Verfolgt Medien spezifisch / allgemein	99
Tabelle 13:	Intensität der Information zum Thema Gesundheit	100
Tabelle 14:	Sendung Anlass für Recherche	101
Tabelle 15:	Sendung Anlass für Recherche nach Ausbildung	102
Tabelle 16:	Informiert vor Arztbesuch	104
Tabelle 17:	Quelle Information vor Arztbesuch	105

Tabelle 18:	Sendung über eigene Beschwerden gesehen	107
Tabelle 19:	Sendung über eigene Beschwerden gesehen / Quelle	109
Tabelle 20:	Sendung über eigene Beschwerden – sonstige Sendungen	110
Tabelle 21:	Sendung Anlass für Auseinandersetzung mit Erkrankung	110
Tabelle 22:	Sendung Anlass für Arztbesuch	112
Tabelle 23:	Diagnose oder Therapie als Anlass für Arztbesuch	112
Tabelle 24:	Wirkungen der Auseinandersetzung der Medien mit Medizin	112
Tabelle 25:	Auswirkung Vorinformation	115
Tabelle 26:	Erwartung Diagnose	116
Tabelle 27:	Erwartung Therapie	117
Tabelle 28:	Erwartung Therapie	118
Tabelle 29:	Erwartung Diagnose oder Therapie erfüllt	118
Tabelle 30:	Arzt auf Vorinformation angesprochen	119
Tabelle 31:	Vorinformation hilfreich	120
Tabelle 32:	Reaktion Arzt auf Fragen	121
Tabelle 33:	Zufriedenheit mit dem Arzt-Gespräch	122
Tabelle 34:	Wunsch betreffend Komplexität Medizinberichte	123
Tabelle 35:	Sendung Anlass Recherche nach Alter	127
Tabelle 36:	Sendung Anlass Recherche nach Alter und Ausbildung	128
Tabelle 37:	Zufriedenheit Arzt-Gespräch nach Sendungstyp	144
Tabelle 38:	Auswirkung Vorinformation nach Sendungstyp Informationsquelle	145
Tabelle 39:	Reaktion Arzt nach Sendungstyp Informationsquelle	146
Tabelle 40:	Folgewirkungen Erwartung erfüllt bzw. nicht erfüllt	156
Tabelle 41:	Folgewirkungen Sendungstyp Informationsquelle	157

II. Einleitung

Die Idee zu vorliegender Diplomarbeit entstand, angeregt durch meine 12-jährige Tätigkeit bei einem Facharzt für Orthopädie sowie durch mein grundsätzliches Interesse an Medizin und Medien. Mein Forschungsinteresse gilt der Frage, inwieweit der schmale Grat, den ein durch Fernsehen, Printmedien und Internet fachlich vorinformatierter Patient begeht, in ein konstruktiveres offenes Gespräch mit dem Arzt oder aber zu kommunikativen Problemen – verbunden mit einem latenten Ablehnungsverhalten des Arztes – führt. Während man davon ausgehen kann, dass ein gewisser Wissensstand des Patienten klare Vorteile – etwa für die Fähigkeit, die Diagnose zu verstehen – mit sich bringt, kehrt ein höheres Informationsniveau des Patienten diesen Effekt mitunter um. Negative Auswirkungen auf die Kommunikation mit dem Arzt wirken sich allenfalls ungünstig auf die Heilung aus.

Die einzelnen Komponenten, die schlussendlich zu dem Gesamtpaket der Kommunikation Medien–Patient–Arzt führen, werden im Rahmen des theoretischen Teils dieser Arbeit separat beleuchtet. So werden im Kapitel III.2 die verschiedenen theoretischen Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung vorgestellt und diskutiert. Anhand des seit 2002 geltenden neuen Studiencurriculum der Humanmedizin soll gezeigt werden, wie auch der universitäre Bereich auf die veränderten Bedingungen in der Arzt-Patienten-Kommunikation reagiert.

Angesichts des gestiegenen Interesses am Verständnis der Vorgänge im eigenen Körper und der Omnipräsenz medizinischer Informationen – sowohl in Form einer massiven Verbreitung der Themen Gesundheit und Krankheit im Fernsehen als auch dem Wildwuchs von fachspezifischen Webseiten und Foren – nimmt auch der Informationsgrad der Patienten stetig zu. Die diesen zur Verfügung stehenden Informationsquellen werden in Kapitel III.5.1. ausführlich analysiert und deren Relevanz für die Informationssuche anhand von Statistiken untermauert.

Die mannigfache Wirkung des erworbenen Wissens aus TV, Print und Internet, abhängig von Alter, Grad der Bildung, Grad der Auseinandersetzung mit medizinischen Themen – so profitieren Menschen mit größerem Interesse an diesen Themen auch mehr von der Berichterstattung¹ – wird in Kapitel III.7 beschrieben, die Theorie der Wissensklufthypothese nach Bonfadelli in Kapitel III.7.1. näher erläutert.

Elaine Showalter, deren Profession die historische Betrachtung der Medizin sowie die Literaturwissenschaft ist, warnt vor „hysterischen Epidemien“ im Gesundheitsbereich, die ihrer Meinung nach durch die detaillierte Gesundheitsberichterstattung entstehen können.²

Nachdem in Kapitel III.5. der Pool an Angeboten, aus dem Patienten ihre Informationen beziehen, beschrieben wird, geht es im darauf folgenden Abschnitt darum, welche Motive es für eine Recherche zum Thema Gesundheit gibt. So ist etwa das Wissen über eine chronische Erkrankung essentiell, um mit dieser im Alltag umgehen zu können; auch die mangelnde Zeit der Ärzte für ihre Patienten ist für viele Anlass, selbst zu recherchieren.

Diese und andere Schwierigkeiten, die es in der Arzt-Patienten-Kommunikation gibt, werden im Abschnitt III.6.3 erörtert. Auch wird auf die Tatsache eingegangen, dass der Patient neuerdings gerne als *Kunde* bezeichnet und gesehen wird – zwischen dem, was einen Kunden im wirtschaftlichen Sinn ausmacht, und einem Patienten zeigen sich jedoch eklatante Unterschiede. Ein Vergleich der Angebote am medizinischen Sektor ist den Patienten in aller Regel nicht möglich, verwiesen sei hier etwa auf den Umstand, dass Patienten sich unter normalen Umständen nicht zweimal operieren lassen können, um die Fähigkeiten zweier Chirurgen zu vergleichen.

Besondere Aufmerksamkeit kommt dem aus mehreren Punkten bestehenden Informationsdilemma zu:

¹ Jazbinsek, Dietmar, 2001, S 156.

² Showalter, Elaine, S 14.

Journalisten obliegt bei ihrer Arbeit im Bereich des Wissenschaftsjournalismus einerseits die Aufgabe, komplexe wissenschaftliche Themen zu verstehen, um sie dann so aufzubereiten, dass sie auch von medizinischen Laien verstanden werden, andererseits aber müssen sie sich in der Regel nach der durch die Quote definierten Vermarktbarkeit der Themen richten.

Patienten tendieren zunehmend dazu, sich über gesundheitliche Belange zu informieren und bedienen sich dazu der Medien. Eine Überprüfung der darin aufbereiteten Inhalte auf deren Wissenschaftlichkeit, Wahrheit und Seriosität, ist Patienten jedoch im Allgemeinen nicht möglich. Um dieses Wissen bereichert, gehen die Patienten anschließend in das Gespräch mit dem Arzt.

An diesem Punkt setzt der empirische Teil dieser Diplomarbeit an. So ist eine der zentralen Forschungsfragen im Rahmen dieser Arbeit, wie sich diese Vorinformation auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patient auswirkt. Fördert die Vorinformation auf Basis des erhöhten Wissensstandes des Patienten seine Fähigkeit, Diagnose und Therapie zu verstehen oder steht die Vorinformation – insbesondere, wenn der Arzt damit konfrontiert wird – im negativen Sinn zwischen Arzt und Patient?

Auf Basis einer unter den Patienten einer Facharztordination mittels Fragebögen durchgeführten Erhebung soll ein eventuell vorhandener kausaler Zusammenhang zwischen Vorinformation und Auswirkung auf das Kommunikationsverhalten von Arzt und Patient erschlossen werden. Darüber hinaus soll das Informationsverhalten der Patienten beleuchtet werden; eine der zu verifizierenden beziehungsweise falsifizierenden Hypothesen besagt, dass mit dem Bildungsniveau auch das Ausmaß der Recherche nach medizinischen Themen steigt.

Es muss dabei darauf verwiesen werden, dass die Ergebnisse sich ausschließlich auf bereits erkrankte Patienten beziehen. Dies erklärt sich durch das gewählte Setting, eine orthopädische Facharztordination.

Die vorliegende Arbeit schließt unter dem Oberbegriff Gesundheit verwendete Aspekte wie Wellness, Alternativmedizin und dergleichen aus und beschäftigt sich ausschließlich mit dem biomedizinischen Ansatz. Dieser Ansatz, der auch mit dem Begriff Schulmedizin beschrieben werden kann, basiert auf folgender Prämisse:

„Die *Diagnose* von Krankheiten erfolgt in der Biomedizin über die Erfassung typischer pathologischer Merkmale. Messwerte stehen im Mittelpunkt, mit objektiven Daten wie EKG, Röntgenbild und Laborwerten lassen sich organische Veränderungen erkennen und behandeln. Ziel ist die kausale Analyse. Der kranke Körper wird getrennt betrachtet vom sozialen Umfeld, von Lebensgeschichte, Werthaltungen und emotionalen Status der Kranken.“³

In der vorliegenden Diplomarbeit wurde zugunsten einer besseren und flüssigeren Lesbarkeit auf eine geschlechterspezifische Formulierung verzichtet; sollte das Geschlecht aber von Bedeutung für die Aussage oder Hypothesenbeschreibung sein, wird dezidiert von Patientinnen und Patienten gesprochen.

Allfällige Abweichungen von der neuen Rechtschreibung wurden in direkt zitierten Passagen nicht gekennzeichnet.

Im Sinne einer leichteren Lesbarkeit wurden Fachbegriffe und Bezeichnungen *kursiv* dargestellt.

³ Lalouschek, Johanna, S 18.

III. Theoretische Ausführungen

1. Definitionen

1.1. Gesundheit

Die wohl meist zitierte Definition von Gesundheit ist jene der WHO, in der Gesundheit als „(...) ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“⁴ bezeichnet wird.

Fest steht, dass der Gesundheitsbegriff Wandlungen unterlegen ist; er hat sich verändert und bedeutet individuell für jeden Menschen etwas anders, und wird von Kultur zu Kultur unterschiedlich bewertet. Michael Balint, Psychotherapeut und Arzt, meint, dass eine Krankheit alleine noch keine Pathologie ausmacht, aber manchmal, durch Stress oder dergleichen ausgelöst, krank machen kann.⁵ Er geht weiter davon aus, dass es durchaus sein kann, dass diese „Störung der Grundstruktur“ nicht immer besonders ausgeprägt ist, und dem Menschen ein völlig normales Leben damit erlaubt; wenn jedoch ein Stressfaktor hinzukommt, kann diese Störung sich verstärken und nach außen eine Krankheit zu Tage fördern.⁶

Prof. Hurrelmann – Sozial- und Gesundheitswissenschaftler – definiert Gesundheit als Balanceakt zwischen Psyche und Physis, erweitert den Begriff aber um den Aspekt des *sozialen Umfeldes*, wenn er sagt:

„Auf sozialisationstheoretischer Grundlage läßt sich Gesundheit definieren als der Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet.“⁷

Hurrelmann ist weiter der Meinung, dass zwischen Gesundheit als Pol und Krankheit als Gegenpol eine Grauzone existiert, sodass es seiner

⁴ WHO, S 1.

⁵ Vgl. Balint, Michael, S 335 ff.

⁶ Vgl. Balint, Michael, S 335.

⁷ Hurrelmann, Klaus, 1990, S 93.

Meinung nach Sinn macht, von „relativer Krankheit“ und von „relativer Gesundheit“ zu sprechen.⁸

Wichtig abseits aller theoretischen Definitionen ist es, diese Aspekte des Begriffs Gesundheit auch in den (Massen-)Alltagsbetrieb einer Ambulanz, einer Ordination zu integrieren.

1.2. Gesundheitskommunikation

„Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den gesundheitlichen Versorgungsprozess einbezogen sind , und/oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind.“⁹

Der Wissensaustausch findet dabei auf mehreren Ebenen statt. So kann er zum einen zwischen Arzt und Patient erfolgen; neben der Diskussion zwischen medizinischen Fachleuten fällt aber auch die Vermittlung medizinischer Informationen durch die Medien unter den Begriff Gesundheitskommunikation.¹⁰

Über die Definition von Hurrelmann/Leppin hinaus sieht Neverla et al. auch den Austausch zwischen den Menschen respektive den Betroffenen als Teil der Gesundheitskommunikation.¹¹ Dies zeigt sich in den diversen Selbsthilfegruppen der realen Welt, aber auch in der virtuellen Welt des Internet, in Form von Foren.

Speziell darauf hingewiesen wird in der Literatur, dass gerade die Gesundheitskommunikation keiner speziellen Fachrichtung zugeordnet werden kann, im Gegenteil dazu zeichnet sich dieses Forschungsfeld durch seine Interdisziplinarität aus. Der Begriff greift in die Bereiche der Medizin, der Psychologie und der Kommunikationswissenschaften.¹² Diese Interdisziplinarität macht es mitunter schwer, Daten miteinander zu vergleichen, da die diversen Wissenschaftler jahrelang mit

⁸ Hurrelmann/Leppin (2001), S 10.

⁹ Hurrelmann/Leppin (2001), S 11.

¹⁰ Vgl. Hurrelmann/Leppin, S 11.

¹¹ Vgl. Neverla, Irene et al., S 20.

¹² Neverla, Irene, S 32.

Fokus auf ihre spezielle Fachrichtung geforscht haben, und somit ein Vergleich der erhobenen Daten sich schwierig gestaltet.

2. Grundlagen und Konzepte der Kommunikation zwischen Medien, Patient und Arzt

2.1. Einleitung

Seit den frühen 1990er Jahren werden laut Thompson Forschungen, deren Interesse der Interaktion zwischen Arzt und Patienten gelten, durchgeführt.¹³

Es gibt viele Modelle, welche die Beziehung zwischen Patient und Arzt beschreiben. Ich habe die für meine Arbeit relevanten Modelle vorselektiert und werde im folgenden Abschnitt auf jene eingehen, die sich als für meine Arbeit wichtig erwiesen haben.

Wie unterschiedlich, abgesehen von all den Modellen, die Patientenbehandlung ausfallen kann, zeigt eine Studie, die 2001 in Oslo durchgeführt und im *Psychosomatic Medicine* veröffentlicht wurde: „The mean duration of consultations conducted in a patient-centered manner was 21.00 minutes (...); the mean duration of doctor-centered consultations was 13.34 minutes.“¹⁴

2.2. Paternalistisches Modell

Das Paternalistische System geht im Wesentlichen von Parsons aus, der in seinem Buch *The Social System*, erschienen 1951, die Basis für dieses Modell beschreibt. Eine der Hauptaussagen, die diese Art der Beziehung in einem hierarchischen System erklären, ist:

„And one of the most serious disabilities of the layman is that he is not qualified to judge technical qualifications, in general or in detail. Two physicians may very well give conflicting diagnoses of the same case, indeed often do. In general the layman is not qualified to choose between them.“¹⁵

¹³ Vgl. Thompson, Theresa L., S 73.

¹⁴ Kjær Graugaard P/Finset, A., S 36.

¹⁵ Parsons, Talcott, S 441.

Dieses System schließt den Patienten aus jedem Entscheidungsprozess, egal ob es um die Diagnosestellung, Therapie, die Medikation oder dergleichen geht, aus. Dieser Ansatz ist allzu bekannt und manifestiert sich in der Bezeichnung der Ärzte als *Götter in Weiß*. In diesem Modell ist der Arzt aktiv, der Patient passiv beteiligt.

Rogler sieht in diesem Zusammenhang die Umsetzung des paternalistischen Systems in der Praxis folgendermaßen: „Die Ärzte behandelten ihre Patienten zu deren Nutzen, aber meist ohne deren wirkliches Einverständnis.“¹⁶ Ein zumindest implizites Einverständnis verschafft sich der Arzt laut Klemperer anhand ausgewählter dem Patienten vermittelter Informationen, wobei er dezidiert darauf hinweist, dass jene Informationen, die den Patienten „in Zweifel stürzen könnten“¹⁷, diesem vorenthalten werden.

Das paternalistische System ist zwar laut einschlägiger Literatur überholt, hält sich aber dennoch bis heute beharrlich in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Sein Rückgang (siehe auch Abbildung 1) erklärt sich unter anderem durch die leichtere Zugänglichkeit von Wissen für Patienten – sei es in Form von Fernsehsendungen oder auch dem Internet.

Der Soziologe und Mediziner Karl-Franz Kaltenborn meint dazu:

„Das Informationshandeln des Patienten und das dadurch erworbene Wissen führen infolgedessen auch zu einer Neudefinition der Patient-Arzt-Beziehung mit einem Ausgleich traditioneller Machtasymmetrien und verminderten Abhängigkeiten des Patienten infolge eigener Wissenskompetenz.“¹⁸

Durch die höhere Informiertheit des Patienten und die Skepsis gegen Medizinbetrieb an sich – ausgelöst unter anderem z.B. durch den für die medizinische Wissenschaft verheerenden *Thalidomid Skandal*¹⁹, bekannt in den Medien als *Contergan Skandal* – ergibt sich als logische

¹⁶ Rogler, Gerhard, S 83.

¹⁷ Klemperer, David (2005), S 72.

¹⁸ Vgl. Kaltenborn, Karl-Franz, S 57 sowie Klemperer, David, S 71 ff.

¹⁹ Portwich, Philipp, S 13. & vgl. Klemperer, David, S 73. sowie zur Vertiefung <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=57224> [11.06.2009].

Konsequenz die Erweiterung der Patientenkompetenz, umgesetzt im Modell des *Shared Decision Making*.

2.3. Shared Decision Making – partizipative Entscheidungsfindung

Den Begriff des *Shared Decision Making*, oder übersetzt die partizipative Entscheidungsfindung, gibt es seit Mitte der 1990er Jahre. Er wurde erstmals in Kanada von einer Forschergruppe beschrieben²⁰ und besagt, dass der Patient zum einen aufgeklärt und vor allem – und darin unterscheidet sich dieses Modell eklatant von dem vorherigen – mit in die Entscheidung über das weitere Procedere der medizinischen Behandlung eingebunden wird, daher auch der Begriff der gemeinsamen – *partizipativen* Entscheidungsfindung.

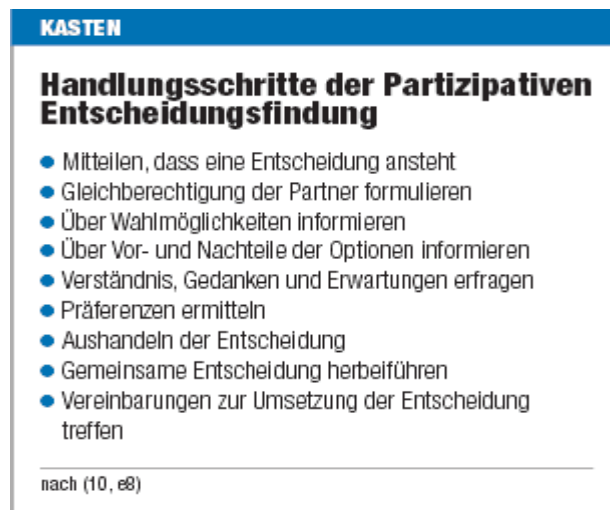


Abbildung 1: Handlungsschritte der Partizipativen Entscheidungsfindung²¹

Arzt und Patient stehen hier als gleichberechtigte Partner gegenüber, die hierarchischen Strukturen aus vergangenen Zeiten werden aufgebrochen. „Shared Decision Making ist das am weitesten entwickelte Konzept einer patientenzentrierten Arzt-Patienten-Kommunikation.“²²

Klemperer weist in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass es nicht das Modell der ultima ratio ist, sondern sich im Alltag Mischfor-

²⁰ vgl. Loh, et al 2007, S A1484.

²¹ Quelle: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/bild.asp?id=18855> [14.6.2009].

²² Klemperer, David (2005), S 72.

men dieser Konzepte ergeben und diese in der Praxis auch zum Teil ineinander fließen.

Nicht unerheblich beteiligt an der Etablierung dieses Konzepts ist die Tatsache, dass heute Informationen fast allen Menschen offen stehen. Fast jeder kann, so er ein interessierter und informierter Patient ist und sein will, Wissen beziehungsweise Informationen über Suchprogramme im Internet finden und dementsprechend beim Arzt mitentscheiden.²³

Auf die Gefahren dieses Modells wird noch am Ende dieses Kapitels näher eingegangen.

Kontrovers wird die Partizipative Entscheidungsfindung von Experten diskutiert. Loh et al. sind, aufgrund einer ausführlich systematischen Literaturrecherche aus Übersichtsarbeiten, der Meinung, dass der Patient gerade bei großen lebensdominierenden Entscheidungen mit einbezogen werden sollte.²⁴

Rogler meint hingegen, dass die Patienten gerade bei wichtigen Entscheidungen, v.a. angesichts ihrer Situation – krank, verängstigt etc. – in Bezug auf ihre fachliche Kompetenz schlichtweg überfordert sind. Er erklärt dies damit, dass ärztliches Handeln und Behandeln zum größten Teil auf evidenzbasierter Medizin beruht, diese jedoch immer von klinischen Studien ausgeht, also theoretisch für diese spezielle Gruppe der Untersuchten gilt, aber ungeachtet dessen auf das Patientenkollektiv übertragen wird. Während der Arzt bis dato eine Risiko-Nutzenabwägung für den Patienten übernommen hat, wird diese Risikoanalyse beim *Shared Decision Making Modell* auf den Patienten übertragen (bzw. wird dies zumindest gefordert), weshalb es seiner Meinung nach immer öfter passiert, dass Patienten mit dieser Entscheidung überfordert sind.²⁵

²³ Vgl. hierzu auch Klemperer, David (2005), S 72.

²⁴ Vgl. Loh et al., 2007, S A1484.

²⁵ Vgl. Rogler, Gerhard S 74 ff.

2.4. Informatives Modell

„In diesem ‚informed model‘ fungiert der Arzt letztlich als eine Beratungsstelle, und der Patient entscheidet letztendlich aufgrund eigener Überlegungen über die entsprechenden therapeutischen Maßnahmen.“²⁶ Dieses Modell gilt als absoluter Gegenpol zu dem Paternalistischen Modell und zeichnet sich dadurch aus, dass der Patient anhand der vom Arzt kommunizierten Informationen alleine entscheidet und in diesem Sinne den aktiven Part übernimmt.²⁷

„Patientenentscheidungen ihrerseits basieren keineswegs nur auf beratungsgestützten Einflüssen oder sog. Aufklärungsgesprächen (*informed-consent-Entscheidungen*), sondern in nicht unbeträchtlichem Maße auf außerrationalen Urteilen.“²⁸ Diese außerrationalen Urteile sind zum Beispiel innere Abneigungen gegenüber gewissen Behandlungsmethoden, auch wenn diese erprobt und bewährt sind, oder auch Aussagen, dass die Bekannte von einer Bekannten genau an dieser Impfung gestorben sei.

Basis dieses Modells ist die Annahme, dass nur der Patient, der mit den Konsequenzen einer Behandlungsentscheidung leben muss, alleine auf Grundlage der ihm gegebenen Informationen entscheiden kann. Dieser auf allen Ebenen informierte Patient entspricht am ehesten der in der Literatur, von Selbsthilfegruppen und auch Medien geforderten Idee des *mündigen Patienten*.

Um die oben angeführten Modelle zu erläutern und vor allem deren aktuelle Anwendung zu illustrieren, dient die unten stehende Grafik, die deutlich demonstriert, wie sehr sich die Modelle im Verlauf von 10 Jahren (1990-2000) verändert haben.

²⁶ Grausgruber, Alfred, S 19.

²⁷ Vgl. Klemperer, David (2005), S 73.

²⁸ Geisler, Linus, S 2.

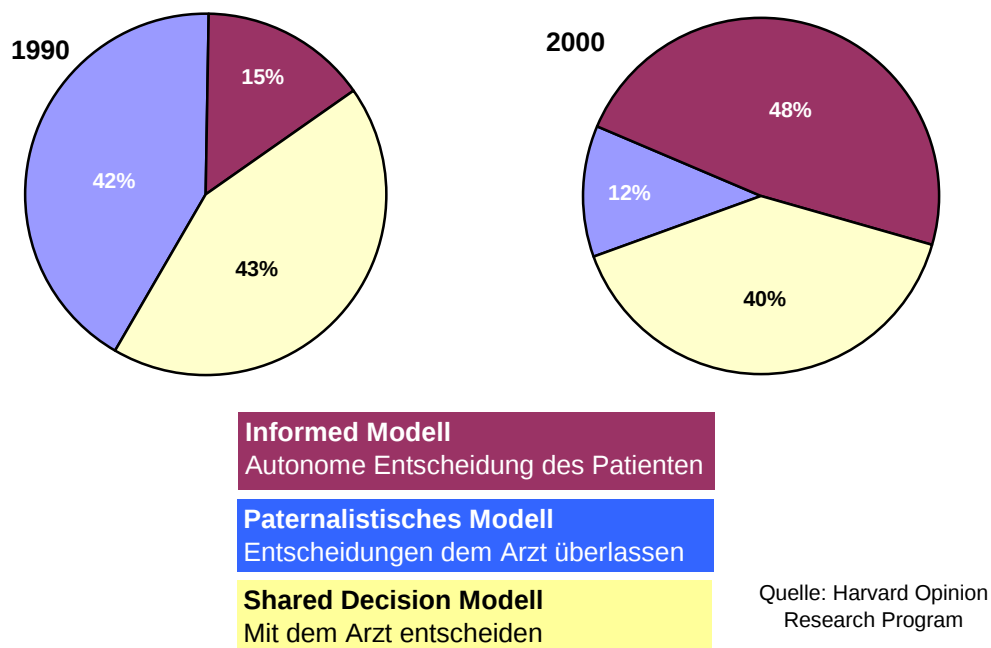


Abbildung 2: Patientenbeteiligung im Entscheidungsprozess 1990 und 2000²⁹

Vor allem die massive Zunahme von 15% 1990 auf 48% 2000 im Bereich der autonomen Entscheidung des Patienten zeigt den nicht mehr aufzuhaltenden Trend, mehr und mehr Selbstverantwortung für medizinische Belange zu übernehmen. Auf die Tatsache, dass dies nicht nur Vorteile für den Patienten bringt, wird am Ende dieses Kapitels noch näher eingegangen.

2.5. Modell der Arzt-Patient-Internet Beziehung nach Felt

Eine wesentliche Erweiterung der Modelle Patient-Arzt ergibt sich durch den Einfluss des Internet. Frau Prof. Felt, *Institut für Wissenschaften der Universität Wien*, hat sich in einem Forschungsprojekt von Frühjahr 2005 bis Jänner 2008 unter anderem mit der Fragestellung beschäftigt, in wie weit sich das Verhältnis Arzt-Patient unter dem Aspekt der *neuen Technologie* Internet verändert. Auf Basis diverser Patientenge-

²⁹ Quelle: Modifiziert übernommen, zitiert in: Ebner, Heinz, S 154. Originalquelle nicht eruierbar.

sprache konnte sie mit ihrem Team vier Modelle der Arzt-Patienten-Internet Beziehung herausarbeiten:³⁰

- „• das verbesserte Hierarchiemodell: der „gute Patient“ fühlt sich verpflichtet, sich zu informieren, um dem Arzt das Leben leichter zu machen und ihm so ‚nicht seine Zeit zu stehlen‘. Die Information bricht also keineswegs die klassische Hierarchie, sondern unterstützt sie.
- das Kompensations- bzw. Erweiterungsmodell: der Arzt hat wenig Zeit und kann auch nicht immer alles wissen; daher übernimmt der Patient vor und nach dem Arztbesuch einen Teil der Informationsarbeit. Einerseits verspricht sich der Patient dadurch graduell mehr Eigenständigkeit, andererseits kann er Zweifel in Bezug auf die ärztliche Meinung kompensieren.
- das Verhandlungsmodell: der Patient informiert sich, um so mit dem Doktor gemeinsam über (neue) Behandlungsoptionen diskutieren und diese (mit)entscheiden zu können. Er bringt auch eigene Vorschläge ein und versucht sie argumentativ durchzusetzen.
- das Aufgabenteilungsmodell: Patienten konzipieren ihre Krankheit als aus einem wissenschaftlich-medizinischen und aus einem sozialen Teil bestehend; während sie ersteren weitgehend dem Arzt überantworten, erlaubt ihnen das Internet sich einen Teil ihrer Krankheit wieder „anzueignen“ und selbst in die Hand zu nehmen – sie entziehen diesen Teil gewissermaßen dem Arzt; der ‚virtuelle‘ Austausch mit anderen Patienten über das Internet spielt hier eine wesentliche Rolle.“³¹

Mit diesem neuen der 2008 publizierten Studie entstammenden Modell werden unter dem Aspekt des neuen Mediums Internet die bis dato geltenden Modelle komplettiert.

2.6. Der Patient als Konsument

Der mittlerweile in den Medien geisternde Vergleich des Patienten als Kunden/Konsumenten ist nach meiner Recherche aus diversen Gründen, auf die ich in diesem Kapitel eingehen werde, nicht stringent möglich.

Durch mehrere Faktoren, wie z.B. die Tatsache, dass ein am wirtschaftlichen Markt zahlender Kunde auch Produkte vergleichen kann – dies ist z.B. bei Operationen aus nahe liegenden Gründen nicht machbar –, ist es derzeit nicht möglich, den Vergleich des Patienten als

³⁰ Vgl. Felt, Ulrike, 2008, S16 ff.

³¹ Felt, Ulrike, S 17.

Konsumenten auch in die Realität umzusetzen.³² Gründe werden im Folgenden dargestellt:

- Kein Patient wird sich mehreren Eingriffen unterziehen, um festzustellen, wer der bessere Operateur ist.³³
- Auch durch das breit gefächerte Spektrum das zwischen Gesundheit und Krankheit liegt, ist kein einheitliches Umsetzen des Vergleiches Kunde/Konsument auf den Patienten möglich. Je kränker und damit ängstlicher, unsicherer der Patient, desto weniger rationale Entscheidungen bezüglich des weiteren Vorgehens sind möglich.³⁴

Es gibt de facto keine Transparenz bei den unterschiedlichen Leistungserbringern in der Medizin, keine Bewertungen im Sinne von: „Nimm den, der ist gut.“³⁵

„Unabhängig davon, ob sich Patienten selbst als Kunden oder Konsumenten definieren, Basis für das Handeln von Menschen im Umgang mit Gesundheit, Krankheit und den Einrichtungen, die für die Wiederherstellung oder Erhaltung der Gesundheit verantwortlich sind, ist ein qualitativ hochwertiges, umfassendes, für Laien verständliches und leicht verfügbares Informationsangebot.“³⁶

Wenn man davon ausgeht, dass Patienten mehr als Kunden betrachtet werden, sollte der Aspekt der Vergleichbarkeit von Ärzten oder Krankenhäusern besser herausgearbeitet werden. So sieht dies Göpfert, wenn er die Forderung stellt „(...), die Kompetenz des ‚Laien-Experten‘ zu erhöhen, seine Position zu stärken und seine Kritikfähigkeit zu schärfen. Warum nicht einmal Ärzte testen? (...) Warum auch nicht die örtlichen Krankenhäuser einem Vergleich unterziehen?“³⁷

2.7. Fazit

Die Forderung, die Informationsangebote und die Transparenz zu verbessern, damit Patienten ihre Informationen aus Quellen beziehen

³² Vgl. Dierks, Marie-Luise/Schwartz Friedrich-Wilhelm, S 292.

³³ Vgl. Dierks, Marie-Luise/Schwartz Friedrich-Wilhelm, S 291.

³⁴ Vgl. Dierks, Marie-Luise/Schwartz Friedrich-Wilhelm, S 291.

³⁵ Vgl. Dierks, Marie-Luise/Schwartz Friedrich-Wilhelm, S 292.

³⁶ Dierks, Marie-Luise/Schwartz, Friedrich-Wilhelm, S 292.

³⁷ Göpfert, Winfried (2006), S 233 f.

können, bei denen sie auch darauf vertrauen können, dass die Informationen auf ihren Wahrheitsgehalt überprüft wurden, steigt mit dem Zunehmen der Menge an Informationen. Auch für das Medium Fernsehen gilt dieser Anspruch auf Seriosität und Qualität der Informationen. So meint Monika Härle, selbst Produzentin von Fernsehsendungen mit Schwerpunkt Gesundheitsaufklärung: „Um mit Hilfe des Mediums Fernsehen medizinische Informationen transportieren zu können, muss besonders auf dem Sektor Gesundheit die Verantwortung wieder wachsen.“³⁸ Sie stuft die Situation, die derzeit am Markt herrscht, als bedenklich ein, da sich ihrer Meinung nach „ein so genannter ‚Kollateraljournalismus‘ entwickelt hat, in dem die Information zum Nebenprodukt der Werbebotschaft verkommt.“³⁹ Dieser schade den Rezipienten mehr, als dass er ihnen hilft, da oft die Zeit und das Hintergrundwissen fehlt, um Sendungen gewissenhaft zu produzieren.⁴⁰

Die Schlussfolgerung, die sich für mich in Anlehnung an Geisler, Rogler et al. ergibt, ist, dass nicht nur ein einziges Modell der Arzt-Patienten-Beziehung das Modell der Wahl sein kann. Es kann für individuelle Patienten kein kollektiv einheitliches Modell geben.

Das für den jeweiligen Patienten bzw. die Patientengruppe angemessene Modell hängt von mehreren Variablen ab, etwa wie alt der Patient ist; kann und will er sich noch zusätzlich informieren? Demente Patienten haben andere Bedürfnisse als junge, junge Gebildete wollen mehr mitbestimmen als Ältere.⁴¹

Patienten, die nicht an lebensbedrohlichen akuten Erkrankungen leiden, sind eher willens, in die Behandlungsentscheidung mit einbezogen zu werden. Schwer erkrankte Patienten hingegen, unabhängig von Ausbildung, Alter und anderen sozioökonomischen Faktoren, lassen sich eher führen: „je besorgniserregender die Krankheit, desto größer die Bereitschaft, die Verantwortung für die Therapie ganz zu delegie-

³⁸ Härle, Monika, S 193.

³⁹ Härle, Monika, S 193.

⁴⁰ Vgl. Härle, Monika, S 193.

⁴¹ Klemperer, David (2005), S 78.

ren.“⁴² Die Frage der gemeinsamen Entscheidung bzw. das Informationsbedürfnis des Patienten ist, so Klemperer, auch krankheitsphasenabhängig, und vor allem davon, ob es sich um eine gutartige oder maligne Krankheit handelt. Die wechselseitige Beziehung zwischen Arzt und Patient ist permanent im Fluss. „Gerade bei Patienten mit Krebserkrankungen kann sich das Informationsbedürfnis verändern.“⁴³ Dies gilt es zu beachten und zu beobachten, damit das Arzt-Patienten Verhältnis für beide Seiten suffizient ist. Auch Geisler ist dieser Meinung: „Eine einseitige Präferenz von Paternalismus bzw. Autonomie kann daher keineswegs der jeweilige ‚Königsweg‘ in der Beziehung zwischen Arzt und Patient sein.“⁴⁴

Es ergeben sich auch viele Vorteile, wenn sich Patienten zu und um ihrer Krankheit informieren. So sind Rösler et al der Meinung, dass, je höher der Grad der Informiertheit ist, desto zufriedener die Patienten sind und desto mehr Vertrauen und Compliance ist zu erwarten. Auch um sich mit der Krankheit vertraut zu machen, um besser mit ihr umgehen zu können und sich dementsprechend verhalten zu können, ist Information unerlässlich.⁴⁵

Wenn Patienten informiert sind, mitentscheiden, sich die Hierarchien auflösen oder zumindest partnerschaftlich sind, kann man von mündigen – gleichberechtigten – Patienten sprechen. Unter dem Einfluss der marktwirtschaftlichen Entwicklung der letzten Jahre erweitert sich der Begriff „mündiger Patient“. Wenn er auch im juristischen Sinne, also weder entmündigt oder dement, nicht schwer krank ist, dann erweitert sich der Begriff „mündiger Patient“ um den Zusatz, „mündiger Kunde“.⁴⁶

„Der mündige und kompetente Patient verfügt über die Freiheit, unterliegt aber auch der Bürde des eigenen Gesundheitsmanagements. Dies

⁴² Gottschlich, Maximilian, S 178.

⁴³ Klemperer, David (2003), S 24.

⁴⁴ Geisler, Linus, S 2.

⁴⁵ Vgl. Rösler, Hans-Dieter/ Szewczyk, Hans/ Wildgrube, Klaus, S 285.

⁴⁶ Vgl. Rogler, Gerhard S 72.

wird spätestens in dem Moment prekär, wenn eine ernsthafte Krankheit auftritt.“⁴⁷

Professor Gottschlich ist ebenfalls der Meinung, dass Ärzte im Sinne des mündigen Patienten versuchen, Behandlungsmethoden verständlich zu machen und auf Basis der partizipativen Entscheidungsfindung den Patienten einbinden wollen, jedoch deuten empirische Ergebnisse darauf hin, „(...) dass es zwar eine hohe Informationsbereitschaft, aber eine – im Vergleich dazu – eher geringe Bereitschaft zur Mitbeteiligung an der Therapieentscheidung gibt.“⁴⁸ Vielleicht ist der mündige Patient einer, der situationsbedingt behandelt werden will, also Informationen im Sinne des *informed model* bekommt, mit Hilfe der partizipativen Entscheidungsfindung gemeinsam mit dem Arzt über Therapie entscheiden will und kann, jedoch im Falle von schweren Erkrankungen oder Unsicherheiten froh, an einen aktiven paternalistischen Arzt die Verantwortung abgeben zu können.

3. Medizinische Ausbildung

3.1. Schulung im Umgang mit den Patienten

Ein wesentliches Ziel im Rahmen der Ausbildung der Ärzte sollte es sein, die Kommunikation mit den Patienten zu stärken.

„Der Verwirklichung des dialogischen Prinzips stehen allerdings bei realistischer Betrachtung Entwicklungen entgegen, die für den Wandel der heutigen Medizin typisch und wesentlich mitverantwortlich sind, wie beispielsweise ökonomische Zwänge, Allokationsprobleme und Verrechtlichungstendenzen.“⁴⁹

Diese Verrechtlichungstendenzen haben einerseits ihre Berechtigung, da jeder Eingriff ohne Einverständnis des Patienten, und wenn es nur eine Spritze ist, den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt.⁵⁰ Ironi-

⁴⁷ Neverla et. al., S 8.

⁴⁸ Gottschlich, Maximilian, S 174.

⁴⁹ Geisler, Linus, S 5.

⁵⁰ Vgl. Endel, Gottfried, S 171 und Kletečka-Pulker, Maria, S 226.

scherweise gibt es jedoch keine gesetzliche Regelung, die darüber Aufschluss gibt in welchem Umfang Aufklärung stattfinden muss.⁵¹

Andererseits lässt sich totale Aufklärung, so die gängige Praxis, nicht in den Arbeitsalltag integrieren. Hingegen setzen teilweise schwierige Behandlungen etwa Chemotherapie, voraus, dass der Patient informiert ist, beziehungsweise wurde; dennoch kann der Patient nicht auf das jahrelang studierte und angeeignete Fachwissen des Arztes zurückgreifen und kann somit auch schwer mitentscheiden, wenn es um lebensbedrohende Eingriffe geht.

Abgesehen von einer theoretisch wünschenswerten vollkommenen Aufklärung gibt Dr. med. Endel zu bedenken, dass dieser *allwissende* Zustand auch das Gegenteil des Erwünschten, nämlich das Vertrauen zwischen Arzt und Patient herzustellen, bewirken und Unsicherheiten beim Patienten hervorrufen kann.⁵²

3.2. Theoretische Ausbildung

„In Österreich gibt es keine Tradition eines Kommunikationstrainings für Ärzte, weder in der universitären Ausbildung noch in der Turnusausbildung. Im Medizinstudium gibt es im Rahmen der Medizinischen Psychologie im 2. Studienabschnitt die Möglichkeit, an Anamnese- und Selbsterfahrungsgruppen auf freiwilliger Basis teilzunehmen.“⁵³

Diese Aussage ist aufgrund des mittlerweile veralteten Studienplanes zwar nicht aktuell auf die heutige Situation umsetzbar. Tatsache ist jedoch, dass die ersten Medizinstudenten des neu in Kraft gesetzten Studienplans (Beginn 2002)⁵⁴, die bei einer Mindeststudienzeit von 12 Semestern⁵⁵ frühestens 2008 fertig geworden sein können. Somit sind *die Alten* – Mediziner aus dem alten Studienplan – noch in der Mehrheit und ordinieren vor allem noch nach veralteten Konzepten der Arzt-Patienten-Kommunikation.

⁵¹ Vgl. Kletečka-Pulker, Maria, S 228.

⁵² Endel, Gottfried, S 174.

⁵³ Degn, Barbara/Dörflinger, Roland, S 59.

⁵⁴ Degn, Barbara, S 148.

⁵⁵ <http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=40> [10.06.2009]

Bereits im ersten Semester dieses neuen Studienplanes werden Vorlesungen, die mit einer Prüfung beendet werden, mit dem Titel *Grundlagen der Kommunikation* wie folgt abgehalten:

- Definition, Verbale und nonverbale Kommunikation
- Das ärztliche Gespräch (Grundvariablen, Echtheit, Empathie, Akzeptanz und Wertschätzung)
- Vermittlung schwieriger Botschaften und andere mehr⁵⁶

Von der Homepage der Medizinischen Universität kann man als Medizinstudent ein Skript für die Prüfung *die ärztliche Gesprächsführung* herunterladen.

Um zu vermitteln, was in dieser Vorlesung mit prüfungsimmanentem Charakter gelehrt wird im Folgenden, ein paar Auszüge zum besseren Verständnis:

- „Mitunter besteht die Meinung, dass man ärztliche Kommunikation nicht lernen könne. (...) Komplexes Kommunikationsverhalten kann und muss gelernt und entsprechend geschult werden.“⁵⁷
- Die Grundlagen kommunikativen Verhaltens werden erklärt, mit Verweis auf verbale, parasprachliche und nonverbale Ebenen.
- Verweis darauf, dass offene Fragen sich gerade zu Beginn einer ärztlichen Kommunikation eignen.
- Wie man aktiv zuhören kann, mit den Regeln der nonverbalen Sprache kommunizieren kann, wie etwa zugewandte Körperhaltung, Blickkontakt halten und ähnliches mehr.
- Welche Gesten zu vermeiden sind, wie z.B. Unterbrechen des Redeflusses des Patienten, Nichteingehen auf emotionale Äußerungen des Patienten, unklare und unmissverständliche Erklärungen zu Befunden oder ähnlichem.

⁵⁶ Vgl. http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=92&content_id=sg/18/2023/5077.php&parent_id=5071 [10.06.2009]

⁵⁷ Puchner-Matzner, Ingeborg, S 1.

- Und, als letzter Punkt dieses Skriptes, das richtige Anamnesegespräch, in dem vor allem auf das Herstellen einer Beziehung zum Patienten geachtet werden sollte und die Erhebung einer biopsychosozialen Anamnese stattfinden sollte.⁵⁸

Der neue Studienplan zeigt meines Erachtens, und auch im Gespräch mit Studenten bzw. Ärzten bestätigt sich diese Annahme, das Potential, aus Mediziner*innen bessere Kommunikationspartner für Patienten zu machen; nicht nur in der Theorie laut Studienplan, sondern auch z.B. durch das neu eingeführte, so genannte *bed side teaching* (Lernen am Krankenbett und nicht nur in der Theorie). Eine der im neuen Studienplan vorgesehenen Vorlesungen nennt sich „Einbeziehung der psychologischen und soziologischen Aspekte von Krankheit und Gesundheit in ärztliches Denken und Handeln.“⁵⁹ und ist bereits im zweiten Semester zu besuchen.

Im Vergleich zur österreichischen Situation wird im angelsächsischen Raum, den Niederlanden und auch in einigen nordeuropäischen Ländern die Kommunikation zwischen Arzt und Patient von Anfang an gelehrt und ist auch Bestandteil der Abschlussprüfung.⁶⁰

Nach Beendigung des Studiums hört die Verpflichtung zur Weiterbildung des Arztes nicht auf. So ist der Arzt gemäß § 49 Abs. 1 Ärztegesetz zur Fortbildung verpflichtet.

„Ärzte sind verpflichtet sich laufend im Rahmen anerkannter Fortbildungsprogramme der Ärztekammern in den Bundesländern oder der Österreichischen Ärztekammer oder im Rahmen anerkannter ausländischer Fortbildungsprogramme fortzubilden (§ 49 Abs. 1 ÄrzteG). Zudem entspricht es einer ethisch-moralischen Verpflichtung eines jeden Arztes gegenüber seinen Patienten und der Gesellschaft sich regelmäßig in seinem Fachgebiet fortzubilden.“⁶¹

⁵⁸ Vgl. Puchner-Matzner, Ingeborg, S 2 ff.

⁵⁹ http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=92&content_id=sg/19/2023/5988.php-&parent_id=5981 [10.06.2009].

⁶⁰ Vgl. Degn, Barbara/Dörflinger, Roland, S 60.

⁶¹ http://www.arztakademie.at/fileadmin/template/main/dfpPdfs/DFP_Richtlinie.pdf S 1.[10.06.2009].

So kann ein Arzt, so er daran interessiert ist, im Rahmen der Weiter- und Fortbildung an Kursen teilnehmen, die mit dem so genannten Psy-Diplom abschließen.⁶²

Die Zusatzausbildung des Arztes in psychotherapeutischen Methoden ist ganz im Sinne des Arztes und Psychotherapeuten Michael Balint. Er war bereits Mitte der fünfziger Jahre des 20. Jahrhunderts der Meinung, dass mindestens ein Viertel aller Patienten, die zum Praktischen Arzt gehen, eine psychotherapeutische Therapie brauchen würden, und dass die beste Therapie für den Patienten nicht unbedingt medikamentöser Art sein muss. Vielmehr für die Heilung ausschlaggebend ist die Art und Weise, wie und unter welchen Umständen der Arzt sich selbst als Heilmittel verschreibt, im Sinne eines *echten* Gespräches.⁶³

„Und gewiß nicht zum ersten Mal in der Geschichte der Medizin führte die Diskussion [welches das gebräuchlichste bzw. am häufigsten verschriebene Medikament sei. Anm. Verf.], daß das am allerhäufigsten verwendete Heilmittel der Arzt selber sei.“⁶⁴

3.3. Praktische Übung

Eines der größten Probleme für Patient wie Arzt (nach altem Studienplan) ist die – wie oben schon erwähnt – geringe Ausbildung in kommunikations-wissenschaftlichen Techniken. Dieses kommunikativen Gap in der Medizin ist sich die Wissenschaft (vor allem die Medizinische) bewusst geworden.

„Aber Hilfe naht: Wissenschaftler [sic!] der Europa-Universität Viadrina in Frankfurt (Oder) wollen dafür sorgen, dass Arzt und Patient künftig besser miteinander ins Gespräch kommen. In einem berufsbegleitenden Studiengang sollen ausgebildete Mediziner ihre kommunikativen Fähigkeiten verbessern. Kulturwissenschaftler, Mediziner, Juristen und Ökonomen haben dazu ein Institut für transkulturelle Gesundheitswissenschaften an der Leipziger Hochschule gegründet.“⁶⁵

⁶² Vgl. Degn, Barbara, S 148.

⁶³ Vgl. Balint 2001 S 293 sowie S 15 ff.

⁶⁴ Balint, Michael: S 15.

⁶⁵ Harder, Bernd: Der unerhörte Patient. In: Ärztliche Praxis, 19.01.2008.

Mit der Einrichtung des Institutes für transkulturelle Gesundheitswissenschaften⁶⁶ wurde diesem Ruf Folge geleistet, die Umsetzung eines betreffenden postgraduate-Studiums ist laut Homepage der Frankfurter Universität im Oktober 2008 verwirklicht worden. Angesprochen werden nicht nur Mediziner, sondern auch Apotheker, Psychotherapeuten und „weitere Berufsgruppen mit einem akademischen Abschluss in den Gesundheitswissenschaften.“⁶⁷ Eines der Pflichtmodule ist – wie im Lerninhalt nachzulesen – die *Sprechende Medizin* respektive die *Hörende Medizin*. Dieses Konzept sieht sich selbst als Ergänzung zur Schulmedizin, jedoch nicht als eigenständiges Verfahren; vielmehr als dringend notwendige Antwort auf die Versachlichung der Patienten und die technologisierte moderne Medizin.

Mit der Technologisierung geht auch ein nicht zu vernachlässigender Zuwachs an Informationen einher, mit welchem Ärzte zurechtkommen müssen.⁶⁸ Die Halbwertszeit medizinischer Informationen beträgt laut Univ.-Prof. Dr. Meryn inzwischen lediglich zwei Jahre.⁶⁹

Nicht nur Patienten sehen sich teilweise überfordert durch die Menge an Informationen, auch Ärzte haben laut Kaltenborn teilweise ein Problem, die fast täglichen wissenschaftlichen Aktualisierungen – bezogen auf ihre jeweilige Spezialisierung – zu verfolgen. Außerdem geht so auch die doch notwendige *Face-to-face* Kommunikation mit Kollegen, aufgrund dieser *neuen* Informationsbeschaffungssituation, verloren.⁷⁰

⁶⁶ http://www.euv-frankfurt-o.de/de/forschung/institut/institut_intrag/auftakt/index.html [24.06.2009].

⁶⁷ http://www.euv-frankfurt-o.de/de/forschung/institut/institut_intrag/studium/postgraduierter/index.html [24.06.2009].

⁶⁸ Vgl. Lalouschek, Johanna, S 126.

⁶⁹ Vgl. Kammerer, Bettina: Stets offen für Neues. In: Gesünder Leben, Heft 6, Juni 2001, S 08.

⁷⁰ Vgl. Kaltenborn, Karl-Franz, S 47.

4. Informationsgewinnung der Patienten

4.1. Von passiver Rezeption (Fernsehen) zu aktiver Recherche (Internet)

In diesem Kapitel wird dargelegt, welche Gründe es für ein aktives Suchen nach Informationen gibt und welche Auslösemomente charakteristisch für ein solches Suchen sind.

Nach Dutta-Bergmann et al. ist das Medium Fernsehen für gesundheitsorientierte Personen nicht geeignet, um konkrete und gewollte Gesundheitsinformationen zu erlangen. Dies ist darin begründet, dass das Durchsuchen vergangener Fernsehsendungen nicht möglich ist. Daraus folgert sie: „(...) television is not a primary source of health information (...).“⁷¹ Somit stuft sie das Fernsehen respektive dessen Nutzung als passiven Akt ein. Sie ist darüber hinaus der Meinung, dass Seher von den Gesundheitsinformationen durchaus profitieren können, aber nicht als aktiver Akt. „The individual that is not health oriented can learn something about health from television news without having to actively seek out the information and engage in it.“⁷² Die Suche nach Informationen im Internet hingegen ist ihrer Meinung ein aktiver Akt.⁷³

Auf Basis dieser Klassifizierung wird im Folgenden das Medium Fernsehen als passive Art des Informationserwerbs und das Internet als aktive Form der Suche nach gesundheitsrelevanten Informationen eingestuft.

Anhand der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten empirischen Untersuchung lässt sich feststellen, dass rund 45%, nachdem sie im Fernsehen eine Sendung zu einem medizinischen Thema gesehen haben, nach weiteren Informationen zu dem besprochenen Thema gesucht haben.

⁷¹ Dutta-Bergmann et al., S 278.

⁷² Dutta-Bergmann et al., S 278.

⁷³ Vgl. Dutta-Bergmann et al., S 279.

Wichtig in diesem Zusammenhang, ist auch zu erwähnen, dass Rezipienten, die zu der Gruppe der Vielseher gehören, nicht alleine schon deshalb ein höheres Ausmaß an Wissen, respektive an Informationen, aufnehmen. Dies ist abhängig von mehreren Faktoren, wie z.B. dem Informationsstand, den ein Rezipient hat, oder generell eine Frage der Bildung.⁷⁴

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass Zuseher immer dann motiviert sind, mehr über eine im Fernsehen vorgestellte Erkrankung zu erfahren, wenn sie entweder selbst betroffen sind, oder im näheren sozialen Umfeld ein Betroffener ist.⁷⁵

Irene Neverla et al., gehen davon aus, dass sich die Suche nach Informationen unter dem Einfluss einer akut auftretenden Erkrankung mit den allgemeinen Rahmenbedingungen von Mediennutzung vergleichen lässt. Im Zusammenhang mit einer Erkrankung kommen jedoch spezielle Arten der Mediennutzung hervor.⁷⁶

Durch den Einfluss der Erkrankung kommt es in der Regel zu einer Änderung des Alltagsablaufs und damit zu einer Änderung des Informationsverhaltens. Infolge des geänderten Informationsbedürfnisses wird ein aktives Suchen aufgrund der eigenen Betroffenheit ausgelöst, und wird durch die diversen personalen und medialen Angebote gesättigt, welche sich einander nach Bedarfsfall abwechseln respektive ergänzen. Die Mediennutzung „(...) äußert sich in der Regel als intensive und aktive Informationssuche auf der motivationalen Basis eines hohen Involvement. Sie ist situativ gebunden und damit auch zeitlich begrenzt.“⁷⁷

Laut Atkin erfolgt Informationssuche beziehungsweise Aufnahme von Informationen dann, wenn das Verhältnis Informationsstand und Informationsbedarf zu weit auseinander driftet.⁷⁸

⁷⁴ Vgl. Bonfadelli, Heinz, 2001, S 173 sowie Bonfadelli, Heinz, 1994, S 18.

⁷⁵ Vgl. Härle, Monika, S 183.

⁷⁶ Vgl. Neverla, et al., S 31.

⁷⁷ Neverla, et al., S 31.

⁷⁸ Vgl. Atkin, Charles 1973 zitiert nach Bonfadelli, Heinz (2001) S 173.

Im Bereich der medizinischen Psychologie lassen sich diese Informationssuchenden und Informationsbedürftigen noch weiter abgrenzen beziehungsweise definieren. Unterscheiden lassen sich Patienten anhand ihres Informationsbedürfnisses; erstmals in zwei Gruppen – in die der *Suchenden* beziehungsweise in die der *Verweigerer* – geteilt hat dies Prof. Miller von der *University Temple* 1983.⁷⁹ So zählen die so genannten *monitors* zur Gruppe jener, die ein hohes Informationsbedürfnis haben, aktiv nach Informationen suchen und mit in die Entscheidung über das weitere therapeutische Vorgehen miteinbezogen werden wollen. Die zweite Gruppe, die der *blunters*, ist der Gruppe der *avoider* also der Informationsverweigerer zuzuordnen, die mit Informationen überfordert sind und auch den autoritären Stil der Arzt-Patienten-Beziehung präferieren.⁸⁰

Die Selektion beziehungsweise Verweigerung von Informationen kann dabei auf personaler Ebene wie oben stattfinden oder durch die Ausklammerung gewisser Informationssendungen im Fernsehen erfolgen. „Auf die Benutzung von Medien bezogen bedeutet dies [das Selektionsverhalten Anm. d. Verf.], dass bereits durch die Wahl eines Mediums der Benutzer bestimmte Inhalte bevorzugt bzw. ausblendet.“⁸¹

4.1.1. Passive Rezeption

„Gang und gäbe sind Berichte über Neuerungen in Diagnose und Behandlung, Fortschritte in Pharmazie und Medizintechnik, (...). Sie belassen den Rezipienten jedoch grundsätzlich in einer passiven Situation.“⁸²

Der Rezipient hat die Aufgabe, bei der Sendung zu bleiben, und sich „berieseln“ zu lassen. Je nach Interesse oder Bildungsgrad wird der Zuseher Informationen aufnehmen, oder wenn kein Bedarf vorhanden ist, passiv bleiben. Dabei darf nicht vergessen werden, dass auch

⁷⁹ Vgl. Miller, Suzanne M/Mangan, Charles E., 1983, S 223.

⁸⁰ Vgl. Dierks Marie Luise et al., 2001, S 94, sowie Miller, Suzanne M, 1987, S 345.

⁸¹ Göpfert, Winfried (2001), S 132.

⁸² Göpfert, Winfried (2001), S 138.

schon die Auswahl der Sendung ein aktiver Akt ist. Welche Medieninhalte vom Rezipienten aufgenommen werden, hängt in erster Linie von dem Individuum selbst ab. „Im besonderen Maß ist es das Selektionsverhalten des Rezipienten, das die Medienwirkung beeinflusst.“⁸³

Den bereits oben genannten Wünschen, Bedürfnissen und der Diskrepanz zwischen Informationsstand und Informationsbedarf des jeweiligen Zusehers folgend sowie abhängig vom Grad der Bildung, wird der passive Seher zum suchenden Individuum.

4.1.2. Aktive Suche nach Information

Qua Dervin und Frenette⁸⁴ erfolgt, wie oben beschrieben, die aktive Suche nach Informationen immer erst dann, wenn sich neue, nicht mit dem aktuellen Wissensstand zu befriedigende, Probleme ergeben.

„Die theoretische Perspektive geht davon aus, dass das soziale Handeln der Menschen in meisten Situationen habitualisiert ist und aufgrund von kognitiv gespeicherten Routinen erfolgt; neue Informationen werden aktiv nur gesucht, insofern sich der Alltag und die zu bewältigenden Situationen als neu, unvorhergesehen und problematisch erweisen. Informationssuche und -aufnahme erfolgen also erst, wenn Probleme und Bedürfnisse geben [sic!] sind, und der augenblicklich vorhandene Informationsstand mit dem mit dem Informationsbedarf nicht übereinstimmt.“⁸⁵

Neben dieser Dysbalance zwischen Informationsbedarf und Informationsstand im Allgemeinen sind vor allem Menschen, deren Gesundheitszustand sich akut und damit außerhalb der Norm befindet, auf der Suche nach Informationen.

„Das stärkste Motiv für die aktive Suche nach Gesundheitsinformationen ist nämlich der Gesundheitszustand, denn wer sich selbst als krank einschätzt, nutzt mehr Medien.“⁸⁶ Aber nicht nur für sich selbst sucht man Informationen, sondern auch, wenn das eigene Kind akut er-

⁸³ Göpfert, Winfried (2001), S 132.

⁸⁴ Vgl. Dervin, Brenda/Frenette, Micheline, 2002, S 69 ff, zitiert nach Bonfadelli, Heinz/Friemel, Thomas, S 42.

⁸⁵ Bonfadelli, Heinz/Friemel Thomas, S 42.

⁸⁶ Roski/Schikorra, S 20.e1.

krankt, die Eltern dem hilflos gegenüber stehen und ihr Nichtwissen mit Informationen zu kompensieren versuchen.⁸⁷

In Bezug auf die Nutzung von Fernsehsendungen bedeutet das vor allem:

„Tatsache ist: Medizinische Themen finden erst dann Aufmerksamkeit, wenn die Gesundheit des potenziellen Zuschauers angeschlagen ist, ein Freund oder Verwandter zu den Betroffenen zählt, altersbedingte Einschränkungen erlebt werden, oder Kinder da sind, die gesundheitlichen [sic!] Schutz bedürfen. Das ist auch das Klientel medizinischer Sendungen: im Schnitt über 55 Jahre alte, beruflich oft nicht mehr aktive Großeltern, Mütter oder aber chronisch Kranke.“⁸⁸

Monika Härle bezieht sich hierbei primär auf Informationen, die aus dem Fernsehen bezogen werden. Im nächsten Kapitel werden die für die Beschaffung von gesundheitsrelevanten Informationen wichtigsten Quellen herausgearbeitet.

5. Wo informieren sich Patienten?

Eine Eurobarometer-Studie, die 2007 innerhalb der Europäischen Union durchgeführt wurde, zeigt, dass die Berichterstattung in den Medien des Genres Wissenschaft die Medizin bei den Europäern das größte Interesse hervorruft. Zwei Drittel oder 62% aller Befragten gaben an, dass sie die Berichterstattung zum Thema Medizin am beachtenswertesten finden, wobei Frauen mit 75% signifikant mehr an dem Thema interessiert sind, als Männer mit 45%.⁸⁹

Quelle Nummer eins für Informationen zu Wissenschaft und Forschung ist innerhalb Europas das Fernsehen. 64% der Befragten sehen regelmäßig oder gelegentlich Sendungen im Fernsehen mit Schwerpunkt Medizin. 49% der Befragten geben an, dass sie zu Printmedien greifen, und 28% informieren sich im Internet.⁹⁰

⁸⁷ Vgl. Härle, Monika, S 191.

⁸⁸ Härle, Monika, S 183 f.

⁸⁹ Vgl. Medical Tribune: Informierte Patienten fordern mehr, S 20.

⁹⁰ Vgl. Medical Tribune, Informierte Patienten fordern mehr, S 20; sowie Eurostat.

Dass das Internet als Informationsquelle im Vormarsch ist, zeigt eine Studie des europäischen statistischen Zentralamtes⁹¹, die ergeben hat, dass mittlerweile bereits jeder dritte Patient Rat im Internet sucht.

Den Trend weg vom Fernsehen als Informationsquelle Nummer eins hin zum Internet sieht auch Dr. Johanna Lalouschek – Gesprächsanalysikerin unter anderem mit Schwerpunkt medizinische Kommunikation – wenn sie meint: „Dabei zeigt sich in den letzten Jahren deutlich, dass das Internet dem Fernsehen und den Printmedien zunehmend den Rang als primäre Informationsmedien ablauft.“⁹²

Eine aktuelle Studie der *EIAA (European Interactive Advertising Association)* von Juni 2009 konstatiert, dass 22% der Europäer parallel zum Fernsehen im Internet surfen.⁹³ Vielleicht wird in 10 Jahren die aktuelle Forschung – wie bereits mit Aufkommen des Fernsehens, wo befürchtet wurde, dass das Fernsehen die Printmedien verdrängen wird⁹⁴ – feststellen, dass für beide ausreichend Markt vorhanden ist.

Generell zeigen diese und andere Studien, wie ernst es dem heute emanzipierten Patienten ist, wieder selbst Verantwortung für seine eigene Gesundheit zu übernehmen.

5.1. Bestandsaufnahme medizinischer Informationsquellen

Wenn Patienten stärker in den Entscheidungsprozess eingebunden werden sollen und wollen, brauchen sie – da ihnen anders als den Ärzten ihr Wissen nicht im Rahmen eines Medizinstudiums vermittelt wurde – Zugang zu medizinischen (Hintergrund-) Informationen. Nicht zuletzt aufgrund des gestiegenen Interesses an der eigenen Gesundheit hat das Angebot an betreffenden Quellen stark zugenommen; die einzelnen Angebote unterscheiden sich jedoch maßgeblich, was die Art der Informationsvermittlung, wie auch Tiefe und Verlässlichkeit der Informationen betrifft. Gerade der Bereich Medizin ist jedoch enorm

⁹¹ Vgl. Spiegel Online 2007, o. V.: Doktor im Netz, 27.01.2009.

⁹² Lalouschek, Johanna, S 158.

⁹³ Vgl. <http://www.eiaa.net/news/eiaa-articles-details.asp?lang=3&id=201> [04.06.2009].

⁹⁴ Vgl. Meyen, Michael, S 31.

informationsreich, und auch extrem was die Vergänglichkeit und Halbwertszeit des Wissens anbelangt. Daraus folgt die Forderung, diese aktuellen Informationen möglichst schnell an die Gruppen zu vermitteln, für die diese relevant sind. Um diese Übermittlung von Informationen möglichst nachhaltig und als gelungen ansehen zu können, ist es erforderlich, diese Informationen von der wissenschaftlichen in eine allgemein verständliche Sprache zu übersetzen ohne Sensationalisierung oder Weglassen von Sachinformationen.⁹⁵

In der Folge werde ich einen Überblick über die aktuell vorhandenen – und dem *normalen* Patienten frei zugänglichen – Quellen geben.

5.1.1. Fernsehen

Nutzungsverhalten Österreich:

„Im Jahr 2008 erreichte das Medium Fernsehen täglich 63,2% des potentiellen TV-Publikums ab 12 Jahren (7,03 Millionen) – pro Tag haben damit 4,439 Mio. Österreicher/innen zumindest kurz ferngesehen (= 60 aufeinander folgende Sekunden)“⁹⁶.

Davon entfallen auf *ORF1* und *ORF2* insgesamt 41,9%, das heißt, dass über 40% der Gesamtsehdauer eines Sendetages, ausgehend von der österreichischen Bevölkerung ab 12 Jahren, diesen beiden Sendern zugeordnet werden kann.⁹⁷

Der *ORF* gab bei *GfK Austria* (Erhebungszeitraum September/Okttober 2006) eine Studie mit dem Thema *Gesundheit in den ORF-Medien* in Auftrag.⁹⁸ Die Ergebnisse im Detail:

- Informationsquelle Nummer 1 für gesundheitsrelevante Themen ist immer noch die Tageszeitung, gefolgt von Ärzten, Bekannten/Verwandten und dem *ORF* Fernsehen.

⁹⁵ Vgl. Fischer, Michael, S 73.

⁹⁶ http://mediaresearch.orf.at/index2.htm?fernsehen/fernsehen_nutzungsverhalten.htm [21.0.2009].

⁹⁷ Vgl. http://mediaresearch.orf.at/index2.htm?fernsehen/fernsehen_nutzungsverhalten.htm [21.05.2009].

⁹⁸ Vgl. http://mediaresearch.orf.at/index2.htm?studien/studien_gesundheit.htm [27.05.2009].

- Der *ORF* ist laut 45% der Befragten der Sender mit der höchsten Kompetenz, gefolgt vom *Bayrischen Rundfunk* mit 10%.
- Mit dem Umfang der Berichterstattung ist laut dieser Umfrage, die Mehrheit der Befragten zufrieden; die am meisten genannte Sendung war *Willkommen Österreich*, die es aktuell in dieser Form nicht mehr gibt.

„Ein Punkt zentraler Überlegenheit von Fernsehen gegenüber anderen Medien ist auch hier wieder seine schon angesprochene leichte Zugänglichkeit durch die gesprochene Sprache und die Bilder.“⁹⁹

Nicht nur die Bildlichkeit und leichte Verfügbarkeit machen das Fernsehen so attraktiv, sondern auch die Tatsache, dass Fernsehen in der Lage ist, Sachverhalte beziehungsweise Themen zu den Rezipienten zu bringen und diesen damit eine Bedeutung zu geben.¹⁰⁰

Im Rahmen der *ORF*-Initiative *Bewusst gesund*, die 2008 mit den Teilen *Unser Herz und Bewegung – Rücken* mit großem Erfolg präsentiert wurden, stellte der *ORF* im April 2009 den dritten Teil *Leicht gemacht* vor. Hier ging es um Themen rund um die Ernährung, Übergewicht, Diäten und ähnliches mehr – sahen immerhin „2,844 Millionen Zuseherinnen und Zuseher, das sind 40 Prozent der heimischen TV-Bevölkerung ab 12 Jahren, (...) zumindest eine der insgesamt 24 Sendungen und Magazine, die es sich in einer Gesamtlänge von knapp neun Stunden ‚leicht gemacht‘ haben.“¹⁰¹

Die Österreicher liegen, was ihre Fernsehgewohnheiten betrifft, durchaus im Trend.

Andrea Appel hat mittels einer Inhaltsanalyse von 14 Gesundheits- und Medizinsendungen im Jahr 1996 eruiert, dass sich die analysierten Gesundheitssendungen mehrheitlich mit Krankheiten und nicht mit Gesundheit beschäftigen. Sie stellte auch fest, dass: „In 13 von 44 Bei-

⁹⁹ Lalouschek, Johanna, S 127.

¹⁰⁰ Vgl. Appel, Andrea J., S 97.

¹⁰¹ http://bewusstgesund.orf.at/bilanz_leicht.html [10.06.2009].

tragen nahm das was mit dem Körper geschieht, die halbe, in 19 von 44 Beiträgen die gesamte Sendezeit ein. Soziale Aspekte von Krankheit und Gesundheit wurden in TV-Gesundheitsratgebern nur wenig angesprochen.“¹⁰²

Ein Nachteil des Fernsehens ist die Einweg-Kommunikation mit den Rezipienten; Lalouschek meint dazu: „Die direkte Aufnahme mit medialen Informationsanbietern, also z.B. mit den ExpertInnen einer medizinischen Fernsehsendung im Studio zu sprechen, war bis dahin ja auf die dahingehenden Angebote der Sender wie etwa Telefon-Hotlines oder Call-In-Sendungen beschränkt.“¹⁰³ Die logische Konsequenz für dieses Einweg-Defizit und die Tatsache, dass nicht alle Fernsehsendungen die Möglichkeit zum Anruf bieten, ist laut Härle das Internet mit seinen Chatrooms, wo Fragen sofort beantwortet werden können, um das Bedürfnis des Zusehers nach weiterem Austausch auch nach der Sendung zu befriedigen.¹⁰⁴

Um den Zuseher noch mehr an die einzelnen Sendungen zu binden – die Konkurrenz durch die Privatsender wird hier deutlich – gibt es seit einigen Jahren die Tendenz, den Schranken, der zwischen Information und Unterhaltung (Entertainment) steht, zu öffnen und Informationen spannender aufzubereiten.¹⁰⁵ Dies wird von Sendung zu Sendung unterschiedlich realisiert. Am Beispiel der *ORF*-Reform vom 10. April 2007 und der damit verbundenen neu gestalteten *ZIB*-Sendungen zeigt sich, wie die alten Strukturen dem neuen Infotainment gewichen sind. Platz gemacht wurde für die neuen Sendungen, die zwar immer noch Nachrichtenvermittlungsfunktion haben, jedoch mit einer gewissen Leichtigkeit und Agilität transportiert werden.¹⁰⁶

¹⁰² Appel, Andrea J., S 100 ff.

¹⁰³ Lalouschek, Johanna, S 158.

¹⁰⁴ Vgl. Härle, Monika, S 194.

¹⁰⁵ Vgl. Lalouschek, Johanna, S 126.

¹⁰⁶ Vgl. http://tv.orf.at/groups/information/pool/zib_profil/story [25.05.2009].

a) Infotainment

Die Wortkreation Infotainment setzt sich aus der klassischen Information und dem unterhaltenden Entertainment zusammen.¹⁰⁷ Im Infotainment wird die Verbindung zwischen unterhaltsamer Präsentation und Vermittlung von Fakten angestrebt. Das Problem des Infotainments im Bereich der Gesundheitsberichterstattung, gegeben durch die brandaktuellen zum Teil nicht existierenden bahnbrechenden neuen Behandlungsmethoden, ist die Förderung der Verunsicherung bei den Zusehern beziehungsweise Patienten.¹⁰⁸

Zu den Infotainment-Sendungen im Bereich der Gesundheitsberichterstattung zählen laut Lalouschek solche, die jeweils Experten und Betroffene unter der Moderation eines fachlich Kompetenten präsentieren. Als Beispiel für eine Sendung in diesem Format wäre für Österreich die Sendung *Primavera* zu nennen, die von Jänner 2006 bis März 2007 einmal pro Woche im Hauptabendprogramm des ORF zu sehen war.¹⁰⁹ Vera Russwurm, die für diese Sendung zuständig war, ist promovierte Humanmedizinerin, dementsprechend fachlich kompetent. Sie selbst sagte in einem Interview: „Das Rezept heißt ganz konkret: ausgewogene Mischung zwischen Information und Unterhaltung.“¹¹⁰

b) Emotainment

Zur Abgrenzung vom Infotainment hat sich der Begriff des Emotainment eingebürgert, der eine Mischform von Entertainment und Emotion darstellt. Bezeichnend für Sendungen mit Emotainment-Charakter sind Unterhaltungssendungen, in denen *Menschen wie Du und ich* eine Bühne im Fernsehen zur Verfügung gestellt bekommen unter anderem für die Zurschaustellung von großen Gefühlen, Sensationen, und Bekenntnissen aller Art im öffentlichen Raum („Hilfe, ich bin schwul“).

¹⁰⁷ Vgl. Lalouschek, Johanna, S 128.

¹⁰⁸ Vgl. Lalouschek, Johanna, S 128.

¹⁰⁹ Vgl. <http://tv.orf.at/groups/magazin/pool/verarusswurm/story> [10.06.2009].

¹¹⁰ Interview mit Vera Russwurm.

http://www.welldone.at/welldone_deb/content/page.asp?id=891 [20.06.2009].

„Während die medizinischen Informationssendungen und die medizinisch-kritischen Magazine primär an der Vermittlung von professioneller Gesundheitsinformation, wenn auch unterhaltend, orientiert sind, wirkt in den Talkshows der Entertainment-Auftrag stärker auf das Sendungskonzept.“¹¹¹

Talkshows sind der Inbegriff für Dramen jeder Art, und hatten in den 1990er Jahren ihren Höhepunkt. Die *Barbara-Karlich-Show*, die seit 1999 täglich ausgestrahlt wird, ist das Paradebeispiel für Talkshows im ORF.¹¹² Laut Lalouschek hatten die Talkshows Mitte der 1990er Jahre eher den Schwerpunkt auf Gesundheitsthemen und Lebenshilfe, später dann wurde der Fokus verstärkt auf Enthüllungen jeglicher Art gerichtet.¹¹³

Worum geht es bei den Mischsendungen von Information und Emotion in Bezug auf Gesundheitsthemen? Die geladenen Betroffenen sollen der Krankheit, für die sie gleichsam Repräsentanten darstellen, ein Gesicht und damit der ganzen Sendung den Anschein von Individualität geben. In der Analyse von Appel ergab sich unter anderem, dass teilweise die Betroffenen zwar eingeladen wurden, jedoch nicht zu Wort kommen konnten, beziehungsweise ihnen bewusst kein Raum für Äußerungen gegeben wurde. Weitere Zahlen der Analyse zeigen, wie oft ein Betroffener in einer Sendeeinheit vorkommt:

„In den 44 Analyseeinheiten kamen immerhin 104 Betroffene vor, also durchschnittlich mindestens zwei pro Analyseeinheit. (...) Interessant war allerdings die Dauer der Betroffenenäußerungen. Es zeigt sich, daß die Mehrheit der Betroffenen in den Sendungen jeweils mit nur einem Satz vorkam. (...) Wirklich erstaunlich ist dieses Ergebnis allerdings nicht, denn tatsächlich kann es im Massenmedium Fernsehen gar nicht um die individuelle Geschichte des Betroffenen gehen. Er soll vielmehr exemplarisch, als Repräsentant für das jeweilige Thema, die Diagnosefindung oder Therapiemaßnahme stehen.“¹¹⁴

Um ein Maximum an Fachinformationen zu transportieren, die auch im Gedächtnis der Rezipienten verankert werden, meint Monika Härle, selbst freie Produzentin von Gesundheitsaufklärungssendungen, dass:

¹¹¹ Lalouschek, Johanna, S 130.

¹¹² Vgl. <http://derneue.orf.at/orfstars/karlich.html> [25.05.2009].

¹¹³ Vgl. Lalouschek, Johanna, S 134.

¹¹⁴ Appel, Andrea J., S 103.

„Je stärker die Bilder, je größer die Emotionen, desto weniger ‚Wissen‘ bleibt haften.“¹¹⁵ Weiters erklärt sie, dass der „Verschnitt“ bei der Erstellung einer solchen Sendung bei zwei Drittel liegt und meint damit, dass nur ein Drittel via Sendung ausgestrahlt wird. Ein bereits vorinformierter Zuseher nimmt aber nur die Hälfte von diesem Drittel Information auf, die andere Hälfte wird von ihm anhand des eigenen Wissenstandes komplettiert. Wobei dieser Wissenstand besetzt ist, unter anderem mit Wunschdenken und Eigeninterpretation. Anhand dieser wenigen Fakteninformation, die am Ende tatsächlich beim Rezipienten ankommt, ist es ihrer Meinung nach umso wichtiger, gezielt Informationen über den Äther zu schicken, damit auch der Nutzen einer solchen Sendung möglichst viel Information zu transportieren, maximal ist.¹¹⁶

c) Fernsehserien

Aufgrund der zahlreichen medizinischen Fernsehserien, die an Frequenz in den letzten Jahren zugenommen haben, ein kurzer Exkurs. Bei fiktionalen medizinischen Sendungen geht es oberflächlich betrachtet nicht um Informationssendungen im herkömmlichen Stil.

Dennoch lassen sich, wie eine Studie von Tannen Tarrell aus dem Jahr 1997 zeigt, durchaus Entscheidungshilfen für den eigenen Bereich ableiten. Auch Krankheiten und deren Folgen, die bis dato nicht im Bewusstsein der Zuseher verankert waren, konnten mittels der Sendung zum Thema gemacht werden und führen daher auch zu einer Auseinandersetzung mit dieser Problematik. Gezeigt wurde dies anhand des *Humanen Pappilomvirus*, das in einer Folge der Krankenhausserie *Emergency Room* thematisiert wurde. Die Rezipienten wurden eine Woche vor der Sendung, eine Woche danach und ein drittes Mal fünf Wochen danach befragt. Im Vergleich zur Befragung vor der Sendung zeigte sich, dass das Wissen zu dem *Humanen Pappilomvirus* gestiegen ist und das Wissen um die Existenz des Virus sich verdoppelt hat-

¹¹⁵ Härle, Monika, S 190.

¹¹⁶ Vgl. Härle, Monika, S 190.

te. Die Anzahl der Seher, die das betreffende Krankheitsbild beschreiben konnten und über den Zusammenhang zwischen dem *Humanen Pappilomvirus* und Gebärmutterhalskrebs Bescheid wussten, hat sich sogar verdreifacht. In dem Zusammenhang zeigt sich, dass der praktische Nutzen von fiktionalen Krankenhausserien nicht zu unterschätzen ist.¹¹⁷

„Of importance is the fact that over half of the viewers said they talked with family and friends about health issues addressed on the show and a third of viewers said information they received from watching ER [Emergency Room, Anm. d. Verf.] helped them make choices about their own or their family's health care.“¹¹⁸

Der nicht zu vernachlässigende Anteil der Ärzteserien an der Gesamtheit der mit medizinischen Themen beschäftigten Sendungen zeigt sich auch in der im folgenden Kapitel dargestellten Programmanalyse.

d) Programmanalyse

Erstellt wurde die Programmanalyse am Beispiel von zwei Werktagen sowie einem Sonntag, in der Kalenderwoche 26. Zufällig ausgewählt wurden die Tage Montag, der 22.06.09, Mittwoch, der 24.06.09, sowie Sonntag, der 28.06.09. Als Basis diente die TV-Zeitschrift *TV-Media*.¹¹⁹ Die analysierten Sender sind *ORF1*, *ORF2*, *ARD*, *ZDF*, *Bayrischer Rundfunk*, *ATV*, *RTL*, *Sat1*, *Pro7*, *VOX* und *3sat*. Die detaillierte Analyse befindet sich im Anhang.

Die öffentlich rechtlichen Sender haben bezüglich Informationssendungen einen deutlichen Vorsprung gegenüber den Privaten, die vor allem mit Talkshows und von anderen Sendern importierten Wissenschaftssendungen wie *BBC Exklusiv* oder *NZZ Format* (beide *VOX*) sowie *Spiegel TV* (*RTL*) aufwarten. Ganz ähnlich die Situation bei dem Genre Nachrichten, hier zeigen auch die öffentlich rechtlichen einen deutlichen Schwerpunkt z.B. *ORF2* mit 5 *ZIBs* respektive *Zeit im Bild* (um 19.30) und *ZIB 2* um 22.00 Uhr. *Das erste deutsche Fernsehen* (*ARD*)

¹¹⁷ Vgl. Tannen, Tarrell, S 1441.

¹¹⁸ Tannen, Tarrell, S 1441.

¹¹⁹ Quelle: *Tv-Media*, Verlagsgruppe News, Nr. 26, 20. -26. Juni, 2009.

informiert mit 9 Nachrichtensendungen (*Tagesschau*) über das aktuelle Geschehen. Exemplarisch für die privaten Sender sei hier VOX mit zwei Nachrichtensendungen an Wochentagen genannt.

Dezidiert Gesundheitssendungen gibt es im ORF – abgesehen von dem Wissenschaftsmagazin *Newton* – keine in der analysierten Teilwoche. Jedoch wird nahezu täglich in der Sendung *Sommerzeit* (Programmstart am 2. Juni, davor *Frühlingszeit*) ein medizinisches Thema behandelt. So schreibt der ORF zu dem Sendekonzept von *Sommerzeit*:

„Mit Start der Sommerzeit beginnen wir, immer dienstags, eine 13-teilige Reihe zum Thema ‚Erste Hilfe‘ und machen gemeinsam mit dem Roten Kreuz einen wöchentlichen Erste-Hilfe-Kurs. Von der Versorgung eines einfachen Wespenstiches bis zur Wiederbelebung nach einem Badeunfall.“¹²⁰

Laut Homepage des ORF sind besonders Medizin und Gesundheit Schwerpunktthemen, wobei hier beratend Experten wie Univ.-Prof. Siegfried Meryn (Internist), sowie Apothekerin Mag. Barbara Haase zur Seite stehen.¹²¹ Am Analysetag, Montag, den 22.06.09, war das medizinische Thema in *Sommerzeit Gender-Medizin*; hier ging es um den Unterschied zwischen Mann und Frau bezogen auf die unterschiedlichen Gesundheitsrisiken und differenten Wirkungen von Medikamenten. Beratende Expertin war zu diesem Thema Frau Univ.-Prof. Dr. Karin Gutierrez-Lobos, Psychiaterin, Psychotherapeutin und Vizerektorin der *Medizinischen Universität Wien*.¹²²

Am Mittwoch, dem 24.06.09, war eines der Themen mit gesundheitsrelevantem Inhalt fehlende Mineralstoffe und deren Auswirkungen auf Nägel, Haare und Haut. Die Theorie von Dr. Schüßler wird von Frau Mag. Haase vorgestellt sowie der Einsatz in Form der so genannten „Schüßler-Salze“ als Ergänzungsmittel zu einer gesunden und ausgewogenen Ernährung.¹²³

¹²⁰ http://tv.orf.at/groups/magazin/pool/profil_sommerzeit/story [12.06.2009].

¹²¹ Vgl. http://tv.orf.at/groups/magazin/pool/profil_sommerzeit/story [12.06.2009].

¹²² Vgl. <http://tv.orf.at/program/orf2/20090622/455866001/267136/> [22.06.2009].

¹²³ Vgl. <http://tv.orf.at/program/orf2/20090624/455865601/267466/> [22.06.2009].

Das erste Deutsche Fernsehen (ARD) hat mit *Ratgeber Gesundheit* einmal pro Monat (Sonntag) eine eigenständige Gesundheitssendung.¹²⁴ Das Zweite Deutsche Fernsehen (ZDF) bietet den Rezipienten mit der Infotainment-Sendung *Volle Kanne* täglich Informationen sowie Tipps unter anderem zum Thema Gesundheit.¹²⁵ Der Bayrische Rundfunk lädt einmal pro Woche, immer Dienstags um 19.45 Uhr, zur Sendung *Gesundheit* ein.¹²⁶

Die analysierten privaten Sender bieten auch Informationen zum Thema Gesundheit, wie zum Beispiel die tägliche Daily Soap auf *RTL Mein Baby*¹²⁷ oder die psychologisch beratende tägliche Talkshow *Zwei bei Kallwass*.¹²⁸

Die weiter oben beschriebenen medizinischen Serien haben eine nicht unerhebliche Sendezeit im *ORF* zur Verfügung. So gibt es täglich die Sendung *Scrubs* und jeden Montag die Serie *Grey's Anatomy* und danach *Private Practice*. Diese Sendungen finden sich auch bei den privaten Sendern (z.B. *Pro7*) wieder, jedoch nicht bei den öffentlich rechtlichen Sendern Deutschlands.

Zu weiteren Details verweise ich auf den Anhang dieser Arbeit. Ergänzend ist anzumerken, dass es sich bei der vorliegenden Programmanalyse um eine rein deskriptive Analyse des Programmschemas handelt und nicht um eine Inhaltsanalyse der betreffenden Sendeformate. Einen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt die Programmanalyse angesichts des begrenzten Beobachtungszeitraumes nicht.

5.1.2. Print

Während auch den gedruckten Medien der beim Fernsehen dargestellte Nachteil der unidirektionalen Kommunikation anhaftet, zeigen sich diesem gegenüber auch Vorteile:

¹²⁴ Vgl. http://programm.daserste.de/archiv_recherche_detail.asp?id=X001001488&sdatlo=05.07.2009&recherche=1&dpointer=337&anzahl=673 [23.06.2009].

¹²⁵ Vgl. <http://vollekanne.zdf.de/ZDFde/inhalt/28/0,1872,1020540,00.html?dr=1> [23.06.2009].

¹²⁶ Vgl. <http://www.br-online.de/bayerisches-fernsehen/gesundheit/index.xml> [23.06.2009].

¹²⁷ Vgl. <http://rtl-now.rtl.de/mein-baby.php> [25.06.2009].

¹²⁸ Vgl. http://www.sat1.at/ratgeber_magazine/kallwass/biographie/ [26.06.2009].

„Printmedien haben den Vorteil, dass sofort noch einmal nachgelesen werden kann, wenn etwas nicht verstanden wurde.“¹²⁹

Auch die *Mobilität* der Printmedien – die Möglichkeit sie dort zu nutzen, wo immer man auch gerade ist – ist für deren Beliebtheit verantwortlich. So beziehen immer noch 49% der medizinischen Informationssuchenden ihr Wissen um Krankheiten aus den Zeitungen.¹³⁰ Dies schlägt sich auch im Bereich nieder, aus dem Redakteure ihre Wissensinformationen beziehen: „Berichte aus der Medizin werden am meisten gedruckt und machen weit über die Hälfte des dpa-Wissenschaftsangebotes aus.“¹³¹

Wie bereits im Kapitel III.5.1.1 Fernsehen beschrieben, ist es diesem Medium mittels *Call-In* Angeboten möglich, eine – wenn auch eingeschränkt, da nur bei Live Sendungen möglich – bidirektionale Kommunikation aufzubauen, diese Variante des Informationsaustausches ist bei den Printmedien erschwert.

„Statischen Medien ist immanent, dass sie nicht auf die individuelle Situation des Patienten eingehen können; ein Umstand, der bei chronischen Erkrankten besonders beachtet werden muss, da hier zum einen große Unterschiede in der Relevanz der zu übermittelnden Informationen zwischen den Patienten bestehen und zum anderen das ‚Eingangsniveau‘ der Kenntnisse sehr weit streut.“¹³²

Die betreffende Problematik lässt sich jedoch etwa über die individuelle Beantwortung von Leseranfragen lösen, wie es zum Beispiel in der *Kronen Zeitung* in der Rubrik *Sprechstunde* unter der redaktionellen Leitung von Prof. Dr. Wolfgang Exel realisiert wird. Auf diese Weise wird eine – wenn auch zeitlich versetzte – Zweiwege-Kommunikation ermöglicht.

Die inzwischen von einer Vielzahl von Printmedien unterhaltenen Webseiten mit der Möglichkeit, in Foren Fragen zu deponieren oder Beiträge zu kommentieren (z.B. *Der Standard*, *Die Presse*, etc.), schließt die

¹²⁹ Härle, Monika, S 190.

¹³⁰ Vgl. Medical Tribune, Informierte Patienten fordern mehr, S 20 sowie Eurostat.

¹³¹ Humml, Simone, S 212.

¹³² Ebner, Heinz, S 161.

Lücke zwischen den *klassischen* Printmedien und rein dem Internet zuzuordnenden Informationsquellen und vereint die Vorteile beider Typen.

5.1.3. Internet

„Das Internet hat die Medizin demokratisiert. Mit dem öffentlichen Zugang zu allen relevanten bzw. pharmakologischen Informationen ist das Informationsmonopol der Mediziner gebrochen.“¹³³

Diese These von Prof. Gottschlich ist sicher einer der wichtigsten Ansätze, wenn man das Empowerment und die Schaffung des mündigen selbstverantwortlichen Patienten in eigener Sache erklären will. Die Möglichkeiten der Beschaffung von medizinrelevanten Informationen war ante Internet sehr be- und eingeschränkt. Wer nicht selbst Medizin studiert hatte oder idealerweise einen Arzt zu seinem Verwandten oder Bekanntenkreis zählen konnte, vermochte sich zwar mittels medizinischer Wörterbücher wie Pschyrembel und anderen zu behelfen, war jedoch immer noch eingeschränkt, was zum Beispiel alternative Therapiemöglichkeiten betraf. Aufgrund des zunehmend verbreiteten *Shared Decision Making*, wie in Kapitel 2.3 genauer beschrieben, ist es mittlerweile unerlässlich, sich selbst zu informieren, wenn man als kompetenter Gesprächspartner des Arztes wahrgenommen werden will.

Das Internet bietet – anhand seiner unzähligen Gesundheitshomepages Foren zu jedem erdenklichen Krankheitsbild und Zugriff auf Forschungsberichte in Zeitungen oder auf Homepages diverser Universitäten weltweit – die Möglichkeit, sich selbst zum informierten, emanzipierten und medizinischen Laien zu machen und infolge dessen auch Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, sei es durch Vorsorge im Sinne der Prävention ohne ärztliche Betreuung oder auch bei der Wahl der Therapie mit dem behandelnden Arzt. Um den steigenden Informationsbedarf und seine Sättigung mit Hilfe des Internet auch in Zahlen darzulegen, folgt ein kurzer statistischer Überblick zum

¹³³ Gottschlich, Maximilian, S 283.

Status quo anhand der regelmäßig durchgeführten Erhebungen der Statistik Austria.

Nutzungsdaten Österreich:

2005:

Die Daten der Statistik Austria zeigen, dass 2005 47% der Haushalte einen Internet-Zugang hatten. Im Jahr 2005 (Erhebungszeitraum Jänner–März 2005) haben 55% aller Personen im Alter von 16-74 Jahre – das sind rund 3,4 Millionen – das Internet (in den letzten drei Monaten vor der Befragung) für private, berufliche und ausbildungsrelevante Tätigkeiten genutzt.¹³⁴

Gesundheitsbezogene Informationen – dazu gehören Informationen über Krankheiten, Ernährung und Vorsorge – 29%, wobei auch hier gilt, dass sich Frauen mit 33,4% mehr als Männer mit 25,5% über das Internet gesundheitsrelevante Informationen suchen.¹³⁵

2007:

2007 hatten bereits rund 60% aller Haushalte in Österreich Internetzugang (Befragungszeitraum Februar und März 2007), das sind im Vergleich zu 2005 rund 13% mehr.¹³⁶

Das Internet wurde von 67% der Personen (in den letzten drei Monaten vor der Befragung) der Altersgruppe der 16 bis 74 Jährigen – das sind rund 4,1 Millionen Personen – für private, berufliche oder Ausbildungszwecke genutzt.¹³⁷

„Im Jahr 2007 haben 41% der Internetnutzer gesundheitsbezogene Informationen im Internet gesucht, wobei Gesundheitsinformation der einzige Bereich ist, in dem Frauen wesentlich häufigere Nutzer sind als Männer.“¹³⁸

¹³⁴ Vgl. Statistik Austria 2005, S 28.

¹³⁵ Vgl. Statistik Austria, 2005 S 85.

¹³⁶ Vgl. Statistik Austria, 2007, S 24.

¹³⁷ Vgl. Statistik Austria, 2007, S 25.

¹³⁸ Felt, Ulrike, S 2.

2008:

2008 zeigen die Daten der Statistik Austria (Befragungszeitraum Februar-März 2008), dass bereits 69% der Haushalte Zugang zum Internet haben, im Vergleich hatten 2002 34% der Befragten Internet daheim.

Die Nutzung des Internet innerhalb der österreichischen Bevölkerung im Alter von 16 bis 74 Jahren (in den letzten drei Monaten vor der Befragung) liegt bei 71%, das sind hochgerechnet 4,4 Millionen Menschen; für private, berufliche und ausbildungsrelevante Tätigkeiten. Im Jahr 2005 waren es *nur* 55%.¹³⁹

Gesundheitsbezogene Informationen – dazu gehören Informationen über Krankheiten, Ernährung und Vorsorge – aus dem Internet bezogen haben insgesamt 46%; das entspricht 2,2 Millionen Personen, wobei Frauen mit 51% einen höheren Prozentteil ausmachen als Männer mit 41%.¹⁴⁰

Das Durchschnittsalter der im Internet nach medizinischen Informationen Suchenden lässt sich einer österreichischen Studie der Universität Wien zufolge, die 2008 publiziert wurde, mit 33,1 Jahren annehmen. Die Autoren der Studie verweisen auf ähnliche Studien die die Informationssuchenden im Internet ebenfalls als jung einstufen.¹⁴¹

Dr. Gunther Eysenbach – Arzt und Cybermedizin-Experte am *Institut für Klinische Sozialmedizin der Universitätsklinik Heidelberg* und u.a. Herausgeber des *Journal of Medical Internet Research* – sieht folgende Gründe für die vermehrte Konsultation im Internet:

- „Frustration und Unzufriedenheit über ausbleibende Behandlungserfolge (im Zeitalter der ‚High-Tech-Medizin‘ wird dies von vielen Patienten nicht akzeptiert)
- Vertrauensverlust – insbesondere unter dem Kostendruck im Gesundheitswesen sind immer mehr Patienten besorgt, ob Sie auch wirklich eine optimale Behandlung erhalten.

¹³⁹ Statistik Austria 2008, S 24.

¹⁴⁰ Vgl. Statistik Austria 2008. S 29.

¹⁴¹ Vgl. König, Dorothea et al., 2008, S 92.

- Mangelnde Aufklärung durch den Arzt – Da sich die Ärzte immer weniger Zeit nehmen für den Patienten, entstehen daraus zahlreiche Mißverständnisse oder es tauchen Fragen auf, die in der Praxis nicht beantwortet wurden.
- Gleichzeitig gestiegene Allgemeinbildung, verbesserter Zugang zu neuen Medien.“¹⁴²

Darüber hinaus profitieren die User, respektive Patienten, auch von der zeitlichen Unabhängigkeit, die das Internet – im Gegensatz zu den statischen Medieninformationssystemen – ihnen durch die rund um die Uhr bestehende Verfügbarkeit bietet. Die Wahlfreiheit in Bezug auf Anbieter und Sprache sowie der direkte Informationsaustausch über E-Mail, Chats und ähnlichem mehr sind weitere Vorzüge, die dem Medium Internet zuzuordnen sind.¹⁴³

Auch die Tatsache, dass die Patienten auf diesem Weg ihre Anonymität wahren können, ist als nicht zu vernachlässigender Vorteil des Internet anzuführen. Während die Konsultation eines Arztes – gerade vertrauliche oder intime, den Patienten „peinliche“ Themen (etwa Verdauung) respektive gesellschaftliche Tabu-Themen (etwa Blasenschwäche im Alter verbunden mit Inkontinenz) betreffend – mit einer gewissen Hemmschwelle verbunden ist, lassen sich entsprechende Informationen über das Internet (vorweg) unverfänglich recherchieren. Diese Meinung vertritt auch Dr. med. Heinz Ebner – Systemmanagement und Strukturberater: „Von Vorteil ist die Möglichkeit, in privater Atmosphäre völlig anonym und im positiven Sinne unkontrolliert die interessierenden Informationen auszuwählen.“¹⁴⁴

Aber auch nach einem Arztbesuch – zur Bestätigung oder Vertiefung der vom Arzt erhaltenen Information – wird das Internet herangezogen. So zeigt eine Studie der Schweizer *HON Stiftung (Health on the Net Foundation)*, einer der wenigen zertifizierten Anbieter von medizi-

¹⁴² Eysenbach, Gunther 2000.

¹⁴³ Vgl. Lalouschek, Johanna, S 158.

¹⁴⁴ Ebner, Heinz, S 162.

nischen Informationen, dass sich immerhin 43% eine Zweitmeinung aus dem Internet organisieren.¹⁴⁵

Eine in Deutschland unter Zugrundelegung eines zur vorliegenden Arbeit vergleichbaren Settings – Patienten einer orthopädischen Facharztordination – erstellte Studie ergab zum Internet-Nutzungsverhalten der Patienten Folgendes:

„Mehr als jeder dritte Patient (38%) hatte sich im Vorfeld der Konsultation speziell zu seinem orthopädischen Problem im Internet erkundigt. Fast die Hälfte der Patienten bewerteten [sic!] ihre bisherige Behandlung als teilweise übereinstimmend mit den Informationen aus dem Internet. 86% beurteilten die im Internet recherchierten Informationen als hilfreich, 85% würden anderen Patienten das Internet als Informationsmedium für Fragen auf orthopädischem Gebiet weiterempfehlen. Eine orthopädische Online-Beratung über das Internet wurde von den meisten Patienten (65%) abgelehnt.“¹⁴⁶

Im Gegensatz zu den statischen Medien geben Neverla et al. zu bedenken, dass das Internet beziehungsweise der Gebrauch des Internet einen höheren Anspruch an die User stellt, was die Navigationsversiertheit betrifft, und die Energie, die für die Informationsgewinnung aufgewendet werden muss.¹⁴⁷

So können die meisten wohl einen Fernseher oder ein Radio einschalten und sich mit unspezifischen Informationen versorgen lassen, im Internet hingegen muss zielgerichtet gesucht werden. Aus der Flut an Informationen sind vom Patienten die Fakten zu selektieren, die er auch tatsächlich braucht. Die gesichteten und übrig gebliebenen Ergebnisse sollten dann auf ihren Wahrheitsgehalt überprüft werden, denn:

„Das [sic!] ein offenes Medium wie das Internet eine Fülle von Material enthält, das einfachsten Ansprüchen an Qualität nicht gerecht wird, überrascht nicht. Dies gilt in ähnlicher Weise für traditionelle Medien. Während jedoch bei jeder Boulevardzeitschrift Verlag und Redaktion im Impressum ausgewiesen sind, bei Büchern in der Regel Autor und Verlag und bei jeder Fernseh- und

¹⁴⁵ Vgl. <http://www.hon.ch/Survey/FebMar2001/> [21.05.09].

¹⁴⁶ Pennekamp et al., Abstract.

¹⁴⁷ Vgl. Neverla et al., S 25.

Radiosendung der ausstrahlende Sender erkennbar und inhaltlich verantwortlich ist, fehlen diese Informationen allzu häufig bei Internet-Informationen.“¹⁴⁸

Während die Impressum-Angaben inzwischen verpflichtend auch auf Webseiten anzuführen sind, ist bei der Vielzahl verschiedener Anbieter die Einschätzung, ob der jeweilige Informationsbereitsteller vertrauenswürdig ist oder nicht, nicht leicht. Dazu Dr. Gunther Eysenbach: „Die Kompetenz oder Objektivität der Anbieter von Internet-Informationen ist in vielen Fällen nicht klar und gerade für den medizinischen Laien nicht ohne weiteres zu erkennen.“¹⁴⁹

Dieser Problematik steht die Fülle an Informationen, die das Internet bietet, entgegen. Ob Vor- oder Nachteile überwiegen, muss offen gelassen werden, Eysenbach vertritt jedoch die Meinung, dass die Emanzipation des Patienten, die durch das Internet stattfindet, allfällige Nachteile aufwiegt.¹⁵⁰

Im Zusammenhang mit medizinischen Informationen aus dem Internet ergibt sich als weiteres Problem, dass nicht alle Quellen die Information in einer sachgerechten zielgruppenadäquaten Form aufbereiten. Auch sind die Motive der Betreiber nicht immer mit jenen der Rezipienten – also der Patienten – vereinbar. In diesem Zusammenhang verweise ich ergänzend auf das Kapitel 5.2.2 Zielsetzung der Medizinberichterstattung (aus Sicht der *Medienmacher*).

a) Foren

Der Vorteil von Foren im Bereich der Medizin liegt auf der Hand. Die Verfügbarkeit an jedem beliebigen Ort (nämlich vor allem z.B. in einem Krankenhaus, im Urlaub) zu jedem Ort im globalen Dorf sowie das Gefühl der Gemeinsamkeit und des *WIR-Gefühl*, geben vielen Patienten Sicherheit. Diese Sicherheit brauchen sie auch, wenn sie als mündiger Patient gemeinsam im Sinne einer partizipativen Beziehung mit dem

¹⁴⁸ Hebenstreit, Stefan/Güntert, Bernard, S 279.

¹⁴⁹ Eysenbach, Gunther, S 208.

¹⁵⁰ Vgl. Eysenbach, Gunther, S 208.

Arzt ihres Vertrauens über die weitere Vorgehensweise diskutieren wollen. Und auch im Sinne eines *informed model* Eigenverantwortung für die gewählte Therapie übernehmen werden wollen.

In Foren macht sich der Vorteil der Selbsthilfe durch Austausch mit Betroffenen bemerkbar. Es kann leichter darüber diskutiert werden, weil ihnen ein gemeinsamer Hintergrund zueigen ist. Sie profitieren von den Erfahrungsberichten anderer und „(...) versuchen durch gemeinsames Auftreten im Gesundheitswesen und in der Öffentlichkeit ihre Interessen wahrzunehmen und ihr Wissen auch anderen Menschen zur Verfügung zu stellen.“¹⁵¹

Dieser Meinung ist der Linzer Soziologe Alfred Grausgruber, der zudem beobachtet hat, dass vor allem Menschen mit chronischen Krankheiten zu Laien mit Medizinkompetenz geworden sind und sich in Selbsthilfegruppen organisieren. Im Gegensatz zu allgemeinen Medizinfohren wie etwa *netdokter.at*, haben auf eine Krankheit spezialisierte Foren eine gemeinsame Basis, und können dementsprechend auch mehr voneinander profitieren.¹⁵²

Aus einer Studie von Schwarzer und Leppin geht hervor, dass: „Sozial gut eingebettet zu sein und mit der Hilfe durch andere rechnen zu können, übt eine wohltuende Wirkung auf die Befindlichkeit aus.“¹⁵³

Die soziale Einbettung zeigt sich zum Beispiel an Nachfragen anderer Mitglieder der Community zur Befindlichkeit, und in Fällen der *virtuellen Not* auch durch Trost spenden und mentales Stärken des Mitgliedes.¹⁵⁴

Neben der sozialen Funktion dominiert aber der Informationsaustausch die Foren. „Die vorherrschenden Aktivitäten in den Diskussionsforen bestehen in der Nachfrage und Versorgung mit medizinischen Informa-

¹⁵¹ Grausgruber, Alfred, S 22.

¹⁵² Vgl. Göpfert, Winfried (2001), S 139.

¹⁵³ Schwarzer/Leppin (1990), S 399.

¹⁵⁴ Vgl. Kaltenborn, Karl-Franz S 52.

tion und Wissen, aber auch eigene persönliche Erfahrungen (Erfahrungswissen) werden ausgetauscht (...).“¹⁵⁵

Es hat sich als wissenschaftlich schwierig herausgestellt, Foren auf ihren Benefit für den User zu untersuchen, da die Personen, die bleiben und schreiben, eher als zufrieden mit der Art des Forums eingestuft werden können. Die Unzufriedenen oder gar Frustrierten wird man schwerlich vorfinden, da sie es vorgezogen haben werden, das x im rechten Eck zu klicken.¹⁵⁶

Trotz der vielen Vorteile von Foren, bleibt bei jenen, deren primäres Ziel der Austausch von destruktiven Tipps wie z.B. „wie übergebe ich mich am Besten“ oder die Diskussion von Jugendlichen, die sich über die beste Art des Selbstmordes austauschen, ein schaler Nachgeschmack. Vor allem, weil sich die *Überwachungsfunktion* als schwer realisierbar darstellt. So besteht zwar grundsätzlich die Möglichkeit solche Foren abzuschalten, aber die Neuentstehung kann so nicht verhindert werden.

Auch das Nichtwissen, ob die Informationen echt beziehungsweise wahr sind – in den meisten Fällen werden die Selbsthilfeforen nicht von professioneller Seite betreut – verunsichert. Nicht zu vergessen ist, als eine der großen Nachteile des Internets, die soziale Isolation. Durch die Möglichkeit, sich virtuell jederzeit von daheim aus mit anderen zu unterhalten, geht die soziale reale Komponente bei manchen verloren. Es steht jedoch natürlich jedem frei, den Sprung von der virtuellen Welt in die reale Welt zu wagen, und vielleicht so neue Freundschaften zu lukrieren.¹⁵⁷

¹⁵⁵ Kaltenborn, Karl-Franz S 52.

¹⁵⁶ Vgl. Kaltenborn, Karl-Franz S 54 ff.

¹⁵⁷ Vgl. Kaltenborn, Karl-Heinz S 53.

5.2. Zur Aufgabe von Medien in Bezug auf Gesundheitsinformationen

Gesundheitsberichterstattung soll einerseits Aufmerksamkeit auf ein bestehendes gesellschaftliches Problem lenken beziehungsweise Sensibilisierung für diesen Problembereich schaffen.

Andererseits soll sie Wissen vermitteln, jedoch nicht so sensationalisieren, dass dadurch, wie die Literaturwissenschaftlerin Elaine Showalter eindringlich warnt und anhand diverser *epidemischer Krankheiten* der letzten Jahrhunderte zeigt, massenmediale *Epidemien* ausgelöst werden. So ist Showalter der Meinung, dass mit zunehmender Vorstellung von Krankheitsbildern in den Medien auch die dazugehörigen Diagnosen in der Gesellschaft prävalent sind. Stellvertretend für die unzähligen *hysterischen Epidemien* der vergangenen Jahrzehnte sei auf das immer *populärere* Zustandsbild des chronischen Erschöpfungssyndroms oder auf die Ende der 1980er Jahre verbreitete Magersucht verwiesen.¹⁵⁸

Die Sprachwissenschaftlerin Lalouschek sieht die Aufgabe der Berichte im Fernsehen, neben Informationen anzubieten, auch solche Informationen zu liefern, die früher im *allgemeinen Laienwissen*, wie sie es nennt, vorhanden waren, heute aber bedingt durch den allgemeinen raschen Fortschritt und dementsprechende Wissensakkumulierung in kurzer Zeit nicht mehr verfügbar sind.¹⁵⁹

„Der Schwerpunkt der Gesundheits- und Medienberichterstattung liegt allgemein auf bekannten, eher epidemiologischen Erkrankungen.“¹⁶⁰ Laut einer Studie von Neverla et al. haben trotz der vielen Berichterstattungen über medizinisch relevante Themen, seltene Krankheiten eher weniger bis gar keinen Platz.

¹⁵⁸ Vgl. Showalter, Elaine, S 32.

¹⁵⁹ Vgl. Lalouschek, Johanna, S 161.

¹⁶⁰ Neverla, et. al., S 12.

Wenn, so Lalouschek, haben diese Themen in Talkshows Platz, wo es um die emotionalisierende, sensationalisierende und exotisch anmutende Komponente und damit um Zuschauerbindung geht.¹⁶¹

Die Erwartungshaltung wie Medien im Zusammenhang mit der Vermittlung von Gesundheitsbotschaften wirken, lässt sich laut Dietmar Jazbinsek mittels eines fast magisch anmutenden Modells aus der Kommunikationsforschung dem so genannten *magic bullet approach* erklären.¹⁶²

Diese Erwartungshaltung meint, dass das gesundheitsrelevante Verhalten der Bevölkerung durch gezielt gesetzte Medienkampagnen nicht nur kontraproduktiv auf die Rezipienten wirken kann, sondern auch positiv auf diese einwirken müsste. So Jazbinsek weiter: „(...) hofft man, lassen sich auch ungesunde Verhaltensweisen überwinden, wenn man nur den richtigen Slogan, das richtige Image kreiert.“¹⁶³ Dieser Ansatz hat allerdings für diese spezifischen Gesundheitskampagnen keine Relevanz, beziehungsweise tritt er nicht in dem Maße ein, wie von den Organisatoren erhofft. Jazbinsek will jedoch nicht grundlegend den Medien ihre Funktion als Gesundheitserzieher absprechen, aber weist darauf hin, dass der Erfolg oder Misserfolg vom jeweiligen sozialen Status der Bevölkerungsgruppen abhängig ist. Die, „(...) die ohnehin schon viel für ihre Gesundheit tun, lassen sich erfahrungsgemäß leichter überzeugen als sozial Benachteiligte, denen es – statistisch gesehen – oft auch gesundheitlich schlechter geht als dem Rest der Bevölkerung.“¹⁶⁴

Die lange angenommene einheitliche Wirkung auf Zuseher, Zuhörer und Leser wird um das Phänomen der *Wissenskluft* oder auch *knowledge gap* erweitert. Der Ansatz geht davon aus, dass vorinformierte Rezipienten von den Botschaften, die über die Massenmedien gesendet

¹⁶¹ Vgl. Lalouschek, Johanna, S 193 ff.

¹⁶² Vgl. Jazbinsek, Dietmar (2001), S 156 ff.

¹⁶³ Jazbinsek, Dietmar (2001), S 156.

¹⁶⁴ Jazbinsek, Dietmar (2001), S 156.

werden, einen höheren Benefit haben, als die nicht Vorinformierten.¹⁶⁵
Dazu findet sich Näheres im Kapitel III.7.1 die Wissenskluft – Perspektive.

5.2.1. Theorien zur Medienwirkungsforschung traditioneller Medien

„Ein Beitrag muss etwas im Zuschauer auslösen – Emotion, Betroffenheit oder Identifikation – bevor er bereit ist, eine Sachinformation aufzunehmen.“¹⁶⁶

Eine Verhaltensänderung anhand der aufgenommenen Informationen ist jedoch, so die Meinung von Prof. Göpfert, nur schwer zu erreichen. Massenmedien können durchaus aufmerksam machen, respektive Informationen für den Umgang mit chronischen Krankheiten im Alltag liefern.¹⁶⁷

Welche Informationen die Medien zum Thema machen, beziehungsweise welche Meldung prioritär ist, behandelt die *Agenda-Setting-Forschung*.¹⁶⁸

„Die Prämisse der Agenda-Setting-Theorie geht davon aus, dass Medien den Blick des Publikums auf soziale und politische Probleme im weitesten Sinn lenken.“¹⁶⁹

Dazu gehören auch gesundheitsrelevante Themen und das Bewusstmachen von Krankheiten, die unter Umständen in der Zukunft Relevanz haben.

Neben der allgemeinen Hoffnung, dass diese Abweichungen der Norm in der Wirklichkeit objektiv zum Thema gemacht werden, wird auch von der Gesellschaft erwartet, dass Medien vor beginnenden Problemen warnen, bevor diese Relevanz für die Gesellschaft bekommen. Bonfadelli beschreibt weiter, dass von den Medien erwartet wird, sich in ihrer Berichterstattung bei Themen eher zurückzuhalten, die trotz-

¹⁶⁵ Vgl. Bonfadelli Heinz (1994), S 59; & Jazbinsek, Dietmar (2001), S 156.

¹⁶⁶ Parastar, Anahita, S 201.

¹⁶⁷ Vgl. Göpfert, Winfried, (2006), S 231.

¹⁶⁸ Vgl. Jäckel, Michael, S 169 ff.

¹⁶⁹ Bonfadelli, Heinz (2001), S 233.

dem zu gesellschaftlichen Problemen werden, um der Causa nicht noch mehr Priorität zu geben.¹⁷⁰

„Nicht nur die Regelmäßigkeit der Berichterstattung nimmt Einfluss auf die subjektiv empfundene Relevanz von Themen, sondern auch die Inhalte selbst, die in doppelter Hinsicht als nah oder fern erlebt werden können: persönliches Interesse bzw. Betroffenheit und geografische Distanz.“¹⁷¹

Folgt man dieser Annahme, impliziert dies, umgelegt auf die Gesundheitsberichterstattung, dass Betroffene, wie weiter oben erwähnt, sich stärker mit der Thematik auseinandersetzen, als Gesunde.

Nach Göpfert ergeben sich – verkürzt dargestellt – folgende wichtige Schritte in der Medienwirkung bezogen auf Gesundheitsinformationen.¹⁷²

1. Konfrontation mit Information auf der kognitiven Ebene.
2. Sich der Problematik bewusst werden, die sich aus den *neuen* Informationen ergeben. „Dieses Wissen, dass beispielsweise Rauchen Krebs und Herzkrankheiten verursachen kann, wird im Gedächtnis gespeichert.“¹⁷³
3. Zur Überzeugung kommt es, wenn diese bewusst gespeicherten Informationen auch kognitiv akzeptiert werden.
4. Intention wird erst zum gefestigten Verhalten, wenn es durch eigenes Testen für positiv befunden wurde.

Daneben gibt es einige wesentliche Aspekte, die berücksichtigt werden müssen, wie zum Beispiel, wenn man zwar innerlich zu der Überzeugung kommt, dass gesunde Ernährung zwar wichtig ist, sie sich aber finanziell schlicht nicht leisten kann, dann bringt die beste positive Berichterstattung respektive Empfehlung über die Medien de facto nichts.¹⁷⁴

¹⁷⁰ Vgl. Bonfadelli, Heinz (2001), S 233.

¹⁷¹ Jäckel, Michael, S 182.

¹⁷² Vgl. Göpfert, Winfried (2001), S 133 ff.

¹⁷³ Göpfert, Winfried (2001), S 133.

¹⁷⁴ Vgl. Göpfert, Winfried (2001), S 136.

„Die Verhaltenssteuerung der Rezipienten ist nicht nur von Informationen abhängig, sondern auch von affektiven Impulsen.“¹⁷⁵ Diese können entweder von extern – also z.B. durch das eigene Umfeld – oder aber aus der inneren Überzeugung – z.B. wenn wie das obige Beispiel beschrieben, ich mich prinzipiell gerne gesund ernähre – kommen. Für das angestrebte Verhalten beziehungsweise die Verhaltensänderung sind vor allem die externen affektiven Impulse notwendig. Dementsprechend ist es für Medizinberichterstattung wichtig, für die Zuseher motivierend zu sein.¹⁷⁶

a) Medieninteraktion nach Bonfadelli

„Mediennutzung ist nicht nur soziales Handeln als funktionsorientierte Zuwendung zur Massenkommunikation, sondern auch ein *kognitives* und *affektives* Geschehen.“¹⁷⁷

In der Medieninteraktion, damit ist laut Bonfadelli die Situation gemeint, die ein Rezipient und das jeweilige Medium während des Gebrauches dieses bestimmten Mediums eingehen, sind in drei Punkten von Relevanz. Die Punkte Identifikation, Eskapismus und parasoziale Interaktion.¹⁷⁸

- Identifikation: Hier ist der Wunsch des Rezipienten „so zu sein wie andere Personen auf der Leinwand bzw. dem Bildschirm.“¹⁷⁹.
- Eskapismus: Darunter wird verstanden, dass der Rezipient die Medien als Möglichkeit seiner eigenen Realität zu entfliehen, nutzt, sei es durch Lesen oder Fernsehen.
- Die parasoziale Interaktion: Diese relativiert die Identifikation der Rezipienten mit den Akteuren des Fernsehens und meint, dass die Rezipienten die fiktionalen Personen eher als Freunde sehen. „Fernsehen erweckt demnach beim Zuschauer das Gefühl

¹⁷⁵ Göpfert, Winfried (2001), S 139.

¹⁷⁶ Vgl. Göpfert, Winfried (2001), S 139.

¹⁷⁷ Bonfadelli, Heinz, (2001), S 197.

¹⁷⁸ Vgl. Bonfadelli, Heinz, (2001), S 197.

¹⁷⁹ Bonfadelli, Heinz, (2001), S 197.

der Realität als *Illusion der persönlichen Nähe und Intimität*, (...).“¹⁸⁰

5.2.2. Zielsetzung der Medizinberichterstattung (aus Sicht der Medienmacher)

Um die einzelnen Angebote medizinischer Information objektiv beurteilen zu können, ist ein kurzer Blick auf die betreffenden Zielsetzungen derer, die die Information bereitstellen, erforderlich.

Zunächst muss die Frage gestellt werden, warum medizinrelevante Themen so überaus interessant für die Medien sind.

Andrea Appel vertritt die Meinung, dass durch die fast täglichen Erneuerungen, Entdeckungen im medizinischen Bereich sowie durch Skandale – etwa durch Schlagzeilen wie „65jährige bekam Baby“ und dergleichen, ein ideales Arbeitsfeld für die Gesundheitsberichterstattung geschaffen wurde.¹⁸¹

Wie in der Welt der Wirtschaft sind auch in den Medien Informationen gut verkaufbar; Im Fernsehen werden Informationen jedoch nicht direkt verkauft, und monetär abgegolten, sondern, es wird primär über Quoten geregelt (abseits von Werbungseinschaltungen). Dementsprechend wird – zum Teil – mit dem Faktor Information gehandelt, es wird mit Angst gearbeitet und „Sensationen aufgebauscht, unerfüllbare Hoffnungen werden geweckt.“¹⁸² beziehungsweise die Quoten respektive Leserreichweiten in die Höhe getrieben. Diese Meinung teilt auch Appel und bringt das Beispiel eines anonym bleiben wollenden Programmemachers „(...) bringen die Bilder vom offenen Herzen stets ‚eine gute Quote‘, während der kritische Bericht über die schweren Folgen des Schmerzmittelmisbrauchs gemessen an den Zuschauern ‚ein Flop‘ ist.“.¹⁸³

¹⁸⁰ Bonfadelli, Heinz, (2001), S 199.

¹⁸¹ Vgl. Appel, Andrea, J., S 96.

¹⁸² Göpfert, Winfried (2001), S 136.

¹⁸³ Appel, Andrea J., S 104.

Daraus folgt, dass abseits des bildungspolitischen Auftrages der öffentlich-rechtlichen Sender die Sensation und Aufmerksamkeit weckende Berichterstattung von gesundheitsrelevanten Themen die höchste Motivation ist.

Übermittlung von Informationen kostet Geld, zumindest diese Kosten wollen abgedeckt sein. Vielmehr noch, wo auf der Seite der Patienten als Rezipienten Interesse an Informationen vorhanden ist, lässt sich auf der anderen Seite Geld verdienen. Anders ausgedrückt: „Mit Gesundheitsinformationen lassen sich Marktanteile gewinnen und gute Quoten erzielen.“¹⁸⁴

5.3. Warum informieren sich Patienten?

Die bereits in Kapitel III/4 Informationsgewinnung der Patienten dargestellten Motive für eine Informationssuche lassen sich um einige Punkte erweitern. So ist, wie bereits beschrieben, einer der zentralen Punkte, und in Folge dessen auch der Bogen der sich über jede Informations-Intention spannt, das Auftreten einer Krankheit und die daraus folgenden Konsequenzen.

Es ist ganz im Sinne des *Shared Decision Making*, auf Informationen zurückgreifen zu können, wenn man bei der Entscheidung der Therapie – im Sinne einer Risikoabwägung – mitreden will.

„Eigene gesundheitliche Risiken zu verstehen ist von zentraler Bedeutung für zahlreiche Entscheidungsprozesse bei Gesunden wie bei Kranken.“¹⁸⁵

Prof. Ulrike Felt konnte mittels ihrer Forschungsstudie (s.a. Kapitel III.2.5 Modell der Arzt-Patient-Internet Beziehung nach Felt) vier Zeitmomente und die dazugehörigen Motive der Nutzung des Internets eruieren. In Vorbereitung auf den Besuch beim Arzt, dient das Internet als Hilfe bis zum Arzttermin und um Informationen über den Arzt zu finden. Der Austausch im Internet mit Betroffenen und die In-

¹⁸⁴ Göpfert, Winfried, (2006), S 231.

¹⁸⁵ Leppin, Anja (2001), S 107.

formationen bezüglich neuer Therapiemethoden, wird zwischen zwei Arztterminen gesucht. „Nach dem Arztbesuch“¹⁸⁶ dient das Internet als Übersetzungslexikon für Fachtermini, die der Arzt gebraucht hat. Als letzten Moment gibt Felt die Benützung des Internet als „kontinuierlich/punktuell“ an, um Bewältigungsstrategien zu entwickeln sowie zum besseren Verstehen der Krankheit.¹⁸⁷

Neben unterschiedlichen Zeitpunkten an denen nach Fakten gesucht wird, gibt Göpfert ein psychologisches Motiv an, warum Patienten grundsätzlich Informationen suchen:

Er sieht in Anlehnung an Festinger (1957) das Problem und begründet es mit der Theorie der kognitiven Dissonanz, die das Selektionsverhalten bestimmt. Als Beispiel bringt er einen Patienten, der sich nicht impfen lassen will, obwohl es via Medien empfohlen wird. Dieser Patient sucht nun nach jeglicher Art der Bestätigung, die sein Nichtimpfen legitimiert und ihm ermöglicht, die in weiterer Folge getroffene Entscheidung vor sich selbst und anderen gegenüber zu rechtfertigen. Die Nachteile der Entscheidung werden bagatellisiert und gefestigt wird die Entscheidung durch weitere Pro-Argumente. „(...) Die Dissonanz zwischen Verhalten und Information wird auch dadurch vermindert, dass zusätzliche Informationen gesucht werden, die die getroffene Wahl stützen und die alternative Möglichkeit abwerten.“¹⁸⁸ Der gesplante Zustand, gilt als gelöst, wenn Konsens in der Einstellung des Patienten und seinem Verhalten besteht. Dementsprechend ist das Fazit dieser Theorie: „Informationen beeinflussen kaum vorhandenes Verhalten, das Verhalten verlangt eher nach bestätigender Information.“¹⁸⁹

In Anlehnung an Kaltenborn zeigen sich folgende Punkte als wichtigste Motivation, Informationen im Zusammenhang mit Gesundheit im Internet zu suchen. Die betreffenden Motive sind generell auch für die Recherche in traditionellen Medien zutreffend, wobei in diesen der Cha-

¹⁸⁶ Felt, Ulrike, S 16. [Herv. d. Verf.].

¹⁸⁷ Vgl. Felt, Ulrike, S 16.

¹⁸⁸ Göpfert, Winfried (2001), S 133.

¹⁸⁹ Göpfert, Winfried (2001), S 133.

rakter der aktiven Recherche weit weniger stark ausgeprägt ist. Vielmehr ist der Patient dort als Rezipient darauf angewiesen, dass die Medienmacher für ihn interessante Informationen zum richtigen Zeitpunkt bereitstellen.

Der erste Grund, den Kaltenborn angibt, ist, „Information und Wissen für förderliches Gesundheitsverhalten sowie für krankheitsadäquates Selbstmanagement (...)“¹⁹⁰ zu erhalten. Gemeint ist damit, dass man vor allem bei chronischen Krankheiten Möglichkeiten finden muss, um den Alltag, bei dem in der Regel kein Arzt dabei ist, bewältigen zu können. So brauchen Diabetiker z.B. Informationen darüber, was sie und wie viel sie essen können, und wie sie sich im Falle eines auftretenden Unterzuckers verhalten müssen. Patienten mit orthopädischen Erkrankungen müssen sich über gelenksschonende Verhaltensweisen informieren. Auch bei lebensbedrohlichen Erkrankungen ist die Hoffnung, eine neue – dem Arzt noch unbekannte – Therapiemöglichkeit zu finden, oft Ansporn, sich zu informieren.

Das zweite Motiv bei der Suche nach Informationen betrifft Patienten, die im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung bei den Möglichkeiten zur Diagnoseerstellung oder eines entsprechenden therapeutischen Plans mitreden möchten, hier sind Daten zu dieser speziellen Erkrankung elementar.

Der dritte von Kaltenborn angeführte Grund für das Suchen nach Informationen ist die Befürchtung mancher Erkrankten, dass aufgrund des vorherrschenden ökonomischen Drucks nicht die Beste – ist gleichbedeutend mit teuerste – Therapie für ihn gewählt wurde. Nicht zuletzt sind manche Patienten misstrauisch ob der Kompetenz des Arztes. Sei es die kritische Hinterfragung der gestellten Diagnose, oder die Befürchtung, der Arzt könne aufgrund der täglich neuen Forschungsergebnisse nicht am aktuellen Stand sein.¹⁹¹

¹⁹⁰ Kaltenborn, Karl-Franz, S 50.

¹⁹¹ Vgl. Kaltenborn, Karl-Franz, S 50 ff.

Aufgrund der Zunahme an Wissen und der nahezu täglichen Verbesserungen in der Medizin hat dieses Misstrauen durchaus Berechtigung. Dies erläutert auch Dr. Idris, wenn er sagt:

„Die Medizin ist, wie ihre naturwissenschaftlichen Nachbarn, einem Strom vergleichbar, der an Breite und Masse ständig gewinnt. Noch vor wenigen Dekaden wurde die Halbwertszeit des medizinischen Wissens auf etwa zehn Jahre veranschlagt. Heute ist die Zeit, in der die Hälfte des medizinischen Wissens veraltet, bereits auf sieben oder sogar fünf Jahre geschrumpft.“¹⁹²

6. Das Patientengespräch

6.1. Auslöser des Arztbesuchs

Patienten versuchen, wenn man dem Allgemeinmediziner und Autor Dr. Hans Joachim Fuchs folgt, bei *echten* Krankheiten beziehungsweise Bagatellkrankheiten sich selbst zu behelfen. „Achtzig bis neunzig Prozent der wahrgenommenen Symptome werden in Eigenregie gemangelt. Nur zehn bis zwanzig Prozent sind effektiv Anlass für einen Arztbesuch.“¹⁹³ Diese 10–20% der Patienten gehen je nach Alter aus unterschiedlichen Motiven zum Arzt.

Laut einer Gesundheitsbefragung der Statistik Austria aus den Jahren 2006/2007 sind die Gründe für einen Arztbesuch je nach Alter stark variabel. So gehen innerhalb der jüngsten Altersgruppe (15- bis 29-jährige) 60% aufgrund einer Krankheit zum Arzt, 27%, um sich einer Kontrolluntersuchung zu unterziehen, und 8%, um sich ein Rezept verschreiben zu lassen.¹⁹⁴ Innerhalb der ältesten Altersgruppe (75 Jahre und mehr) sind es hingegen 30%, die aufgrund einer Krankheit zum Arzt gehen, hingegen 37%, die zur Kontrolluntersuchung kommen und 35%, um sich ein Rezept verschreiben zu lassen.¹⁹⁵

Neben Erkrankung und Gesundheitsvorsorge als Auslöser für einen Arztbesuch spielt auch die soziale Komponente eine nicht zu unterschätzende Rolle: „soziale Isoliertheit macht krank, und der Arztbe-

¹⁹² Idris, Ildar & Finck, Gerhard, S 89.

¹⁹³ Fuchs, Hans-Joachim, S 12.

¹⁹⁴ Vgl. Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/07, S 45.

¹⁹⁵ Vgl. Statistik Austria, Gesundheitsbefragung 2006/07, S 45.

such, ja selbst die auftretenden Krankheitssymptome sind vielfach eine Fluchtmöglichkeit aus dieser sozialen Isolation.“¹⁹⁶

Dies deckt sich – da soziale Isoliertheit häufig mit höherem Alter zunimmt – mit der von Statistik Austria erhobenen Tatsache, dass Patienten der höchsten untersuchten Altersgruppe seltener krankheitsbedingt zum Arzt geht, jedoch weit häufiger, um sich ein Rezept abzuholen.

Auch ist manchmal eine Zeitungsmeldung, eine Fernsehsendung über eine neue sensationelle Behandlungsmethode, Anlass für einen Arztbesuch.

„Ein oft unterschätzter Sekundäreffekt, aber wirkt sich viel gravierender aus, weil falsche Hoffnungen zuhauf erweckt werden, wenn – wie ein Flächenbrand – die ‚medizinischen Sensationen‘ zu Millionen Frühstückstischen ihren Weg finden. Wenige Zeilen einer Agenturmeldung, an die sich alle anhängen, werden so zum Schrittmacher für die ganze Nation. Auszubaden haben dieses Fiasko dann die niedergelassenen Ärzten, denn meist wenige Stunden später präsentieren die ‚aufgeklärten‘ Patienten die Meldung des Regionalblattes (‚Aber es steht doch in der Zeitung, Herr Doktor‘).“¹⁹⁷

6.2. Ablauf

6.2.1. Anamnese

Eine Anamnese dient gleichsam der Schaffung eines Arbeitsbündnisses, der Patient soll angstfrei seine Probleme zur Sprache bringen können soll, idealerweise, ohne unterbrochen zu werden.

Der Arzt braucht, um seine Diagnose stellen zu können, Informationen über das aktuelle Beschwerdebild. Dies gilt es, im Zuge der Erstanamnese zu eruieren. Damit sowohl Patient als auch Arzt von diesem Gespräch profitieren können, sollte eine gemeinschaftlich erarbeitete Entscheidung – im Sinne des *Shared Decision Making* – bezüglich der Therapie gefällt werden.

¹⁹⁶ Gottschlich, Maximilian, S 28.

¹⁹⁷ Thierbach, Dieter, S 170.

Nicht die Krankheit allein sollte in die Diagnoseerstellung des Arztes einfließen, sondern auch die psychosozialen Aspekte im Krankheitsverlauf und während des Gespräches – wie Angst, Zeitmangel, soziale Isoliertheit und ähnliches mehr – denn diese Faktoren haben auf den Rehabilitationsprozess erheblichen Einfluss.¹⁹⁸ „Die Erfassung der für die Anamnese relevanten Informationen setzt somit neben somatischen, psychologischen und soziologischen Kenntnissen auch die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung während der Interaktion mit dem Patienten voraus.“¹⁹⁹

Folgt man dem Skript des neuen Medizincurriculum, so sollte eine Anamnese insgesamt 10 Schritte beinhalten. Die wichtigsten Punkte lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Vorstellen, begrüßen sowie eine Atmosphäre schaffen, in der sich der Patient nicht unterlegen fühlt.
- Status der ursächlichen Gründe der Konsultation und deren Dimensionen (z.B. welche Art von Schmerz, Frequenz und Intensität) erheben, im Zuge dessen eine erste Hypothesenbildung zur Diagnoseerstellung.
- Familienanamnese, psychosozialer Status müssen wie oben erwähnt in das Diagnosebild mit einfließen.
- Kausale Zusammenhänge zwischen mehreren Symptomen herstellen (damit gemeint sind Symptome, die von dem Patienten unabhängig voneinander gesehen werden, aber eventuell zusammengehören wie z.B. Zusammenhang zwischen Kreuzschmerzen und Schmerzen, die im Bein auftreten.).
- Das Anamnesegespräch sollte im besten Fall mit einer Stellungnahme seitens des Arztes enden, beziehungsweise sollte im An-

¹⁹⁸ Vgl. Puchner-Matzner, Ingeborg, S 7.

¹⁹⁹ Puchner-Matzner, Ingeborg, S 7.

schluss noch gefragt werden, ob der Patient noch Informationen benötigt.²⁰⁰

Epstein et al. sind der Meinung, dass ein gut informierter Patient kooperativer in Bezug auf Behandlung und Entscheidungen ist: „Informed patients are more likely to participate actively in their care, make wiser decisions, come to a common understanding with their physicians, and adhere more fully to treatment.“²⁰¹

Eine weitere Studie von Marvel und Epstein aus dem Jahr 1999 besagt, dass Patienten bereits nach 23,1 Sekunden im Redefluss während der Beschreibung ihrer Symptome von ihren Ärzten unterbrochen werden.²⁰²

Ärzte erhoffen sich durch Unterbrechung des Redeflusses zeitlich ökonomisch zu agieren, jedoch so der Chirurg Dr. Bernd Hontschik: „Man muss Patienten ausreden lassen. Das spart Zeit, denn sonst drängt ihr eigentliches Anliegen immer wieder nach vorn.“²⁰³

Diese Erkenntnisse sind nicht neu, so hat Dr. Michael Balint bereits in der Mitte der fünfziger Jahre des vorigen Jahrhunderts darauf hingewiesen, dass man von Patienten, die man anhand der üblichen Anamnesestandards befragt, eben *nur* Antworten erhält, sonst aber keine tiefen Erkenntnisse.

„Wenn er [der Arzt, Anm. d. Verf.] zu einer ‚tieferen‘ Diagnose kommen will, so muß er erst einmal lernen *zuzuhören*. Dieses Zuhören ist eine weit schwierigere und subtiler Technik als die andere, auch notwendige, die dem Zuhören vorangehen muß: den Patienten dahin zu bringen, daß er sich entspannt und imstande ist, frei zu sprechen. Die Fähigkeit zuzuhören ist unbedingt eine Kunst und verlangt eine wesentliche, wenn auch begrenzte *innere Umstellung des Arztes*.“²⁰⁴

²⁰⁰ Vgl. Puchner-Matzner, Ingeborg, S 7.

²⁰¹ Epstein et al. 2004, S 2359.

²⁰² Vgl. Marvel et al. 1999, S 286.

²⁰³ Bartens, Werner: Man muss Ärzte ausreden lassen. In: Süddeutsche Zeitung 05.09.2007.

²⁰⁴ Balint, Michael, S 165.

6.2.2. Diagnose

Wie bereits oben erwähnt, umfasst die Diagnosestellung mehr als nur eine kurze Anamnese. Eine *gute* respektive richtige Diagnose lässt sich nur dann erstellen, wenn der Arzt und der Patient sich gegenseitig vertrauen, ohne Einflüsse von extern – wie etwa ein läutendes Telefon und dergleichen mehr – und wenn die Diagnose mehr enthält als die reine Pathologie einer Erkrankung.

Aufgrund der nötigen Einsparungen im Gesundheitssystem – die finanziellen Probleme der Gebietskrankenkassen und deren Folgen für das österreichische Gesundheitssystem sind aktuell in den Medien dominant – liegt es nicht mehr nur in der Verantwortung der Ärzte, mit welchen technischen Mitteln Diagnosen gestellt werden, sondern auch in den Händen der Krankenkassen.

„Nicht mehr nur der Arzt bestimmt das diagnostische und therapeutische Angebot, sondern zunehmend der Patient bzw. dessen Krankenkasse.“²⁰⁵ Dies, so Rogler, sei aber nur dann möglich, wenn der Patient nicht ernsthaft, im Sinne von bedrohlich für Leib und Leben, krank ist.²⁰⁶

6.2.3. Entscheidung über Therapie

Grundsätzlich ist ein Eingriff ohne die Zustimmung des Patienten nur dann erlaubt, wenn der Patient aufgrund der Bedrohung durch eine akut auftretende Krankheit sich im Zustand der Bewusstlosigkeit befindet. Ansonsten handelt es sich um den Tatbestand einer Körperverletzung.

„Da medizinische Eingriffe den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen ist es erforderlich, dass außer in Notfällen, in denen der Patient nicht in der Lage ist zu entscheiden, die Zustimmung des Betroffenen zum medizinischen Handeln vorliegt. (...)“²⁰⁷

²⁰⁵ Rogler, Gerhard, S 72.

²⁰⁶ Vgl. Rogler, Gerhard, S 72.

²⁰⁷ Endel, Gottfried, S 171.

Jedoch ist das Ausmaß der Aufklärung zur Therapie laut Dr. jur. Maria Kletečka-Pulker, – Geschäftsführerin des Wiener Institutes für Ethik und Recht in der Medizin – nicht geregelt.²⁰⁸ So sollten die Patienten über die Therapie aufgeklärt werden (z.B. eine notwendige Operation) und Informationen hinsichtlich Risikofaktoren und eventueller Konsequenzen für das weitere Wohl des Patienten gegeben werden. Ebenso ist es die Aufgabe des behandelnden Arztes, den Patienten die Notwendigkeit dieser Operation darzulegen, aber auch über deren mögliche Alternativen zu diskutieren.²⁰⁹

Erst durch diese Informationen ist es im Sinne des *Shared Decision Making* für den Patienten möglich, mitzuentcheiden. Nicht zuletzt ist es im Sinne des mündigen Patienten, nach den Regeln der *good clinical practice* mit in die Entscheidung einbezogen zu werden.

In vielen Fällen ist diese Art der gemeinsamen (einsamen) Therapieentscheidung der beste Weg; fraglich ist, wie im Kontext lebensbedrohlicher Umstände entschieden werden sollte. Damit sind nicht zwangsläufig Situationen nach Unfällen oder akut behandlungswürdiger Gegebenheiten – wie etwa einem Herzinfarkt, der eine sofortige medizinische Intervention notwendig macht – gemeint, sondern eher jene Situationen, die einen subakuten Charakter haben, wie z.B. Krebs.

In Anlehnung an Linus Geisler stellt sich die Frage, wie kompetent ein *aufgeklärter-mündiger Laie* sein kann, wenn es um Entscheidungen wie Chemotherapie oder Bestrahlung geht.²¹⁰

Diese und ähnliche Problematiken, die sich im Alltag in der Arzt-Patienten-Beziehung ergeben, ist Bestandteil des nächsten Kapitels.

6.3. Probleme in der Arzt-Patienten-Beziehung (und im Patientengespräch)

Durch viele Faktoren können sich Probleme in der Arzt-Patienten-Beziehung ergeben. Die wichtigsten lassen sich in Anlehnung an

²⁰⁸ Vgl. Kletečka-Pulker, S 228.

²⁰⁹ Vgl. Endel, Gottfried, S 171.

²¹⁰ Geisler, Linus, S 3.

Reschke durch Informationsmangel und daraus resultierenden Fehlern in der *mündlichen Kommunikation* erklären. So zählt er das Vergessen von Informationen im Zuge des Arzt-Patientengesprächs, zum Beispiel aufgrund der Nervosität beim Arzt, oder der Annahme des Arztes, dass der Patient mehr Wissen zur Thematik hätte – dieses aber aufgrund mangelnder Ausbildung respektive niedriger Bildung nicht vorhanden ist – zu den in der Praxis am häufigsten vorkommenden Kommunikationsproblemen ein.²¹¹

Nennenswert in der möglichen Problematik Arzt-Patient ist das teilweise mangelnde Vertrauen in den Arzt, sei es durch Vorinformation, durch Nichteintreten der Erwartungshaltung des Patienten, oder durch zu wenig gegebene Information zu ihrer Krankheit.

So haben Pruyn/Ruckman et al., eine Untersuchung unter anderem zu dem Thema, wie mit Informationen beziehungsweise nicht gegebenen Informationen von Arzt zu Patient umgegangen wird durchgeführt. Dabei wurde herausgefunden, dass Patienten, die weniger beziehungsweise keine stimmigen Informationen bekommen haben, eher dazu neigen, sich alternativmedizinischen Fächern zuzuwenden.²¹²

Damit lässt sich auch die unleugbare Tendenz zur Inanspruchnahme von alternativmedizinischen Ärzten, Heilern und dergleichen erklären. Diese Tendenz schlägt sich auch in Zahlen nieder: waren es 1996 in Österreich nur 339 Mediziner, die über eine Zusatzausbildung in Komplementärmedizin verfügten, stieg die Anzahl 1998 bereits auf 801.²¹³ Aktuelle Zahlen für den direkten Vergleich waren nicht verfügbar. Meine Recherche ergab, dass aktuell 3.138 Ärzte in Österreich eine Zusatzausbildung im komplementärspezifischen Bereich aufweisen.²¹⁴ In Tabelle 1 sind – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – die möglichen komplementärmedizinischen Zusatzausbildungen für Ärzte aufgelistet.

²¹¹ Vgl. Reschke, Konrad, S 462.

²¹² Pruyn/Ruckman et al., zitiert nach Thompson, S 74.

²¹³ Vgl. Gesundheitsbericht der Stadt Wien 1998, zitiert nach Kropnik, 2001, S 13.

²¹⁴ http://www.komplementaer-gegen-krebs.at/index.php?id=22&tx_sidocsearch_pi1 [07.06.2009].

Komplementärmedizinische Ausbildungen (exemplarische Aufzählung, ohne Anspruch auf Vollständigkeit). ²¹⁵
Akupunktur, Aromatherapie, Ayurveda, Bachblüten, Bewegungstherapie, Cranio-Sacral Therapie, Enzymtherapie, Ernährung, Homöopathie, Homotoxikologie, Hyperthermie, Kinesiologie, Mikrobiologische Therapien, Misteltherapie, Neuraltherapie, ÖÄK Diplom, ÖÄK Diplom Akupunktur, ÖÄK Diplom Ernährung, ÖÄK Diplom Manuelle Medizin, ÖÄK Diplom Psychosomatik, ÖÄK Diplom Akupunktur, ÖÄK Diplom Anthroposophische Medizin, ÖÄK Diplom Applied Kinesiology, ÖÄK Diplom Ch. Diag. u. Arzneitherapie, ÖÄK Diplom Ernährung, ÖÄK Diplom F.X. Mayr, ÖÄK Diplom Geriatrie, ÖÄK Diplom Homöopathie, ÖÄK Diplom Kneipptherapie, ÖÄK Diplom Manuelle Medizin, ÖÄK Diplom Neuraltherapie, ÖÄK Diplom Palliativmedizin, ÖÄK Diplom Psychosomatik, ÖÄK Diplom Psychotherapie, ÖÄK Diplom Sportmedizin, Orthomolekulare Medizin, Phytotherapien, Psychoonkologie, Säure-Basen Haushalt, Sportmedizin, TCM, Tibetische Medizin

Tabelle 1: Komplementärmedizinische Zusatzausbildungen

Anhand der Forschungen von Michael Balint zeigt sich auch, dass durch Überweisen von Patienten zu anderen Fachärzten vor allem zu Psychiatern – die heute wie in den 1970er Jahren immer noch mit einem negativen semantischen Stigma besetzt sind – sich Unsicherheiten auf beiden Seiten der Beziehung ergeben. Balint führt dazu aus:

„Unsere praktischen Ärzte [die an diesem Forschungsseminar teilnehmenden Ärzte Anm. d. Verf.] berichten oft, daß sie größere Schwierigkeiten haben, einen ihrer Patienten zum Psychiater zu überweisen, als bei jeder anderen Art von Untersuchung, die sie vorschlagen. Diese unleugbare Tatsache beruht zum Teil auf einem allgemeinen Gefühl, das vom Arzt und vom Patienten gleichermaßen geteilt wird.“²¹⁶

Ein weiteres Problem ergibt sich durch die unterschiedliche Risiko/Nutzenentscheidung bezüglich vorgeschlagener Therapien. Leppin geht hier auf die Risikoeinschätzung durch den Patienten ein und meint:

„Experten sehen Laien häufig als subjektiv, emotional und infolgedessen irrational, Laien fühlen sich in ihren Befürchtungen nicht ernst genommen und durch Experten bevormundet (...).“²¹⁷

Wobei hier auch auf die unterschiedliche Wahrnehmung von diversen gesundheitsrelevanten Risiken Bezug genommen wird. Laut Leppin, schätzen Patienten Risiken wie Rauchen, Alkoholkonsum und andere, als geringer ein als Ärzte. Begründet wird dies durch den Benefit, den

²¹⁵ Erstellt auf Basis von http://www.komplementaer-gegen-krebs.at/index.php?id=22&tx_sidocsearch_pi1 [07.06.2009].

²¹⁶ Balint, Michael, S134.

²¹⁷ Leppin, Anja (2001), S 108.

eine solche Handlung (wie Rauchen oder Alkoholkonsum) dem Patienten bringt.

Alles was als subjektiv *gut* vom Patienten wahrgenommen wird, hat auch subjektiv weniger Risikopotential. Ärzte hingegen schätzen die von den Patienten am meisten gefürchteten Risiken, wie zum Beispiel Gentechnologie oder Satellitenabstürze, als übertrieben und nicht adäquat wahr, beziehungsweise falsch verknüpft, ein.²¹⁸

Die Erwartungshaltung, mit der informierte Patienten zum Teil zum Arzt gehen, können laut David Klemperer hinderlich für eine – wie oben bereits beschrieben für die *gute* Anamnese wichtige – gute Patientenbeziehung sein.

„Unausgesprochene, nicht erfüllte Wünsche und Erwartungen des Patienten bezüglich der Behandlung können zu erheblichen Störungen und Konflikten in der Arzt-Patient-Kommunikation führen.“²¹⁹

Um solche Probleme nicht aufkommen zu lassen, ist es sinnvoll, die jeweiligen Hoffnungen und Anforderungen, die der Patient an den Arzt hat, und vice versa, zu artikulieren. Die Funktionen, die der Patienten an sich und an den Arzt stellt, divergieren mitunter. Vor allem können sich diese in den unterschiedlichen Krankheitsphasen ändern. So kann ein Patient, der zuvor im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung in die Therapie miteinbezogen werden wollte, seine Meinung in einer für ihn *ausweglosen* Situation ändern und künftig eher den autoritären Stil bevorzugen.²²⁰

Auch ein Arzt, der von sich aus den gleichberechtigten partizipativen Stil des Arzt-Patienten Modells bevorzugt, wird mit Unsicherheiten seitens des Patienten rechnen müssen, wenn dieser aufgrund seines Naturells erwartet, dass der Arzt entscheidet. Von daher ist es laut Klemperer ratsam, die differenten Erwartungen im Vorfeld zu klären, um

²¹⁸ Vgl. Leppin, Anja (2001), S 108.

²¹⁹ Klemperer, David (2005), S 75.

²²⁰ Vgl. Klemperer, David (2005), S 75 ff.

nicht erwünschten Konflikten in der Arzt-Patienten-Beziehung vorzubeugen.²²¹

Ärzte sollten von daher flexibel sein, um mit den unterschiedlichen Anforderungen, die ihre Patienten an sie stellen, zurecht zu kommen. Viel Sensibilität und Disziplin brauchen Ärzte auch, wenn Patienten aufgrund von Eigenrecherche oder von in den Medien vorgestellten und als revolutionär bezeichneten neuen Therapien beziehungsweise mit dem Wunsch nach einem Rezept für das neueste *Wundermedikament* in der Ordination erscheinen. Manchmal, wie im folgenden Kapitel beschrieben, stellen mitunter auch im Fernsehen vorgestellte Krankheiten, respektive die dazugehörigen Symptome, eine große Herausforderung an den Arzt.

6.3.1. Probleme aufgrund der medialen Berichterstattung

So gibt es die in Deutschland kreierte Diagnose des *Morbus Mohl*, benannt nach dem Moderator Hans Mohl, der unter anderem das Gesundheitsmagazin *Praxis* im ZDF moderierte.

„Gemeint ist damit die Beobachtung, daß jeweils am Tag nach der Ausstrahlung des Gesundheitsmagazin Praxis im ZDF (...) deutlich mehr Patienten in den Arztpraxen erschienen, mit Symptomen von Krankheiten, die in der Sendung am Vorabend thematisiert worden waren.“²²²

Ärzte kritisieren die zahlreiche mediale Gesundheitsberichterstattung, da – nach der Vorstellung eines alles Bisherige in den Schatten stellenden neuen Mittels oder einer sensationellen Operationstechnik in den Medien – sie die Leidtragenden sind, wenn der Patient am nächsten Tag in die Ordination kommt. Der „Hausarzt, so die gängige Medienschele, [müsse Anm. d. Verf.] die Dinge wieder zurechtrücken.“²²³ Wenn die Berichterstattung falsch war oder unnötig hetzerisch, dann ist, so Göpfert, diese Schelte berechtigt, wenn aber der Patient nur etwas falsch verstanden hat, „(...) dann muss das zwar der einzelne

²²¹ Vgl. Klemperer, David (2005) S 75 ff.

²²² Appel, Andrea, S 96.

²²³ Göpfert, Winfried, (2006), S 234.

Arzt ausbaden – aber die Patientenaufklärung gehört ohnehin zu seinen Aufgaben.“²²⁴

Die sprachlichen Barrieren, die, bedingt durch das so genannte *Mediziner Latein* entstehen, führen oft zu einer falschen Interpretation der erworbenen Informationen, so Fr. Dr. Wagner-Dietl, Allgemeinmedizinerin in Wien, die mit den Folgen der Recherchen ihrer Patienten zu kämpfen hat: „Solchen Patienten und Patientinnen muss ich dann mühsam ausreden, dass sie Krebs haben. (...)“²²⁵.

Nicht nur das Fernsehen – genauer gesagt Gesundheitssendungen oder Sendungen mit medizinrelevanten Themen – spielte und wird auch in Zukunft eine Rolle in den Ordinationen spielen. Das Internet als Quelle tausender Möglichkeiten der Informationsbeschaffung medizinischer Informationen stellt bereits heute Ärzte vor eine Herausforderung. So kann es durchaus sein, dass Patienten über spezifizierte Daten verfügen, die dem Arzt ob des stetig ansteigenden Berges an Fakten noch nicht bekannt sind. Die Herausforderung liegt hier im Umgang mit den vom Patienten zusammengetragenen Informationen. „Der Arzt muss bewusst die Entscheidung treffen, ob diese Informationen in das aktuelle Beratungsgespräch integriert werden können: Wie aufwendig ist die Bewertung der Informationen? Kennt er Quelle und Inhalt?“²²⁶

Es gibt innerhalb der Ärzteschaft unterschiedliche Meinungen bezüglich des *Procedere* mit dem Internet-informierten Patienten. Prof. Dr. med. Wichert – Vorstandsmitglied der *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)* in Hamburg – zeigt sich skeptisch und meint:

„Das Internet gebe nur richtige Antworten, wenn man die Fragen richtig stelle. Da seien Patienten aber überfordert. Die Qualität von Leitlinien könnten sie gar nicht beurteilen. Deshalb holten sie sich ihre Informationen etwa aus nicht geprüften Kasuistiken.“²²⁷

²²⁴ Göpfert, Winfried, (2006), S 234.

²²⁵ Medizin und Medien: Informierte Patienten fordern mehr. In Medical Tribune 40 Jahrgang, Nr. 8. 20 Februar 2008.

²²⁶ Kirschning et al., S A3092.

²²⁷ Schmidt, Klaus: Internet: Dritte Größe im Arzt-Patienten-Verhältnis. In: Ärztliche Praxis 18 (4) 04.05.06, S4.

Die unterschiedliche Interpretation der nicht wissenschaftlichen Daten, und die damit verbundenen Enttäuschungen seitens des Patienten können sich auch in mangelndem Vertrauen niederschlagen.

So zeigt eine Studie der *Deutschen Forschungsgemeinschaft am Institut für Rehabilitationswissenschaften an der Humboldt-Universität Berlin*: „Fast jeder Fünfte gibt zum Beispiel an, eine ärztlich empfohlene Therapie unter anderem aufgrund von Internetinformationen nicht begonnen zu haben.“²²⁸ Dies zeigt die Wichtigkeit der Integration der aus dem Internet akquirierten Informationen in das Gespräch mit dem Patienten. Dabei spielt es keine Rolle, ob dem Arzt diese Informationen bekannt sind oder nicht, es ist kein Manko – wie die Autoren der Studie betonen – nicht über das spezifizierte Wissen des Patienten zu verfügen. Wichtig ist es für den Patienten, ob der Arzt Bereitschaft zeigt, ihm die ihn interessierenden Themen zu erläutern oder sie gemeinsam zu besprechen.²²⁹ „Das exponentielle Wachstum gerade des medizinischen Wissens hat dazu geführt, daß es für den Arzt praktisch unmöglich geworden ist, sich über die neuen Erkenntnisse auch nur seines Spezialgebietes auf dem laufenden zu halten.“²³⁰

Abseits der Medien kommt es aber aufgrund der maroden Krankenkassensituation und der daraus geforderten Ökonomisierung zu weiteren Problemen.

6.3.2. Zeitbudget, Ökonomische Aspekte

„Nicht gerade neu, aber immer wieder für eine Schlagzeile gut: ‚Mein Arzt hat nicht genug Zeit für mich!‘“²³¹ So das Ergebnis einer Online-Befragung von *medmonitor.de.*, bei der sich 1000 User des Internet-Portals beteiligt haben. 86% der Befragten sind der Meinung, dass sich

²²⁸ Kirschning et al., S A3092.

²²⁹ Vgl. Kirschning et al., S A3092.

²³⁰ Brasser, Matthias, S 127.

²³¹ Harder, Bernd: Der unerhörte Patient In: Ärztliche Praxis, 19.01.2008.

ihr behandelnder Arzt zu wenig Zeit nimmt. Nur 10% sind zufrieden mit der ihnen beim Arzt zur Verfügung stehenden Zeit.²³²

Es wird oft, und meines Erachtens berechtigt, reklamiert, dass aus Sicht der Ärzte eine Gesprächstherapie – wenn man Dr. Michael Balint Glauben schenken darf ein wichtiger Punkt – nicht monetär abgegolten wird.²³³ Es können, bis auf die Erstkonsultation bei einem Facharzt, nur Leistungen im Sinne etwa einer Spritze oder einer Infusion mit den Krankenkassen direkt verrechnet werden. Die Forderung nach einem *bezahlten Gespräch* ist dementsprechend laut.

Prof. Gottschlich von der *Universität Wien* sagt dazu in einem Interview mit der Tageszeitung *Der Standard*: „Warum sollte ein besser bezahltes Gespräch auch ein qualitativ besseres Gespräch sein? Die Qualität eines Gesprächs bemisst sich nicht primär an der Gesprächsdauer.“²³⁴

So sehen dies auch Rösler et al und gehen einen Schritt weiter: „Der Erfolg eines ärztlichen Gesprächs hängt weniger von der investierten Zeit als von der Intensität der Kommunikation ab.“²³⁵ Darüber hinaus führen Rösler et al. die Zeitersparnis an, die sich ergibt, wenn Ärzte in einige wenige gute Gespräche Zeit investieren, dafür aber sicherstellen, dass Patienten, die vor allem aufgrund psychosozialer Probleme ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, zufrieden sind und somit auch nicht das Bedürfnis haben, die Ordination regelmäßig aufzusuchen.²³⁶

Den ökonomischen Aspekt sollte man nicht nur aus ärztlicher Sicht betrachten. Auch die Angst der Patienten, aus Einsparungsgründen oder unter Umständen weil man nicht zusatzversichert ist – also keine private Versicherung als Ergänzung zur Pflichtversicherung hat –, nicht gut behandelt zu werden, spielt eine große Rolle. So sehen laut einer Studie von *Oekonsult* 89% aller Befragten, dass die *Zwei Klassen Medizin* bereits im Gesundheitssystem Realität geworden ist.²³⁷ 55% der

²³² Vgl. Harder, Bernd: Der unerhörte Patient In: Ärztliche Praxis, 19.01.2008.

²³³ Vgl. Balint, Michael, S 293.

²³⁴ Pollack, Karin: Arzt und Patient "Seelenloser Reparaturbetrieb". Der Standard, 14.09.08.

²³⁵ Rösler et al, S 309.

²³⁶ Vgl. Rösler et al, S 309.

²³⁷ Vgl. Oekonsult Befragung 2008, S 5.

Österreicher befürchten, dass in „absehbarer Zukunft aus Kostengründen nicht mehr die bestmögliche medizinische Behandlung“²³⁸ für sie möglich sein wird.

Gerade im Hinblick auf die teilweise fahrlässigen, unreflektierten Berichterstattungen über *tolle* neue High-Tech Geräte entsteht bei den Patienten, wenn sie eben diese Behandlung nicht bekommen, ein Gefühl der Frustration; sie fühlen sich dann als *mündige Patienten* nicht ernst genommen. Auch Kaltenborn weist auf diesen nicht unerheblichen, möglicherweise Misstrauen schaffenden, Aspekt hin und meint: „(...) die ärztliche Behandlung könnte mehr ökonomischem Druck gehorchen als den Interessen des Patienten verpflichtet sein, sodass eine kostengünstige, aber nur suboptimale Therapie die Folge wäre.“²³⁹

In einem auf Balint zurückgehenden Journal – dem *Balint Journal* – schreibt Dr. Philipp Portwich, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Bezug auf die Gefahren, die sich durch den Sparkurs ergeben, der derzeit gefahren wird: „Die vorwiegend biomedizinische Diagnostik und Behandlung sind hier stumpfe Waffen, und vielmehr braucht es eine umfassende, langfristige Versorgungs- und Betreuungsstrategie, die sich an Aspekten wie Lebensqualität und Teilhabe orientiert.“²⁴⁰ Er bezieht sich hier vor allem auf die geforderte Ökonomisierung und auf Einsparungen seitens der Versicherungsträger, in Hinblick auf chronisch und psychisch erkrankte Menschen, die die kostenintensivste Gruppe bilden, jedoch gibt er zu bedenken, dass die kurzfristige Abfertigung – und damit kostengünstigere Form – der Behandlung zu kurzfristig gedacht ist.

6.3.3. Einfluss der Technologisierung

Wie bereits ausgeführt, beanspruchen Patienten mehr und mehr sehr kostenintensive Untersuchungen, auch wenn diese aus ärztlicher Sicht keinen Sinn machen, und fühlen sich nur ernst genommen, wenn alle

²³⁸ Oekonsult Befragung 2008, S 6.

²³⁹ Kaltenborn, Karl-Heinz, S 51.

²⁴⁰ Portwich, Philipp, S 14.

verfügbaren Diagnosemöglichkeiten – nicht mehr nur Röntgen, besser auch gleich eine deutlich teurere Magnetresonanztomographie – ausgeschöpft werden.²⁴¹

„Die Entwicklung neuer diagnostischer Möglichkeiten und hochwirksamer therapeutischer Verfahren bedeutet auch, daß die Schädigungsmöglichkeiten durch medizinische Interventionen im gleichen Maße zunehmen, wie die Möglichkeiten zu helfen.“²⁴²

Und *nur* durch Technik lässt sich ein Patient nicht heilen, Patienten fordern jedoch umfassende Aufklärung abseits von Röntgenbildern und statischen Befunden mehr und mehr ein. So ist Portwich der Meinung, dass der technische Fortschritt als Lösung aller Krankheiten und Probleme in den Hintergrund getreten ist, und in eine neue *Wissenschaftskepsis* umgeschlagen ist. Vor allem die jüngeren Patienten fordern vom Arzt, so Portwich, eine ganzheitliche Betrachtung ihrer Probleme und geben sich mit einem rein biomedizinischen Lösungsmodell, der Reduktion der Krankheit auf eine Dysfunktion der Organe, nicht mehr zufrieden.²⁴³

Im Gegensatz zu den Patienten, denen ein *Psyche und Physis vereinigendes Modell* – nur recht ist, gibt es auch jene, die auf rein schulmedizinischer Basis behandelt werden wollen. Diese wünschen, wenn sie Beschwerden haben, auch eine Erklärung dafür. Wenn es keine Erklärung gibt, oder die Symptome eher auf Belastungen respektive Stress zurückzuführen sind, kann ebenso die Diagnose *es fehlt ihnen nichts* zu einer Ablehnung seitens der Patienten führen. So konstatiert Michael Balint:

„Abgesehen von der üblichen Befürchtung, daß unser Befund so schrecklich sei, daß wir es ihm nicht sagen wollten, hat die Antwort ‚kein Befund‘ für den Patienten nur die Bedeutung, daß wir das, was ihn ängstigt und quält, eben nicht gefunden haben und deshalb nichts sagen können.“²⁴⁴

²⁴¹Vgl. http://www.pkv.de/publikationen/dokumentationen/zukunft_gesundheit_vortraege_zur_jahresmitgliederversammlung_2007.pdf [15.05.2009]

²⁴²Linden, Michael, S 415.

²⁴³Vgl. Portwich, Philipp, S 15 ff.

²⁴⁴Balint, Michael, 2001, S 45.

Denn, so der biomedizinische Ansatz, es gibt für alles eine Pathologie – und wer nur lange genug sucht, findet auch eine.²⁴⁵

6.4. Verhaltenskodex für informierte Patienten

Dr. med. Gunther Eysenbach hat eine Art *Knigge* für den informierten Patienten herausgegeben, in dem er sehr anschaulich erklärt, wie sich Patienten beim Arzt verhalten sollen, damit dieser nicht gereizt oder ablehnend auf die Vorschläge bezüglich des weiteren Behandlungsvorgehens reagiert. Diese Ratschläge werden im Folgenden zusammengefasst:²⁴⁶

- Wenn die Patienten nur wenige Fragen haben, dann sollten sie auf ausgedruckte *Fragenkataloge* verzichten und nicht darauf hinweisen, dass sie die Informationen aus dem Internet haben – da reagieren Ärzte wenig erfreut.
- Bei Ausdrucken sollte der Patient dem Arzt die Zeit geben, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen, und wenn der Patient merkt, dass der Arzt ins *Schwimmen* gerät, sollte man die Unterlagen da lassen und dem Arzt die Möglichkeit geben, sich die Informationen in Ruhe durchzulesen.
- Der Patient sollte kein forschendes Auftreten und keine fordernde Art an den Tag legen, denn so mache man sich laut Dr. Eysenbach unbeliebt.
- Die Patienten sollten auch nicht auf bestimmte Medikamente pochen, da gewisse Medikamente zwar wohl in gewissen Ländern zugelassen sind, hierzulande aber noch nicht.
- Wenn man als Patient das Vertrauen in den Arzt verloren hat, dann sollte man wechseln, da Vertrauen die Basis einer guten Zusammenarbeit ist. Dr. Eysenbach weist aber auch darauf hin, dass die Patienten nicht so lange *Ärzte-Shopping* betreiben sollen, bis sie jemanden gefunden haben, der der gleichen Meinung ist wie Sie – das wäre seiner Ansicht nach Selbstbetrug.²⁴⁷

7. Einfluss der Vorbildung und der Vorinformation

Rogler sieht in Zusammenhang mit dem über alles informierten Patienten, das Problem des Wissensvorsprungs des Arztes und schreibt:

„Die Wunsch- und Bedürfnis-basierte Autonomie hat implizite Beschränkungen: Sie ergeben sich aus dem Wissensvorsprung des Arztes, der nicht aufhebbar ist und der gewährleistet, dass der

²⁴⁵ Vgl. Dickhaut, Hans H., S 37.

²⁴⁶ Vgl. <http://www.yi.com/home/EysenbachGunther/faq.htm#konsultieren> [12.04.2009].

²⁴⁷ Vgl. <http://www.yi.com/home/EysenbachGunther/faq.htm#konsultieren> [12.04.2009].

Arzt Informationen aus dubiosen Medien wie Teilen des Internets kritisch beurteilen kann.“²⁴⁸

Eben diese Form des auf Studium und jahrelanger Praxis aufbauenden Fachwissens unterscheidet den Arzt vom Patienten, der in der Regel einen weniger fundierten Einblick in medizinische Belange hat. Wohl aber kann es sein, dass das einzelne Bereiche betreffende Spezialwissen – jenes, das sich der Patient aus der Beschäftigung mit der eigenen Erkrankung zusammengetragen hat – punktuell oder in Hinblick auf Aktualität, den Wissenstand des Arztes übersteigt.

7.1. Die Wissenskluft-Perspektive

Wie oben beschrieben, neigen Ärzte dazu, das Vorwissen der Patienten zu und um ihre Krankheit als unwissenschaftlich und laienhaft einzuordnen, was die Kommunikation zwischen Arzt und Patient erheblich belastet. Die aus dem Wissen um ihre Krankheit resultierende kritische Hinterfragung bezüglich Diagnose und Therapie ist für Ärzte eine noch ungewohnte Situation.²⁴⁹

Jedoch ergibt sich für viele Recherchierende das Problem, dass sie nur Zugang zu nicht wissenschaftlichen Quellen haben. Das Faktenwissen, wie zum Beispiel in E-Journals oder bestimmten Ärztezeitungen (auf wissenschaftlichem Niveau), ist nur Studenten und medizinischem Personal zugänglich.

„Der traditionelle Informationsvorsprung des Arztes gegenüber dem Patienten wird sich in einigen Bereichen verringern.“²⁵⁰ Die Barrieren, die sich aus den eingeschränkten Möglichkeiten des Suchens in Wissenschaftsbereichen ergeben, sind nicht nur durch Barrieren in diesem Sinne, sondern auch in der Aufnahme von Wissen. Wie bereits in Kapitel 5.2 Zur Aufgabe von Medien in Bezug auf Gesundheitsinformationen angedeutet, gibt es – die Wirkung von Information auf die Rezipienten betreffend – unterschiedliche Theorien.

²⁴⁸ Rogler, Gerard, S 84.

²⁴⁹ Vgl. Portwich, Philipp, S 14 ff.

²⁵⁰ Kirschning et al., S A 3092.

Die Wissenskluft-Hypothese wurde von der *Minnesota-Forschergruppe* rund um die Kommunikationswissenschaftler Phillip Tichenor, Donohue George und Clarice Olien 1970 erforscht.²⁵¹ Sie geht von folgender Prämisse aus: „Gruppen mit höherem sozioökonomischen Status lernen mehr und erwerben schneller Wissen als Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status.“²⁵² Und damit wurde die bis dato geltende Lehrmeinung, dass Medieninformation generell zu einem besseren Informationsstatus führen muss, abgelöst.²⁵³

„As the infusion of mass media information into a social system increases, segments of the population with higher socioeconomic status tend to acquire their information at a faster rate than the lower status segments, so that the gap in knowledge between these segments tends to increase than decrease.“²⁵⁴

Es kommt dementsprechend durch die massenmediale Aufbereitung vor allem im Fernsehen nicht zu einer auf alle Schichten bezogenen gleichen Informiertheit, stattdessen verstärken sich bestehende Wissensungleichheiten in die jeweilige Richtung.

„Medienvermittelte Information orientiert sich an den Interessen und Werten der gesellschaftlichen Eliten und dementsprechend sind es auch wiederum diese Eliten, die von der Medieninformation am stärksten Gebrauch machen und von ihr auch am meisten profitieren.“²⁵⁵

Laut Bonfadelli wenden sich die Privilegierten auch vermehrt jenen Printmedien zu, die einen höheren Gehalt an Informationen haben. Sie können die medialen Angebote besser rezipieren, und aufgrund ihres höheren Bildungsniveaus darüber hinaus neue Informationen besser erlernen beziehungsweise mittels ihres gesamten Vorwissens besser Zusammenhänge erkennen und herstellen.²⁵⁶

Weiters führt Bonfadelli die Praxisrelevanz in diesem Fall für Gesundheitskampagnen wie folgt an:

²⁵¹ Vgl. Bonfadelli, Heinz/Friemel, Thomas, S 49 ff.

²⁵² Mangold, Roland/Vorderer, Peter/Bente, Gary, S 511.

²⁵³ Vgl. Bonfadelli, Heinz, 1994, S 41.

²⁵⁴ Tichenor et al., 1970, S 159 f., zitiert nach Jäckel, Michael, S 287.

²⁵⁵ Bonfadelli, Heinz, 1994, S 41.

²⁵⁶ Vgl. Bonfadelli, Heinz/Friemel, Thomas, S 50.

„Kampagnen können zwar insgesamt durchaus wirksam sein, d.h. im Vergleich zu Vorher ist der durchschnittliche Wissensstand nach der Kampagne signifikant angestiegen. Die Evaluation nach Subgruppen zeigt jedoch, dass vorwiegend die schon Sensibilisierten und gut Informierten angesprochen wurden: Differenzieller Wissensanstieg.“²⁵⁷

Diesen differenziellen Wissensanstieg sieht auch Michael Jäckel, in Anlehnung an Tichenor. So sind es drei Faktoren die in einem kausal zusammenhängenden Verhältnis zueinander stehen: „allgemeines Bildungsniveau, Ausmaß der Mediennutzung und Spektrum der Interessen.“²⁵⁸

Von einem sogenannten *Ceiling Effekt* spricht man, wenn es zu einer Angleichung des Wissensniveaus kommt; dies kann aus zweierlei Gründen auftreten; zum einen, weil die, die weniger rasch Informationen Aufnehmenden, davon profitieren, wenn es bei einem Thema keine weiteren Informationen mehr gibt, und somit durch mehr Zeit aufschließen können. Der zweite Grund des *Ceiling Effekts* kann die Tatsache sein, dass weitere Informationen zu einem Thema nicht unbedingt eine Wissensvermehrung nach sich ziehen müssen, und die Rezipienten, die schnell auffassen können, nicht mehr Wissen aufnehmen können, da sie mit Informationen *gesättigt* sind.²⁵⁹

7.2. Auswirkung des Vertrauens zum Arzt auf den Heilungserfolg

Die positiven Effekte eines informierten Patienten lassen sich nach Rösler et al. in Anlehnung an Raspe (1977) wie folgt zusammenfassen:

- Je höher Patienten informiert sind, desto mehr Vertrauen baut sich in der Arzt-Patienten-Beziehung auf, desto eher besteht die Bereitschaft zur Kooperation in der weiteren Behandlung.
- Die Eigenverantwortlichkeit wird durch Informationen gestärkt.
- Patienten, die über die weiteren Behandlungsschritte aufgeklärt werden, profitieren mehr von den vorgeschlagenen Therapien und sind in diese aktiv involviert.

²⁵⁷ Bonfadelli, Heinz/Friemel, Thomas, S 51.

²⁵⁸ Jäckel, Michael, S 288.

²⁵⁹ Vgl. Jäckel, Michael, S 294 ff.

- Wenn Patienten zu wenig aufgeklärt werden, holen sie sich dennoch Informationen zu ihrer Situation ein. Diese Informationslieferanten sind nach Raspe in der Regel Mitpatienten, und somit wenig kompetente Gesprächspartner.
- Informationen fördern den Willen des Patienten, sich an die Verordnungen oder Anordnungen zu halten, dieser ist maßgeblich für die Rehabilitation des Erkrankten notwendig.²⁶⁰

Geisler weist aber in der vollkommenen Aufklärung des Patienten auf die Grenzen des mündigen Patienten hin und meint:

„Die ins Extrem getriebene Autonomie des Patienten findet ihre Grenze dort, wo sie jenseits aller Vernunft nur noch um ihrer selbst willen agiert und zur Blockade jeglichen ärztlichen Handelns wird. Sie führt in eine Situation der gegenseitigen Isolation und bringt eine gewisse emotionale Kälte in die Beziehung zwischen Arzt und Patient.“²⁶¹

Der Patient ist zwar in dem Modell der völligen Unabhängigkeit in der Lage, alles selbstbestimmt zu entscheiden, ob das jedoch die Chancen auf den Heilungserfolg steigert, ist aus den oben angeführten Gründen fraglich. Die emotionale Kälte, die Linus Geisler beschreibt, endet zwangsläufig in einer Dekonstruktion des aufgebauten Vertrauensverhältnisses und dieses ist nach Ansicht von Koller und Lorenz das wichtigste Instrument eines Arztes.

Als wichtigstes Instrument des Arztes bezeichnen Koller und Lorenz (1997) das Vertrauen, das sich als *Compliance* fördernd auswirkt. Die in einem unterschiedlichen Ausmaß an Wissen und Informationen begründete *Dysbalance*, charakterisiert die Kommunikation zwischen Patient und Arzt. Ärzte haben diesbezüglich einen Vorsprung, was ihnen Kontrolle und Dominanz verschafft. Während der Arzt das Risiko beurteilen kann, muss der Patienten jedoch die Konsequenzen tragen.²⁶²

²⁶⁰ Vgl. Rösler et al., S 285 ff.

²⁶¹ Geisler, Linus, S 3.

²⁶² Koller, M / Lorenz, W., zitiert nach Könnczei, Gabriella, S 21.

8. Das Informationsdilemma

Wie in den letzten Kapiteln beschrieben, ist deutlich erkennbar, wo sich Patienten informieren, aus welcher Motivation heraus sie sich informieren und aus welchen Medien sie bevorzugt ihre Informationen lukrieren. Die journalistische Aufbereitung wurde bisher in der Arbeit in groben Zügen beschrieben und wird im folgenden Abschnitt, vor allem in Hinblick auf ihre Relevanz für die Patienten, im Detail erklärt.

8.1. Das Dilemma aus Sicht der Medien/Journalisten

Journalisten müssen Diener dreier Herren sein; so müssen sie zu aller erst die mediale Verwertbarkeit der ihnen zur Verfügung stehenden Fakten prüfen; darüber hinaus müssen sie den Ansprüchen der Wissenschaft einerseits und der Rezipienten andererseits gerecht werden.

Je spezifischer eine neue Krankheit respektive deren Therapie ist, desto weniger wird es für die Allgemeinheit interessant sein, über diese zu lesen oder zu hören. So meint Univ. Prof. Gottschlich hierzu: „Je unspezifischer die Botschaft, desto breiter die Wirkung, desto weniger relevant für die Zielgruppen; je spezifischer das Thema, desto weniger interessant für die allgemeine Bevölkerung.“²⁶³

Die unspezifische Vorstellung von Themen in den Massenmedien hat hingegen durchaus ihre Relevanz, dazu Univ. Prof. Meryn in der aktuellen Ausgabe von *Gesünder leben*: „Mit einer Fernsehsendung erreicht man viele Menschen und man hat schon gewonnen, wenn der Zuseher nur eine Botschaft mitnimmt.“²⁶⁴

So kann festgehalten werden, dass die Botschaft, beziehungsweise die Information, die mittels Medien vermittelt wird, essentiell ist im Zuge einer Bekanntmachung von Krankheiten oder Therapien. Jedoch können die meisten Informationen, die von Medizinern, Wissenschaftern, Interessensgemeinschaften, Pharmafirmen und dergleichen an Journa-

²⁶³ Gottschlich, Maximilian, S 296.

²⁶⁴ Kammerer, Bettina: Stets offen für Neues. In: *Gesünder Leben*, Heft 6, Juni 2001, S 08.

listen vermittelt werden, in ihrer Form nicht eins zu eins *in die Medien* übernommen werden.

„Medien müssen immer wieder versuchen, Komplexität zu reduzieren, zu vereinfachen, zu übersetzen. Wissenschaft trägt aber in der Regel dazu bei, Komplexität zu vermehren.“²⁶⁵

Dem Journalisten kommt hier die Aufgabe zu, die komplexen Informationen so aufzubereiten, dass sie von der Masse an Rezipienten verstanden werden können. Es sollte die Nachricht aber nicht zu sensationsorientiert aufbereitet werden, damit diese keine wie oben bereits erwähnten Hysterien auslöst.

Diese Sensationalisierung und Emotionalisierung wäre aber ganz im Sinne der Quotenmacher, der Verleger, die im Allgemeinen auf eine hohe Auflage, genauer gesagt auf hohe Verkaufszahlen also Quoten, wertlegen.²⁶⁶

Darin zeigt sich das Dilemma, dem sich ein Journalist ausgesetzt sieht, nämlich von der einen Seite dem *Quotendruck*, der von den Verlegern kommt, und von der anderen Seite dem Bestreben der Wissenschaftler und Ärzte, die ihre *Neuigkeiten* sachlich richtig dargestellt haben möchten. Die dritte *Fraktion*, jene der Leser und Rezipienten die zum einen informiert werden wollen, zum anderen jedoch in der Regel nicht der medizinischen Fachsprache im vollen Ausmaß mächtig sind, stellen eine weitere Gruppe dar, in deren Verantwortung der Journalist steht.

Diese Spezialisierung der Journalisten, die hier erwartet wird, ist den wenigsten gegeben und kleinere Zeitungen können sich meist keinen eigenen Wissenschaftsredakteur mit der entsprechenden Kompetenz leisten.²⁶⁷

So kann der Journalist – sofern er kein Medizinstudium absolviert hat – zwar aufgrund seiner publizistischen Ausbildung Nachrichten *medien-*

²⁶⁵ Jochum, Manfred, S 25.

²⁶⁶ Vgl. Göpfert, Winfried (2001), S 136.

²⁶⁷ Vgl. Thierbach, Dieter, S 170.

gerecht vermitteln, besitzt jedoch kein einem Arzt äquivalentes Fachwissen, in Hinblick auf medizinische Bereiche.

Ärzte hingegen verfügen über dieses Wissen, sind jedoch meist nicht in der Lage sich *mediengerecht* auszudrücken. So meint Prof. Heinz-Dietrich Fischer:

„Während bei Ärzten, die sich auch fachpublizistisch betätigen, zwar die Fachkompetenz gegeben ist, mangelt es hier nicht selten an einer adäquaten, medienspezifischen Umsetzung der Anliegen gegenüber einem nichtfachlichen Publikum. Es ist somit häufig ein Defizit an medienkommunikativer Kompetenz zu konstatieren. Hingegen verfügen ausgebildete Journalisten unterschiedlicher Provenienz zwar über das Know-how des medialen Vermittelns, weisen somit kaum Probleme der medienkommunikativen Kompetenz auf, doch fehlt ihnen in der Regel eine medizinische Detail- und somit Sachkompetenz, die über Generalia beträchtlich hinausreicht.“²⁶⁸

Durch die fehlende Sachkompetenz kann es mitunter zu einer Versimplifizierung von Fakten kommen und damit zu Missverständnissen innerhalb des die Medien konsumierenden Publikums.²⁶⁹

Hier hört die Triangel des Dilemmas der Journalisten auf, und es beginnt jenes der bereits in Kapitel III.6.3 Probleme in der Arzt-Patienten-Beziehung (und im Patientengespräch) erläuterten kommunikativen Schwierigkeiten zwischen Arzt und Patient.

8.2. Das Informationsdilemma auf Seite der Patienten

Einer der Gründe für diesen Aspekt des Informationsdilemmas liegt in dem, mitunter blinden, Vertrauen der Patienten in die Medien. Dieser Effekt hat auch in der wissenschaftlichen Literatur einen Platz gefunden.

„In den Medien und in der wissenschaftlichen Literatur sowie von Ärztinnen und Ärzten aus Kliniken und Praxen wird gegenwärtig berichtet, dass immer mehr Patientinnen und Patienten zur ärztlichen Konsultation Informationsmaterial von Internet-Websites

²⁶⁸ Fischer, Heiz-Dietrich, S 16.

²⁶⁹ Vgl. Glik, Deborah C., S 179.

und Datenbanken mitbringen und sich mittels E-Mail und Diskussionsforen zusätzliche Information beschaffen.“²⁷⁰

Patienten, die sich entweder durch die Medien informieren lassen – im Sinne von passiver Informationsaufnahme beziehungsweise einer nicht spezifischen Rezeption von Berichterstattungen – und/oder aktiv nach Informationen suchen, bauen anhand der angeeigneten Informationen eine Erwartungshaltung auf, sowohl was Diagnose und/oder Therapie betrifft.

So warnt Medizinethiker Giovanni Maio von der *medizinischen Universität Lübeck* vor allzu großen Erwartungen und meint: „Oft würden Ärzte mit Patienten konfrontiert, die mit allzu großen Erwartungen in die Praxis kommen, weil sie im Fernsehen von einem Therapiedurchbruch [sic!] gehört haben.“²⁷¹

Diese entstandene Erwartungshaltung kann je nach *Richtigkeit* respektive *Fehlerhaftigkeit* der lukrierten Informationen mehr oder weniger zutreffend sein.

Mit Information und Erwartung ausgestattet, führt den Patienten der weitere Weg in die jeweilige Ordination. Dort werden die Informationen vom Patienten in das Gespräch mit dem Arzt getragen und von diesem bestätigt oder abgelehnt.

Diese Überprüfung – das Verifizieren bzw. Falsifizieren – der Erwartungshaltung hat mitunter Konsequenzen für die weitere Behandlung, je nach positiver Bestätigung seitens des Arztes oder Ablehnung durch diesen aufgrund fehlerhafter Informationen.

Univ. Prof. Gottschlich postuliert anhand der differenten Erwartungen folgende These: „Je geringer die Kongruenz der wechselseitigen Erwartungen zwischen Arzt und Patient, desto größer die Gefahr des Scheiterns der Beziehung, desto wahrscheinlicher die Enttäuschung von Patienten.“²⁷²

²⁷⁰ Kaltenborn, Karl-Franz, S 49.

²⁷¹ Schiner, Sabine, S 19.

²⁷² Gottschlich, Maximilian, S 77.

Im besten Fall klärt der Arzt den Patienten geduldig auf, dass die vorgestellte Therapie für ihn aus diesen und jenen Gründen nicht in Frage kommt; im schlechtesten Fall ist der Arzt verärgert, vielleicht auch, weil der Patient an dem Tag schon der zehnte ist, der die betreffende (am Vortag im Fernsehen vorgestellte) Therapie verordnet haben möchte.

Theoretisch ist eine Aufklärung über Diagnose und Therapie aus rechtlichen sowie aus moralischen Gründen und auch hinsichtlich der weiteren Behandlung aus psychologischen Gründen notwendig.²⁷³

Diese Aufklärung wird jedoch nicht unbedingt vom Patienten als ausreichend erachtet. Das weitere Procedere ist abhängig von der Entscheidung des Patienten, in wie weit er dem Arzt mehr vertraut als seinen eigenen Informationen. Dies verdeutlicht das Dilemma in dem sich der Patient befindet.

Wenn der Patient sich für seinen Arzt entscheidet, entweder weil die Erwartungshaltung bestätigt wurde oder weil der Arzt ihn überzeugen konnte, sich gegen seine Erwartungshaltung zu entscheiden, wird sich dies positiv auf den Heilungserfolg und auf die Motivation des Patienten zur Mitarbeit in der Therapie auswirken.²⁷⁴

Sofern er sich nicht mit der Erklärung des Arztes zufrieden geben will, respektive die eigene Erwartungshaltung die Entscheidung dominiert, kann dies – meines Erachtens und in Ermangelung einer (trotz intensiver Literaturrecherche nicht gefundenen) wissenschaftlichen Aufbereitung dieser Folgeerscheinung – in einen mit der kognitiven Dissonanz als Wirkung der Medienberichterstattung vergleichbaren Zustand führen. Diese bereits in Kapitel III.5.3 beschriebene Zerrissenheit des Patienten motiviert ihn zusätzlich nach Informationen zu suchen, welche die von ihm getroffene oder präferierte Entscheidung zu stützen vermögen.²⁷⁵

²⁷³ Vgl. Reschke, Konrad, S 461 ff.

²⁷⁴ Vgl. Reschke, Konrad, S 461 ff.

²⁷⁵ Vgl. Göpfert, Winfried (2001), S 132f.

Hier endet die Kommunikation zwischen Patient und Arzt entweder in einer ausgewogenen Arzt-Patienten-Beziehung, sofern der Patient von seinen Erwartungen abrückt und die Diagnose und Therapieempfehlungen des Arztes akzeptiert. In diesem Fall ist das Informationsdilemma als aufgelöst zu betrachten.

Oder aber der Patient gibt sich mit den Ausführungen des Arztes nicht zufrieden und der Kreis fängt wieder von vorne an – indem der Patient nach vertiefenden und weiterführenden Informationen zu suchen beginnt. In dem Fall bleibt das Dilemma bestehen.

„Ob Wissen tatsächlich gesund macht, hängt letztendlich vor allem von der Klärung der Fragen ab, welches Wissen als relevant erachtet wird, wie abgesichert und zugleich hinterfragbar bestehendes Wissen ist und wer Zugang zum grundsätzlich verfügbaren Wissen und zur Wissensentwicklung erlangt.“²⁷⁶

²⁷⁶ Ebner, Heinz, S 168.

IV. Empirischer Teil

1. Forschungsinteresse

Aus dem meiner Arbeit zugrunde liegenden Erkenntnisinteresse – der Erforschung der Auswirkung medizinischer Informationen aus unterschiedlichen Medien auf die Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten – habe ich die folgenden allgemeinen Forschungsfragen abgeleitet.

Diese stellen den Rahmen für den theoretischen wie auch den empirischen Teil der Arbeit dar.

FF: Welche Einflussfaktoren auf die Rezeption medizinischer Informationen gibt es? (z.B. Vorerkrankung-fokussiert, Bildung, Alter, Intellekt)

FF: Wie werden die medialen medizinischen Informationen vom Rezipienten abhängig vom Vorliegen der einzelnen Einflussfaktoren aufgenommen?

FF: Wie wirkt sich die aus Medien und anderen Quellen bezogene Information des Patienten auf dessen Kommunikationsbeziehung mit dem Arzt aus?

Im Rahmen der Arbeit ist weiters der Einfluss folgender soziodemographischer Faktoren von Interesse:

- o Welche Rolle spielt dabei das Alter?
- o Welche Rolle spielen Bildungsgrad bzw. Intellekt des Patienten?
- o Welche Rolle spielen Vorerkrankungen?

2. Forschungsdesign

Mit der, im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten, quantitativen empirischen Untersuchung, soll ein möglicher Zusammenhang zwischen Vorinformation und Auswirkung auf das Arzt-Patienten Verhältnis geprüft und dokumentiert werden.

Für die Erhebung wurde eine schriftliche Befragung mittels standardisiertem Fragebogen gewählt.

Die Strukturiertheit der Befragung soll dabei ebenso wie die überwiegende Verwendung geschlossener Fragen der besseren Erfassung der *quantitativen Aspekte* dienen.²⁷⁷

Die Auswertung der empirischen Daten erfolgte deskriptiv hypothesenüberprüfend.

Im Zuge eines *Pre-Test* wurde ein Entwurf des auf den genannten Grundlagen aufbauenden Fragebogens einer Überprüfung auf Verständlichkeit und Konsistenz unterzogen. Im Zuge dieser Vorerhebung aufgedeckte Problembereiche wurden in den Fragebogen eingearbeitet. Ebenso wurden Fragen und Anregungen der im *Pre-Test* befragten Personen berücksichtigt.

2.1. Aufbau Fragebogen

Der Fragebogen wurde im Wesentlichen aus *geschlossenen Fragen* aufgebaut; die Antwortkategorien waren vorgegeben.

Eingeleitet wurde der Fragebogen mittels so genannter *Eisbrecherfragen*: Fragen mit einfacher Struktur, wie jener nach Geburtsjahr oder dem Geschlecht.

Als *offene Fragen* gestaltet wurden lediglich jene nach dem Geburtsjahr, sowie die Frage nach den von den Befragten konsumierten Sendungen über Gesundheit.

Mit *Skalen-Fragen*²⁷⁸ wurden Häufigkeiten bezüglich Intensität des Informationsverhaltens von Patienten, Meinungen bezüglich Reaktion des Arztes auf gestellte Fragen und Wünsche betreffend die Komplexität der Berichterstattung abgefragt.

Die Frage nach der Zufriedenheit mit dem Arzt-Patienten Gespräch ist der Kategorie der *Bilanzfragen* nach Atteslander zuzuordnen.²⁷⁹

Die übrigen Fragen wurden als *Mehrfachauswahl-Fragen* gestellt, wobei jene nach Webseiten bzw. Fernsehsendungen als medizinische Infor-

²⁷⁷ Vgl. Atteslander, Peter, S 134.

²⁷⁸ Atteslander, Peter, S 138.

²⁷⁹ Vgl. Atteslander, Peter, S 144.

mationsquellen – zur Ergänzung der jeweils angeführten Liste – als *Hybridfragen* ausgestaltet waren.²⁸⁰

Die überwiegende Verwendung von *geschlossenen Fragen* ist in der guten Auswertbarkeit sowie in dem infolge des gewählten Settings, das einen nicht unerheblichen Anteil geringer gebildeter beziehungsweise älter Patienten vorgab, begründet: „Geschlossene Fragen erbringen (...) eine größere Einheitlichkeit der Antworten und erhöhen dadurch die Vergleichbarkeit. (...) Weniger gebildeten Auskunftspersonen entsprechen sie insofern besser, als diese oft überfordert sind, Probleme spontan und differenziert auszudrücken.“²⁸¹

Diese Feststellung bestätigte sich beim durchgeführten *Pre-Test*. Zu komplexe, beziehungsweise offene, Fragestellungen haben dazu geführt, dass die betreffenden Fragen häufig nicht beantwortet wurden. Zur Vermeidung dieser Probleme wurde der ursprünglich teils offen gestaltete Fragebogen auf überwiegend geschlossene Fragen reduziert. Weiterer Vorteil dieser Gestaltung ist, dass sie sich gut für die Prüfung von Hypothesen eignet.²⁸²

Ausgewertet wurde der standardisierte Fragebogen mit dem Computerprogramm *SPSS*, Version 17. Die ausgewerteten Fragen werden in vorliegender Arbeit in deskriptiver Form dargestellt.

²⁸⁰ Mayer, Horst-Otto, S 92.

²⁸¹ Atteslander, Peter, S 139.

²⁸² Vgl. Atteslander, Peter, S 139.

3. Forschungsfragen und Hypothesen

Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten empirischen Erhebungen wurden – aufbauend auf den zuvor formulierten *allgemeinen Forschungsfragen* – folgende Forschungsfragen zugrundegelegt und daraus die entsprechenden zu überprüfenden Hypothesen abgeleitet:

FF₁: Löst das Rezipieren (also passive Recherche) von medizinischen Informationen im Fernsehen weitere aktive Recherchen aus?

- o **H₁:** Je älter Patienten sind, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Rezipieren von medizinischen Informationen im Fernsehen eine aktive Recherche auslöst.
- o **H_{1.1}:** Je jünger die Patienten sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine aktive Recherche ausgelöst wird.
- o **H_{1.2}:** Je höher der Ausbildungsgrad, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass aktiv recherchiert wird.
- o **H_{1.2.1}:** Je niedriger der Ausbildungsgrad, desto niedriger die Wahrscheinlichkeit, dass aktiv recherchiert wird.
- o **H_{1.3}:** Weibliche Patienten setzen sich mehr mit Gesundheitsfragen auseinander und recherchieren aktiver im Internet.
- o **H_{1.3.1}:** Männliche Patienten setzen sich generell weniger mit Gesundheitsthemen auseinander, daher ist auch die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sie nach der Rezeption von Fernsehberichterstattungen aktiv recherchieren.

FF₂: Welchen Einfluss haben die aufgenommenen medizinischen Informationen auf das Gespräch mit dem Arzt?

- o **H₂:** Wenn der Patient informiert ist, dann hat das Auswirkungen auf das Gespräch.
- o **H_{2.1}:** Je mehr der Patient informiert ist, desto negativer ist die Kommunikationskultur beim Arzt.

FF₃: Kann es mitunter *gefährlich* sein, medizinische Themen vereinfacht darzustellen und eine *Medizin light* medial aufzubereiten?

- o **H₃:** Die vereinfachte Darstellung von komplexen medizinischen Zusammenhängen in den Medien kann zum Missverstehen der Erkrankungen bzw. Therapieformen führen.
- o **H_{3.1}:** Je vereinfachter komplexe medizinische Erkrankungen in den Medien dargestellt werden, desto eher kommt es zu einem Missverstehen der Erkrankung bzw. der Therapieform.

FF₄: Kommt es durch die Vorstellung von Krankheiten in den Medien zu einer *Massenhysterie*?

- o **H₄:** Wird eine Krankheit in den Medien vorgestellt, führt dies zu einer Erhöhung der Frequenz, mit der Patienten infolge des vermeintlichen Vorliegens der vorgestellten Erkrankung beim Arzt vorstellig werden.
- o **H_{4.1}:** Je intensiver spezielle Krankheiten in den Medien diskutiert werden, desto mehr fühlen sich Rezipienten von dieser Krankheit betroffen.

FF₅: Inwiefern kommt es durch die Vorinformation/Voreingenommenheit des Patienten zu einer Belastung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patienten und Arzt?

- o **H₅:** Je *medieninformierter* (Boulevard/Talkshows) Patienten sind, desto schlechter das Patienten-Arzt Verhältnis.
- o **H_{5.1}:** Je *fakteninformierter* (aktive Recherche in Zeitungen/Internet) Patienten sind, desto positiver ist das Patienten-Arzt-Verhältnis.

FF₆: Worin ist die Ablehnung vieler Ärzte informierten Patienten gegenüber begründet? Welche Auswirkungen sind für den Patienten aus einer Konfrontation des Arztes mit seiner Sichtweise zu erwarten?

- o **H₆:** Wenn Patienten voreingenommen und suggestiv informiert zum Arzt kommen, dann reagiert dieser ablehnend.

4. Beschreibung Setting

Die Erhebung erfolgte in einer Facharztordination für Orthopädie und orthopädische Chirurgie in 1170 Wien.

Die Wahl ist dabei unter anderem aus folgenden Gründen auf eine orthopädische Ordination gefallen:

- o Orthopädische Erkrankungen sind – nicht zuletzt aufgrund steigender Lebenserwartung – im Vormarsch: „Als ‚Problembereich‘ Nummer Eins erweist sich bei den chronischen Gesundheitsproblemen der Rücken: Rund ein Drittel der Personen im Alter von 15 und mehr Jahren, also fast 2,3 Mio. Menschen, leiden unter Wirbelsäulenbeschwerden.“²⁸³
- o Die Problematik der durch Medien verbreiteten Informationen (v.a. durch die bekannten Aspekte der Dramatisierung, Sensationalisierung etc.) hat vor allem in jenen Bereichen der Medizin Relevanz, in denen es um die Verbesserung der Lebensqualität geht, so etwa in der Orthopädie.
- o „Angesichts der sozioepidemiologischen Entwicklung wird eine fundierte, durch die Pflege mitgetragene Patientenedukation künftig zentral sein für die Versorgungsqualität von Menschen mit chronischen Erkrankungen.“²⁸⁴

5. Erhebung und Datenerfassung

Die Fragebögen wurden für einen Zeitraum von zwei Wochen – von 25.5.2009 bis 5.6.2009 – aufgelegt. Die Patienten wurden am Empfang um Mithilfe bei der empirischen Studie gebeten.

Insgesamt wurden im Erhebungszeitraum 275 ausgefüllte Fragebögen abgegeben. Eine weitere Ausdehnung des Zeitraums hätte sich infolge der Tatsache, dass die Ordination einen hohen Anteil regelmäßig wiederkehrender Patienten aufweist, in einer nur unwesentlich gesteigerten Anzahl an Fragebögen ausgewirkt.

²⁸³ Statistik Austria, S 9.

²⁸⁴ Müller-Mundt, Gabriele S 104

Im Zuge der Auswertung wurden alle ausgefüllten Bögen berücksichtigt, wobei in die Auswertung der Daten jeweils nur jene Fragebögen einbezogen wurden, die gültige Antworten aufwiesen. Da einzelne Fragen auf vorhergehenden Antworten basieren („wenn ja, dann“), ist die Anzahl der Fälle zum Teil deutlich geringer.

6. Allgemeine Anmerkungen zur Erhebung

Bedingt durch die Wartezeit der Patienten in der Ordination war die Bereitschaft, Fragebögen auszufüllen, sehr groß. Auch konnte so eine hohe Rücklaufquote gewährleistet werden.

Den Patienten wurde beim Ausfüllen die Möglichkeit geboten, sich im Falle von Verständnisfragen an mich zu wenden.

Die Anonymität der Patienten wurde durch die Aufstellung einer Einwurfbox gewahrt.

Ein praktisches Problem ergab sich im Verlauf der Umfrage; da viele Patienten auf eine Lesebrille angewiesen sind, diese jedoch nicht bei sich hatten. 23 Patienten wurde der Fragebogen daher mit einem Kuvert nachhause mitgegeben. Von diesen 23 kamen 14 im Kuvert zurück. Ob die restlichen 9 Fragebögen im Zuge eines neuerlichen Arztbesuchs ohne Kuvert in der Einwurfbox deponiert wurden, kann nicht beantwortet werden.

In der Ordination, in welcher die empirische Erhebung durchgeführt wurde, steht den Patienten an einem Wochentag ein türkischer Vertretungsarzt zur Verfügung. Um eine Verfälschung der Ergebnisse durch sprachlich bedingte Verständnisprobleme in Bezug auf den Fragebogen zu vermeiden, wurde dieser Wochentag aus der Erhebung ausgenommen.

Zu berücksichtigen ist – wie generell bei der Befragung von Patienten
– eine mögliche Subjektivität der gegebenen Antworten.

„Wenn hierzulande in großen Befragungen auch immer wieder hohe Zufriedenheitswerte der Bevölkerung mit der ärztlichen Sorgfalt und Professionalität erhoben werden, so müssen doch einige Aspekte berücksichtigt werden. Patienten geben teilweise Antworten ‚ihrem Behandler zuliebe‘ und die Patienten sind möglicherweise in ihren Erwartungen recht bescheiden geworden.“²⁸⁵

Die vorliegenden Ergebnisse sind daher diesbezüglich kritisch zu betrachten.

²⁸⁵ Degn, Barbara / Dörflinger, Roland, S 62.

7. Ergebnisse der Erhebung

Im folgenden Abschnitt werde ich zunächst die generellen Ergebnisse der Erhebung darstellen und auf die Korrelation zwischen den Ergebnissen verschiedener Fragen eingehen.

Um den Umfang der empirischen Ausführungen nicht zu sprengen, werde ich mich dabei auf Zusammenhänge zwischen jenen Fragen beschränken, bei welchen sich erkennbare Einflüsse ableiten lassen. Einzelne Fragenkombinationen, bei denen entgegen der Erwartung kein Einfluss erkennbar ist, sind ergänzend angeführt.

Im Anschluss wird auf die aufgestellten Hypothesen eingegangen und anhand der erhobenen Daten geprüft, ob sich diese verifizieren beziehungsweise falsifizieren lassen.

7.1. Demographische Daten

Das Alter der Patienten wurde aus dem mittels Fragebogen erhobenen Geburtsjahr nach folgender Formel ermittelt: „Alter = 2009 – Jahr“.

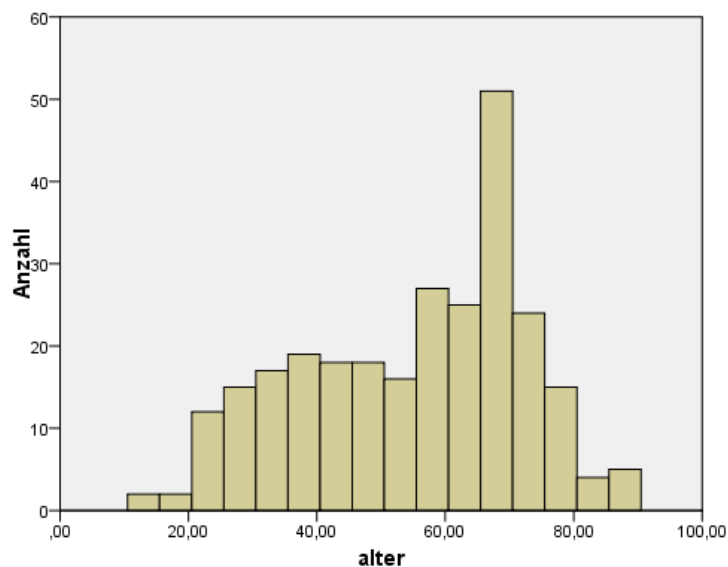


Abbildung 3: Verteilung Alter

Als Folge des für die empirische Erhebung gewählten Settings – Patienten einer orthopädischen Facharztordination – zeigte sich ein hoher

Anteil an über 60-jährigen Patienten, wobei sich bei der Anzahl von Patienten Ende 60 eine Spitze ergab.

Unter Anwendung einer Klassifikation, die der höheren Häufigkeit älterer Patienten gerecht wird, ergibt sich folgendes Bild:

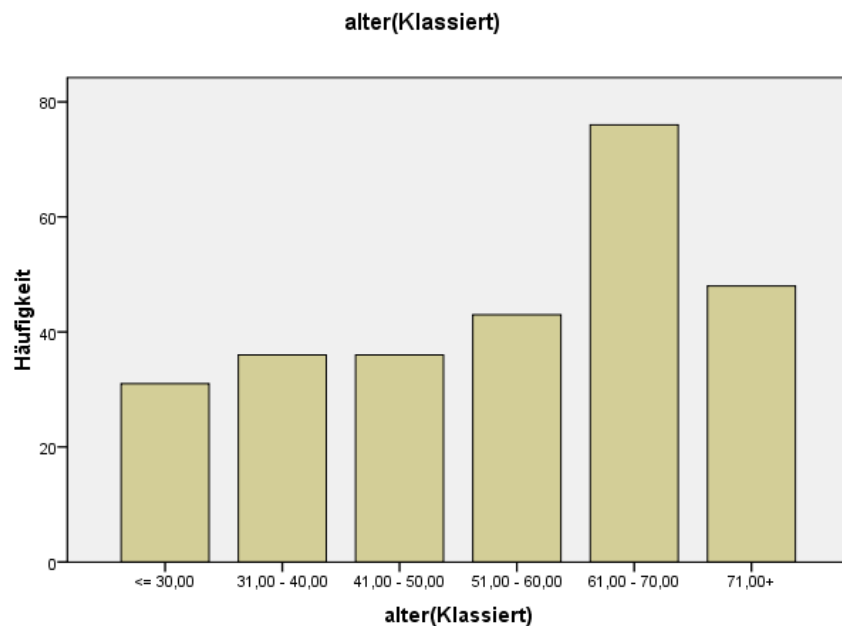


Abbildung 4: Klassifizierung Alter

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	<= 30,00	31	11,3	11,5	11,5
	31,00 - 40,00	36	13,1	13,3	24,8
	41,00 - 50,00	36	13,1	13,3	38,1
	51,00 - 60,00	43	15,6	15,9	54,1
	61,00 - 70,00	76	27,6	28,1	82,2
	71,00+	48	17,5	17,8	100,0
	Gesamt	270	98,2	100,0	
Fehlend	System	5	1,8		
	Gesamt	275	100,0		

Tabelle 2: Klassifizierung Alter

Abgesehen von der überdurchschnittlich vertretenen Gruppe der 61- bis 70-jährigen Patienten ergibt sich eine gleichmäßige Verteilung auf die gewählten Klassen.

Was das Geschlecht der Patienten betrifft, zeigt sich mit rund 66% ein klarer Überhang weiblicher gegenüber männlichen Patienten.

Geschlecht(Klassiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Weiblich	180	65,5	65,9	65,9
	Männlich	93	33,8	34,1	100,0
	Gesamt	273	99,3	100,0	
Fehlend	System	2	,7		
	Gesamt	275	100,0		

Tabelle 3: Anteil Geschlecht

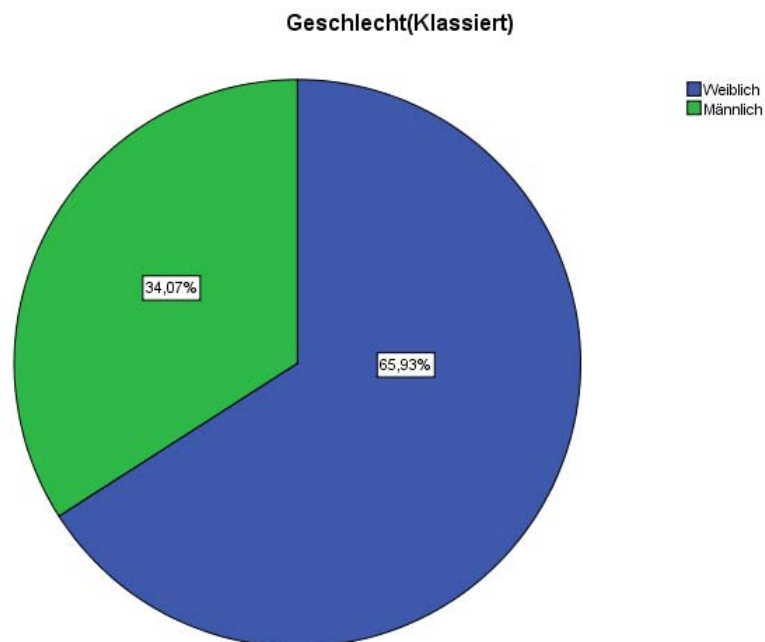


Abbildung 5: Anteil Geschlecht

Der Anteil der Patienten, die als höchste abgeschlossene Ausbildung einen Maturaabschluss oder ein Studium angaben, macht mit rund 53% etwa die Hälfte aus. 47% der Befragten haben einen Pflichtschulabschluss bzw. eine abgeschlossene Lehre.

Höchste abgeschl. Ausb(Klassiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Pflichtschule	38	13,8	14,2	14,2
	Lehre	88	32,0	32,8	47,0
	Matura	82	29,8	30,6	77,6
	Universität	60	21,8	22,4	100,0
	Gesamt	268	97,5	100,0	
Fehlend	System	7	2,5		
	Gesamt	275	100,0		

Tabelle 4: Höchste abgeschlossene Ausbildung

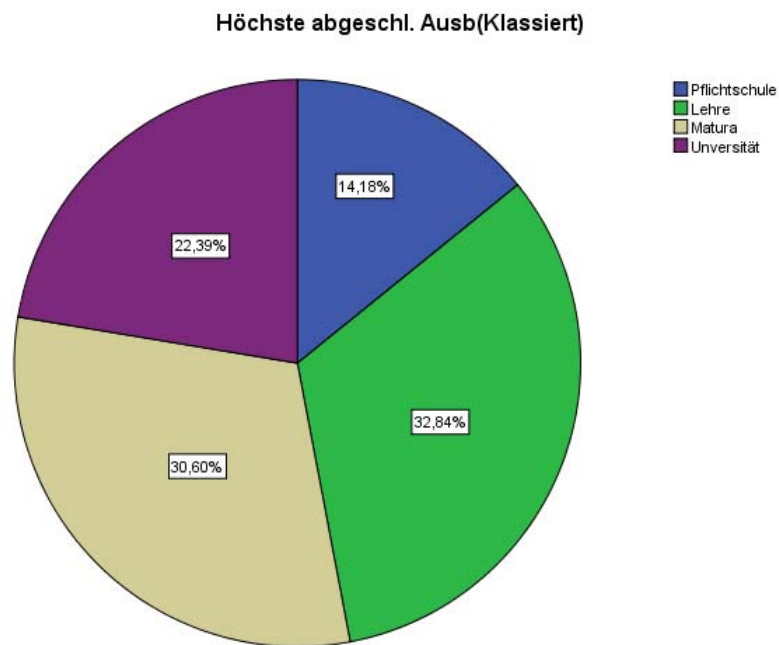


Abbildung 6: Höchste abgeschlossene Ausbildung

7.2. Daten zur Mediennutzung Fernsehen

Während rund 91% der Befragten Gesundheitsberichterstattung im Fernsehen verfolgen, wovon rund 32% die Frage mit ja, 58% mit manchmal beantworteten, meinten lediglich rund 9%, nie medizinische Sendungen zu konsumieren.

Gesundheitsberichterstattung im TV					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	88	32,0	32,2	32,2
	manchmal	160	58,2	58,6	90,8
	nie	25	9,1	9,2	100,0
	Gesamt	273	99,3	100,0	
Fehlend	System	2	,7		
	Gesamt	275	100,0		

Tabelle 5: Verfolgt Gesundheitsberichterstattung im Fernsehen

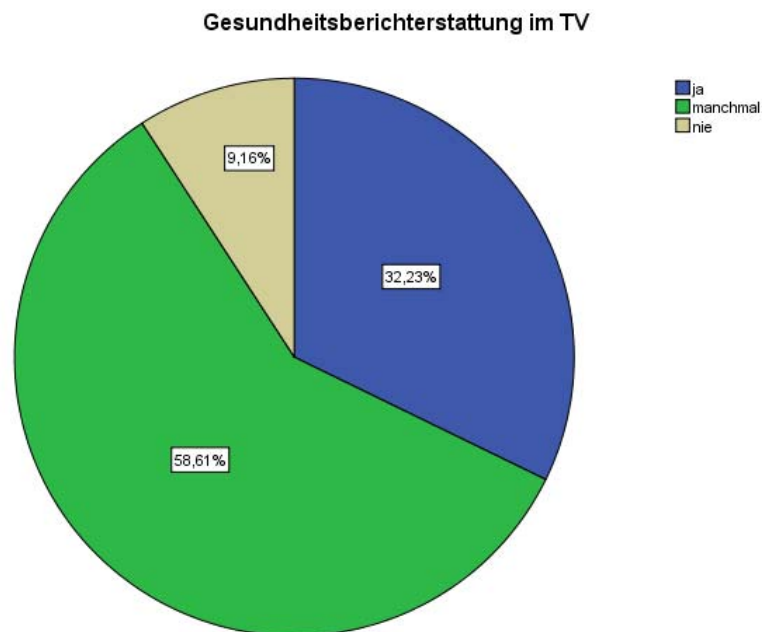


Abbildung 7: Verfolgt Gesundheitsberichterstattung im Fernsehen

Auf die Frage nach der Art der Aufnahme medizinischer Informationen im Fernsehen meinten rund 48%, bewusst Sendungen zu medizinischen Themen anzusehen, während 52% solche medizinischen Berichte nur nebenbei oder zufällig konsumieren.

TV bewußt / zufällig					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Bewusst	118	42,9	47,6	47,6
	nebenbei/zufällig	130	47,3	52,4	100,0
	Gesamt	248	90,2	100,0	
Fehlend	System	27	9,8		
	Gesamt	275	100,0		

Tabelle 6: Verfolgt medizinische Themen bewusst / zufällig

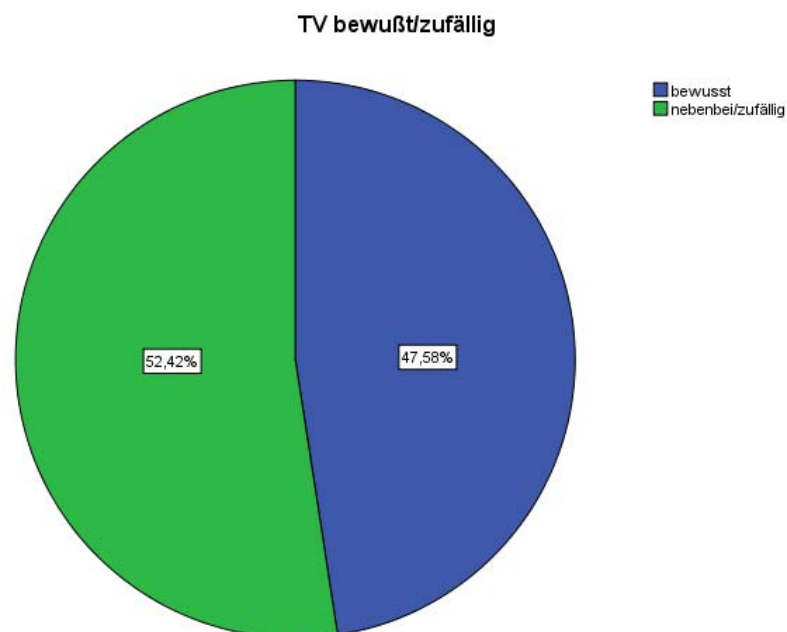


Abbildung 8: Verfolgt medizinische Themen bewusst / zufällig

Mit zunehmendem Alter der Patienten zeigt sich ein geringfügiger Anstieg, was die Verfolgung von Medien in Bezug auf medizinische Themen betrifft – sowohl allgemein als auch krankheitsspezifisch – wobei sich bei den über 70-jährigen wiederum ein Rückgang bemerkbar macht.

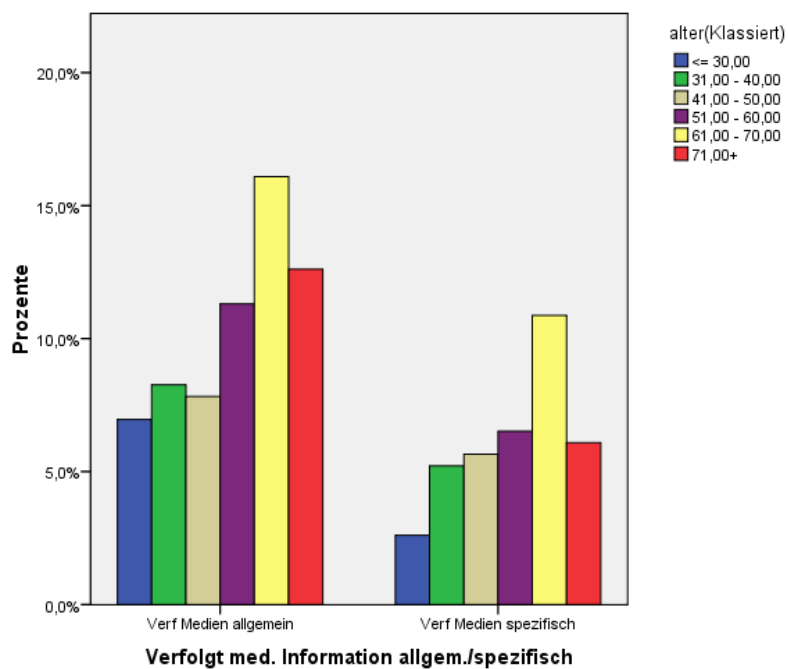


Abbildung 9: Verfolgt medizinische Themen nach Alter

Innerhalb der Fragen zeigt sich eine geschlechtsspezifisch geringfügig höhere Verfolgung der Medien bei Frauen als bei Männern.

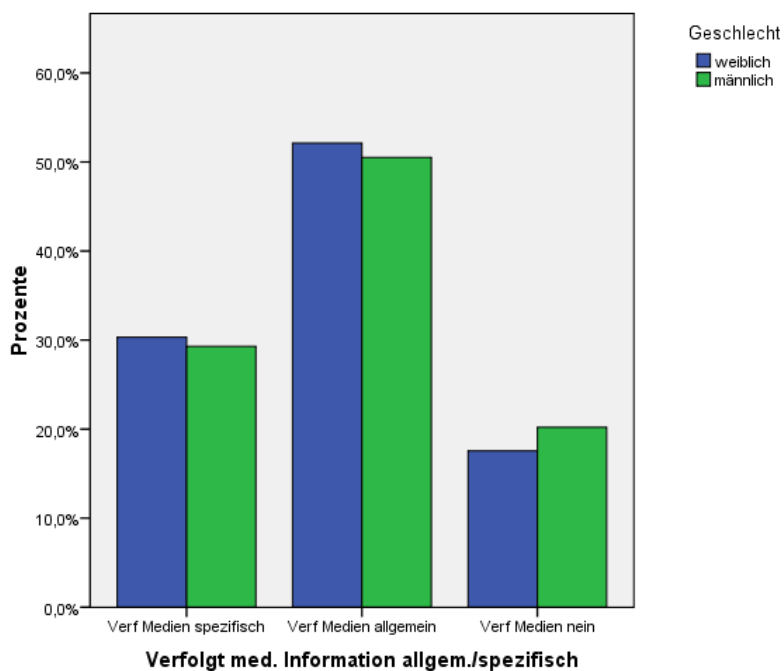


Abbildung 10: Verfolgt medizinische Themen nach Geschlecht

Der Zusammenhang zwischen der Frage nach dem Verfolgen von Gesundheitsthemen in den Medien und jener, ob dies bewusst geschieht, stellt sich wie folgt dar.

Gesundheitsberichterstattung im TV * TV bewusst / zufällig Kreuztabelle				
Anzahl				
		TV bewusst/zufällig		Gesamt
		bewusst	nebenbei/zufällig	
Gesundheitsberichterstattung im TV	Ja	62	25	87
	Manchmal	56	101	157
	Nie	0	4	4
	Gesamt	118	130	248

Tabelle 7: Verfolgt medizinische Themen ja / nein – bewusst / zufällig

Die größte Anzahl an Nennungen erfolgte hier mit 101 Nennungen und rund 41% bei Patienten, die manchmal medizinische Themen verfolgen und zufällig mit einem entsprechenden Bericht im Fernsehen konfrontiert werden. Mit 25% die zweitgrößte Gruppe ist jene derer, die Gesundheitsberichte im TV verfolgen und die Sendungen bewusst auswählen.

Die Frage nach den in Bezug auf Gesundheitsthemen konsumierten Sendungen ergab folgende Nennungen:

tv_sendg
17:40 Frühling-Sommerzeit etc (1); aktuelles aus Krebsforschung (1); alle (5); alles (3); alles mögliche (1); alles über Gesundheit (1); Allg. (1); allgemeines (1); ALTERNATIV-MEDIZIN (1); Bankhofer, der gläserne Mensch (1); Barbara Stöckl (2); Bayern (1); Bayerisches FS, Radio (1); Berichte in div. Info Sendg (1); Brustkrebs Herz (Herzklappe) Ernährung (1); Deutsche Programme (MDR-NDR) (1); deutsches Fernsehen (1); Die Kinderärzte (1); Diskussionen (1); div. (1); diverse (1); Dokumentar Sendungen (1); Dokumentationen (1); Dokumentationen, Die Sprechst, Talksh (1); Dr.Haus Do im ORF (1); Ernährung und alles über Krebs (1); Ernährung, fit bleiben (1); Fachthemen (1); fast alle (2); für mich interessante (1); Galileo (1); ganz unterschiedlich (1); Gelenke Abnutzung (1); Gelenke Abnutzung (1); größtenteils in dt. TV (1); habe kein TV (1); Habe keinen Fernseher (1); hauptsächlich Ernährungssend. (1); help TV, N24 (1); Herz,Lunge,Gefäße (1); Herz&Kreislauf (1); k.A. (1); keine (4); KEINE AUSGEWÄHLTEN (1); keine bestimmte (1); keine speziellen (1); keine speziellen, nur zufällig (1); KONKRET (2); Konkret, Thema, Nachrichten Arte:Fokus (1); Konsumentenmagazin (1); Krankheiten, die mich/meine Partnerin betr. (1); lt. Programmzeitschr (1); Medizinische (1); Meist Produktionen 3-sat/NDR (1); mich betreffendm v.a. Wirbelsäule,Hüft-OP, sturzfolgen (1); modern times, report, newton, help-tv (1); möglichst viele (1); Montags im BR Fernsehen (1); Nachrichten (1); NDR Visite (1); Nichts konkretes. Es sind eher Berichte diverser Formate (1); ORF (1); ORF wenig Sendungen, meistens Bayern Abendsendg (1); ORF, Du bist was du isst (1); orf,bsga,ntf (1); ORF2/ab 17:15h (1); Premiere Dokus (1); Report (2); Report, Help (1); Reportagen, aktuelle Gesundheitsberichte,Teletext (1); sämtliche (1); Sat 3 (1); Sendungen mit Themen wie Ernährung,Fitnes,Prohylaxe,Reiseerkr.,Impfungen, Gynakologie, Reportagen über diese Themen (1); Sport-Bewegung-Ernährung (1); versch ZDF/ORF (1); verschiedene, nichts spezielles, allgemein (1); verschieden - allgemein (1); verschiedene (3); verschiedene (über Bluthochdruck) (1); Verschiedene, für mich relevante, med, Entwicklungen (1);

verschiedene, je nachdem was ich zufällig sehe (1); Viel auf 3Sat ect. (1); Vieles verschiedenes (1); vorsorge (1); was gerade läuft & interessiert (1); weiß Namen nicht (1); Welche, in TV-Sendungen sind. (1); wenn möglich alle (1); Willkommen Österreich (1); Willkommen Österreich, Report (1); Willkommen Österreich, ZIB2 (1); Wirbelsäule (1); Wirbelsäule, Diabetes, Herz, Augen (1); Wissen spezial, Gallileo, etc (1); Wissenssendungen (Gallileo) (1); Wissenschaftsmagazin (1); Zeitung, ORF (1); ZIB Report (1); zufällig (1); ZUFALL (1); Zufall, wenn interesse (1); zufällig wenn ein Bericht in Report oder ähnlichen Inform Sendungen läuft (1);

Tabelle 8: Sendungen als Quelle medizinischer Information

7.3. Daten zur Mediennutzung Printmedien/Internet

Zur Frage, ob die Patienten medizinische Artikel lesen, gaben rund 76% an, dies in Zeitungen zu tun. 38% nutzen zu diesem Zweck das Internet, 14% lesen keine medizinischen Artikel.

		Anzahl der Spalten (%)
Liest Artikel in	liest med. Artikel in: Zeitung	76,3%
	liest med. Artikel in: Internet	37,6%
	liest med. Artikel in: weder noch	13,9%

Tabelle 9: Liest Artikel in Zeitung / Internet

Bezogen auf das Internet und die darin für die Suche nach medizinischen Themen bevorzugten Seiten gaben die Befragten folgende Antworten:

		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Sucht Gesundheitsinformation auf welchen Seiten im Internet	Internet Netdoctor.at	48	24,1%
	Internet orf.at	12	6,0%
	Internet herold.at	9	4,5%
	Internet wikipedia	74	37,2%
	Internet google	104	52,3%
	Internet gar nicht	62	31,2%
	Internet andere	7	3,5%

Tabelle 10: Internet-Quellen medizinischer Information

Dabei zeigt sich, dass *Google* als allgemeine Suchmaschine mit rund 52% eine zentrale Rolle bei der Informationssuche auch nach medizinischen Inhalten spielt, gefolgt von *Wikipedia* als reine Wissensdatenbank mit 37% und *Netdoctor* mit 24%. *Herold* als Telefonbuch und *ORF* als Internetpräsenz des Fernsehsenders sowie andere Quellen spielen eine untergeordnete Rolle. Keine Internetnutzung gaben 31% an, was angesichts der Altersstruktur nachvollziehbar ist.

Patienten, die andere Webseiten als Quelle nutzen, gaben dabei folgende Nennungen ab:

Int_andr
Ärztammer (1); Colitis Ulcerosa Foren (1); diverse andere in in- und ausländischen (1); Habe kein Internet (8); news.at (1); Österreich Zeitung (1); versch.Fachseiten, auch beruflich (1); www.pubmed.com (1);

Tabelle 11: Andere Webseiten als Quelle medizinischer Information

7.4. Intensität und Ziele der Mediennutzung

Als Ergebnis der auf Ursache bzw. Auslöser der Informationsgewinnung abzielenden Frage, ob die Patienten die Medien, in Bezug auf eine vorliegende Vorerkrankung, spezifisch verfolgen, oder ob dies eher allgemein erfolgt, zeigt sich mit rund 56% ein klarer Überhang allgemeiner Informationsrezeption. Spezifische Themen im Zusammenhang mit einer bestehenden Vorerkrankung gaben rund 33% der Befragten als Auslöser der Rezeption bzw. Recherche an; 20% verfolgen die Medien gar nicht in Bezug auf medizinische Themen.

		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Verfolgt med. Information all-gem./spezifisch	Verf Medien spezifisch	88	33,1%
	Verf Medien allgemein	149	56,0%
	Verf Medien nein	53	19,9%

Tabelle 12: Verfolgt Medien spezifisch / allgemein

In diesem Zusammenhang ist nochmals auf das gewählte Setting hinzuweisen. Bei den Patienten einer orthopädischen Ordination ist in der Regel vom Vorliegen einer (Vor-)Erkrankung auszugehen.

Die Einschätzung der Patienten, wie intensiv sie sich zum Thema Gesundheit informieren, stellt sich wie folgt dar:

Intensität Information Gesundheit (transp)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	3	1,1	1,1	1,1
	eher weniger	44	16,0	16,5	17,7
	mäßig intensiv	120	43,6	45,1	62,8
	Intensiv	75	27,3	28,2	91,0
	sehr intensiv	24	8,7	9,0	100,0
	Gesamt	266	96,7	100,0	
Fehlend	System	9	3,3		
	Gesamt	275	100,0		

Tabelle 13: Intensität der Information zum Thema Gesundheit

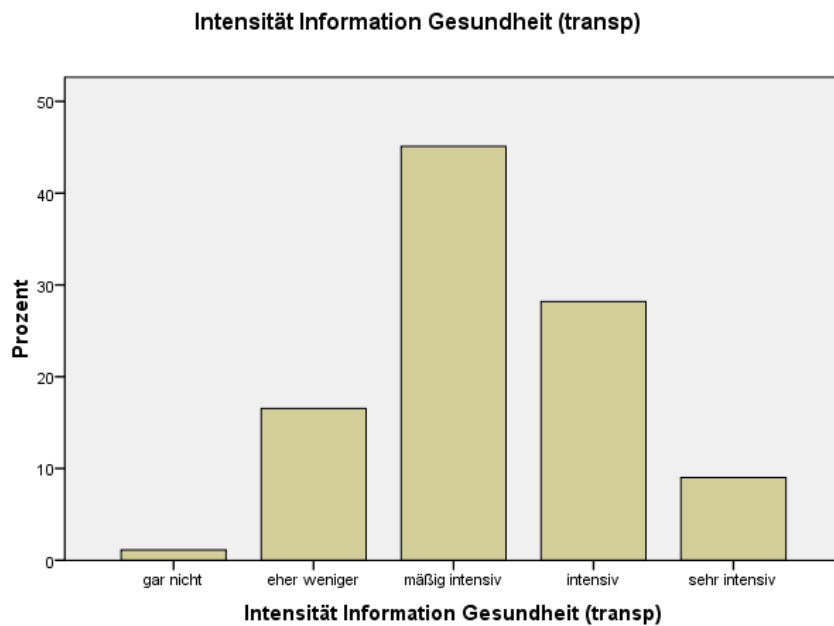


Abbildung 11: Intensität der Information zum Thema Gesundheit

Aus dem Alter der Patienten lässt sich kein eindeutiger Trend auf die Intensität, mit der sich Patienten über Gesundheit informieren, ablesen. Während bei den unter 30-jährigen die in der Mitte der Skala angesiedelte Nennung „mäßig intensiv“ vorherreicht, zeigt sich mit steigendem Alter eine Polarisierung in Richtung der Angaben „eher weniger“ und „intensiv“.

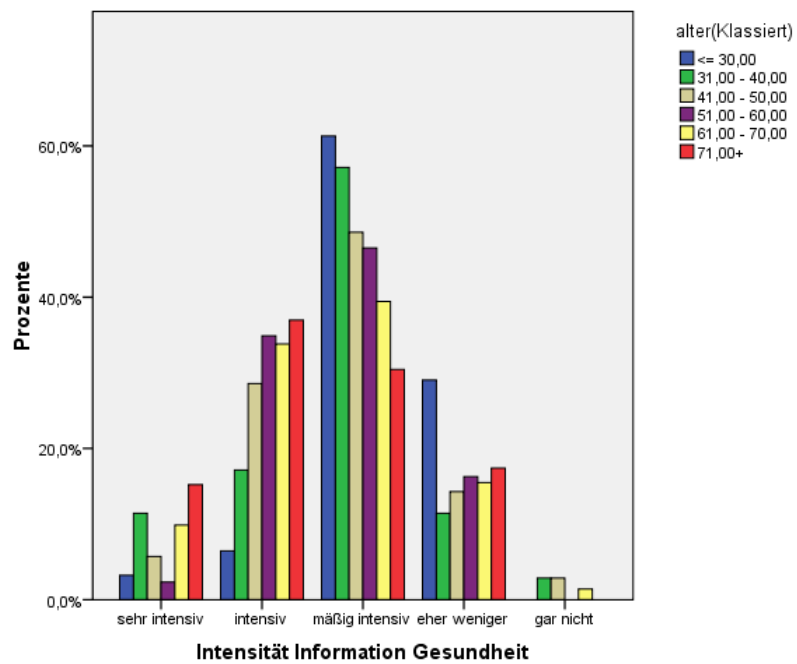


Abbildung 12: Intensität der Information nach Alter

Die Frage, ob eine Sendung beziehungsweise ein Artikel bereits Auslöser für eine weitere Recherche waren, beantworteten rund 45% mit Ja.

Sendung Anlass für Recherche					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	111	40,4	44,9	44,9
	nein	136	49,5	55,1	100,0
	Gesamt	247	89,8	100,0	
Fehlend	System	28	10,2		
	Gesamt	275	100,0		

Tabelle 14: Sendung Anlass für Recherche

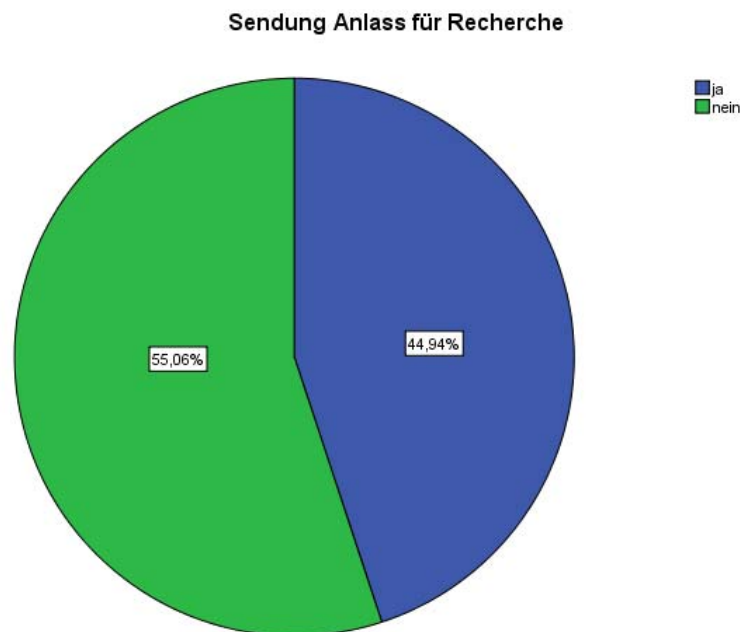


Abbildung 13: Sendung Anlass für Recherche

Hier zeigt sich eine Abhängigkeit von der höchsten abgeschlossenen Ausbildung: Die Häufigkeit, dass Patienten aktiv tiefergehende Informationen über rezipierte Inhalte suchen, nimmt mit zunehmendem Bildungsgrad zu.

Sendung Anlass für Recherche * Höchste abgeschl. Ausb(Klassiert) Kreuztabelle							
			Höchste abgeschl. Ausb(Klassiert)				Gesamt
			Pflichtschule	Lehre	Matura	Universität	
Sendung Recherche	ja	Anzahl	12	29	39	30	110
		% innerhalb von Höchs- te abgeschl. Ausb(Klassiert)	38,7%	37,7%	50,0%	53,6%	45,5%
	nein	Anzahl	19	48	39	26	132
		% innerhalb von Höchs- te abgeschl. Ausb(Klassiert)	61,3%	62,3%	50,0%	46,4%	54,5%
Gesamt		Anzahl	31	77	78	56	242
		% innerhalb von Höchs- te abgeschl. Ausb(Klassiert)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 15: Sendung Anlass für Recherche nach Ausbildung

Eindeutig zeigt sich der Zusammenhang zwischen der Intensität der Auseinandersetzung mit Medizin und der Wahrscheinlichkeit einer Recherche nach dem Konsum einer Sendung zu medizinischen Themen.

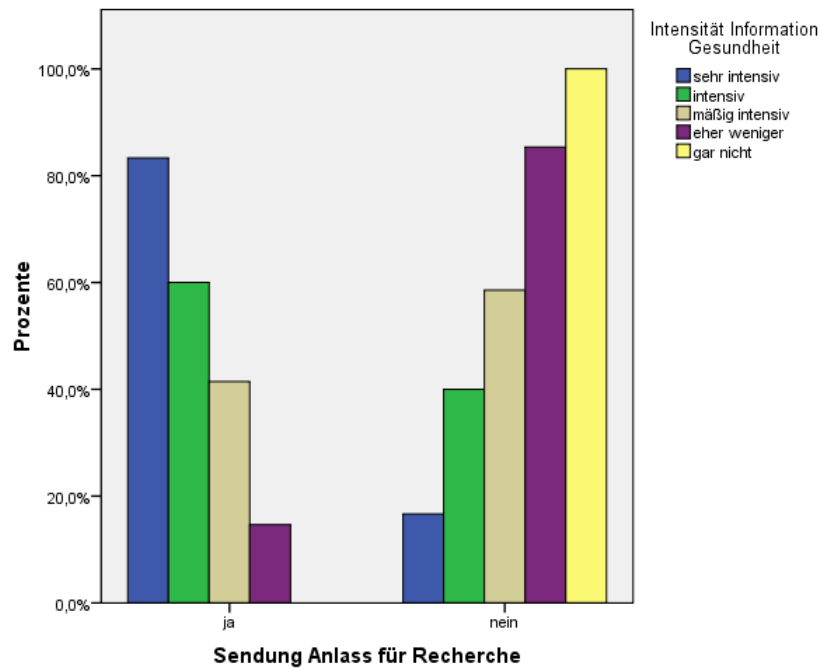


Abbildung 14: Sendung Anlass für Recherche nach Intensität

Auch besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen medizinischem Informationsniveau, und der Wahrscheinlichkeit einer auf den Konsum einer Medizinsendung folgenden aktiven Recherche.

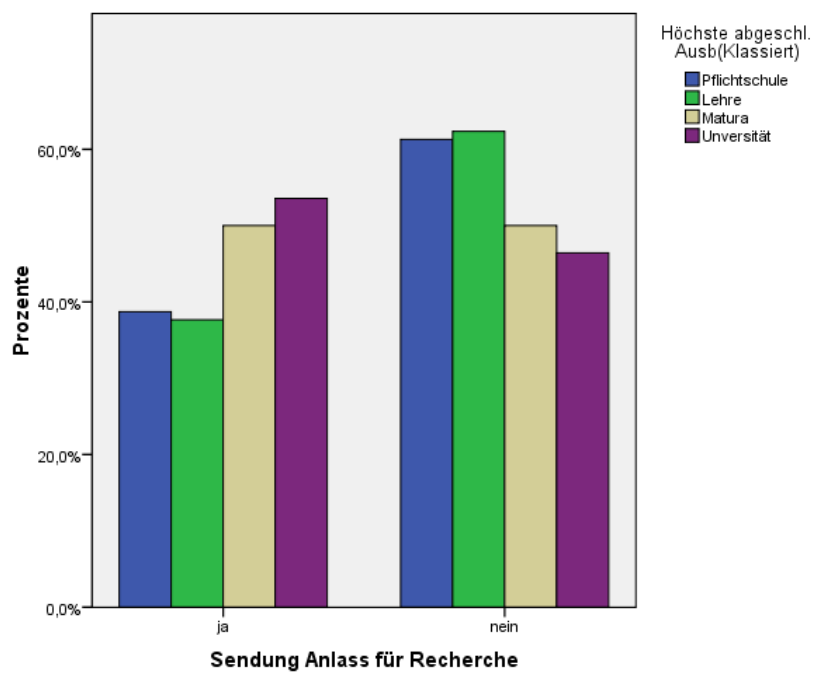


Abbildung 15: Sendung Anlass für Recherche nach Ausbildung

In Vorbereitung eines anstehenden Arztbesuches haben sich mit 62,5% der Patienten knapp zwei Drittel aktiv informiert.

Informiert vor Arztbesuch					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	162	58,9	62,5	62,5
	Nein	97	35,3	37,5	100,0
	Gesamt	259	94,2	100,0	
Fehlend	System	16	5,8		
	Gesamt	275	100,0		

Tabelle 16: Informiert vor Arztbesuch



Abbildung 16: Informiert vor Arztbesuch

Als Quelle der aktiven Vorbereitung auf das Gespräch mit dem Arzt haben die Patienten dabei folgende Quellen herangezogen.

		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Information vor Arztbesuch wo	Inf. vor Arztbesuch: Zeitung	50	30,5%
	Inf. vor Arztbesuch: Internet	83	50,6%
	Inf. vor Arztbesuch: Bekannte	78	47,6%

Tabelle 17: Quelle Information vor Arztbesuch

In Abhängigkeit mit dem Ausbildungsgrad zeigt sich als klare Tendenz, dass höher gebildete dazu tendieren sich mehr vorzuinformieren als Angehörige niederer Bildungsschichten.

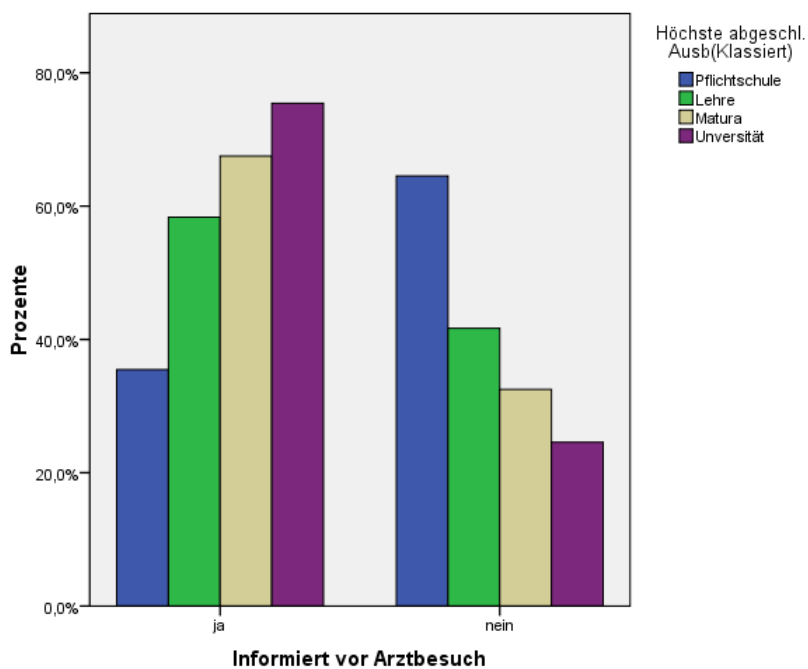


Abbildung 17: Quelle Information vor Arztbesuch

In Bezug auf die Quelle der Vorinformation zeigt sich mit zunehmendem Bildungsgrad eine Tendenz zugunsten des Internet, mit sinkendem Bildungsgrad zugunsten von Zeitungen und Bekannten bzw. Verwandten als Informationsquelle.

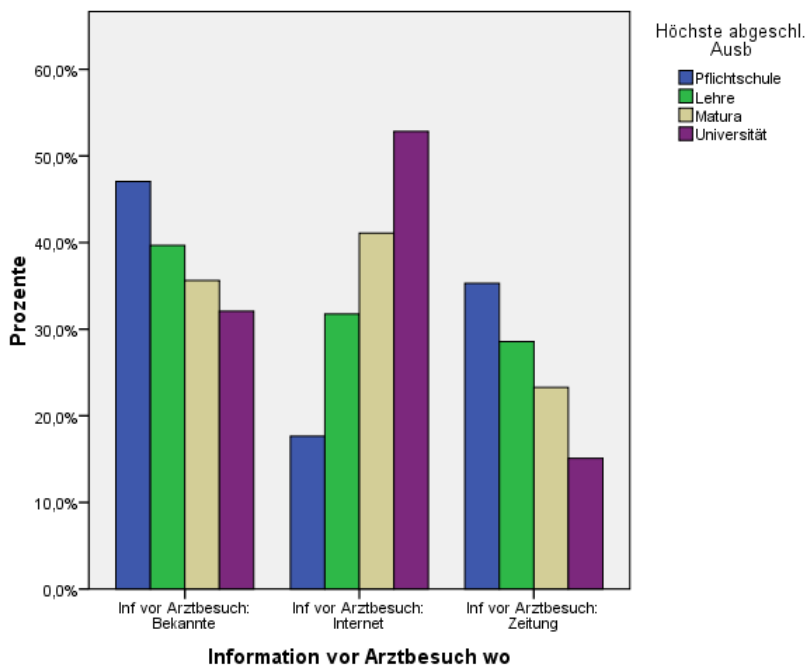


Abbildung 18: Quelle Information vor Arztbesuch nach Ausbildung

Hinsichtlich des Alters zeigt sich ein ähnlicher, wenn auch geringerer Effekt: Mit zunehmendem Alter geht die Tendenz weg vom Internet und hin zu Zeitung und Bekannten beziehungsweise Verwandten als Informationsquelle.

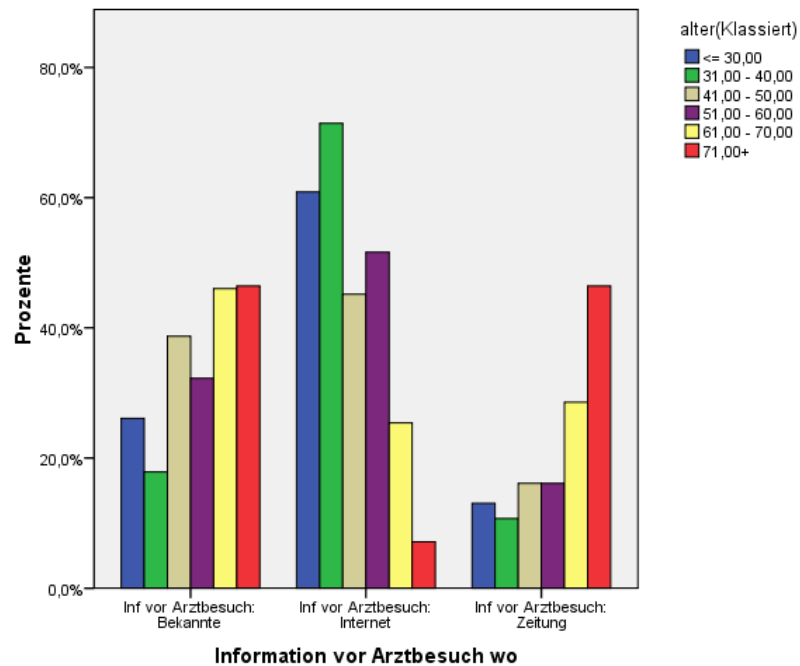


Abbildung 19: Quelle Information vor Arztbesuch nach Alter

7.5. Auswirkung der Rezeption

Auf die Frage, ob sie im Fernsehen bereits eine Sendung zu ihren Beschwerden gesehen haben, antwortete mit rund 55% über die Hälfte der Befragten mit Ja.

Sendung über Beschw. Gesehen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	143	52,0	54,8	54,8
	Nein	118	42,9	45,2	100,0
	Gesamt	261	94,9	100,0	
Fehlend	System	14	5,1		
	Gesamt	275	100,0		

Tabelle 18: Sendung über eigene Beschwerden gesehen

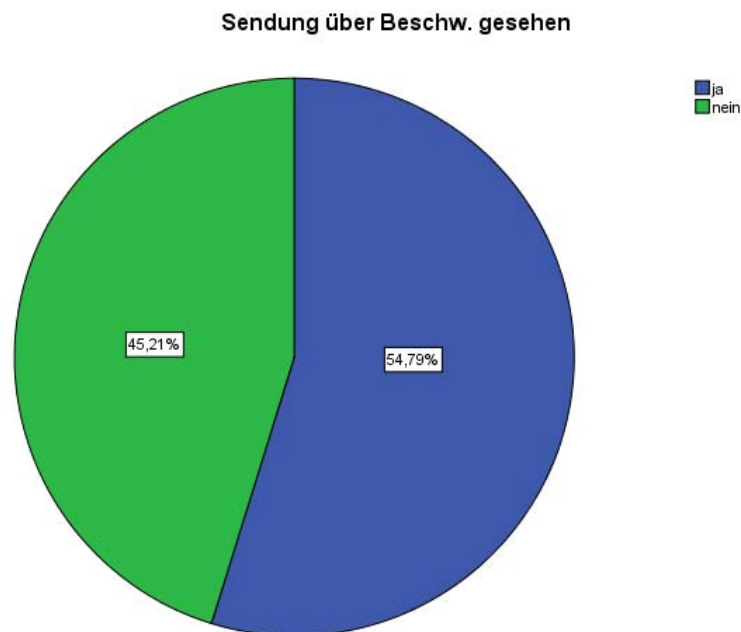


Abbildung 20: Sendung über eigene Beschwerden gesehen

Dabei zeigt sich, dass jene Patienten, die sich generell intensiver über medizinische Belange informieren, weit häufiger angaben, eine Sendung über ihre Beschwerden gesehen zu haben.

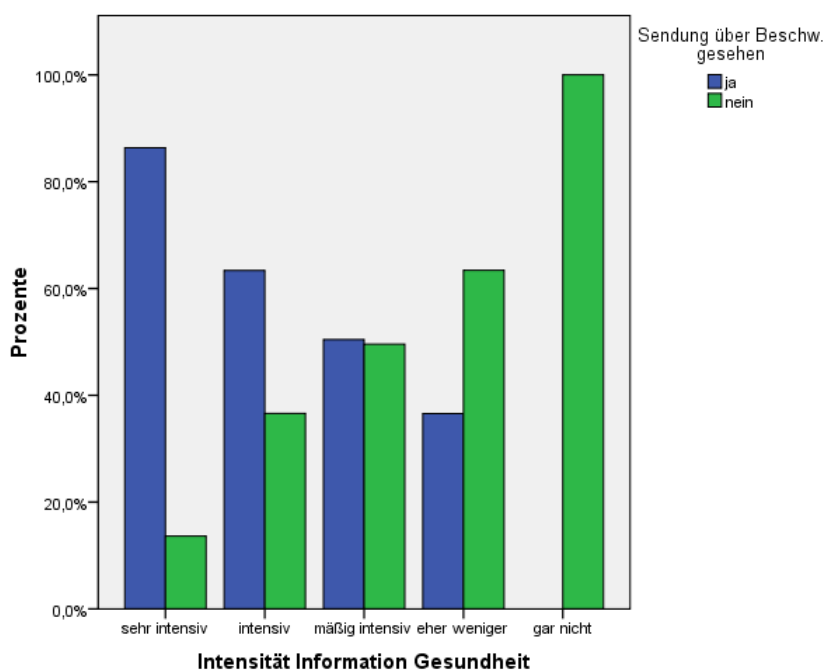


Abbildung 21: Sendung über eigene Beschwerden / Intensität

Zur Art der Sendung, welche über die eigenen Beschwerden berichtet hat, verwies mit knapp 70% eine klare Mehrheit auf Wissenschaftsmagazine, rund 32% auf Nachrichten und lediglich 11% auf, dem Boulevard zuzuordnende Sendungen.

		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Sendung über Erkrankung wo	Sendung: Nachrichten	47	31,5%
	Sendung: Wissensch.magaz.	104	69,8%
	Sendung: Boulevard/Talk	17	11,4%
	Sendung: sonstiges	13	8,7%

Tabelle 19: Sendung über eigene Beschwerden gesehen / Quelle

Hier zeigt sich wiederum ein deutlicher Einfluss des Bildungsgrades der Patienten. Während weniger gebildete eher Nachrichten als Quelle angaben, tendierten die höher gebildeten klar zu Wissenschaftsmagazinen.

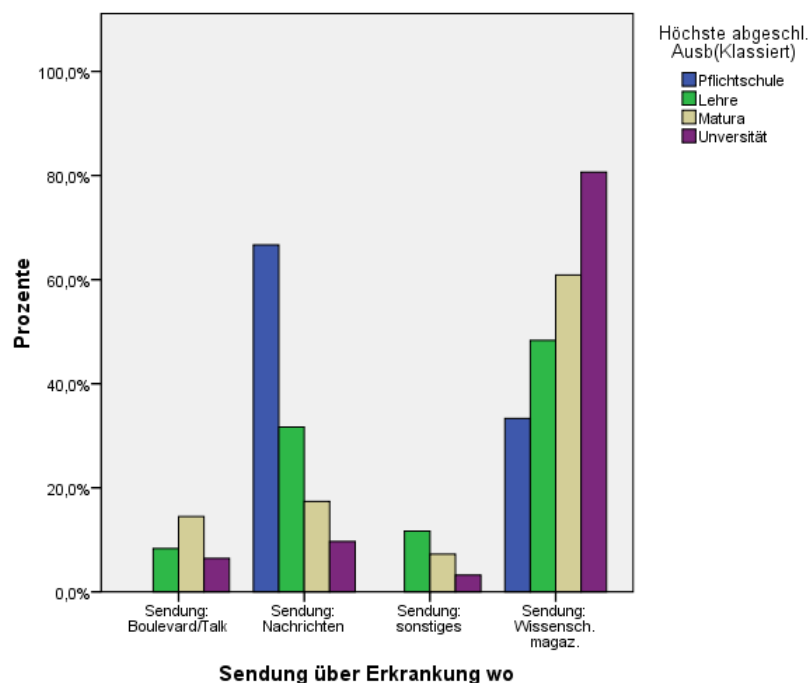


Abbildung 22: Sendung über eigene Beschwerden gesehen / Ausbildung

Unter der Nennung „sonstiges“ wurden folgende Sendungen angegeben:

Send_ws
"Heute in Österreich" ORF2 (1); 2 (1); ARD, ZDF, MDR (1); es gibt verschiedene Sender (1); Kardiologie (1); Sendung Gesundheitsministerium (1); versch. m.spez.themen (1); Zeitungen (1);

Tabelle 20: Sendung über eigene Beschwerden – sonstige Sendungen

Eine intensivere Auseinandersetzung mit der Erkrankung hatte die Rezeption der Sendung bei rund 44% der Befragten zur Folge, wobei sich auch hier ein gewisser Einfluss des Bildungsniveaus zeigt.

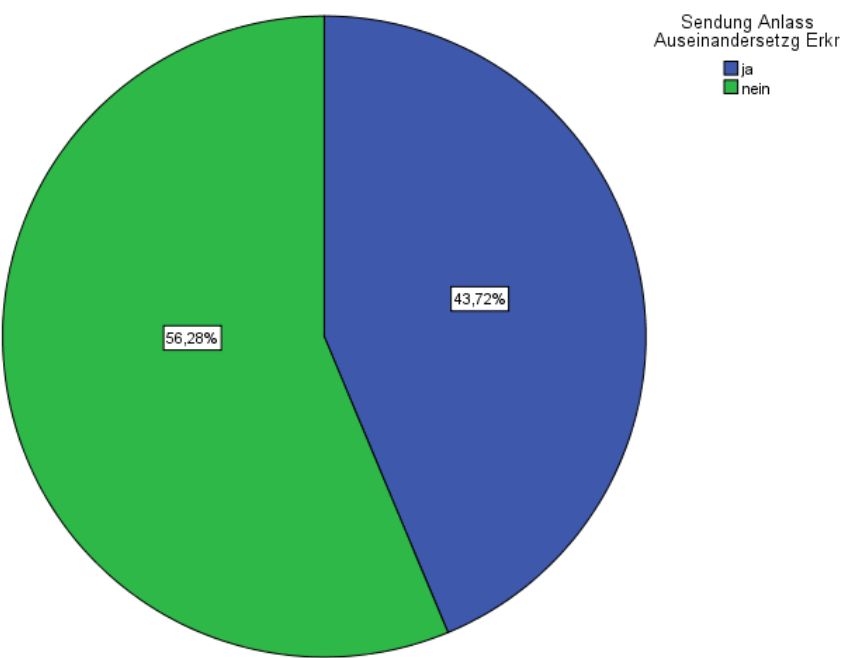


Abbildung 23: Sendung Anlass für Auseinandersetzung mit Erkrankung

Sendung Anlass Auseinandersetzg Erkr					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	80	29,1	43,7	43,7
	nein	103	37,5	56,3	100,0
	Gesamt	183	66,5	100,0	
Fehlend	System	92	33,5		
	Gesamt	275	100,0		

Tabelle 21: Sendung Anlass für Auseinandersetzung mit Erkrankung

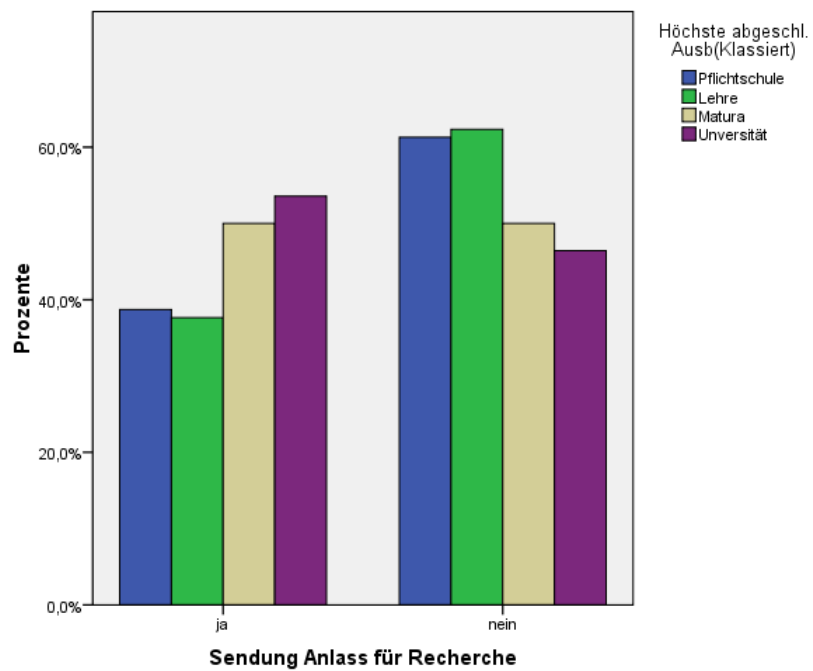


Abbildung 24: Sendung Anlass für Recherche

Dass die Sendung zur eigenen Erkrankung Anlass für einen Arztbesuch war, gaben rund 31% der Befragten an.

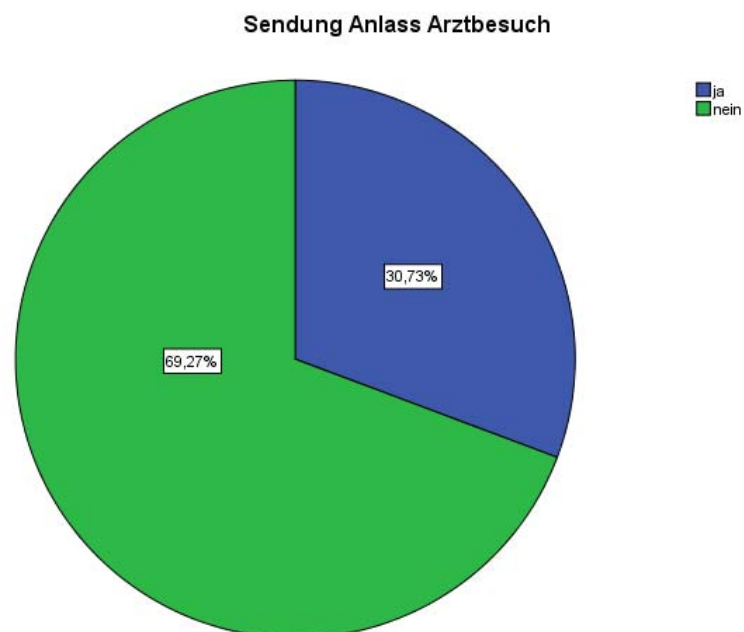


Abbildung 25: Sendung Anlass für Arztbesuch

Sendung Anlass Arztbesuch					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	55	20,0	30,7	30,7
	nein	124	45,1	69,3	100,0
	Gesamt	179	65,1	100,0	
Fehlend	System	96	34,9		
	Gesamt	275	100,0		

Tabelle 22: Sendung Anlass für Arztbesuch

Als spezifischen Anlass für den Arztbesuch gaben die Befragten dabei mit rund 71% an, die im Fernsehen vorgestellte Diagnose hätte sie bewogen, zum Arzt zu gehen, 33% gaben an, aufgrund einer vorgestellten Therapieform den Arzt aufgesucht zu haben. (Die über 100% liegende Summe ist in den bei dieser Frage zulässigen Mehrfachnennungen begründet.) Ergänzend ist anzuführen, dass auf mehreren Fragebögen die ergänzende Anmerkung „Schmerzen“ als Auslöser des Arztbesuchs angeführt war.

		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Sendung bewogen Arzt aufzusuchen - was im Speziellen	Sendung Anlass Arztbesuch: Diagnose	85	70,8%
	Sendung Anlass Arztbesuch: Therapie	40	33,3%

Tabelle 23: Diagnose oder Therapie als Anlass für Arztbesuch

7.6. Auswirkungen medizinischer Medienberichte

Die intensivere Auseinandersetzung der Medien mit medizinischen Themen löst bei den Befragten mit rund 55% ein gesteigertes Interesse am Thema aus.

		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Auseinandersetzung Medien	Auseinanders.Medien: Bedrohung	47	20,5%
	Auseinanders.Medien: Betroffenheit	72	31,4%
	Auseinanders.Medien: Interesse	125	54,6%
	Auseinanders.Medien: Bedürfniss Arztbes.	98	42,8%
	Auseinanders.Medien: Übersättigung	23	10,0%

Tabelle 24: Wirkungen der Auseinandersetzung der Medien mit Medizin

Bei rund 43% entsteht das Bedürfnis, einen Arzt aufzusuchen. Betroffenheit verspürten rund 31%, Bedrohung rund 21%. Eine Übersättigung mit medizinischen Themen gaben lediglich 10% der Befragten an.

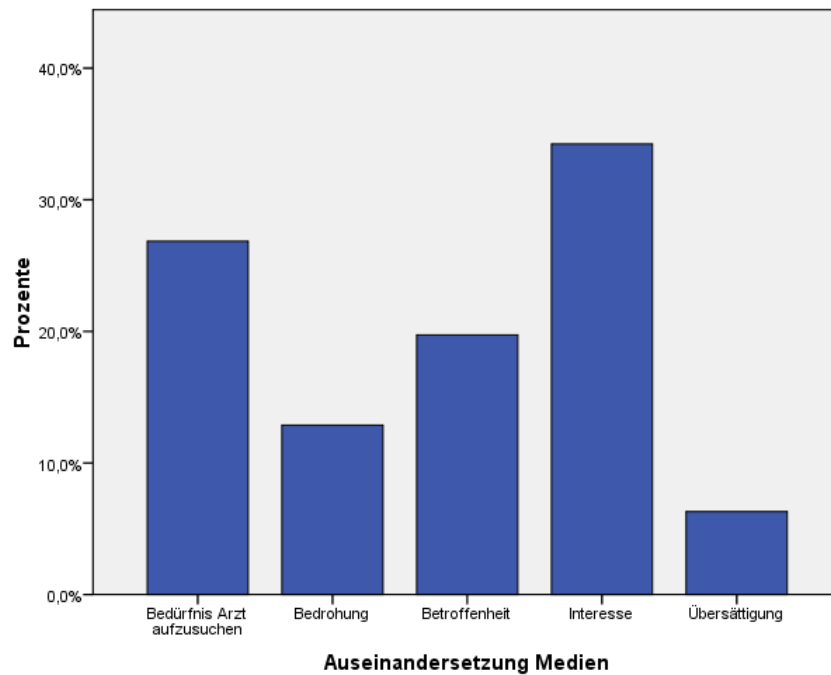


Abbildung 26: Wirkungen der Auseinandersetzung der Medien mit Medizin

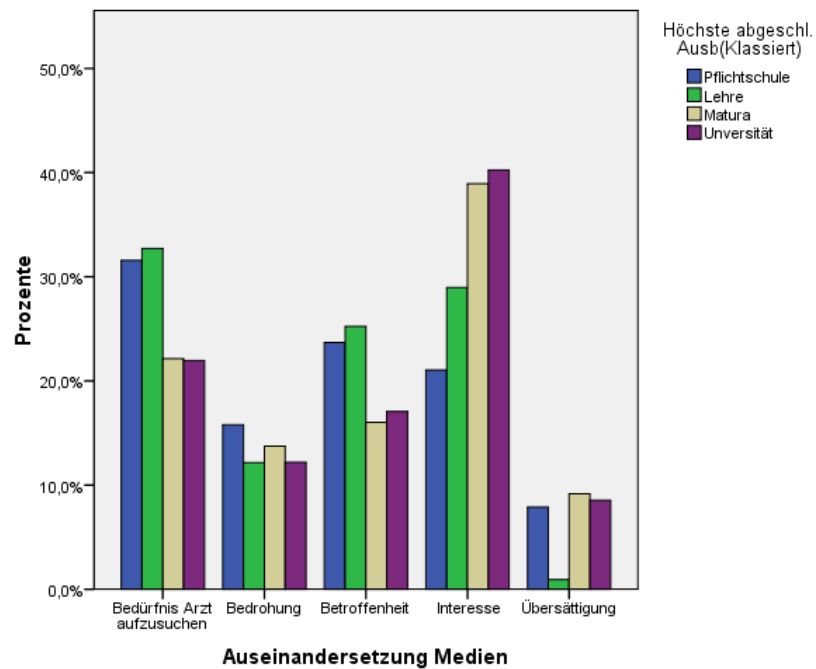


Abbildung 27: Wirkungen Medien nach Ausbildung

Während das Interesse am Thema, mit zunehmendem Bildungsgrad zunimmt, nimmt das Bedürfnis, einen Arzt aufzusuchen sowie das Gefühl der Bedrohung mit höherer, abgeschlossener Ausbildung ab.

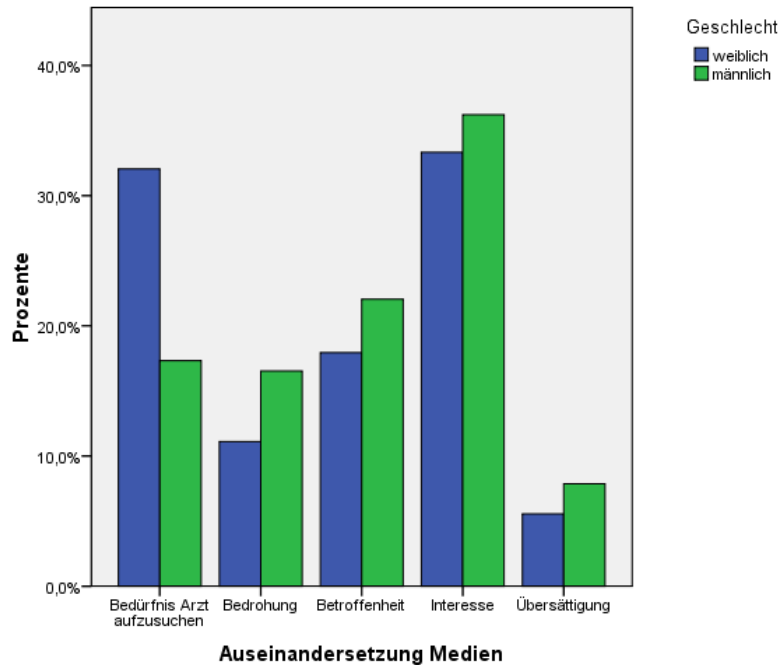


Abbildung 28: Wirkungen Medien nach Geschlecht

Das Bedürfnis zum Arzt zu gehen wird von den Medien weit häufiger bei den weiblichen Befragten ausgelöst.

7.7. Auswirkung der Vorinformation

Die Auswirkung der Vorinformation auf das Kommunikationsverhalten mit dem Arzt schätzten rund 45% als positiv ein, knapp 40% maßen der Vorinformation keinen Einfluss zu. „Stark positiv“ und „eher negativ“ hielten sich von der Anzahl der Nennungen die Waage, ein stark negativer Einfluss wurde lediglich von unter 1% der Befragten angegeben.

Auswirkung Vorinformation					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stark positiv	16	5,8	7,2	7,2
	eher positiv	101	36,7	45,3	52,5
	kein Einfluss	88	32,0	39,5	91,9
	eher negativ	16	5,8	7,2	99,1
	stark negativ	2	,8	,8	100,0
	Gesamt	223	81,1	100,0	
Fehlend	System	52	18,9		
	Gesamt	275	100,0		

Tabelle 25: Auswirkung Vorinformation

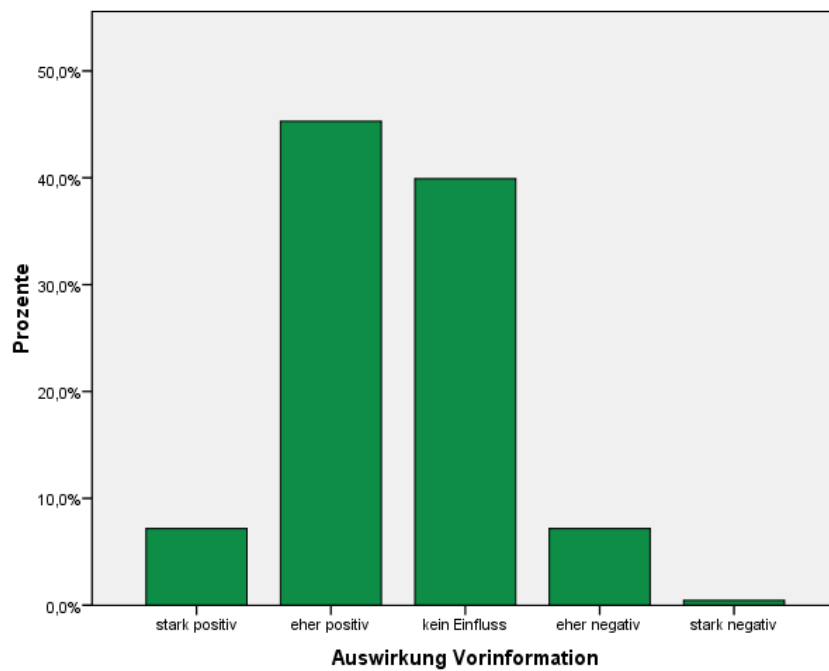


Abbildung 29: Auswirkung Vorinformation

Ein maßgeblicher Einfluss des Bildungsniveaus lässt sich aus den erhobenen Daten nicht ableiten.

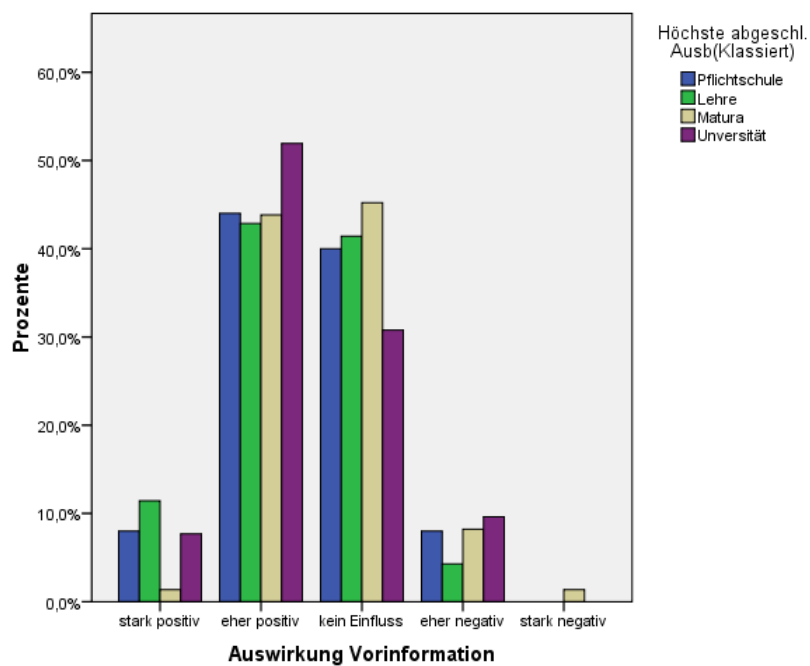


Abbildung 30: Auswirkung Vorinformation nach Ausbildung

7.8. Bestehen einer Erwartungshaltung

Eine Erwartungshaltung in Bezug auf die Diagnose gaben rund 68% der Befragten an, in Bezug auf die Therapie lediglich 54%.

Erwartung Diagnose					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	170	61,8	67,5	67,5
	nein	82	29,8	32,5	100,0
	Gesamt	252	91,6	100,0	
Fehlend	System	23	8,4		
Gesamt		275	100,0		

Tabelle 26: Erwartung Diagnose

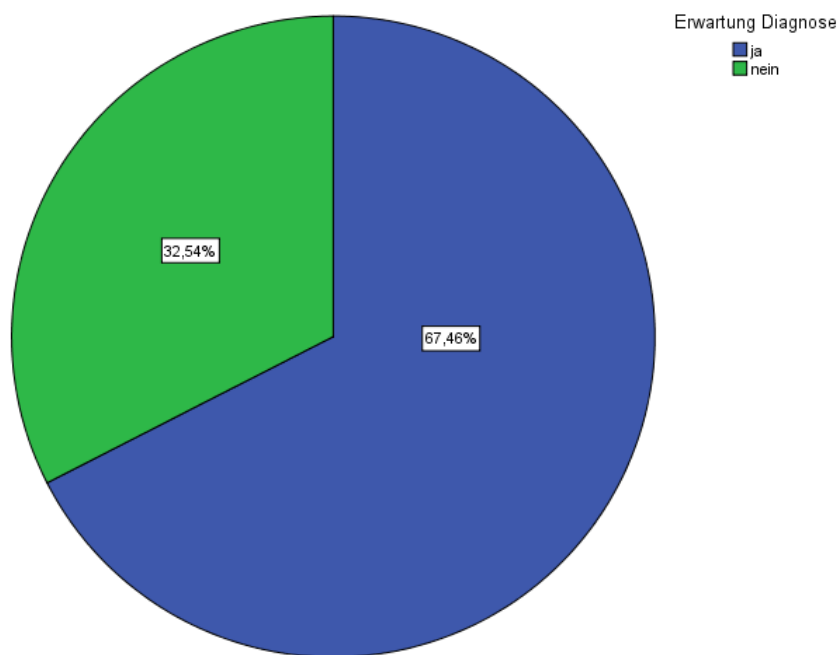


Abbildung 31: Erwartung Diagnose

Erwartung Therapie					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	134	48,7	54,0	54,0
	nein	114	41,5	46,0	100,0
	Gesamt	248	90,2	100,0	
Fehlend	System	27	9,8		
Gesamt		275	100,0		

Tabelle 27: Erwartung Therapie

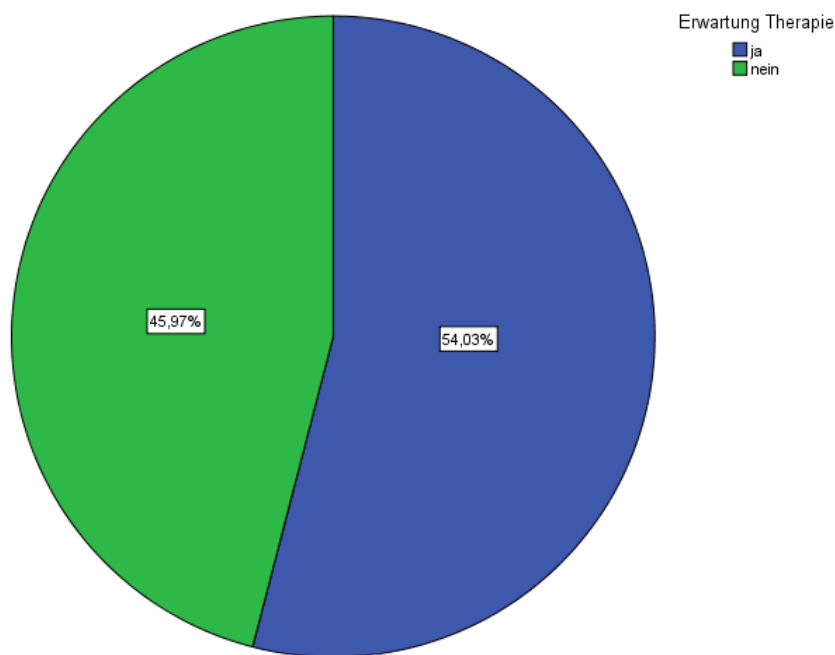


Abbildung 32: Erwartung Diagnose

Dabei zeigt sich ein klarer Zusammenhang zwischen der Erwartungshaltung die Diagnose und die Therapie betreffend.

		Erwartung Diagnose			
		ja		nein	
		Anzahl	Gesamtanzahl als Tabellen%	Anzahl	Gesamtanzahl als Tabellen%
Erwartung Therapie	ja	122	44,4%	11	4,0%
	nein	44	16,0%	70	25,5%

Tabelle 28: Erwartung Therapie

Eine bestehende Erwartungshaltung hat sich in Bezug auf die Diagnose bei rund 62%, hinsichtlich der Therapie bei etwas mehr als 51% erfüllt. 22% gaben an, dass weder die erwartete Diagnose noch die erwartete Therapieform eingetreten sind.

		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Erwartung erfüllt	Erwartung Therapie erfüllt	114	51,4%
	Erwartung Diagnose erfüllt	137	61,7%
	Erwartung nicht erfüllt	49	22,1%
	Gesamt	222	100,0%

Tabelle 29: Erwartung Diagnose oder Therapie erfüllt

Den Arzt auf die Vorinformation angesprochen haben von den Befragten rund 54%.

Arzt auf Vorinformation angesprochen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	131	47,6	54,4	54,4
	Nein	110	40,0	45,6	100,0
	Gesamt	241	87,6	100,0	
Fehlend	System	34	12,4		
Gesamt		275	100,0		

Tabelle 30: Arzt auf Vorinformation angesprochen

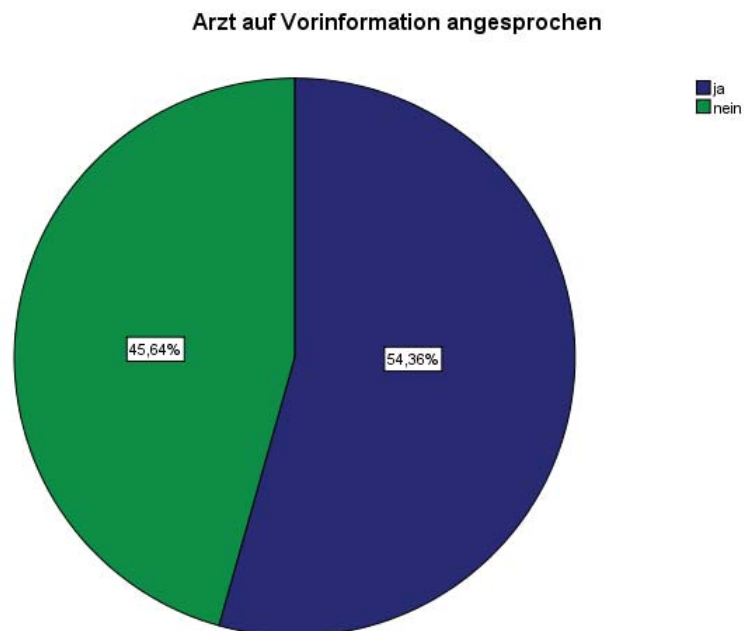


Abbildung 33: Arzt auf Vorinformation angesprochen

Dabei wurde von jenen Patienten, die den Arzt auf die Vorinformation angesprochen haben, insgesamt ein eher positiver Einfluss auf das Kommunikationsverhältnis festgestellt.

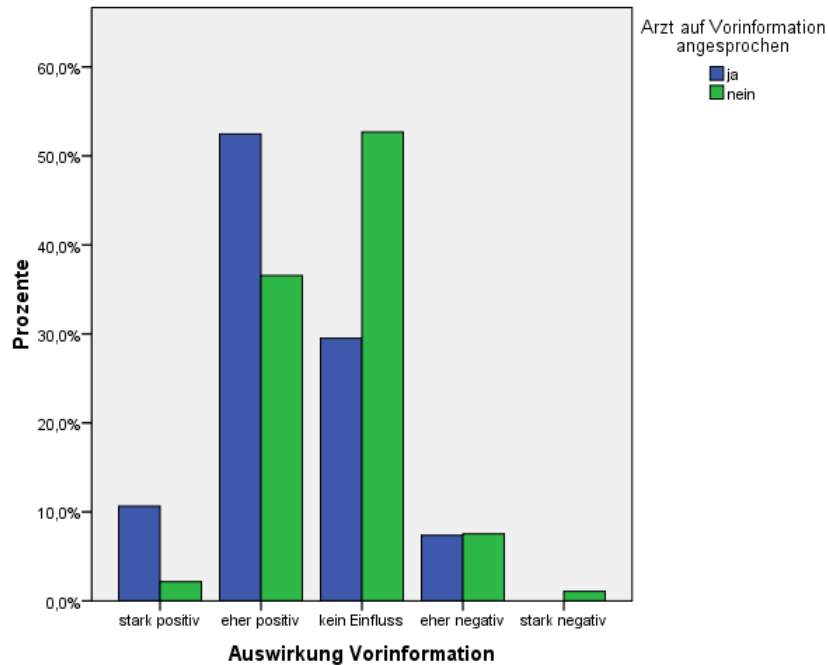


Abbildung 34: Auswirkung Vorinformation

Als hilfreich eingestuft für das Verständnis der Diagnose, stuften 50% der Patienten ihre Vorinformation ein, in Bezug auf die Therapie etwa 47%. Rund 32% der Patienten zogen keinen Nutzen aus der Vorinformation.

		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Vorinformation hilfreich	Vorinfo hilfreich für Verst Therapie	103	46,4%
	Vorinfo hilfreich für Verst Diagnose	111	50,0%
	Vorinfo hilfreich für Verst weder noch	72	32,4%
	Gesamt	222	100,0%

Tabelle 31: Vorinformation hilfreich

Ein aussagekräftiger Zusammenhang zwischen der höchsten abgeschlossenen Ausbildung und dem Nutzen der Vorinformation konnte nicht abgeleitet werden. Mit zunehmendem Ausbildungsniveau nimmt die Häufigkeit, dass die Vorinformation als hilfreich für die Diagnose

eingestuft wurde geringfügig zu, erstaunlicherweise jedoch in Bezug auf die Therapie ab.

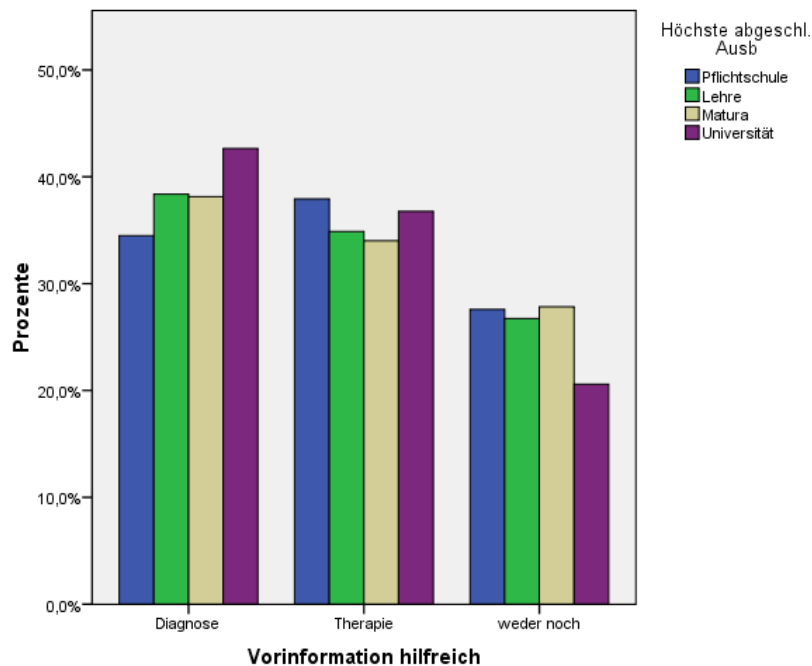


Abbildung 35: Vorinformation hilfreich nach Ausbildung

7.9. Reaktion des Arztes

Einen eher positiven Einfluss der dem Arzt gestellten Fragen auf dessen Reaktion gaben rund 44% der Befragten an, 35% sahen keinen Einfluss. Eine negative Reaktion des Arztes auf die ihm gestellten Fragen haben lediglich rund 9% konstatiert.

Reaktion Arzt auf Fragen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	stark positiv	28	10,2	12,6	12,6
	eher positiv	97	35,3	43,5	56,1
	kein Einfluss	78	28,4	35,0	91,0
	eher negativ	17	6,2	7,6	98,7
	stark negativ	3	1,1	1,3	100,0
	Gesamt	223	81,1	100,0	
Fehlend	System	52	18,9		
	Gesamt	275	100,0		

Tabelle 32: Reaktion Arzt auf Fragen

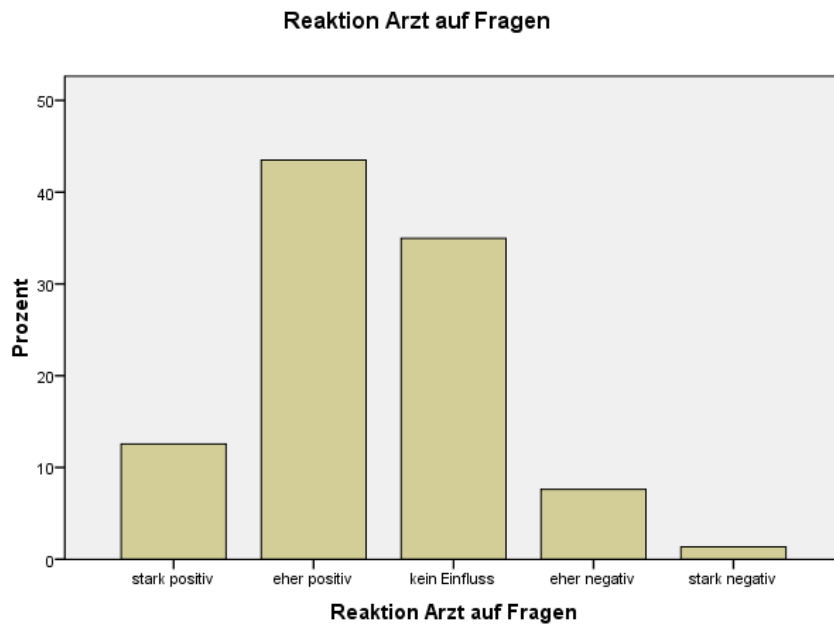


Abbildung 36: Reaktion Arzt auf Fragen

Die Zufriedenheit mit dem Arztbesuch stuften die Patienten überwiegend hoch ein. So gaben 51% an „zufrieden“ zu sein, 28% waren „sehr zufrieden“. „Unzufrieden“ bzw. „stark unzufrieden“ waren insgesamt lediglich 10% der Befragten.

Zufriedenheit mit Arzt-Gespräch					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr zufrieden	69	25,1	28,2	28,2
	Zufrieden	125	45,5	51,0	79,2
	kein Einfluss	27	9,8	11,0	90,2
	unzufrieden	18	6,5	7,3	97,6
	stark unzufrieden	6	2,2	2,4	100,0
	Gesamt	245	89,1	100,0	
Fehlend	System	30	10,9		
	Gesamt	275	100,0		

Tabelle 33: Zufriedenheit mit dem Arzt-Gespräch

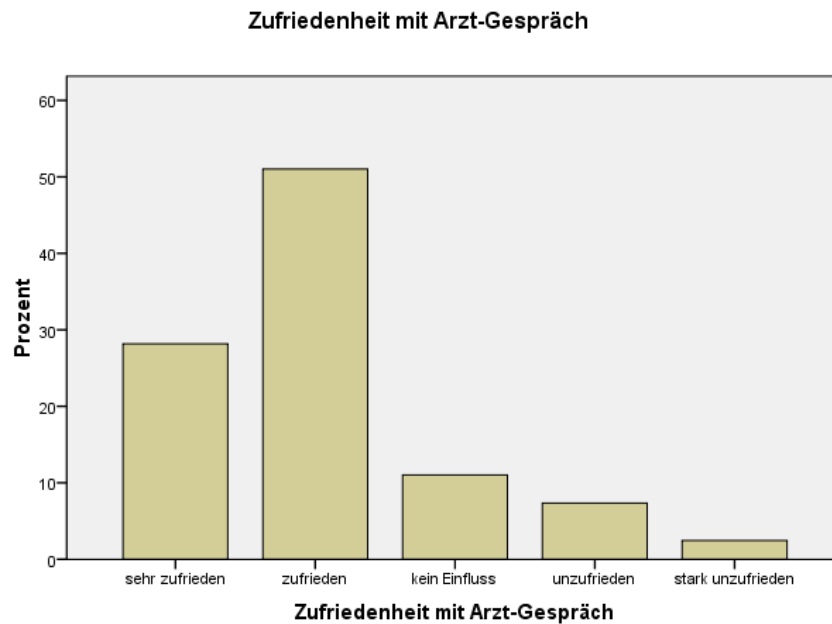


Abbildung 37: Zufriedenheit mit dem Arzt-Gespräch

Auf die Frage, ob sie sich eine eher komplexere oder einfachere Aufbereitung medizinischer Themen in den Medien wünschen, gaben 32% an, die Komplexität möge so bleiben. 23% wünschten sich eine einfachere, 40% eine komplexere Darstellung (29% etwas komplexer, 11% deutlich komplexer).

Wunsch für Komplexität Medizinberichte					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	deutlich komplexer	28	10,2	11,4	11,4
	etwas komplexer	71	25,8	28,9	40,2
	soll so bleiben	78	28,4	31,7	72,0
	etwas einfacher	45	16,4	18,3	90,2
	deutlich einfacher	11	4,0	4,5	94,7
	keine Meinung	13	4,7	5,3	100,0
	Gesamt	246	89,5	100,0	
Fehlend	System	29	10,5		
	Gesamt	275	100,0		

Tabelle 34: Wunsch betreffend Komplexität Medizinberichte

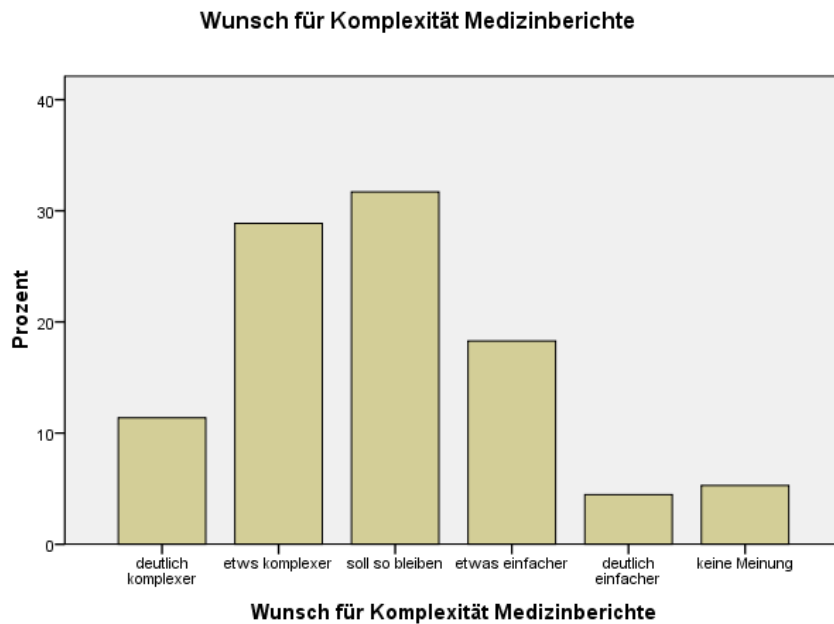


Abbildung 38: Wunsch betreffend Komplexität Medizinberichte

In Abhängigkeit von der Intensität, mit der sich die Patienten zu gesundheitlichen Themen informieren, zeigt sich insofern ein gewisser Einfluss auf die gewünschte Komplexität medizinischer Berichte.

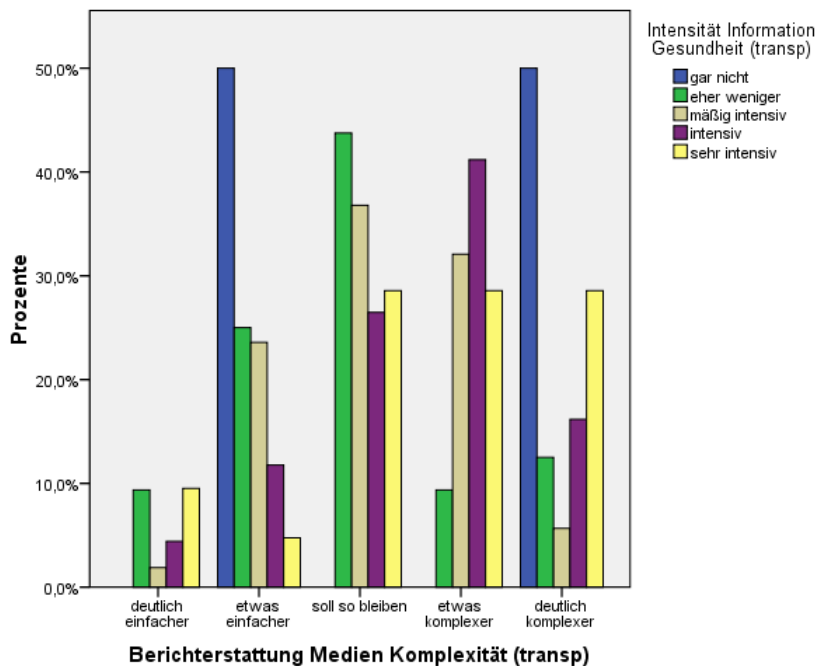


Abbildung 39: Wunsch betreffend Komplexität nach Intensität

Besser informierte Befragte wünschen eine gesteigerte Komplexität; die Angaben jener Patienten, die sich als weniger informierte einstufen, sind nicht aussagekräftig.

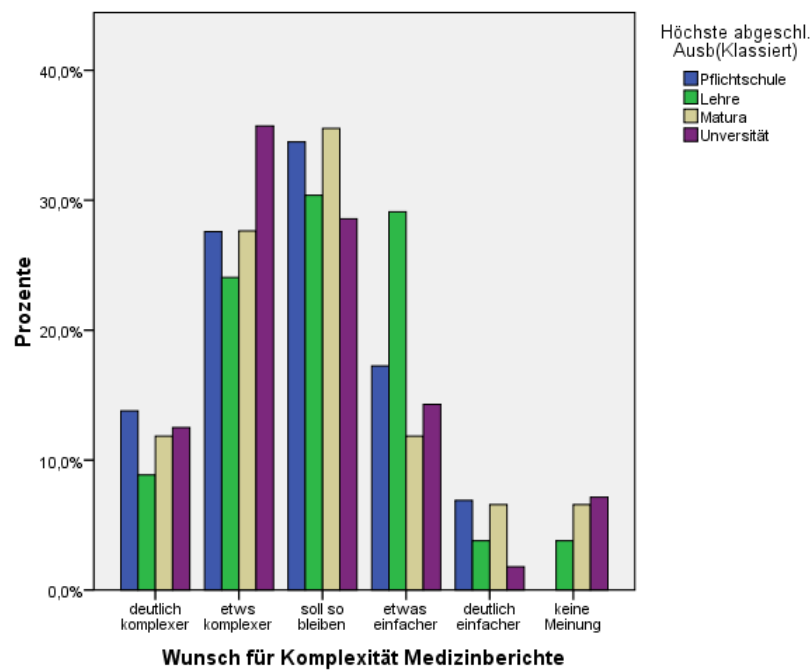


Abbildung 40: Wunsch betreffend Komplexität nach Ausbildung

Eine Abhängigkeit von Ausbildungsniveau und gewünschter Komplexität lässt sich nicht ableiten.

8. Verifizierung Falsifizierung der aufgestellten Hypothesen

FF₁: Löst das Rezipieren (=passive Recherche) von medizinischen Informationen im Fernsehen weitere aktive Recherchen aus?

H₁: Je älter Patienten sind, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Rezipieren von medizinischen Informationen im Fernsehen eine aktive Recherche auslöst.

Eine Korrelation zwischen dem Alter der Patienten und dem sendungsbezogenen Recherchieren lässt sich zwar in geringem Maß erkennen, in der Altersgruppe der 51- bis 60-jährigen ist die Häufigkeit der Nennung, dass eine Sendung Auslöser weitergehender Recherche war, weit unterdurchschnittlich.

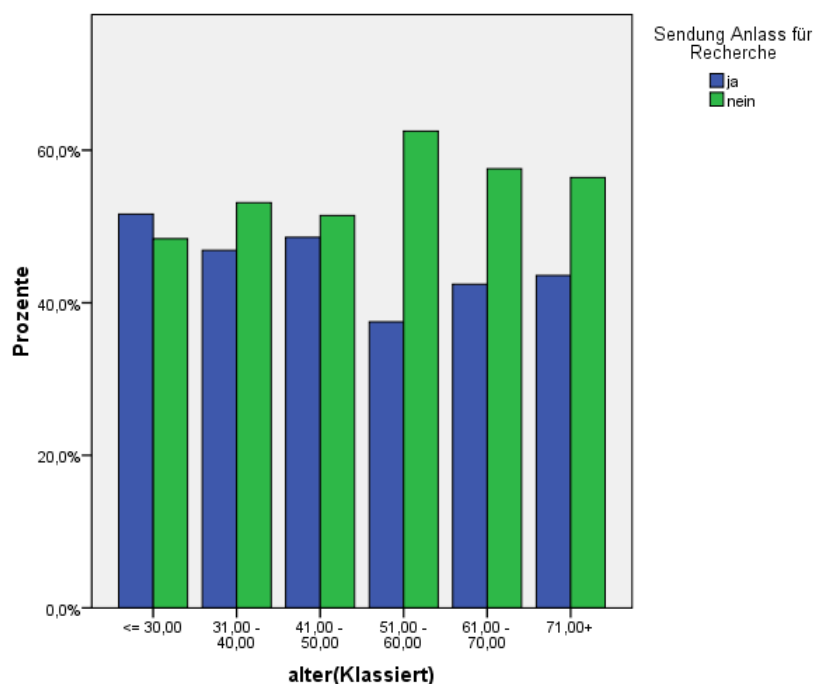


Abbildung 41: Sendung Anlass Recherche nach Alter

Eine signifikante Aussage ist auf Basis der empirischen Erhebung nicht möglich.

alter(Klassiert) * Sendung Anlass für Recherche Kreuztabelle					
			Sendung Anlass für Recherche		Gesamt
			ja	nein	
Alter (Klassiert)	<= 30,00	Anzahl	16	15	31
		% innerhalb von alter(Klassiert)	51,6%	48,4%	100,0%
	31,00 - 40,00	Anzahl	15	17	32
		% innerhalb von alter(Klassiert)	46,9%	53,1%	100,0%
	41,00 - 50,00	Anzahl	17	18	35
		% innerhalb von alter(Klassiert)	48,6%	51,4%	100,0%
	51,00 - 60,00	Anzahl	15	25	40
		% innerhalb von alter(Klassiert)	37,5%	62,5%	100,0%
	61,00 - 70,00	Anzahl	28	38	66
		% innerhalb von alter(Klassiert)	42,4%	57,6%	100,0%
71,00+	Anzahl	17	22	39	
	% innerhalb von alter(Klassiert)	43,6%	56,4%	100,0%	
Gesamt		Anzahl	108	135	243
		% innerhalb von alter(Klassiert)	44,4%	55,6%	100,0%

Tabelle 35: Sendung Anlass Recherche nach Alter

Wohl aber zeigt sich innerhalb der einzelnen Bildungsschichten eine tendenzielle Auswirkung des Alters der Befragten:

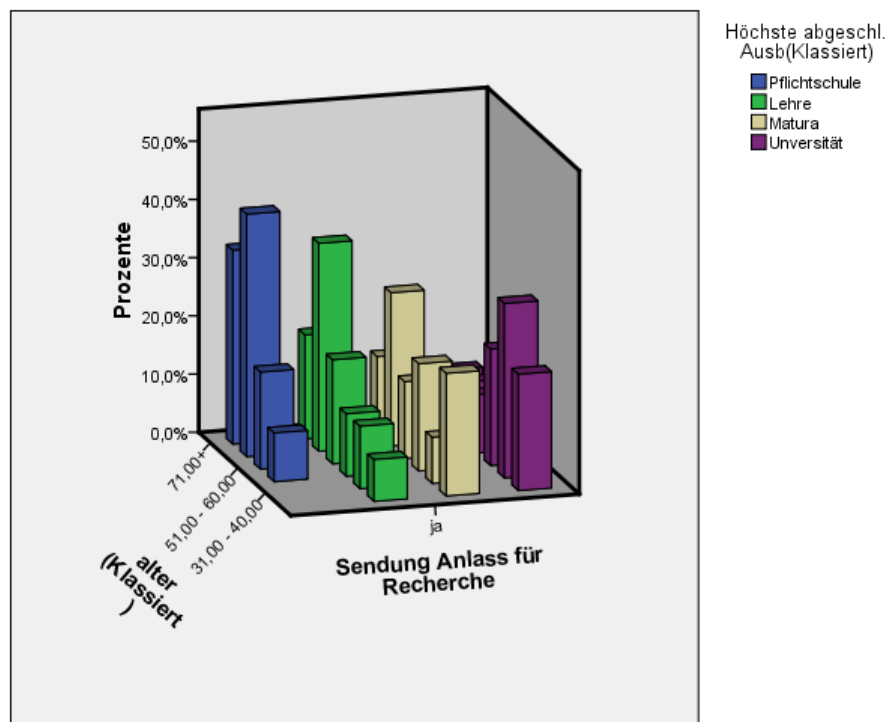


Abbildung 42: Sendung Anlass Recherche nach Alter und Ausbildung

Bei Pflichtschulabgängern und Lehrlingen nimmt die Häufigkeit der Recherche nach einer Sendung mit dem Alter tendenziell zu, bei Universitätsabsolventen hingegen eher ab.

H_{1.1}: Je jünger die Patienten sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine aktive Recherche ausgelöst wird.

Zur statistischen Auswertung verweise ich auf die Ausführungen zur Hypothese **H_{1..s}**

Eine Korrelation zwischen Alter und der Wahrscheinlichkeit, dass eine Sendung über medizinische Themen eine aktive Recherche auslöst, zeigt sich in geringem Maß, es lässt sich auf Basis der empirischen Erhebung jedoch keine eindeutige Aussage treffen.

H_{1.2}: Je höher der Ausbildungsgrad, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass aktiv recherchiert wird.

Höchste abgeschl. Ausb(Klassiert) * Sendung Anlass für Recherche Kreuztabelle					
			Sendung Anlass für Recherche		
			ja	nein	Gesamt
Höchste abgeschl. Ausb(Klassiert)	Pflichtschule	Anzahl	12	19	31
		% innerhalb von Höchste abgeschl. Ausb(Klassiert)	38,7%	61,3%	100,0%
	Lehre	Anzahl	29	48	77
		% innerhalb von Höchste abgeschl. Ausb(Klassiert)	37,7%	62,3%	100,0%
	Matura	Anzahl	39	39	78
		% innerhalb von Höchste abgeschl. Ausb(Klassiert)	50,0%	50,0%	100,0%
	Unversität	Anzahl	30	26	56
		% innerhalb von Höchste abgeschl. Ausb(Klassiert)	53,6%	46,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	110	132	242
		% innerhalb von Höchste abgeschl. Ausb(Klassiert)	45,5%	54,5%	100,0%

Tabelle 36: Sendung Anlass Recherche nach Alter und Ausbildung

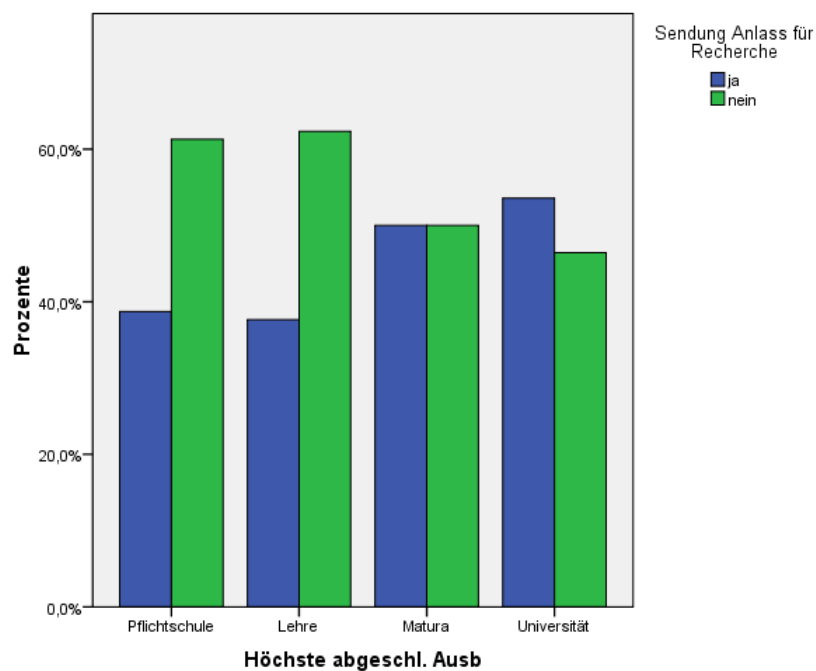


Abbildung 43: Sendung Anlass Recherche nach Ausbildung

Bei höherem Ausbildungsniveau ist der Prozentsatz jener Patienten, die sich nach einer Sendung zu medizinischen Themen aktiv Informationen gesucht haben, mit rund 50 bis 53% erkennbar höher als bei geringerem Bildungsniveau mit rund 38%.

Die Ergebnisse decken sich mit den theoretischen Ausführungen zur *Wissenskluft-Perspektive in Kapitel III.7.1*.

H_{1.2.1}: Je niedriger der Ausbildungsgrad, desto niedriger die Wahrscheinlichkeit, dass aktiv recherchiert wird.

Bei Patienten mit geringerem Ausbildungsniveau liegt die Häufigkeit der aktiven Recherche nach einer Sendung mit medizinischem Inhalt niedriger (Statistische Auswertung: siehe **H_{1.2.}**).

H_{1.3}: Weibliche Patienten setzen sich mehr mit Gesundheitsfragen auseinander und recherchieren aktiver im Internet.

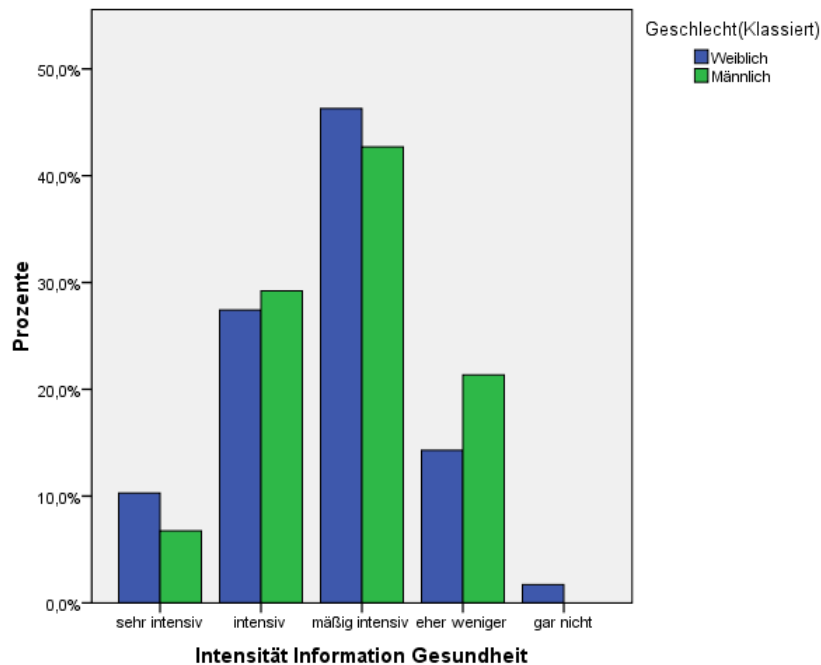


Abbildung 44: Intensität Information zu Gesundheit nach Geschlecht

Auf die Frage, wie intensiv sie sich zum Thema Gesundheit informieren, tendierten sowohl Männer als auch Frauen mit knapp 50% zur Antwort „mäßig intensiv“, die Antwort „sehr intensiv“ haben mehr Frauen, „eher weniger“ mehr Männer angegeben.

Ein etwas höheres Interesse der Frauen an medizinischen Themen lässt sich hingegen aus den Antworten zur Frage nach der Verfolgung medizinischer Themen im Fernsehen ableiten.

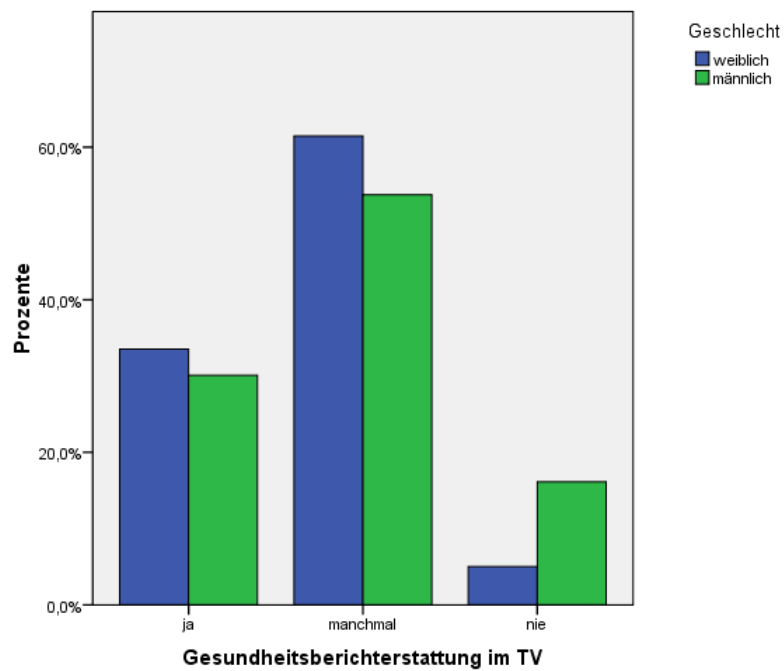


Abbildung 45: Verfolgt Gesundheitsberichterstattung nach Geschlecht

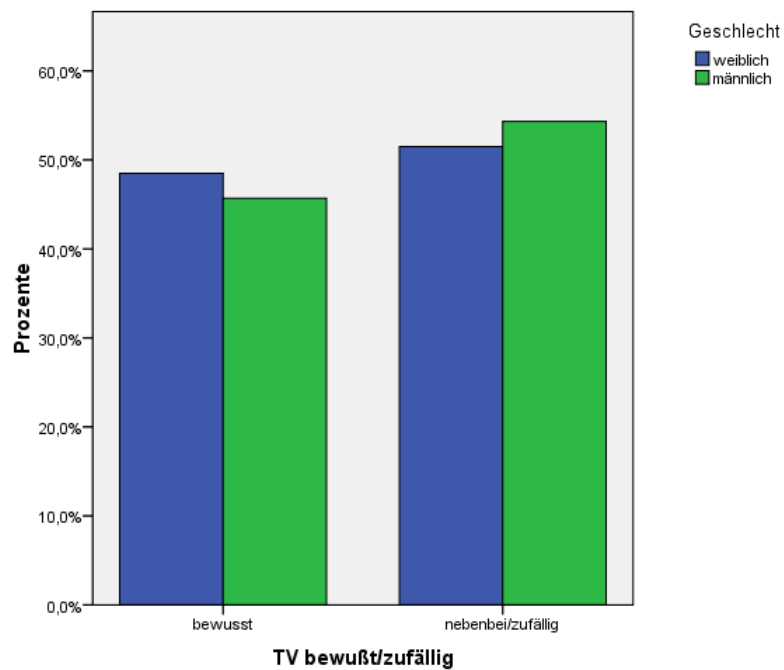


Abbildung 46: Verfolgt Medizinberichte bewusst / zufällig nach Geschlecht

Auch die Frage, ob sie die Medien hinsichtlich medizinischer Themen bewusst verfolgen oder zufällig aufnehmen, zeigt, dass Frauen vermehrt medizinische Themen bewusst verfolgen.

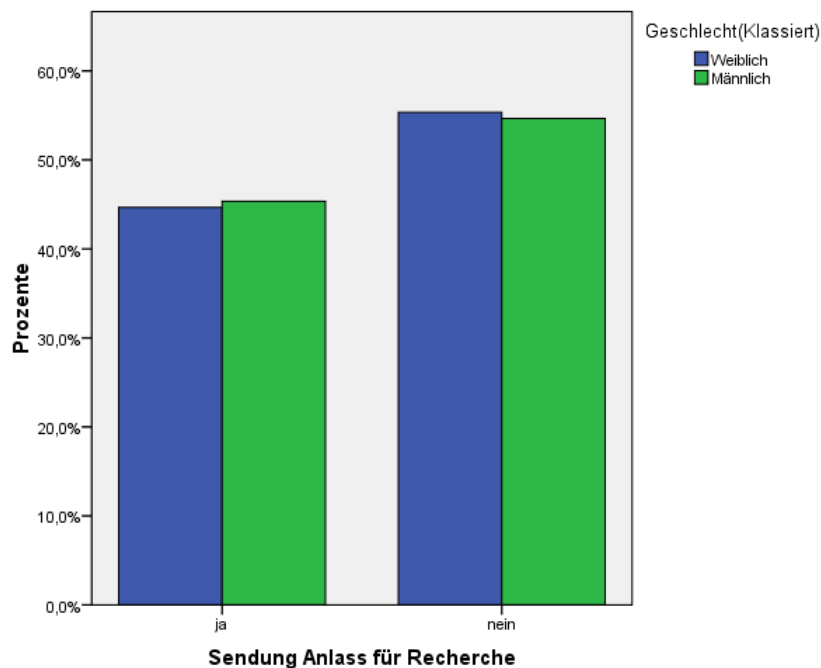


Abbildung 47: Sendung Anlass für Recherche nach Geschlecht

Die Antworten auf die Frage, ob eine medizinische Sendung Anlass für weitere Recherche war, unterscheiden sich nicht maßgeblich zwischen Männern und Frauen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Hypothese $H_{1.3}$ anhand der erhobenen Daten nicht eindeutig verifiziert werden kann.

$H_{1.3.1}$: Männliche Patienten setzen sich generell weniger mit Gesundheitsthemen auseinander, daher ist auch die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sie nach der Rezeption von Fernsehberichterstattungen aktiv recherchieren.

Die Hypothese ließ sich anhand der empirischen Daten nicht eindeutig verifizieren (vgl. Ausführungen zur Hypothese $H_{1.3}$).

Interessant ist in diesem Zusammenhang die zwischen Männern und Frauen unterschiedliche Wunschvorstellung zur Komplexität der Medien in Bezug auf medizinische Themen:

Während Männer tendenziell eher eine gleichbleibende oder geringere Komplexität wünschen, überwiegt bei Frauen der Wunsch nach höherer Komplexität der Medizinberichte in den Medien.

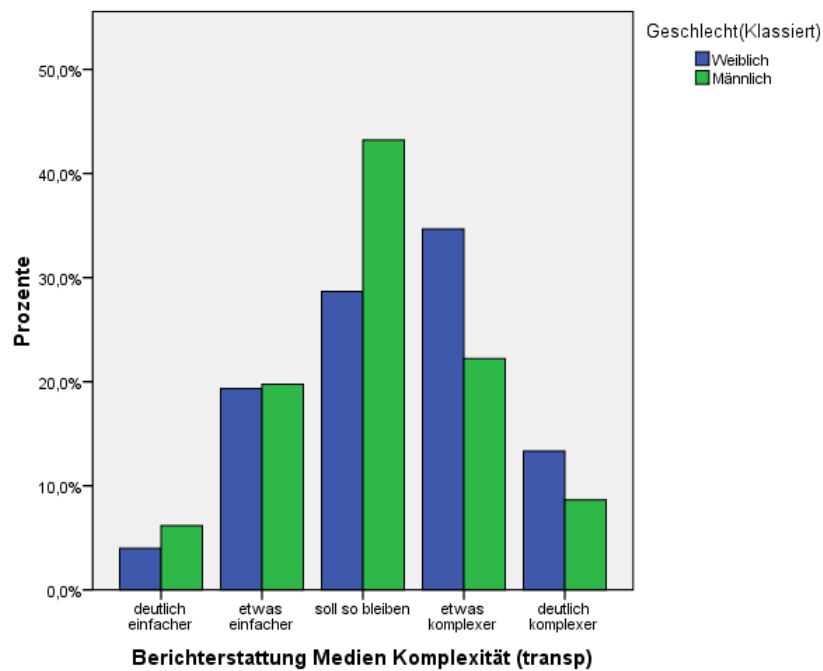


Abbildung 48: Wunsch Komplexität nach Geschlecht

FF₂: Welchen Einfluss haben die aufgenommenen medizinischen Informationen auf das Gespräch mit dem Arzt?

H₂: Wenn der Patient informiert ist, dann hat das Auswirkungen auf das Gespräch.

Ein unmittelbarer Einfluss der Vorinformation auf die Zufriedenheit mit dem mit dem Arzt geführten Gespräch ist auf Basis der empirischen Erhebung nicht erkennbar.

So gaben vorinformierte Patienten zwar geringfügig häufiger an, mit dem Arzt-Gespräch „zufrieden“, beziehungsweise „sehr zufrieden“ gewesen zu sein; im Gegenzug wurde eine starke Unzufriedenheit mit dem Gespräch von etwa 4% der informierten Patienten angegeben, während bei nicht Informierten diese Nennung nicht vorkam.

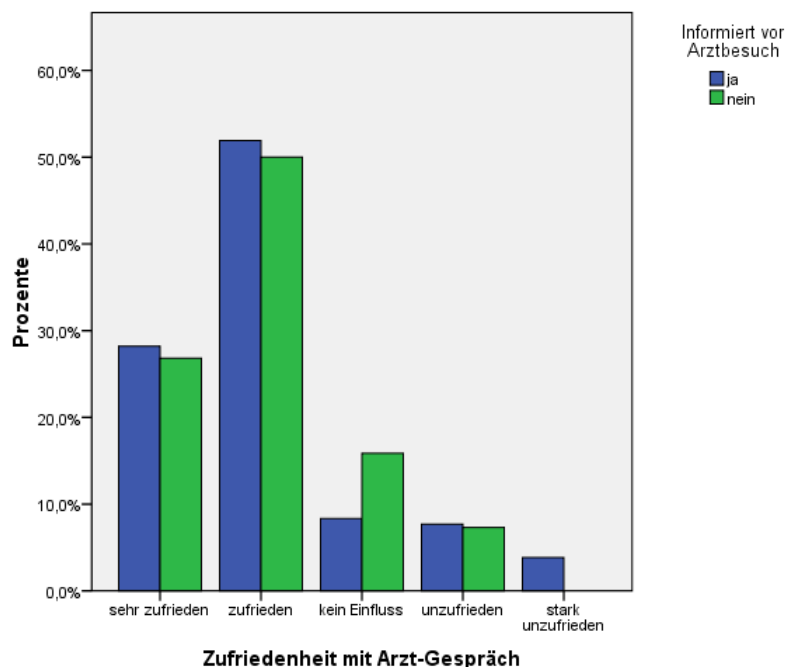


Abbildung 49: Zufriedenheit Arzt-Gespräch nach Vorinformation

Auch zwischen den Fragen, ob der Arzt auf die Vorinformation angesprochen wurde, und jener nach der Zufriedenheit mit dem Arzt-Gespräch lässt sich kein aussagekräftiger Zusammenhang ableiten.

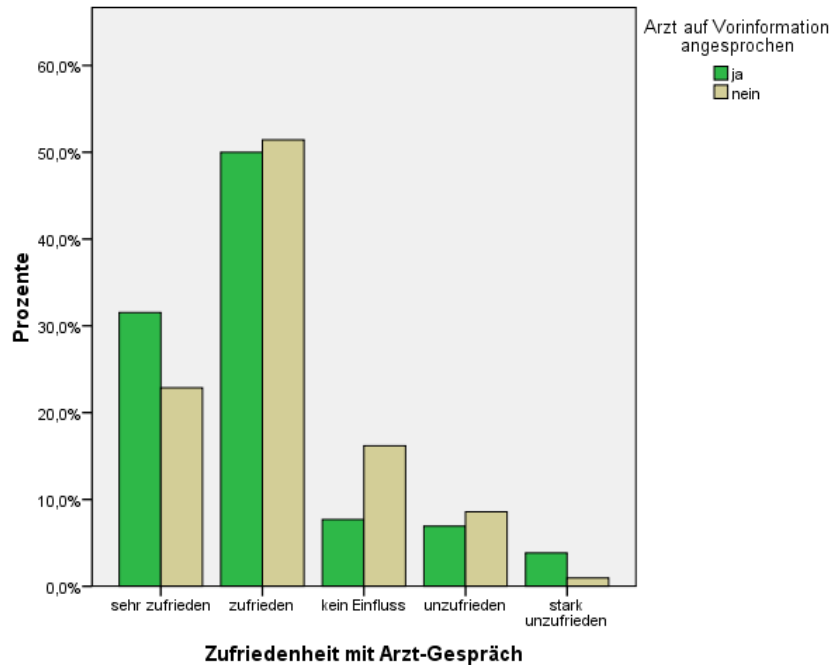


Abbildung 50: Zufriedenheit Arzt-Gespräch nach Angesprochen auf Vorinformation

Wohl aber zeigt sich, dass die Patienten, die den Arzt auf ihre Vorinformation angesprochen haben, die Auswirkung der Tatsache, dass sie sich vorweg informiert haben, als überwiegend förderlich einstufen.

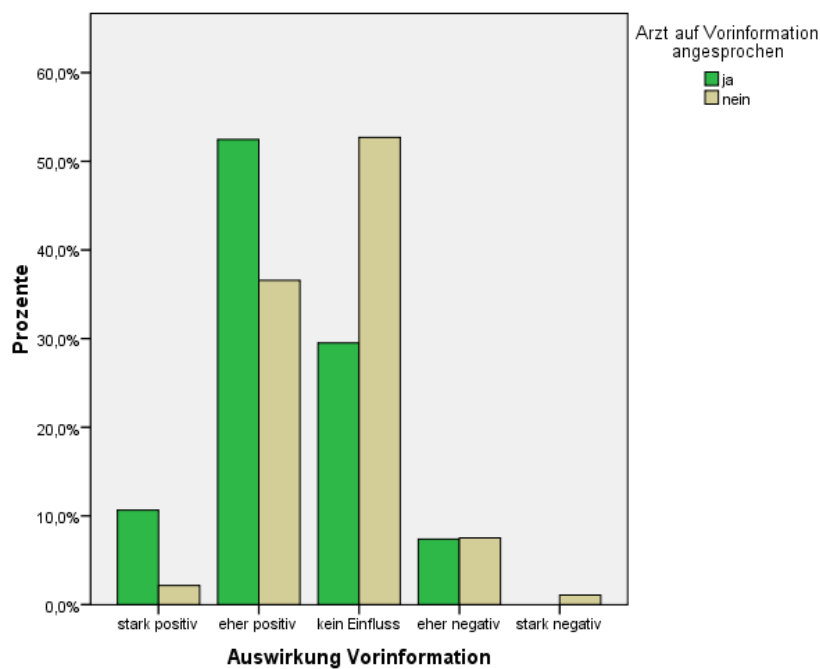


Abbildung 51: Auswirkung Vorinformation nach Angesprochen auf Vorinformation

H_{2.1}: Je mehr der Patient informiert ist, desto negativer ist die Kommunikationskultur beim Arzt.

Nicht verifiziert werden konnte die den Hypothesen H₂ und H_{2.1} zugrundeliegende Vermutung, dass sich die Vorinformation verbunden mit der Konfrontation des Arztes, negativ auf das Kommunikationsverhältnis mit dem Arzt auswirken.

Anhand der empirisch erhobenen Daten lässt sich die aufgestellte Hypothese nicht verifizieren.

FF₃: Kann es mitunter *gefährlich* sein, medizinische Themen vereinfacht darzustellen und eine Medizin *light* medial aufzubereiten?

H₃: Die vereinfachte Darstellung von komplexen medizinischen Zusammenhängen in den Medien kann zum Missverstehen der Erkrankungen bzw. Therapieformen führen.

Im Vergleich der nach Sendungstyp gruppierten Informationsquellen zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit der Erfüllung der Erwartungshaltung, die Diagnose betreffend, höher ist, wenn die (Vor-) Information aus Nachrichtensendungen und Wissenschaftsmagazinen stammt.

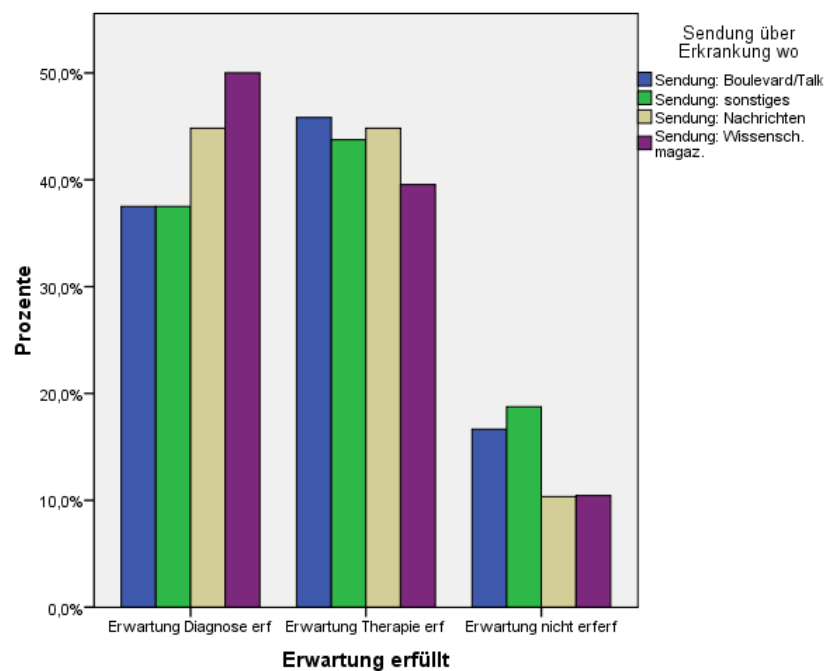


Abbildung 52: Erwartung erfüllt nach Sendungstyp Informationsquelle

Erfüllte Erwartungshaltungen, die Therapie betreffend, zeigen ein ausgeglicheneres Bild.

Bei Informationen aus Sendungen, die dem Boulevard-Bereich zuzuordnen sind, ist die Häufigkeit nicht erfüllter Erwartungshaltungen höher als bei Nachrichten und Wissenschaftsmagazinen als Informationsquelle.

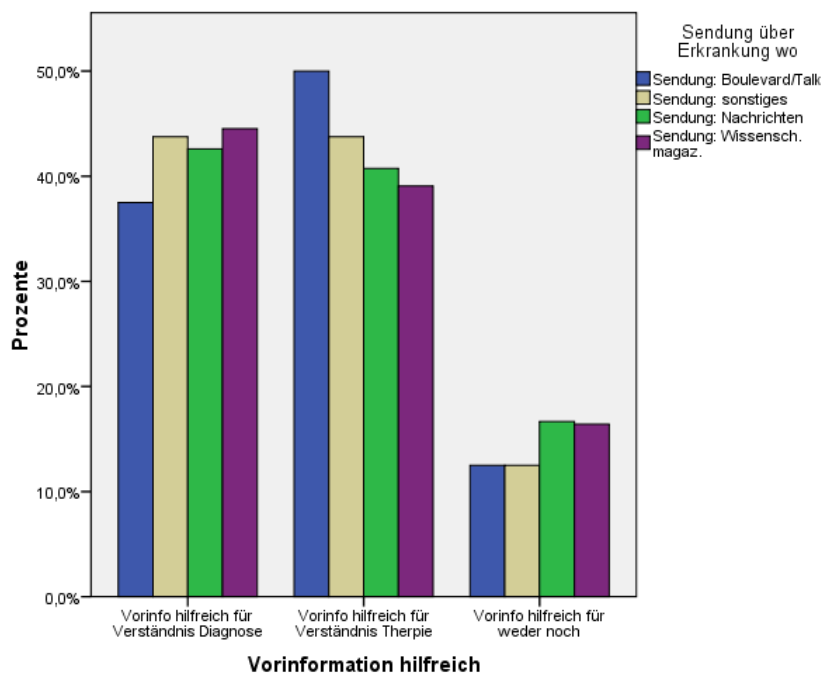


Abbildung 53: Vorinformation hilfreich nach Sendungstyp Informationsquelle

Als hilfreich für das Verständnis der Diagnose gaben in geringem Maß eher Seher von Wissenschaftsmagazinen die darin gewonnene Vorinformation an, während die aus Boulevardsendungen stammenden Informationen eher beim Verständnis der Therapie als hilfreich eingestuft wurden.

H_{3.1}: Je vereinfachter komplexe medizinische Erkrankungen in den Medien dargestellt werden, desto eher kommt es zu einem Missverstehen der Erkrankung bzw. der Therapieform.

Die aufgestellte Hypothese bestätigt sich in gewissem Maße in Bezug auf die Nützlichkeit der Vorinformation für das Verständnis der Diagnose, jedoch widerspricht ihr wiederum das Ergebnis, Informationen aus dem Boulevard zuzuordnenden Sendungen bzw. aus Talkshows seien für das Verständnis von Therapieformen hilfreicher als Wissenschaftsmagazine.

Insgesamt lässt sich somit keine signifikante Aussage treffen.

FF₄: Kommt es durch die Vorstellung von Krankheiten in den Medien zu einer Massenhysterie?

H₄: Wird eine Krankheit in den Medien vorgestellt, führt dies zu einer Erhöhung der Frequenz, mit der Patienten infolge des vermeintlichen Vorliegens der vorgestellten Erkrankung beim Arzt vorstellig werden.

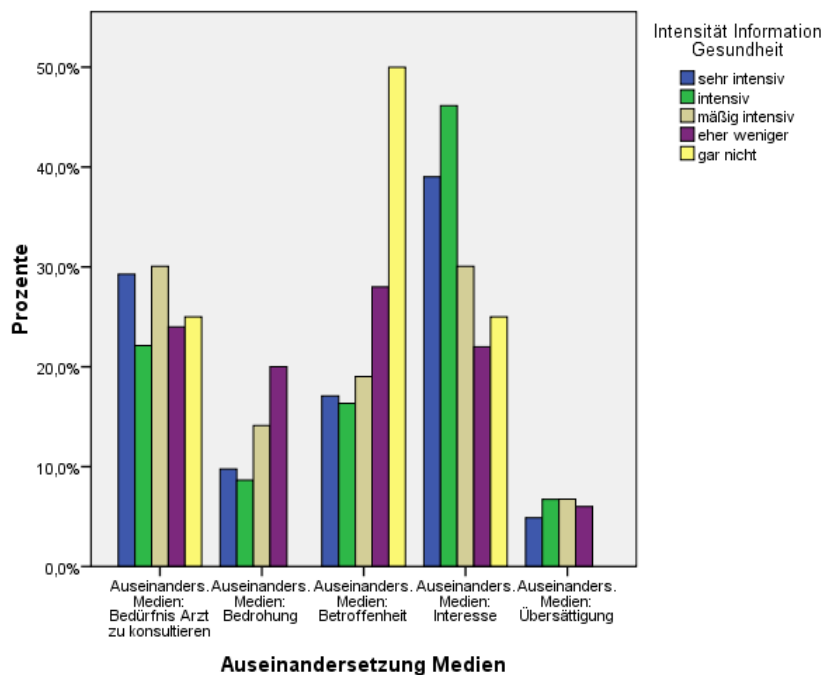


Abbildung 54: Wirkung Medien nach Intensität Gesundheitsinformation

Abhängig von der Intensität, mit der sich Patienten über gesundheitliche Themen informieren, lassen sich folgende Zusammenhänge erkennen:

Das Gefühl der Bedrohung durch die medizinische Berichterstattung wird ebenso wie Betroffenheit tendenziell eher bei schlechter Informierten empfunden. Interesse an den Themen wird eher bei besser Informierten geweckt. Was ein Übersättigungsgefühl und das Bedürfnis, einen Arzt zu konsultieren, betrifft, ist keine Tendenz erkennbar.

Dieses Ergebnis lässt sich aufgrund des bereits dargestellten Zusammenhangs der Intensität der Gesundheitsinformation mit dem Bildungsniveau auf die entsprechenden Bildungsschichten umlegen.

In Bezug auf die aufgestellte Hypothese lässt sich keine signifikante Aussage treffen.

H_{4.1}: Je intensiver spezielle Krankheiten in den Medien diskutiert werden, desto mehr fühlen sich Rezipienten von dieser Krankheit betroffen.

Das Gefühl der Betroffenheit von der medialen Darstellung medizinischer Themen lässt sich – wie der obigen Grafik zu entnehmen ist – insbesondere bei jenen Rezipienten erkennen, die sich weniger intensiv über solche Themen informieren. Von der Gruppe derer, die sich gar nicht medizinisch informieren, empfinden sogar rund 50% Betroffenheit.

Interessant ist dabei der Zusammenhang mit dem Wunsch der Befragten, dass Berichte zu medizinischen Themen einfacher oder komplexer aufbereitet werden.

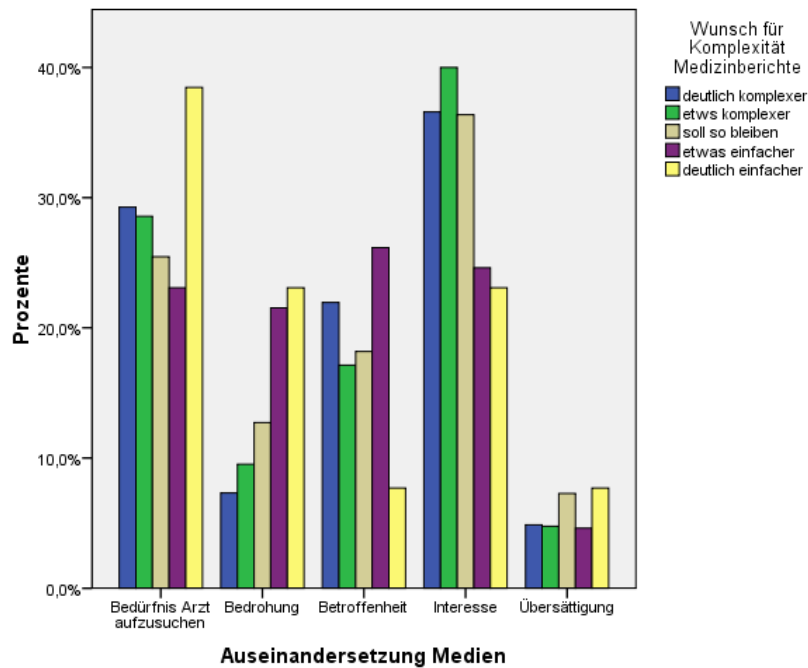


Abbildung 55: Wirkung Medien nach Wunsch Komplexität

So ist unter jenen Befragten, die eine komplexere Darstellung präferieren, die Häufigkeit, dass eine Bedrohung wahrgenommen wird, mit rund 8% deutlich geringer als mit rund 24% bei jenen, die eine einfachere Medizinberichterstattung wünschen.

FF₅: Inwiefern kommt es durch die Vorinformation/Voreingenommenheit des Patienten zu einer Belastung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patienten und Arzt?

H₅: Je *medieninformierter* (Boulevard/Talkshows) Patienten sind, desto schlechter das Patienten-Arzt Verhältnis.

Ein Zusammenhang zwischen dem Typ der Sendung, in welcher die Befragten Informationen zu ihrer Erkrankung gesehen haben, und deren Zufriedenheit mit dem Arzt-Patienten Gespräch ließ sich anhand der erhobenen Daten nicht eindeutig ableiten.

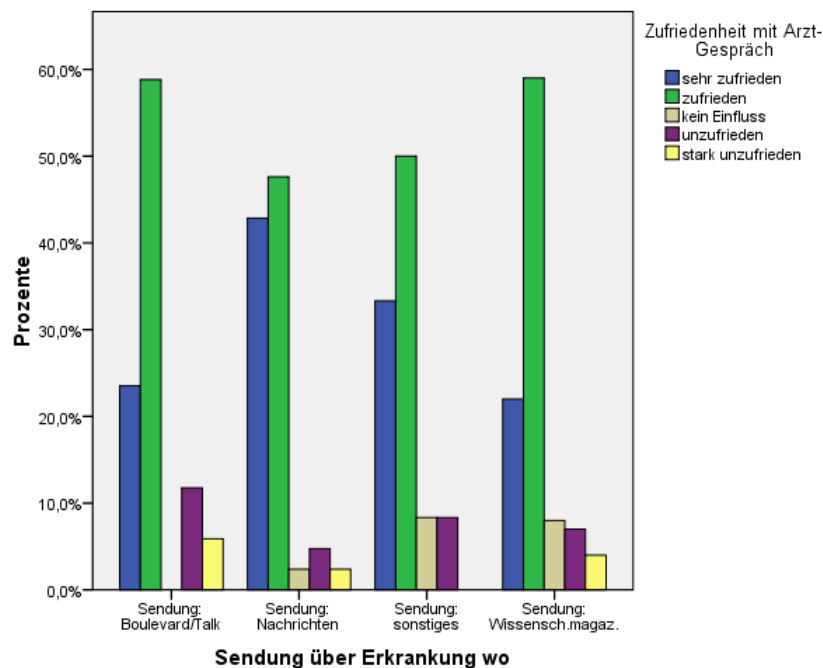


Abbildung 56: Zufriedenheit Arzt-Gespräch nach Sendungstyp

So ist der Anteil an „sehr zufriedenen“ und „zufriedenen Patienten“ mit bei Wissenschaftsmagazinen (81%), und Boulevard-Sendungen bzw. Talkshows (82%) und sonstigen Sendungen (83%) in etwa auf glei-

chem Niveau, lediglich die Nachrichten heben sich mit 91% geringfügig ab.

		Zufriedenheit mit Arzt-Gespräch									
		sehr zufrieden		zufrieden		kein Einfluss		unzufrieden		stark unzufrieden	
		Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)
Sendung über Erkrankung wo	Sendung: Nachrichten	18	42,9%	20	47,6%	1	2,4%	2	4,8%	1	2,4%
	Sendung: Wissensch.magazin.	22	22,0%	59	59,0%	8	8,0%	7	7,0%	4	4,0%
	Sendung: Boulevard/Talk	4	23,5%	10	58,8%	0	,0%	2	11,8%	1	5,9%
	Sendung: sonstiges	4	33,3%	6	50,0%	1	8,3%	1	8,3%	0	,0%

Tabelle 37: Zufriedenheit Arzt-Gespräch nach Sendungstyp

Hingegen ist im Bereich der negativen Nennungen der Bereich Talk/Boulevard mit 18% gegenüber Wissenschaftsmagazinen (11%), sonstigen Sendungen (8%) und Nachrichten (7%) ausgeprägter.

Was die Einschätzung, wie sich die Vorinformation auf das Kommunikationsverhältnis ausgewirkt hat, betrifft, lässt sich hingegen ein Zusammenhang ablesen.

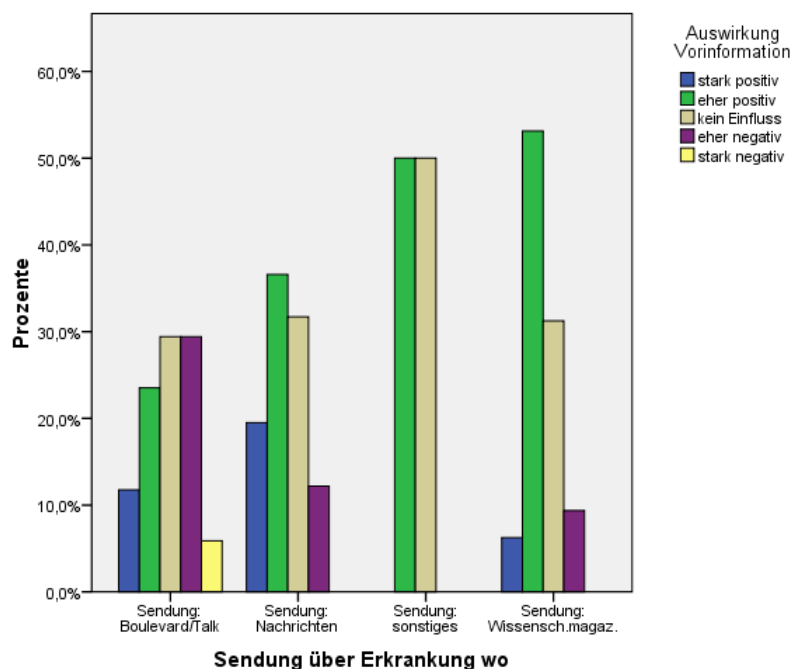


Abbildung 57: Auswirkung Vorinformation nach Sendungstyp Informationsquelle

Erkennbar ist, dass unter den Befragten, die ihre Information aus Boulevard-Sendungen bzw. Talkshows bezogen haben, ein mit rund 36% weit höherer Anteil an negativen und stark negativen Auswirkungen erkennbar ist als bei Wissenschaftsmagazinen und Nachrichten (10 bis 12%).

Hingegen überwiegt bei Wissenschaftsmagazinen (59%), Nachrichten (56%) und sonstigen Sendungen (50%) der Anteil eher positiver Auswirkungen. Positive Auswirkungen von Sendungen aus dem Bereich Boulevard/Talkshow vermerkten lediglich 35%.

		Auswirkung Vorinformation									
		stark positiv		eher positiv		kein Einfluss		eher negativ		stark negativ	
		Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)
Sendung über Erkrankung wo	Sendung: Nachrichten	8	19,5%	15	36,6%	13	31,7%	5	12,2%	0	,0%
	Sendung: Wissensch.magazin.	6	6,3%	51	53,1%	30	31,3%	9	9,4%	0	,0%
	Sendung: Boulevard/Talk	2	11,8%	4	23,5%	5	29,4%	5	29,4%	1	5,9%
	Sendung: sonstiges	0	,0%	6	50,0%	6	50,0%	0	,0%	0	,0%

Tabelle 38: Auswirkung Vorinformation nach Sendungstyp Informationsquelle

Was die Reaktion des Arztes auf die Vorinformation betrifft, zeigt sich der Zusammenhang mit der Quelle der Informationen zwar nicht so deutlich, ist aber dennoch klar erkennbar.

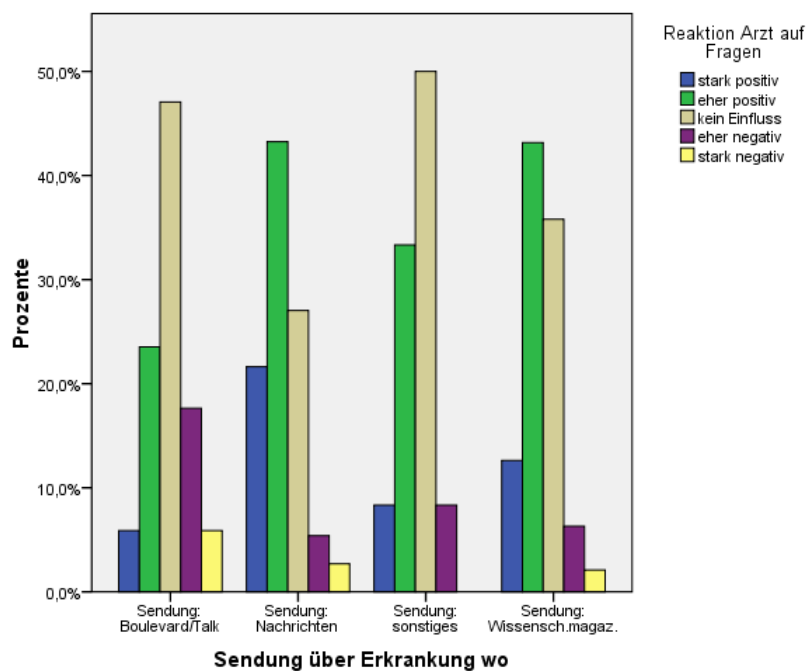


Abbildung 58: Reaktion Arzt nach Sendungstyp Informationsquelle

So ist der Anteil eher negativer und stark negativer Reaktionen des Arztes im Bereich Boulevard/Talk mit rund 24% weit höher als bei Wissenschaftsmagazinen (8%) und Nachrichten (8%).

		Reaktion Arzt auf Fragen									
		stark positiv		eher positiv		kein Einfluss		eher negativ		stark negativ	
		Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)
Sendung über Erkrankung wo	Sendung: Nachrichten	8	21,6%	16	43,2%	10	27,0%	2	5,4%	1	2,7%
	Sendung: Wissensch. magaz.	12	12,6%	41	43,2%	34	35,8%	6	6,3%	2	2,1%
	Sendung: Boulevard/Talk	1	5,9%	4	23,5%	8	47,1%	3	17,6%	1	5,9%
	Sendung: sonstiges	1	8,3%	4	33,3%	6	50,0%	1	8,3%	0	,0%

Tabelle 39: Reaktion Arzt nach Sendungstyp Informationsquelle

Zusammenfassend hat sich die Hypothese H₅ anhand der erhobenen Daten als verifiziert dargestellt. Sowohl was die Zufriedenheit mit dem Arzt-Patienten Gespräch betrifft, als auch hinsichtlich der Reaktion des

Arztes auf die gestellten Fragen und die subjektive Auswirkung der Vorinformation auf das Gesprächsverhältnis, ist der Anteil an Negativnennungen deutlich höher als bei anderen Sendungstypen mit höherem Anspruch.

H_{5.1}: Je *fakteninformierter* (aktive Recherche in Zeitungen/Internet) Patienten sind, desto positiver ist das Patienten-Arzt-Verhältnis.

Unter Bezug auf die Ausführungen zur Hypothese H₅ ist auch die Hypothese H_{5.1} als zutreffend einzustufen.

Zwar zeigt sich die Zufriedenheit mit dem Arzt-Patienten Gespräch nicht maßgeblich höher als bei Konsumenten von Boulevardsendungen bzw. Talkshows; die Häufigkeit der Unzufriedenheit ist dafür deutlich geringer.

Weiters gaben von den Befragten jene, die ihre Information aus Wissenschaftsmagazinen, Nachrichten und sonstigen Formaten bezogen, deutlich häufiger eine positive Reaktion des Arztes auf ihre Fragen sowie eine positive Auswirkung der Vorinformation auf das Kommunikationsverhältnis an.

Negativnennungen waren in Bezug auf die betreffenden Fragen bei *fakteninformierten* Patienten weit seltener.

FF₆: Worin ist die Ablehnung vieler Ärzte informierten Patienten gegenüber begründet? Welche Auswirkungen sind für den Patienten aus einer Konfrontation des Arztes mit seiner Sichtweise zu erwarten?

H₆: Wenn Patienten voreingenommen und suggestiv informiert zum Arzt kommen, dann reagiert dieser ablehnend.

Eine generell negative Auswirkung der Vorinformation auf die Zufriedenheit der Befragten mit dem Arzt-Gespräch war anhand der erhobenen Daten nicht zu erkennen.

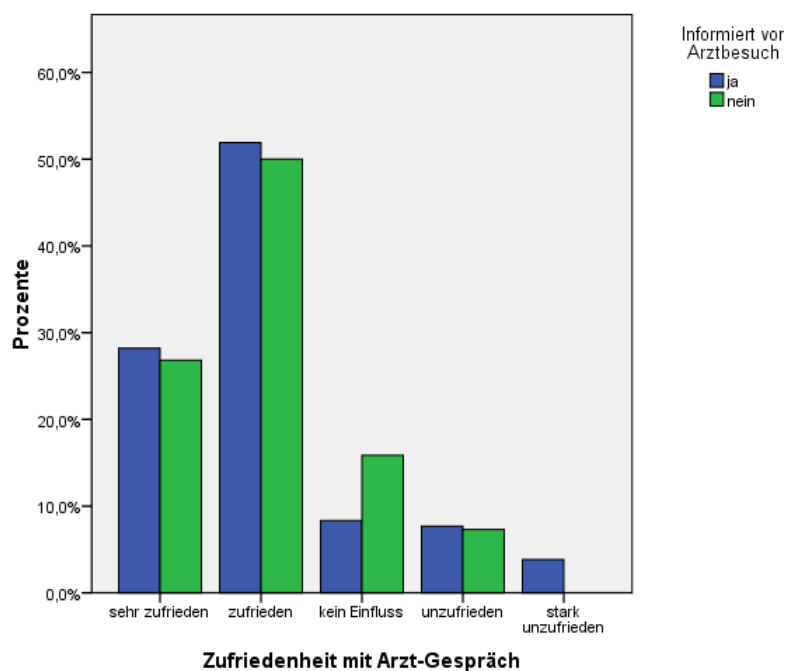


Abbildung 59: Zufriedenheit Arzt-Gespräch nach Vorinformation

So war die Zufriedenheit bei den Vorinformierten in etwa gleich hoch wie jene der nicht informierten Patienten.

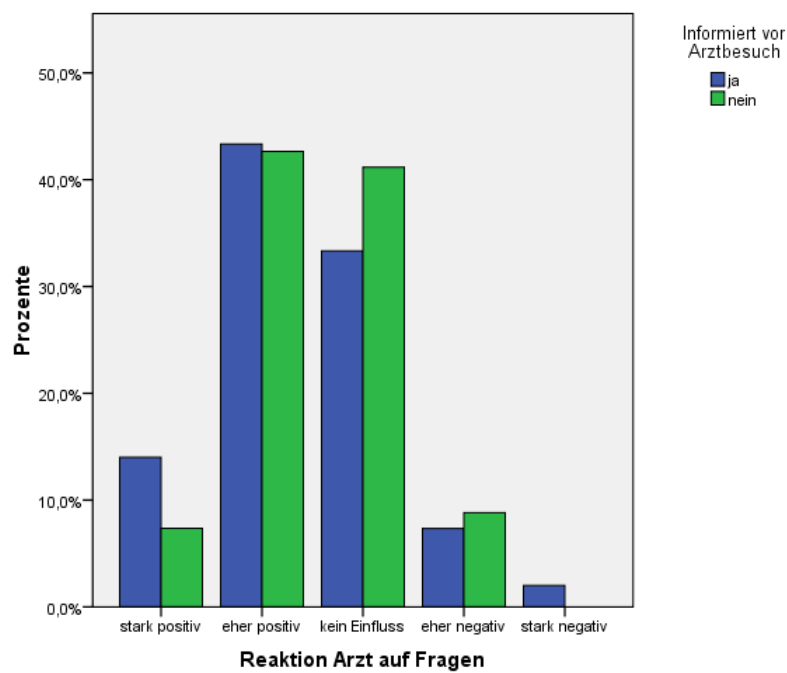


Abbildung 60: Reaktion Arzt nach Vorinformation

Die Reaktion des Arztes auf die Fragen schätzten die vorinformierten Patienten tendenziell etwas positiver ein als die nicht Informierten.

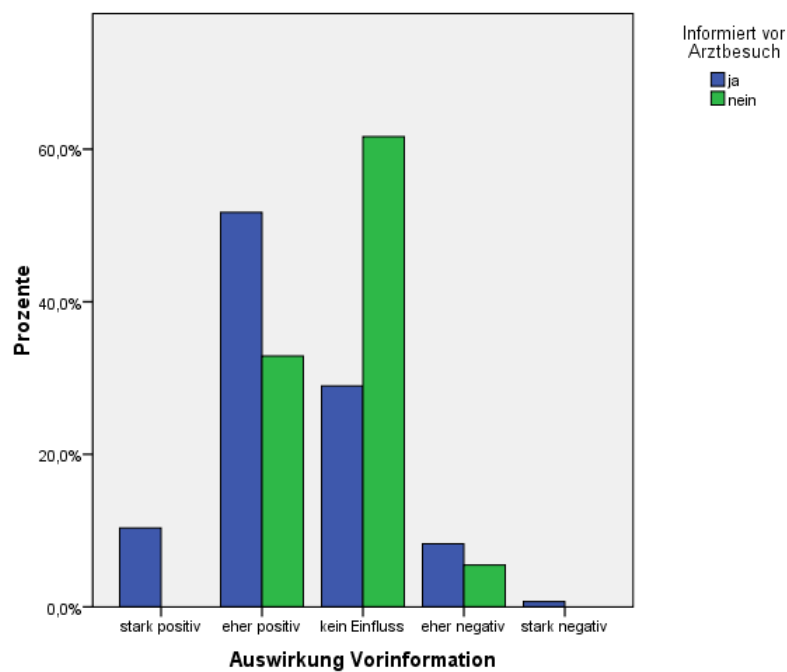


Abbildung 61: Auswirkung Vorinformation nach Vorinformation

Auch die subjektive Auswirkung der Vorinformation bestätigt dieses Bild und zeigt eine höhere Häufigkeit positiver Nennungen bei der vorinformierten Gruppe.

In Bezug auf das Vorliegen einer Erwartungshaltung – sowohl was die Diagnose, als auch was die Therapie betrifft – bestätigt sich das Bild.

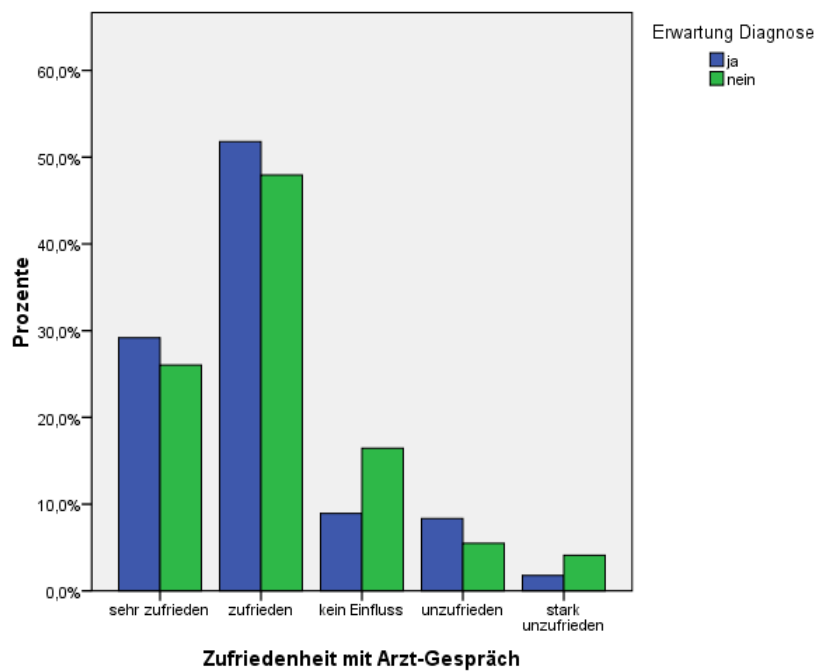


Abbildung 62: Zufriedenheit Arzt-Gespräch nach Erwartung Diagnose

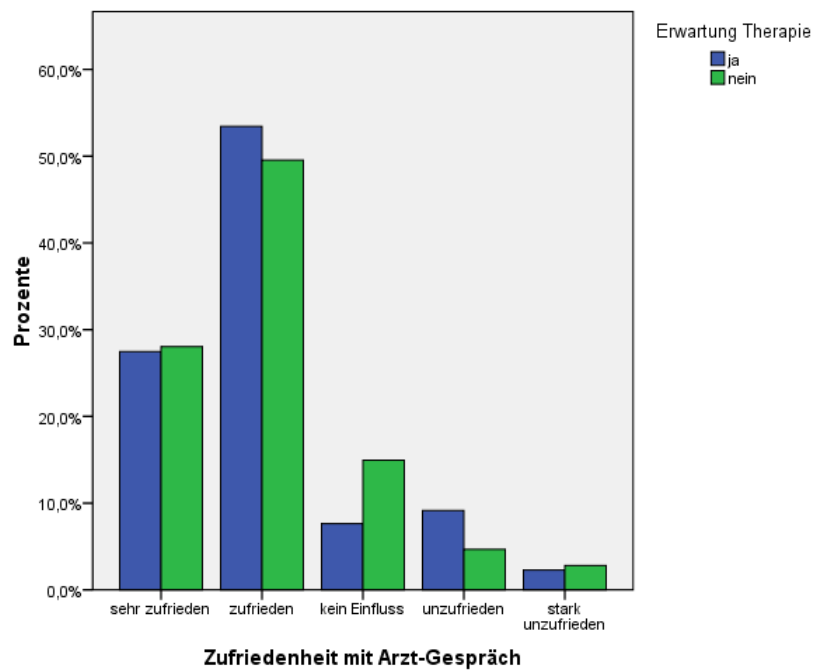


Abbildung 63: Zufriedenheit Arzt-Gespräch nach Erwartung Therapie

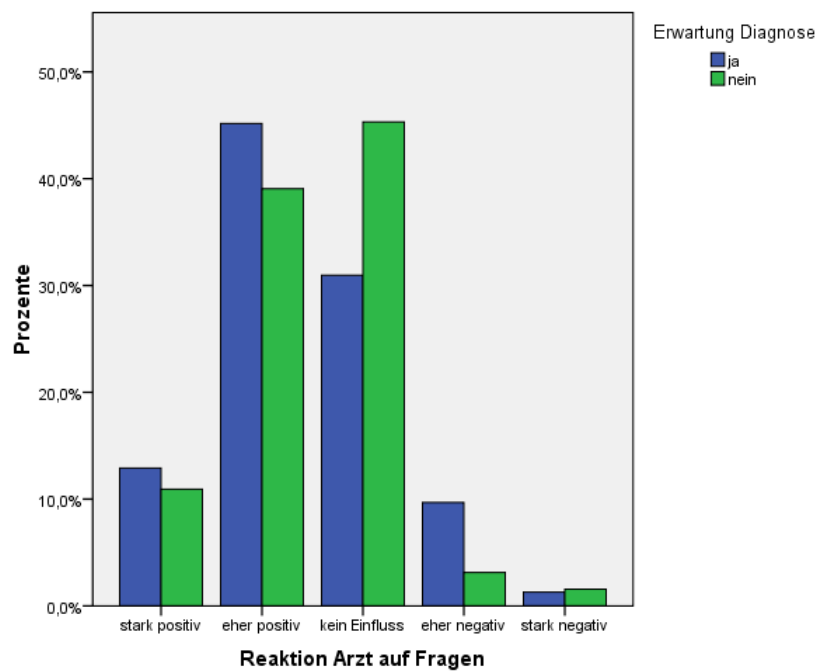


Abbildung 64: Reaktion Arzt nach Erwartung Diagnose

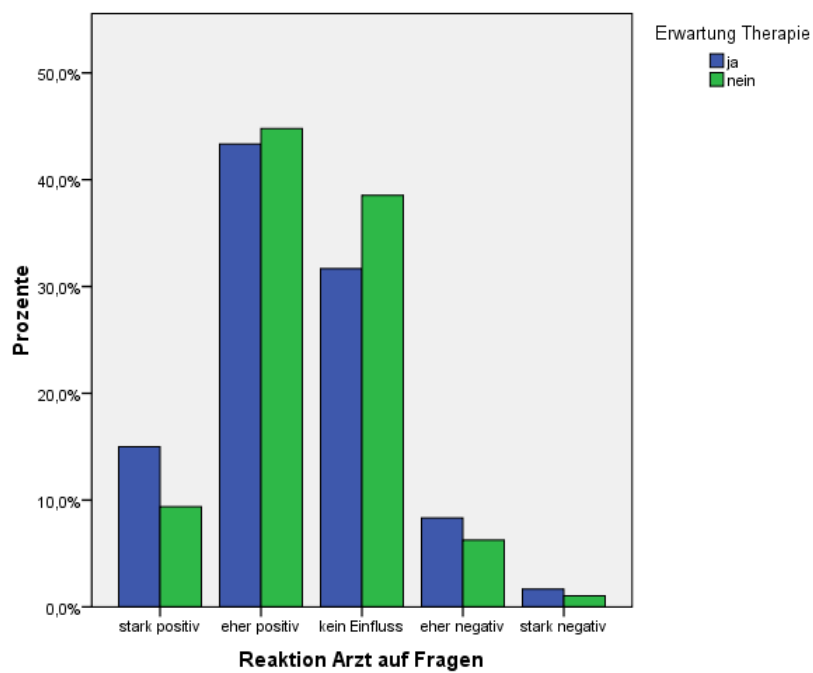


Abbildung 65: Reaktion Arzt nach Erwartung Therapie

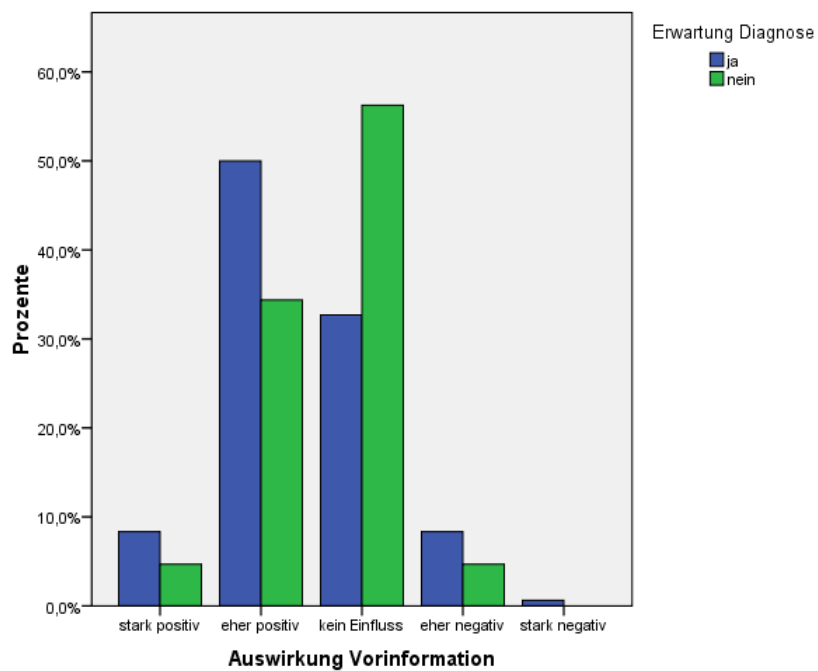


Abbildung 66: Auswirkung Vorinformation nach Erwartung Diagnose

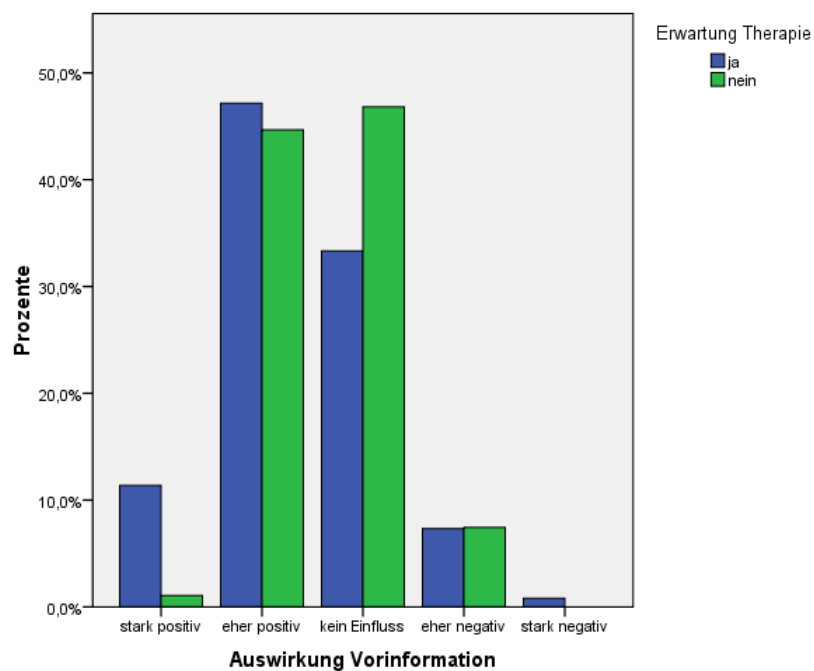


Abbildung 67: Auswirkung Vorinformation nach Erwartung Therapie

Sowohl was die Zufriedenheit mit dem Arzt-Gespräch, die Reaktion des Arztes auf Fragen und die Einschätzung, wie die Vorinformation sich ausgewirkt hat, betrifft, überwiegen deutlich positive Nennungen. Ein klarer Abstand zwischen der Gruppe, die eine Erwartungshaltung hatte und jener, die ohne Erwartung zum Arzt ging, zeigt sich jedoch nicht.

Wohl aber lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Frage, ob sich eine bestehende Erwartungshaltung betreffend Diagnose und/oder Therapie erfüllt hat, und der Auswirkung der Vorinformation ableiten.

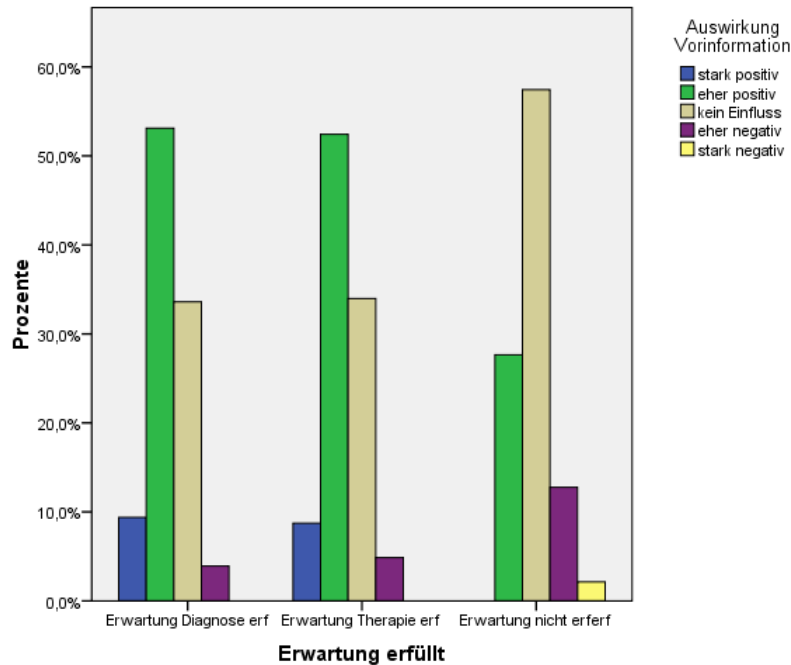


Abbildung 68: Auswirkung Vorinformation nach Erwartung erfüllt

Bei den Befragten, deren Erwartungshaltung sich nicht erfüllt hat, ist der Anteil, der eine negative Auswirkung der Vorinformation konstatiert, deutlich höher.

Auch hinsichtlich der Reaktion des Arztes auf die Fragen zeigt sich bei jenen Patienten, deren Erwartungshaltung nicht eingetroffen ist, ein geringerer Anteil positiver und ein mit rund 16% deutlich höherer Anteil negativer Nennungen als bei jenen, die mit der erwarteten Diagnose beziehungsweise Therapie richtig lagen (je rund 6%).

Die Zufriedenheitswerte decken sich, was den Einfluss der Erfüllung bestehender Erwartungen betrifft, mit der Reaktion des Arztes.

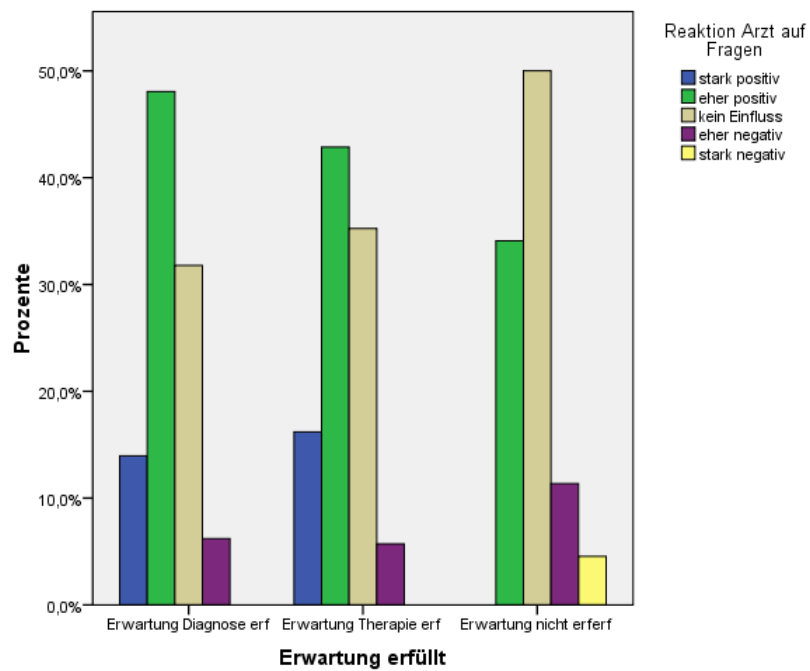


Abbildung 69: Reaktion Arzt nach Erwartung erfüllt

Jene Patienten, die mit der Erwartung nicht richtig lagen, gaben im Schnitt klar geringere Zufriedenheitswerte das Arzt-Patienten Gespräch betreffend an.

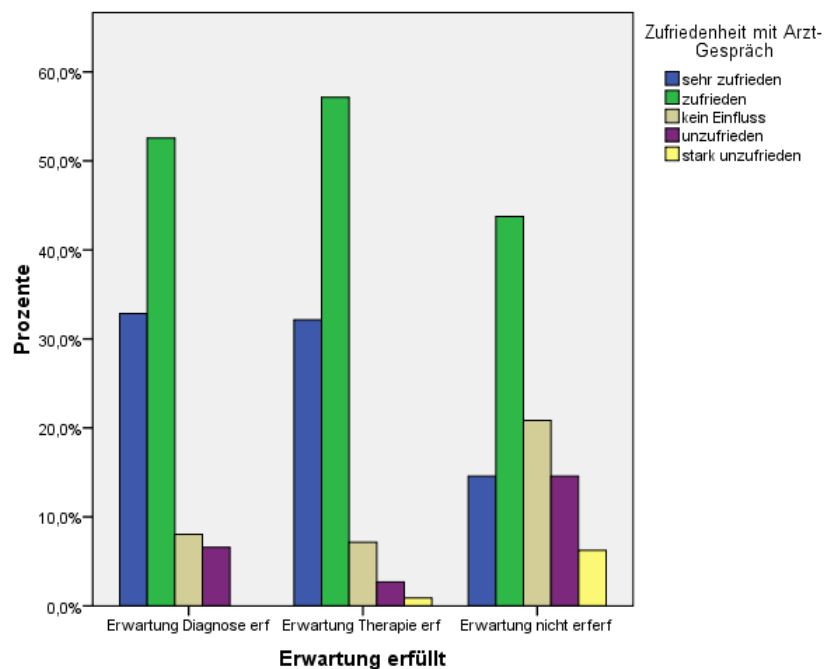


Abbildung 70: Zufriedenheit Arzt-Gespräch nach Erwartung erfüllt

So waren von den Patienten mit erfüllter Erwartungshaltung rund 87% (Schnitt Diagnose und Therapie) zufrieden und rund 5% unzufrieden. Die mit der Erwartung falsch gelegenen Patienten waren nur zu rund 58% zufrieden, hingegen zu 21% unzufrieden.

		Erwartung erfüllt					
		Erwartung Therapie erfüllt		Erwartung Diagnose erfüllt		Erwartung nicht erfüllt	
		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Auswirkung Vorinformation	stark positiv	9	8,7%	12	9,4%	0	,0%
	eher positiv	54	52,4%	68	53,1%	13	27,7%
	kein Einfluss	35	34,0%	43	33,6%	27	57,4%
	eher negativ	5	4,9%	5	3,9%	6	12,8%
	stark negativ	0	,0%	0	,0%	1	2,1%
Reaktion Arzt auf Fragen	stark positiv	17	16,2%	18	14,0%	0	,0%
	eher positiv	45	42,9%	62	48,1%	15	34,1%
	kein Einfluss	37	35,2%	41	31,8%	22	50,0%
	eher negativ	6	5,7%	8	6,2%	5	11,4%
	stark negativ	0	,0%	0	,0%	2	4,5%
Zufriedenheit mit Arzt-Gespräch	sehr zufrieden	36	32,1%	45	32,8%	7	14,6%
	zufrieden	64	57,1%	72	52,6%	21	43,8%
	kein Einfluss	8	7,1%	11	8,0%	10	20,8%
	unzufrieden	3	2,7%	9	6,6%	7	14,6%
	stark unzufrieden	1	,9%	0	,0%	3	6,3%

Tabelle 40 Folgewirkungen Erwartung erfüllt bzw. nicht erfüllt

Auf die Hypothese bezogen lässt sich daher zusammenfassend feststellen, dass sich aus dem Vorliegen medizinischer Vorinformation kein deutlicher Trend in Bezug auf das Kommunikationsverhältnis zwischen Arzt und Patient ableiten lässt.

Sehr wohl zeigt sich jedoch, dass die Zufriedenheit der Patienten, wie auch der Eindruck vom Kommunikationsverhältnis, maßgeblich davon abhängen, ob sich die Erwartungshaltungen der Patienten erfüllen oder nicht.

Fehlinformierte Patienten gehen tendenziell unzufriedener aus dem Arzt-Patienten Gespräch und haben eher den Eindruck einer negativen Reaktion des Arztes.

Richtig informierte Patienten hingegen sehen die Vorinformation als durchwegs positiv und vermelden eine konstruktive Wirkung auf das Gespräch mit dem Arzt.

Im Zusammenhang mit dem oben aufgezeigten Zusammenhang zwischen Quelle der Information und der Häufigkeit, dass die Erwartungen zutreffen, lässt sich ableiten, dass *fakteninformierte* Patienten mehr Nutzen aus ihrer Vorinformation ziehen. (Zur graphischen Darstellung verweise ich auf die Ausführungen zu Hypothese H₅)

		Sendung über Erkrankung wo							
		Sendung: Nachrichten		Sendung: Wissensmagaz.		Sendung: Boulevard/Talk		Sendung: sonstiges	
		Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)	Anzahl	Anzahl der Spalten (%)
Auswirkung Vorinformation	stark positiv	8	19,5%	6	6,3%	2	11,8%	0	,0%
	eher positiv	15	36,6%	51	53,1%	4	23,5%	6	50,0%
	kein Einfluss	13	31,7%	30	31,3%	5	29,4%	6	50,0%
	eher negativ	5	12,2%	9	9,4%	5	29,4%	0	,0%
	stark negativ	0	,0%	0	,0%	1	5,9%	0	,0%
Reaktion Arzt auf Fragen	stark positiv	8	21,6%	12	12,6%	1	5,9%	1	8,3%
	eher positiv	16	43,2%	41	43,2%	4	23,5%	4	33,3%
	kein Einfluss	10	27,0%	34	35,8%	8	47,1%	6	50,0%
	eher negativ	2	5,4%	6	6,3%	3	17,6%	1	8,3%
	stark negativ	1	2,7%	2	2,1%	1	5,9%	0	,0%
Zufriedenheit mit Arzt-Gespräch	sehr zufrieden	18	42,9%	22	22,0%	4	23,5%	4	33,3%
	zufrieden	20	47,6%	59	59,0%	10	58,8%	6	50,0%
	kein Einfluss	1	2,4%	8	8,0%	0	,0%	1	8,3%
	unzufrieden	2	4,8%	7	7,0%	2	11,8%	1	8,3%
	stark unzufrieden	1	2,4%	4	4,0%	1	5,9%	0	,0%

Tabelle 41: Folgewirkungen Sendungstyp Informationsquelle

V. Resümee

Ziel dieser Arbeit war es, den *informierten Patienten*, seine vielschichtigen Motive für die Suche nach medizinischen Informationen, seine Quellen und das Gespräch mit dem Arzt näher zu erörtern. Dabei sollte die Abbildung dieses Themenbereichs in der Literatur erhoben werden und verschiedene theoretische Konzepte einander gegenübergestellt werden.

Eine zentrale Forschungsfrage, die dieser Arbeit zugrunde liegt, war es, die Auswirkungen der intensiven medialen Berichterstattung über medizinische Themen sowie der vermehrten Bereitstellung von Informationsquellen für den medizinischen Laien auf die daraus resultierende veränderte Situation in der Arzt-Patienten-Kommunikation zu eruieren.

Die aus der Theorie abgeleiteten Hypothesen zur Arzt-Patienten-Kommunikation wurden durch eine empirische Erhebung, an der insgesamt 275 Patienten, davon 66% Frauen und 34% Männer, teilgenommen haben, überprüft.

Die im Theorieteil vorgestellten in der Literatur beschriebenen Arzt-Patienten Modelle unterscheiden sich im Wesentlichen in der Verteilung von Informationsgrad und Verantwortung zwischen Patient und Arzt. Deutlich gezeigt hat sich, dass in der Praxis keines der dargestellten Modelle stringent von den anderen abgrenzbar ist. Vielmehr ist die flexible Gestaltung und Kombination verschiedener Komponenten aus diversen Modellen erforderlich, um den Ansprüchen und Bedürfnissen der Patienten – situationsbedingt abhängig einerseits von seinem Informations- und Bildungsgrad, andererseits von Krankheitsphasen und Schweregrad der Krankheit – gerecht zu werden.

Um die Interaktionen der Hauptakteure der medizinischen Kommunikationsbeziehung besser zu verstehen, wurden sowohl Medien und deren Motive zur Informationsbereitstellung, Patienten und deren Motive für ihre Informationssuche, als auch Ärzte und deren Ausbildung in kommunikativen Belangen näher beschrieben. In Bezug auf die Informationsgewinnung der Patienten wurden einander die theoretischen

Modelle der passiven Rezeption und des aktive Suchens gegenübergestellt und deren Wechsel- und Folgewirkungen empirisch untersucht.

Dabei war zu erkennen, dass für rund 45% der Befragten eine rezipierte Sendung zu einem medizinischen Thema Anlass für weitergehende Recherchen war. Die aufgestellten Hypothesen $H_{1.2}$ und $H_{1.2.1}$, wonach die Wahrscheinlichkeit aktiver Recherche abhängig vom Ausbildungsgrad ist, sind als verifiziert zu betrachten: so haben 50-53% der Befragten mit höherem Bildungsniveau nach einer Sendung Informationen aktiv gesucht, hingegen nur 38% mit niedrigerem Bildungsniveau.

Der Einfluss der vermehrten Berichterstattung der Medien über medizinische Themen zeigt sich darin, dass Patienten in zunehmendem Maße vorinformiert zum Arzt gehen. Um die Auswirkung dieser Vorinformation auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patient – als zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit – zu analysieren, wurden die von Patienten am häufigsten genutzten, der passiven Rezeption zuzuordnenden, Informationslieferanten – das Fernsehen – und Quellen für aktive Recherchen – insbesondere in Form des Internet – detailliert dargestellt.

Die wichtigsten Ergebnisse der empirischen Erhebung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Rund 91% der Befragten verfolgen Gesundheitsberichterstattung im Fernsehen; für 45% war eine Sendung bzw. ein Artikel Anlass für weitere Recherchen, wobei die Wahrscheinlichkeit für eine aktive Suche mit zunehmendem Bildungsgrad deutlich steigt. Für rund 38% der Befragten mit abgeschlossener Lehre ist eine Sendung mit medizinischem Inhalt Anlass für Recherchen, demgegenüber für rund 54% der Akademiker.

Knapp zwei Drittel aller Befragten haben sich vor ihrem Arztbesuch über ihre Erkrankung informiert, auch hier konnte festgestellt werden, dass höher Gebildete eher dazu neigen, vorweg zu recherchieren, als Befragte aus niedrigeren Bildungsschichten.

Als Quelle für ihre Informationen nennen Personen mit höherer Ausbildung primär das Internet, weniger Gebildete eher die Zeitung respek-

tive Bekannte und Verwandte. Zur Frage nach dem Format der Sendung, in der sie einen Bericht zu den eigenen Beschwerden gesehen haben, geben Patienten mit niedrigerem Bildungsniveau vermehrt Nachrichten an, jene mit höherem Bildungsniveau tendenziell Wissenschaftsmagazine.

Eine der Forschungsfragen war es zu eruieren, ob sich die von Elaine Showalter vertretene theoretische Annahme bestätigt, dass ausgelöst durch die Medien es zu einer Verbreitung von vorgestellten Krankheiten im Sinne *hysterischer Epidemien*²⁸⁶ kommen kann. Die dazugehörige Hypothese (H₄) hat sich nicht deutlich bestätigt, jedoch ist für immerhin 31% aller Befragten die Vorstellung einer Diagnose, respektive einer neuen Therapiemethode im Fernsehen, Anlass einen Arzt aufzusuchen.

Auf die Frage, welche Auswirkungen die intensive Auseinandersetzung der Medien mit speziellen medizinischen Themen auf die Patienten hat, gaben 55% der Befragten an, dass dies ein gesteigertes Interesse an der Thematik auslöst. 43% haben das Bedürfnis einen Arzt aufzusuchen und 21% fühlen sich bedroht. Das Interesse an den von den Medien vorgestellten Themen nimmt mit zunehmendem Bildungsgrad der Rezipienten deutlich zu; hingegen nimmt das Gefühl der Bedrohung wie auch das Bedürfnis, einen Arzt aufzusuchen, mit höherer Bildung ab.

Das Gefühl der Betroffenheit von der medialen Darstellung lässt sich insbesondere bei jenen Rezipienten erkennen, die sich weniger intensiv über medizinische Themen informieren. Von der Gruppe derer, die sich gar nicht medizinisch informieren, empfinden sogar rund 50% Betroffenheit.

Die Hypothese H₂, dass die Vorinformation der Patienten einen Einfluss auf das Arzt-Patienten Gespräch darstellt, konnte bestätigt werden, jedoch nicht in der Form, wie dies im Rahmen der Hypothese H_{2.1} erwartet wurde – dass sich Vorinformation generell nachteilig auswirke.

²⁸⁶ Showalter, Elaine, S 14ff.

Vielmehr zeigt sich, dass 45% der Befragten die Auswirkung der Vorinformation auf das Kommunikationsverhältnis mit dem Arzt als eher positiv bewerten, und 40% keine Beeinflussung sehen.

Als zentrales Ergebnis der empirischen Erhebung zeigt sich hingegen, dass die Art der Auswirkung der Vorinformation wesentlich davon abhängig ist, ob die beim Patienten bestehende Erwartungshaltung im Zuge der Behandlung erfüllt wird.

Immerhin hatten 68% aller Befragten bereits vor dem Arztbesuch eine Erwartung oder Vorstellung, was ihre Diagnose betrifft; 54% haben den Arzt auf die ihnen vorliegende Information angesprochen.

Darüber hinaus ist erwähnenswert, dass unter den Befragten, die ihre Information aus Boulevard-Sendungen bzw. Talkshows bezogen haben, ein mit rund 36% weit höherer Anteil der Patienten eine negative oder stark negative Auswirkung der Vorinformation auf die Kommunikation mit dem Arzt wahrgenommen hat, als bei Wissenschaftsmagazinen und Nachrichten – mit 10 bis 12%. Bei Wissenschaftsmagazinen (59%), Nachrichten (56%) und sonstigen Sendungen (50%) überwiegt der Anteil eher positiv empfundener Auswirkungen – im Gegensatz zu Sendungen aus dem Bereich Boulevard/Talkshow (35%).

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Die der Arbeit zugrundeliegende Hypothese, wonach sich die medizinische Vorinformation des Patienten auf die Kommunikation mit dem Arzt grundsätzlich nachteilig auswirkt, auf Basis der empirischen Erhebung als lediglich bedingt verifiziert einzustufen ist.

Erfüllt sich die beim Patienten aufgebaute Erwartungshaltung im Arzt-Patienten Gespräch, so hat dies einen nachweisbar positiven Einfluss, was das Kommunikationsverhältnis, die Reaktion des Arztes und die Zufriedenheit des Patienten betrifft.

In Bezug auf jene Patienten hingegen, die hinsichtlich ihrer vorgefassten Erwartung enttäuscht werden, bestätigt sich die Hypothese, das Arzt-Patienten Verhältnis wird negativ besetzt. Die Patienten sind unzufrieden mit dem Behandlungsgespräch, nehmen eine ablehnende

Reaktion des Arztes und einen nachteiligen Effekt auf die Kommunikation wahr.

Es kann an dieser Stelle als Conclusio festgehalten werden, dass die vermehrt – in Form den *mündigen Patienten* – geforderte Partizipation bei der Entscheidung über die weitere Therapie nicht in allen Bereichen realisierbar ist. Der Arzt kann nicht gänzlich seiner Verantwortung entbunden werden. Der Widerspruch zwischen Wunschbild und Realität zeigt sich in der vorliegenden Arbeit in der Form, dass die von der Gesellschaft eingeforderte Autonomie des Patienten zum Teil von diesem – in Abhängigkeit von Schweregrad der Erkrankung und Krankheitsphase – gar nicht in dieser Dimension gewollt ist.

Wenn das, was sich viele wünschen, Realität werden soll, wird die Verantwortung für medizinisches Handeln – Therapien und Heilungsprozesse – zum Teil aus den Händen der Ärzte genommen und in die Hände des *mündigen Patienten* (des Kunden) gelegt. Nur bleibt die Frage offen, wer von diesen Patienten, angesichts der Komplexität der Materie und der Informationsüberflutung aus zum Teil unseriösen Quellen, tatsächlich in der Lage ist, anhand von statistischen Wahrscheinlichkeiten adäquate medizinische Entscheidungen zu treffen?

S A P E R E A U D E !

(Horaz, 65 – 8 v. Chr.)

VI. Literaturverzeichnis

- Atteslander, Peter:* Methoden der empirischen Sozialforschung. 11., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Erich Schmidt Verlag, Berlin, 2006.
- Balint, Michael:* Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Zehnte, in der Ausstattung veränderte Auflage, Klett-Cotta, Stuttgart, 2001.
- Brasser, Matthias:* Einsatz neuer Medien für Ärzte, S 127 -130. In: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Handbuch der Medizinkommunikation. Informationstransfer und Publizistik im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1988.
- Bonfadelli, Heinz:* Die Wissenskluft-Perspektive. Massenmedien und gesellschaftliche Information. Hömberg, Walter/Pürer, Heinz/Saxer, Ulrich (Hrsg.). Ölschläger Verlag, 1.Auflage, Konstanz, 1994.
- Bonfadelli, Heinz:* Medienwirkungsforschung I. Grundlagen und theoretische Perspektiven. 2. korrigierte Auflage, UKV Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz, 2001.
- Bonfadelli, Heinz/Friemel, Thomas:* Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen. UKV Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz, 2006.
- Burkhardt, Roland:* Kommunikationswissenschaft Grundlagen und Problemfelder. Umriss einer interdisziplinären Sozialwissenschaft. 3. aktualisierte Auflage, Böhlau Verlag; Wien/ Köln/ Weimar, 1998.
- Degn, Barbara:* Der Patient und sein familiärer Hintergrund. Grundbegriffe der Systemischen Familientherapie, S 143-150. In: Hans Joachim Fuchs (Hrsg.): Wege zur patientenorientierten Medizin. 1. Auflage, ÖAK Verlag, Wien 2002.
- Degn, Barbara/Dörflinger, Roland:* Kommunikationstraining für Ärzte – eine Erfahrungssammlung, S 58-70. In: Hans Joachim Fuchs (Hrsg.): Wege zur patientenorientierten Medizin. 1. Auflage, ÖAK Verlag, Wien 2002.

- Dierks, Marie-Luise/Schwartz Friedrich-Wilhelm:* Nutzer und Kontrolleure von Gesundheitsinformationen, S 290 -306. In: Hurrelmann, Klaus/Leppin Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 2001.
- Ebner, Heinz:* Macht Wissen gesund? Über die Bedeutung und Funktion der Patienteninformation im Zeitalter der Informationsgesellschaft, S153-169. In: Meggeneder, Oskar/Hengl, Walter (Hrsg.): Der informierte Patient –Anspruch und Wirklichkeit. Schriftenreihe "Gesundheitswissenschaften", Band 21; Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Linz, 2002.
- Endel, Gottfried:* Informed consent Patientinformation bei Behandlungen und Begutachtungen S 171-178; In Meggeneder, Oskar/Hengl, Walter (Hrsg.): Der informierte Patient –Anspruch und Wirklichkeit; Schriftenreihe "Gesundheitswissenschaften", Band 21, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Linz, 2002.
- Eysenbach, Gunther:* Neue Medien in Public Health. Prävention und Gesundheitsförderung, S 205-210. In: Hurrelmann, Klaus/Leppin Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 2001.
- Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.):* Grundprobleme der Aus- und Weiterbildung von Medizinpublizisten, S 13-19. In: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Handbuch der Medizinkommunikation. Informationstransfer und Publizistik im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1988.
- Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.):* Handbuch der Medizinkommunikation. Informationstransfer und Publizistik im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1988.
- Fischer, Michael:* Agenturtätigkeit für medizinische Kommunikation, S 73-75. In: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Handbuch der Medizin-

kommunikation. Informationstransfer und Publizistik im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1988.

Fuchs, Hans Joachim (Hrsg.): Wege zur patientenorientierten Medizin.
1. Auflage, ÖAK Verlag, Wien, 2002.

Härle, Monika: Fernsehen –das Leitmedium der Gesundheitskommunikation? S 183-194. In: Hurrelmann, Klaus/Leppin Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheits-kommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 2001.

Glik, Deborah C.: Gesundheitsjournalismus –Grundlage der professionellen Massenkommunikation, S 169-181. In: Hurrelmann, Klaus/Leppin Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle; 2001.

Gottschlich, Maximilian: Medizin und Mitgefühl. Die heilsame Kraft empathischer Kommunikation. 2., vollständig überarbeitete Auflage,
Böhlau Verlag, Wien/Köln/Weimar, 2007.

Göpfert, Winfried (Hrsg.): Wissenschaftsjournalismus. 5. vollst. aktualisierte Auflage, Ullstein Buchverlage GmbH, Berlin, 2006.

Göpfert, Winfried: Gängige Themen: Medizin und Gesundheit, S 230-237. In: Göpfert, Winfried (Hrsg.): Wissenschaftsjournalismus. Ullstein Buchverlage GmbH, 5. vollst. aktualisierte Auflage, Berlin, 2006.

Göpfert, Winfried: Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsaufklärung über Massenmedien, S 131 -141. In: Hurrelmann, Klaus/Leppin Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 2001.

Grausgruber, Alfred: Patientenunterstützung: Zur Notwendigkeit und den Möglichkeiten S 9-29. In: Der informierte Patient –Anspruch und Wirklichkeit; Schriftenreihe "Gesundheitswissenschaften", Meg-

geneder, Oskar/Hengl, Walter (Hrsg.) Band 21, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Linz, 2002.

Härle, Monika: Fernsehen –das Leitmedium der Gesundheitskommunikation? S 183-194. In: Hurrelmann, Klaus/Leppin Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health, Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 2001.

Hebenstreit, Stefan/Güntert, Bernhard: Qualitätsaspekte der Online-Gesundheitskommunikation, S 277-287. In: Hurrelmann, Klaus/Leppin Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 2001.

Humml, Simone: Wissenschaft im Tickertakt –so arbeitet dpa, S 206-213. In: Göpfert, Winfried (Hrsg.): Wissenschaftsjournalismus. 5. vollst. aktualisierte Auflage, Ullstein Buchverlage GmbH, Berlin, 2006.

Hurrelmann, Klaus/Leppin Anja(Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation, Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 2001.

Hurrelmann, Klaus: Sozialisation und Gesundheit, S 93-101. In: Schwarzer, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Verlag für Psychologie, Göttingen, 1990.

Idris, Ildar/Finck, Gerhard: Tableau organisationsunabhängiger Medizinperiodika, S 89-92. In: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Handbuch der Medizin-kommunikation. Informationstransfer und Publizistik im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1988.

Jäckel, Michael: Medienwirkungen. Ein Studienbuch zur Einführung. Studienbücher zur Kommunikations- und Medienwissenschaft. Benteler, Günter/Brosius, Hans-Bernd/Jarren, Ottfried (Hrsg.).VS Verlag für Sozialwissenschaften, 4., überarbeitete und erweiterte Auflage, Wiesbaden, 2008.

- Jochum, Manfred:* Wissenschaftswissen und Medienwissen oder: Die Virtualität des Wissens. Studienverlag, Innsbruck, 1999.
- Kammerer, Bettina:* „Stets offen für neues“. Univ. Prof. Dr. Siegfried Meryn im Interview. In: *Gesünder Leben*, Heft 6, Juni 2001.
- Kaltenborn, Karl-Franz:* Medizin- und gesundheitsrelevanter Wissenstransfer durch Medien. S 36 -61. In: Hurrelmann, Klaus/Leppin Anja (Hrsg.): *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 2001.
- Kletečka-Pulker, Maria:* Die Arzt-Patienten-Beziehung aus juristischer Sicht, S 220-245. In: Hans Joachim Fuchs (Hrsg.): *Wege zur patientenorientierten Medizin*. 1. Auflage, ÖAK Verlag, Wien, 2002.
- Könczei, Gabriella:* Patientenzufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Beziehung in hausärztlichen Ordinationen. Ein Vergleich zwischen Patienten von Homöopathen und Schulmediziner. Univ. Diplomarbeit, Wien 2005.
- Linden, Michael/Priebe, Stefan:* Arzt-Patienten-Beziehung, S 415-425. In: Schwarzer, Ralf (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Verlag für Psychologie, Göttingen, 1990.
- Leppin, Anja:* Informationen über persönliche Gefährdungen als Strategie der Gesundheitskommunikation: Verständigung mit Risiken und Nebenwirkungen, S 107-127. In: Hurrelmann, Klaus/Leppin Anja (Hrsg.): *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*; Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 2001.
- Mangold, Roland/Vorderer, Peter/Bente, Gary:* Lehrbuch der Medienpsychologie. Hogrefe-Verlag, Göttingen/Bern/Toronto/ Seattle, 2004.
- Müller-Mundt, Gabriele:* Patientenedukation zur Unterstützung des Selbstmanagements, S 94-106. In: Hurrelmann, Klaus/Leppin Anja (Hrsg.): *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*; Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 2001.

spräch zur E-Health. Verlag Hans Huber,
Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 2001.

Neverla, Irene/Brichtha, Mascha/Kamp, Hanns-Christian/Lüdecke, Dieter K.: Wer krank ist geht ins Netz. Eine empirische Untersuchung zur Medien- und Internetnutzung im Krankheitsverlauf. Reinhard Fischer Verlag, München, 2007.

Österreicher, Sonja: „Der direkte Draht zum Arzt?“ ÄrztInnen, PatientInnen und das Internet als Gesundheitsinformationsmedium – eine Medienanalyse im österreichischen Kontext (2000-2005). Dipl. Univ. Arbeit, Wien, 2006.

Parastar, Anahita: Wissenschaft im Fernsehen, S 186-202. In: Göpfert, Winfried (Hrsg.): Wissenschaftsjournalismus. 5. vollst. aktualisierte Auflage, Ullstein Buchverlage GmbH, Berlin, 2006.

Parsons, Talcott: The social System. Illinois, The Free Press, Glencoe, 1951.

Thierbach, Dieter: Medizinische Themen in Tages- und Wochenzeitungen, S 169-172. In: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Handbuch der Medizinkommunikation. Informationstransfer und Publizistik im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1988.

Thompson, Theresa L.: Die Beziehung zwischen Patienten und professionellen Dienstleistern des Gesundheitswesens, S 73-94. Hurrelmann, Klaus/Leppin Anja: Moderne Gesundheitskommunikation, Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle; 2001.

Reschke, Konrad: Gestaltung Gesundheitsrelevanter Informationen, S 461-473. In: Schwarzer, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Verlag für Psychologie, Göttingen, 1990.

Rösler, Hans-Dieter/Szewczyk, Hans/Wildgrube, Klaus: Medizinische Psychologie. Spektrum Akademischer Verlag GmbH, Heidelberg/Berlin/ Oxford, 1996.

Schwarzer, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Verlag für Psychologie, Göttingen 1990.

Showalter, Elaine: Hystorien Hysterische Epidemien im Zeitalter der Medien. Aus dem amerikanischen von Anke Carolina Burger, Berlin Verlag, Berlin, 1997.

Schwarzer, Ralf/Leppin, Anja: Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten, S 395-415. In: Schwarzer, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Verlag für Psychologie, Göttingen 1990.

Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien 2007.

Thompson, Theresa L.: Die Beziehung zwischen Patienten und professionellen Dienstleistern des Gesundheitswesens, S 73-94. Hurrelmann, Klaus/Leppin Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 2001.

Sekundärliteratur:

Atkin, Charles: Instrumental Utilities and Information Seeking. In: Clarke, Peter (Hrsg.): New Models in Mass Communication Research. Beverly Hills, London, 1973.

Dervin, Brenda/Frenette, Micheline: Sense-Making Methodology: Communication Communicative With Campaigning Audiences, S69ff. In: Rice Ronald E., Atkin, Charles (Hrsg.): Public Communication Campaigns. 3. Auflage, Sage Publ., Beverly Hills, 2002.

Hurrelmann, Klaus: Gesundheitssoziologie. Weinheim, Juventa Verlag, 2000.

Literaturverzeichnis, E-Journals bezogen von:

<https://www.univpn.univie.ac.at>

Epstein, Ronald M./Alper, Brian S./Quill, Timothy E.: The Patient-Physician-Relationship, Communicating Evidence for Participatory Decision Making, S 2359-2366. In: Journal of American Medical Association, Vol 291(19), 2004. Bezogen von:

<https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+0h756767633A2F2F776E7A6E2E6E7A6E2D6E6666612E626574++/cgi/reprint/291/19/2359?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=MAT=&fulltext=Ronald+M.+Epstein%3B+Brian+S.+Alper%3B+Timothy+E.+Quill&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT> [24.04.2009].

Dutta-Bergmann, Mohan J.: Primary Sources of Health Information: Comparisons in the Domain of Health Attitudes, Health Cognitions and Health Behaviors, S 273-288. In: Health Communication, 16(3), 2004. Bezogen von:

<https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+d0756767633A2F2F6A726F2E726F667062756266672E70627A++/ehost/pdf?vid=3&hid=7&sid=c68a087c-1f19-471d-a1de-ef2dffa55c9%40sessionmgr104> [28.05.2009].

Kjær Graugaard Peter/Finset Arnstein: Trait Anxiety and Reactions to Patient-Centered and Doctor-Centered Styles of Communication: An Experimental Study, S 33-39. In: Psychosomatic Medicine, Journal of Biobehavioral Medicine, Vol. 62, 2000. Bezogen von:

<https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E63666C70756266627A6E6776707A727176707661722E626574++/cgi/reprint/62/1/33?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=+Arnstein+Finset&searchid=1&FIRSTINDEX=0&fdate=1/1/1999&tdate=5/31/2003&resourcetype=HWCIT> [21.05.2009]

König, Doretta/Stetina, Birgit U./Stangl, Oliver K./Kryspin-Exner Ilse: Gesundheitspsychologische Aspekte der Internetnutzung in Zusammenhang mit gesundheitsbezogener Informationssuche und Pharmakabezug über das World Wide Web, S 82-94. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 16 (2), Hogrefe Verlag, Göttingen, 2008. Bezogen von:

<https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+ch756767633A2F2F63666C706261677261672E7A72676E63657266662E70627A+421098331@5095424@1247152026@5740EBB53B210D8C52CA4D329831B6D50DB0592+/content/w225400510201461/fulltext.pdf> [17.05.2009].

Medizin und Medien: Informierte Patienten fordern mehr, o.V., S20. In: Medical Tribune 40 Jahrgang, Nr. 8. 20 Februar 2008. Bezogen von:

<https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E7A727176706E>

[792D6765766F6861722E6E67++/-CSCO-3h--
dynamite.cfm?dsid=85341&dsid=677513](https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+0h756767633A2F2F776E7A6E2E6E7A6E2D6E6666612E626574++/cgi/reprint/281/3/283?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFOR-MAT=&fulltext=Marvel+Epstein&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCI) [07.03.2009].

Marvel, Kim M./Epstein, Ronald M./Flowers, Kristine/Bekman, Howard B.: The Patient-Physician Relationship, Soliciting the Patient's Agenda Have We Improved? , S 283-287. In: Journal of American Medical Association, Vol. 281(3), 1999. Bezogen von: <https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+0h756767633A2F2F776E7A6E2E6E7A6E2D6E6666612E626574++/cgi/reprint/281/3/283?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFOR-MAT=&fulltext=Marvel+Epstein&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCI> [02.07.2009].

Miller, Suzanne M./Mangan, Charles E.: Interacting Effects of Information and Coping Style in Adapting to Gynecologic Stress: Should the Doctor Tell All? , 223-236. In: Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 45, No. 1, 1983. Bezogen von: <https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+ch756767633A2F2F6269767166632E676B2E626976712E70627A++/spa/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=BAMJFPAHEFDDEMDFMFLCEOKOFH-MAA00&returnUrl=http%3a%2f%2fovidsp.tx.ovid.com%2fspa%2fovidweb.cgi%3f%26TOC%3dS.sh.15.16.40%257c20%257c60%26FORMAT%3dtoc%26FIELDS%3dtoc%26S%3dBAMJFPAHEFDDEMDFMFLCEOKOFHMAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDMCOKCEDFEF00%2ffs046%2fovft%2flive%2fqv023%2f00005205%2f00005205-198307000-00020.pdf&filename=Interacting+effects+of+information+and+coping+style+in+adapting+to+gynecologic+stress%3a+Should+the+doctor+tell+all%3f> [19.06.2009].

Miller, Suzanne M.: Monitoring and Blunting: Validation of a Questionnaire to Assess Styles of Information Seeking Under Threat, S 345-353. In: Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 52, No. 2. 1987. Bezogen von: <https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+ch756767633A2F2F6269767166632E676B2E626976712E70627A++/spa/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=BAMJFPAHEFDDEMDFMFLCEOKOFHMAA00&returnUrl=http%3a%2f%2fovidsp.tx.ovid.com%2fspa%2fovidweb.cgi%3f%26TOC%3dS.sh.15.16.18%257c10%257c60%26FORMAT%3dtoc%26FIELDS%3dtoc%26S%3dBAMJFPAHEFDDEMDFMFLCEOKOFHMAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDMCOKCEDFEF00%2ffs046%2fovft%2flive%2fqv023%2f00005205%2f00005205-198702000-00010.pdf&filename=Monitoring+and+Blunting%3a+Validation+of+a+Questionnaire+to+Assess+Styles+of+Information+Seeking+Under+Threat> [19.06.2009].

Portwich, Philipp: Zeitgemäße medizinische Patientenversorgung mit Balint – Wege zu einer personenzentrierten ärztlichen Berufspraxis in dem Kontext einer postmodernen Gesellschaftskultur, S 12–17.

In: Balint; 9: Georg Thieme Verlag KG Stuttgart/New York, 2008.

Bezogen von:

<https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+ch756767633A2F2F6A6A6A2E677576727A722D706261617270672E7172+2226788284@48697344@1244709362@EDE76E9002CA3853EB513919D9A8F3885ACC1D15+/ejournals/pdf/balint/doi/10.1055/s-2008-1004694.pdf> [11.06.2009].

Rogler, Gerhard: Der Arzt als Dienstleister –der Patient als Kunde. Im ethischen Konfliktfeld zwischen Patientenautonomie und evidenzbasierter Medizin. In: Kingreen, Thorsten/Laux, Bernhard (Hrsg.), Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs. Springer Verlag, 2008 Bezogen von:

<https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+ch756767633A2F2F6A6A6A2E6663657661747265797661782E70627A+2651279965@48631808@1243437954@D3A4FD402DCD3E701535A069E64C64E261FD1B60+/content/r61764042j1525h2/fulltext.pdf> [27.05.2009].

Roski Reinhold/Schikorra, Stefan: *Health Literacy*: Wie informieren sich alte Menschen über Gesundheitsthemen; In: Public Health Forum15 Heft 57, 2007. Bezogen von:

https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+ch756767633A2F2F6A6A6A2E667076726170727176657270672E70627A++/science?_ob=ArticleURL&_udi=B8H1C-4R2HM01-D&_user=464575&_coverDate=12%2F10%2F2007&_alid=921802344&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_cdi=42519&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_ct=1&_acct=C000022258&_version=1&_urlVersion=0&_userid=464575&md5=b627acefbf78148feaba87e004fd04ff [22.05.2009].

Schiner, Sabine: Wer die Glaubwürdigkeit verliert, verliert an Quote.

In: Ärzte Zeitung Nr. 22, 06.02.2001. Bezogen von:

https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E6A7666622D6172672E7172++/-CSCO-3h--webcgi?START=A20&T_FORMAT=5&DOKM=659055_ZGEH_0&WID=44632-3710599-31428_7 [25.06.2009].

Tannen, Terrell: Media giant and foudation team up to fight HIV/AIDS. International campaign will use advertisements and plotlines to raise awareness. In: The Lance, Vol 361, S 1440-1441. 26. April, 2003. Bezogen von:

<https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+d0756767633A2F2F6A726F2E726F667062756266672E70627A++/ehost/pdf?vid=3&hid=7&sid=c68a087c-1f19-471d-a1de-ef2dffa55c9%40sessionmgr104> [am 28.06.2009].

Online:

Appel, Andrea: Patentrezepte per TV Die Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen in einschlägigen Informations- und Ratgebersendungen des deutschen Fernsehens; In: Jazbinsek, Dietmar (Hrsg.): Gesundheitskommunikation; Westdeutscher Verlag; Wiesbaden; 2000. bezogen von: <http://www.polsoz.fu-berlin.de/kommwiss/institut/wissenskommunikation/projekte/index.html> [07.03.2009].

ARD:

http://programm.daserste.de/archiv_recherche_detail.asp?id=X001001488&sdatlo=05.07.2009&recherche=1&dpinter=337&anzahl=673 [23.06.2009].

Ärzteblatt: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=57224> [11.06.09].

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/bild.asp?id=18855> [14.6.2009].

Ärztelkammer Wien: http://www.aekwien.or.at/index_a.html [10.06.2009].

Ärzteakademie:

http://www.arztakademie.at/fileadmin/template/main/dfpPdfs/DFP_Richtlinie.pdf [10.06.2009].

Bartens, Werner: Man muss Ärzte ausreden lassen. In: Süddeutsche Zeitung 05.09.2007. Bezogen von:

<http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/583/417349/text/> [12.05.2009].

Bayrischer Rundfunk: <http://www.br-online.de/bayerisches-fernsehen/gesundheit/index.xml> [23.06.2009].

Degn-Weiß, Barbara: Der selbstbestimmte Patient. Ärzte Woche, 21. Jahrgang, Nr. 26, Wien, 2007.

<http://www.aerztewoche.at/viewArticleDetails.do?articleId=6249> [28.01.2009].

Dierks, Marie-Luise/Bitzer, Eva-Maria/Lerch, Magnus/Martin, Sabine/Röseler, Sabine/Schienkiewitz, Anja/Siebeneick, Stefanie/Schwartz, Friedrich-Wilhelm: Patientensouveränität, Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht, Nr. 195, Hannover, 2001. Bezogen von:

<http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltexte/2004/1882/pdf/AB195.pdf> [25.06.2009].

Europa-Universität Viadrina: http://www.euv-frankfurt-o.de/de/forschung/institut/institut_intrag/studium/postgraduierter/Studium/Inhalte/index.html [24.06.2009].

European Interactive Advertising Association:

<http://www.eiaa.net/news/eiaa-articles-details.asp?lang=3&id=201>
[04.06.2009].

Eysenbach, Gunther: Wie verändert das Internet die Arzt-Patienten-Beziehung: Ein MedKit Gespräch mit Dr. Gunther Eysenbach; November 2003. Bezogen von:

<http://yi.com/home/EysenbachGunther/scans/2003-11-medkit-interview-eysenbach.pdf> [11.01.2009].

Eysenbach, Gunther: FAQ Cybermedizin; Ein Beitrag zu Risiken und Nebenwirkungen (aber auch Chancen) des Internets für Patienten und Mediziner, 2000. Bezogen von:

<http://www.yi.com/home/EysenbachGunther/faq.htm#konsultieren>
[12.04.2009].

Felt, Ulrike: Ergebnisse des Forschungsprojektes »Virtuell informiert: Das Internet im medizinischen Feld«. Institut für Wissenschaftsforschung, Universität Wien, Wien, 2008. Bezogen von:

<http://www.univie.ac.at/virusss/documents/777573393.pdf>
[01.03.2009].

Geisler, Linus: Arzt-Patient-Beziehung im Wandel - Stärkung des dialogischen Prinzips. Beitrag im Abschlussbericht der Enquête-Kommission "Recht und Ethik der modernen Medizin" S. 216-220, vom 14.05.2002, Bezogen von:

<http://www.linus-geisler.de/art2002/0514enquete-dialogisches.html>
[16.05.2009].

Oekonsult: Fokus Gesundheitswesen 2010. Repräsentativumfrage mittels Face-to-Face Interviews. Baden, Juli 2008. Bezogen von:

http://www.oekonsult.eu/fokus_gesundheitswesen2010.pdf [15.06.2009].

Harder, Bernd: Der unerhörte Patient. In: Ärztliche Praxis, 19.01.2008. Bezogen von:

http://www.aerztlichepraxis.de/News/igelaktiv/NewsID1/news_id/1200768724/scaturl/aktuell/Artikel?original_url=/artikel_igelaktiv_aktuell_arzt-patienten-kommunikation_1200768724.htm [27.01.2009].

HON: Health on the Net Foundation. www.hon.com/Survey/FebMar2001
[24.04.2009].

Jazbinsek, Dietmar: Gesundheitskommunikation. Erkundungen eines Forschungsfeldes, S.11-31. In: Jazbinsek, Dietmar (Hrsg.): Gesundheitskommunikation. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag, 2000. Bezogen von:

<http://www.polsoz.fu->

ber-
lin.de/kommwiss/institut/wissenskommunikation/media/Gesundheitskommunikatio
n/B_Einleitung.pdf [07.03.2009]

Kirschning, Silke/Michel, Susanne/Von Kardorff Ernst: Der online informierte Patient Offener Dialog gesucht; Eine Studie untersucht, wie sich die Nutzung des Internets durch Patienten auf das Arzt-Patient-Verhältnis auswirkt. 101:A 3090–3092 [Heft 46], Deutsches Ärzteblatt, 2004. Bezogen von:

<http://aerzteblatt.lnsdata.de/pdf/101/46/a3090.pdf> [07.03.2009].

Klemperer, David: Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen; Konzepte der Arzt-Patienten-Kommunikation. Veröffentlichungsreihe d. Arbeitsgruppe Public Health, Berlin, 2003. Bezogen von:

<http://skylia.wz-berlin.de/pdf/2003/i03-302.pdf> [27.01.09].

Klemperer, David: Shared Decision Making und Patientenzentrierung – vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. Teil 1: Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung, S 71-79. In: Balint 6. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York, 2005. Bezogen von:

http://kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/P/2005balint1.pdf
[31.05.2009].

Komplementär gegen Krebs: Bezogen von: http://www.komplementaer-gegen-krebs.at/index.php?id=22&tx_sidocsearch_pi1 [07.06.2009].

Lalouschek, Johanna: Inszenierte Medizin. Ärztliche Kommunikation. Gesundheitsinformation und das Sprechen über Krankheiten in Mediensendungen und Talkshows. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 2005. Bezogen von:

<http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2005/pdf/medizintalk.pdf> am
[27.02.2009].

Loh, Andreas/Simon, Daniela/Kriston, Levente/Härter, Martin: Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen: Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. In: Deutsches Ärzteblatt, 104(21), 25.5.2007. Bezogen von:

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/lit.asp?id=55786> [27.01.2009]. sowie,
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/bild.asp?id=18855> [14.6.2009].

Mayer, Horst-Otto: Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung Durchführung Auswertung. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage, München/ Wien, 2008. Bezogen von:

<http://books.google.at/books?id=88h3Pymo-gC&pg=PP1&dq=Mayer+Horst+Otto>
[14.06.2009].

- Medizinische Universität Wien:* <http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=40> [10.06.2009].
http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=92&content_id=sg/18/2023/5077.php&parent_id=5071 [10.06.2009].
http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=92&content_id=sg/19/2023/5988.php&parent_id=5981 [10.06.2009].
- Meyen, Michael:* Hauptsache Unterhaltung, Mediennutzung und Medienbewertung in Deutschland in den 50er Jahren. Lit-Verlag, Münster, 2001. Bezogen von:
<http://books.google.at/books?id=EXUO0rP0puIC&printsec=frontcover> [22.05.2009].
- ORF:* <http://derneue.orf.at/orfstars/karlich.html> [25.05.2009].
- ORF Berichterstattung:* http://bewusstgesund.orf.at/bilanz_leicht.html [10.06.2009].
- ORF Mediaresearch:*
http://mediaresearch.orf.at/index2.htm?fernsehen/fernsehen_nutzungsverhalten.htm [21.05.2009].
- ORF:* http://tv.orf.at/groups/information/pool/zib_profil/story [25.05.2009].
- ORF:* <http://tv.orf.at/groups/magazin/pool/verarusswurm/story> [10.06.2009].
- ORF:* http://tv.orf.at/groups/magazin/pool/profil_sommerzeit/story [12.06.2009].
- ORF:* <http://tv.orf.at/program/orf2/20090622/455866001/267136/> [22.06.2009].
- ORF:* <http://tv.orf.at/program/orf2/20090624/455865601/267466/> [22.06.2009].
- Pennekamp, P.H./Diedrich, O./Schmitt, O./Kraft C.N.:* Prävalenz und Stellenwert der Internetzung orthopädischer Patienten. In: Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete, 144, 459-63. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York, 2006. Bezogen von:
<http://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/zfo/doi/10.1055/s-2006-942237> [06.06.2009].
- Pollack, Karin:* Arzt und Patient "Seelenloser Reparaturbetrieb". Ein Interview mit Prof. Gottschlich und Hausärztin Dr. Werhnart. In: Der Standard, 14.09.2008. Bezogen von:
<http://derstandard.at/?url=/?id=1220458160508> [04.01.2009].
- Puchner-Matzner, Ingeborg:* Gesprächsführung und Kommunikation. Skript für Mediziner, Universität Wien, Zentrum für Public Health/Med. Psychologie. Wien, o. J. Bezogen von:
<http://www.meduniwien.ac.at/index.php?id=40> [10.06.2009].
- RTL:* <http://rtl-now.rtl.de/mein-baby.php> [25.06.2009].

Schmidt, Klaus, Internet: Dritte Größe im Arzt-Patienten-Verhältnis. Ärztliche Praxis S 4, 18 (4), 04.05.06. Bezogen von: http://www.aerztlichepraxis.de/rw_4_Archiv_HoleArtikel_349043_Artikel.htm [28.04.2009].

Smolek, Inge: Der Arzt nimmt sich das Wort. Gestresste Mediziner neigen zur Machtausübung. Ärzte Woche, 22. Jahrgang Nr. 4, 2008. Bezogen von: <http://www.aerztewoche.at/viewArticlePrintDetails.do;jsessionid=9BE81F73DCA713E5730EB01737C56AD1?articleId=6946> [30.01.2009].

Spiegel Online Wissenschaft: (o.V.): Doktor im Netz. Jeder dritte sucht medizinischen Rat im Internet. 2007. Bezogen von: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,466178,00.html> [27.01.2009].

Thomann, Klaus-Dieter: Die Contergan-Katastrophe, Die trügerische Sicherheit der „harten“ Daten. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 104, Heft Nr. 41, 12. Oktober 2007. Bezogen von: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=57224> [11.06.2009].

Sat1: http://www.sat1.at/ratgeber_magazine/kallwass/biographie/ [26.06.2009].

Interview mit Vera Russwurm:

http://www.welldone.at/welldone_deb/content/page.asp?id=891 [20.06.2009].

ZDF: <http://vollekanne.zdf.de/ZDFde/inhalt/28/0,1872,1020540,00.html?dr=1> [23.06.2009].

Datenbanken:

EUROSTAT:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-QA-08-046/EN/KS-QA-08-046-EN.PDF [am 24.05.2009].

Statistik Austria (Hrsg.): IKT-Einsatz. Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien in Unternehmen und Haushalten, Wien, 2007. Bezogen von: https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+10756767633A2F2F6A6A2E66676E6776666776782E6E67++/web_de/dynamic/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/order?merken=1&id=305&listid=305&dback=Zur%FCck+zur+Ergebnisliste [24.05.2009].

Statistik Austria: (Hrsg.): IKT-Einsatz in Haushalten, Ergebnisse der Europäischen Erhebung über den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien in Haushalten 2005. Bezogen von: https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+1h756767633A2F2F6A6A2E66676E6776666776782E6E67++/web_de/dynamic/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/order?merken=1&id=305&listid=305&dback=Zur%FCck+zur+Ergebnisliste

776782E6E67++/web_de/dynamic/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/publdetail?id=305&listid=305&detail=82 [24.05.2009].

Statistik Austria (Hrsg.): IKT-Einsatz in Haushalten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien in Haushalten; Wien, 2008. Bezogen von:

http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/informationsgesellschaft/publdetail?id=17&listid=17&detail=499 [am 06.06.2009].

VII. Anhang

1. Abstract

Anspruch: Die vermehrte Verbreitung medizinischer Informationen durch Medien sowie die Recherchemöglichkeiten zu medizinischen Themen im Internet beeinflussen den Patienten, dessen Vorinformation sich in Folge auf das Kommunikationsverhältnis zwischen Patient und Arzt auswirkt.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es abzuklären, inwieweit ein vorinformierter Patient aus seinem gestiegenen Informationsgrad Vorteile ziehen kann – etwa in Form eines konstruktiveren offenen Gesprächs mit dem Arzt –, oder aber ob das Wissen zu kommunikativen Problemen und einem latenten Ablehnungsverhalten des Arztes führt. Gefragt ist darüber hinaus, von welchen Faktoren die Möglichkeit, Vorinformation im positiven Sinne nutzen zu können, abhängig ist.

Methode: Darstellung der in der Literatur verbreiteten Arzt-Patienten-Modelle. Aufstellung der dem Patienten verfügbaren Quellen medizinischer Information, unterteilt in solche passiver Rezeption und aktiver Recherche. Abbildung der kommunikativen Probleme in der Beziehung zwischen Patient und Arzt.

Empirische Erhebung in einer Facharztordination für Orthopädie und orthopädische Chirurgie über das Informationsverhalten der Patienten und deren Umgang mit der Vorinformation. Überprüfung der Auswirkung der Vorinformation des Patienten auf das Kommunikationsverhältnis mit dem Arzt.

Ergebnisse: Es zeigt sich eine Abhängigkeit zwischen dem Bildungsgrad der Patienten und der Wahrscheinlichkeit, dass die passive Rezeption medizinischer Themen eine anschließende aktive Recherche auslöst. Ob sich medizinische Vorinformation positiv oder negativ auf die Kommunikation zwischen Patient und Arzt auswirkt, ist wesentlich davon abhängig, ob eine beim Patienten bestehende Erwartungshaltung im Zuge der Behandlung erfüllt wird. Für Patienten, die hinsichtlich ih-

rer vorgefassten Erwartung enttäuscht werden, ist das Arzt-Patienten-Verhältnis negativ besetzt. Das Zutreffen bestehender Erwartungshaltungen ist wiederum vom Bildungsgrad des Patienten und von der Quelle der Vorinformation abhängig.

Schlussfolgerungen: Da positive Auswirkungen der vom Patienten gesammelten Vorinformation auf die Kommunikation mit dem Arzt vom Eintreffen der Erwartungshaltung zusammenhängen, stellt die sachliche und fachlich korrekte Vorinformation des Patienten eine zentrale Voraussetzung dar. Dem steht entgegen, dass es dem Laien nicht möglich ist, die verfügbaren Informationen auf Seriosität und Relevanz zu prüfen. Eine Qualitätssicherung medizinischer Informationen für den medizinischen Laien könnte hier Abhilfe schaffen.

2. Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Im Rahmen meiner Diplomarbeit zum Thema Arzt-Patienten und Medien, erlaube ich mir, mich mit den folgenden Fragen an Sie zu wenden und Sie um Ausfüllung und Rückgabe dieses Fragebogens zu bitten. Ihre Daten werden selbstverständlich anonym behandelt. Vielen Dank im Voraus!

1. In welchem Jahr sind Sie geboren?
2. Geschlecht ☐ Weiblich ☐ Männlich
3. Welche höchste abgeschlossene Ausbildung haben Sie?
☐ Pflichtschule ☐ Lehre
☐ Matura ☐ Universitätsabschluss/oder ähnliches
4. Sehen Sie sich Gesundheitsberichterstattungen im Fernsehen an?
☐ Ja ☐ Manchmal ☐ Nie
5. Wenn ja, bewusst oder nebenbei/zufällig?
☐ Bewusst ☐ Nebenbei/zufällig
6. Welche Sendungen über Gesundheit sehen Sie sich an?
.....
7. Lesen Sie medizinische Artikel in Zeitungen oder im Internet? (Mehrfachnennungen möglich)
☐ Zeitungen ☐ Internet ☐ weder noch
8. Auf welchen Seiten suchen Sie im Internet Informationen zu Ihrer Gesundheit? (Mehrfachnennungen möglich)
☐ netdoktor.at ☐ orf.at ☐ herold.at
☐ wikipedia.at ☐ über Google ☐ gar nicht
☐ andere, bitte angeben
.....
9. Verfolgen Sie medizinische Themen in den Medien speziell in Bezug auf eine vorliegende Vorerkrankung oder allgemein?
☐ Spezifisch zu meiner Erkrankung ☐ Allgemein ☐ Nein
10. Wie intensiv informieren Sie sich Ihrer Meinung nach zum Thema Gesundheit?

sehr intensiv	intensiv	mäßig intensiv	eher weniger	gar nicht

11. War schon einmal eine Sendung/Artikel zum Thema Gesundheit Anlass für eine weitere Recherche?

☐ Ja

☐ Nein

12. Haben Sie sich vor Ihrem Gespräch mit dem Arzt aktiv über ihre Erkrankung informiert?

☐ Ja

☐ Nein

a. Wenn ja, wo ?

☐ Zeitung

☐ Internet

☐ Bekannte/Verwandte

13. Haben Sie schon einmal im Fernsehen eine Sendung über Ihre Erkrankung bzw. Ihre Beschwerden gesehen?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn Ja:

a. Wo im Fernsehen?

☐ Nachrichten

☐ Wissenschaftsmagazin

☐ Boulevard/Talkshow

☐ sonstiges (bitte angeben!)

b. Hat Sie die betreffende Sendung angeregt, sich intensiver mit Ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen?

☐ Ja

☐ Nein

c. Hat Sie diese Sendung bewogen, einen Arzt aufzusuchen?

☐ Ja

☐ Nein

d. Was im speziellen hat Sie bewogen, einen Arzt aufzusuchen?

☐ vorgestellte Diagnose

☐ vorgestellte Therapiemethode

14. Die intensive Auseinandersetzung der Medien mit einem speziellen medizinischen Thema hat für die Patienten Ihrer Ansicht nach am ehesten zur Folge (Mehrfachnennungen möglich):

☐ Gefühl der Bedrohung

☐ Persönliche Betroffenheit

☐ Gesteigertes Interesse am Thema

☐ Bedürfnis, einen Arzt zu konsultieren

☐ Übersättigung („zu viel des Guten“)

15. Hatten Sie den Eindruck, dass sich Ihre Vorinformation auf das Kommunikationsverhältnis mit dem Arzt ausgewirkt hat?

stark positiv	eher positiv	kein Einfluss	eher negativ	stark negativ

16. Hatten Sie vor dem Arztbesuch eine Erwartung oder eine ungefähre Vorstellung von der zu erwartenden Diagnose?

☐ Ja ☐ Nein

17. Hatten Sie vor dem Arztbesuch eine Erwartung oder eine ungefähre Vorstellung von der zu erwartenden Therapie?

☐ Ja ☐ Nein

18. Ist die Erwartungshaltung betreffend Diagnose und/oder Therapie eingetreten? (Mehrfachnennungen möglich)

☐ Therapie ☐ Diagnose ☐ Weder noch

19. Haben Sie den Arzt auf die Ihnen vorliegenden Informationen angesprochen?

☐ Ja ☐ Nein

20. Hat Ihnen die Vorinformation beim Verständnis von Diagnose und/oder Therapieempfehlung geholfen?

☐ Therapie ☐ Diagnose ☐ Weder noch

21. Wie hat Ihr Arzt auf Ihre Fragen bzw. Anregungen reagiert?

stark positiv	eher positiv	kein Einfluss	eher negativ	stark negativ

22. Waren Sie mit dem Arzt-Patienten Gespräch zufrieden?

sehr zufrieden	zufrieden	kein Einfluss	unzufrieden	stark unzufrieden

23. Wünschen Sie sich, dass die Berichterstattung über medizinische Themen generell komplexer oder einfacher aufbereitet wird?

deutlich komplexer	etwas komplexer	soll so bleiben	etwas einfacher	deutlich einfacher	keine Meinung

V I E L E N D A N K F Ü R I H R E H I L F E !

3. Programmanalyse

PROGRAMMANALYSE IN DER KALENDERWOCHE 26 22-28.06.09. IN: TV-MEDIA, HEFT NR. 26.

Datum	Sender	Sendung	Uhrzeit	Wie oft	Gesundheits- bezug deziert im Namen	kann Gesundheits- themen beinhalten	Nachrichten	Talkshow/ Boulevard	Sonder- sendung	Soap, Serie
22.Jun	ORF 1	ZIB Flash	16.10 Uhr 18.55 Uhr 21.45 Uhr	3 x tgl.			X			
		ZIB 20 ZIB 24	20.00 Uhr 00.05 Uhr	2 x tgl.			X			
		Scrubs	19.00 Uhr	1x p.T.						X
		Grey's Anatomy	21.05 Uhr	1x p.W.						X
		Private Practice	22.40 Uhr	1 x p.W.						X
22.Jun	ORF 2	Newton	09.05 WH	1 x p.W.		X				
		Bürgeranwalt	09.30 WH	1 x p.W.		X				
		Wochenschau	12.30 WH	1 x p.W.		X				
		Die Barbara Karlich Show	16.00 Uhr	1x tgl.				X		
			09.00 Uhr 13.00 Uhr 17.00 Uhr 19.30 Uhr 22.00 Uhr	5 x tgl.			X			
		Heute in Österreich Sommerzeit	17.05 Uhr 17.40 Uhr	1 x tgl.		X				
		Konkret	18.30. Uhr	1 x tgl.		X		X		
		Bundesland Heute	19.00 Uhr	1 x tgl.		X				
		Thema	21.10 Uhr	1 x p.W.		X				
22.Juni	ARD	ZDF Morgenmagazin	05.30 Uhr	1 x tgl.		X				

Datum	Sender	Sendung	Uhrzeit	Wie oft	Gesundheits- bezug deziert im Namen	kann Gesundheits- themen beinhalten	Nachrichten	Talkshow/ Boulevard	Sonder- sendung	Soap, Serie
		Tagesschau	09.00 Uhr 10.00 Uhr 12.00 Uhr 14.00 Uhr 15.00 Uhr 16.00 Uhr	10 x tgl.			X			
			17.00 Uhr 20.00 Uhr 03.35 Uhr 04.55 Uhr				X			
		Mittagsmagazin	13.00 Uhr	1 x tgl		X				
		Brisant	17.15 Uhr	1 x tgl		X				
		Fakt	21.45 Uhr	1 x p.W.		X				
		Beckmann	22.45. Uhr	1 x p.W.				X		
		Nachtmagazin	00.00 Uhr	1 x tgl			X			
		Ratgeber Gesundheit	04.25 Uhr	1 p.M.	X					
22.Juni	ZDF	ZDF Morgenmagazin	05.30 Uhr	1 x tgl.		X				
		Tagesschau	09.00 Uhr 12.00 Uhr				X			
		Volle Kanne Service	09.05 Uhr	1 x tgl.	X					
		Drehscheibe	12.15 Uhr	1 x tgl.		X				
		ZDF Mittagsmagazin	13.00 Uhr	1 x tgl.		X				
		heute in Deutschland	14.00 Uhr	1 x tgl.			X			
		heute in Europa	16.00 Uhr	1 x tgl.			X			
		hallo Deutschland	17.15 Uhr	1 x tgl.				X		
		Leute heute	17.45 Uhr	1 x tgl.				X		
		Heute	19.00 Uhr	1 x tgl.			X			
		WISO	19.25 Uhr	1 x tgl		X				
		heute nacht	00.20 Uhr	1 x tgl.			X			
		Neues	02.15 WH	1 x p.W.		X				

Datum	Sender	Sendung	Uhrzeit	Wie oft	Gesundheits- bezug dezipiert im Namen	kann Gesundheits- themen beinhalten	Nachrichten	Talkshow/ Boulevard	Sonder- sendung	Soap, Serie
22.06.09	ZDF	WISO	03.15 WH	1 x tgl.		X				
		hallo Deutschland	05.00 WH	1 x tgl.				X		
22.06.09	Bayrischer Rundfunk	Tele Gym	07.15 Uhr 09.00 Uhr	2 x tgl.		X				
		Familienzeit	14.00 Uhr	1 x tgl.				X		
			16.00 Uhr							
		Rundschau	17.30 Uhr 18.45 Uhr 21.00 Uhr 23.30 Uhr	5 x tgl.			X			
		Wir in Bayern	16.05 Uhr	1 x tgl.				X		
		Abendschau Regionalzeit	17.35 Uhr	1 x tgl.				X		
		Abenschau	18.00 Uhr	1 x tgl.				X		
		Unkraut	19.00 Uhr	14 tägig		X				
		Lebenslinien	20.15. Uhr	1 x p.W.		X				
		Geld und Leben	21.15 Uhr	1 xp.W.						
		Geld und Leben	01.15 WH	1 x p.W.						
22.06.09	ATV	Aktuell	16.25 Uhr	1 x tgl.			X			
		Aktuell mit Sport	19.20 Uhr	1 x tgl.			X			
		High Society	12.50 WH 19.45 Uhr	1 x tgl.				X		
		ATV Dokument Volksport Doping	21.45 Uhr	1 x p.W.		X				
22.06.09.	RTL	Punkt 6	06.00 Uhr	1 x tgl.			X			
		Punkt 9	09.00 Uhr	1 x tgl.			X			
		Mitten im Leben	09.30 Uhr 15.00 Uhr 16.00 Uhr	3 x tgl.				X		
		Mein Baby	10.30 Uhr	1 x tgl.						X
		Die Kinderärzte	11.00 Uhr	1 x tgl.						X

Datum	Sender	Sendung	Uhrzeit	Wie oft	Gesundheits- bezug dezipiert im Namen	kann Gesundheits- themen beinhalten	Nachrichten	Talkshow/ Boulevard	Sonder- sendung	Soap, Serie
22.06.09	RTL	Punkt 12	12.00 Uhr	1 x tgl.		X				
		Oliver Geissen Show	14.00 Uhr	1 x tgl.				X		
		112 Sie retten dein Leben	17.00 Uhr	1 x tgl.						X
		Explosiv	18.00 Uhr 05.35 WH	1 x tgl.				X		
		Exklusiv	18.30 Uhr 01.10 WH	1 x tgl.				X		
		RTL aktuell	18.45 Uhr	1 x tgl.			X			
		Extra – das Magazin	22.15 Uhr	1 x p.W.				X		
		future Trend Reportage	23.30 Uhr	1 x p.W.		X				
22.06.09	Sat1	Nachtjournal	00.00 Uhr	1 x tgl.			X			
		Café Puls	06.00 Uhr	1 x tgl.				X		
		Pures Leben	10.00 Uhr	1 x tgl.						X
		Zwei bei Kalwass	14.00 Uhr	1 x tgl.				X		
		Sat1 Magazin	18.00 Uhr	1 x tgl.		X				
		Austria News	20.00 Uhr	1 x tgl.			X			
		Spiegel TV Reportage	22.45. Uhr	1 x p.W.		X				
22.06.09.	Pro 7	Akte Schicksal	23.15 Uhr	1 x p.w.		X				
		Café Puls	06.00 Uhr	1 x tgl.				X		
		Scrubs	09.15 Uhr	1 x tgl.						X
		SAM	12.00 Uhr	1 x tgl.				X		
		We are Family!	14.00 Uhr	1 x tgl.						X
		U 20	15.00 Uhr	1 x tgl.						X
		taff	17.00 Uhr 00.15 WH	1 x tgl.				X		
		Austria News	18.00 Uhr	1 x tgl.			X			
		Galileo	19.10 Uhr	1 x tgl.		X				
		Pro Sieben Reportage	23.15 Uhr	1 x p.W.		X				

Datum	Sender	Sendung	Uhrzeit	Wie oft	Gesundheit sbezug deziert im Namen	kann Gesundheits- themen beinhalten/ Magazin	Nachrichten	Talkshow/ Boulevard	Sonder- sendung	Soap, Serie
		Spätnachrichten	03.15. Uhr	1 x tgl.			X			
		Galileo Mystery	03.20 Uhr	1 x p.W.		X				
22.06.09.	VOX	Nachrichten	11.05 Uhr 23.55 Uhr	2 x tgl			X			
		Medical Detectives	02.35 Uhr	Unregel Mäßig						X
22.06.09	3sat	Nano	09.45 WH 18.30 Uhr	1 x tgl		X				
		NDR Talk Show	10.15. Uhr	Unrgl.				X		
		So -TV fürs Leben	12.15 WH	1 x p.W.		X				
		ZIB	13.00 Uhr				X			
		ZIB 2	22.00 Uhr	2 x tgl						
		schweizweit	17.45 Uhr	tgl		X				
		heute (v.ZDF)	19.00 Uhr	tgl.			X			
		Tagesschau	20.00 Uhr	tgl.			X			
		hitec: Dubai	21.30. Uhr	1 x p.W.		X				
		10 vor 10 (Schweiz)	23.55 Uhr	tgl.			X			

Datum	Sender	Sendung	Uhrzeit	Wie oft	Gesundheits- bezug dezipiert im Namen	kann Gesundheits- themen beinhalten	Nachrichten	Talkshow/ Boulevard	Sonder- sendung	Soap, Serie
24.06.09	ORF 1	Novotny & Maroudi	10. 00 Uhr	1 x p.W.						X
		ZIB Flash	16.10 Uhr							
	ORF 1	ZIB Flash	18.55 Uhr	3 x tgl.			X			
		ZIB Flash	21.45 Uhr							
		ZIB 24	00.00 Uhr							
		Scrubs	19.00 Uhr	1 x tgl.						X
			20.15 Uhr							
		Doctor 's Diary	21.00 Uhr	1 x p. W.						X
			02.20 WH							
			03.05 WH							
		ZIB	09.00 Uhr							
		ZIB	13.00 Uhr							
		ZIB	17.00 Uhr							
24.06.09.	ORF 2	Zeit im Bild	19.30. Uhr	5 x tgl.			X			
		ZIB 2	22.00 Uhr							
		Report	12.00 WH	1 x p.W.		X				
		Die Barbara Karlich Show	16. 00 Uhr	1 x tgl.				X		
			03.25 WH							
		Heute in Österreich	17.05 Uhr	1 x tgl.		X				
			04.20 WH							
		Sommerzeit	17.40 Uhr	1 x tgl.				X		
			04.50 Uhr WH							
		Konkret	18.30 Uhr	1 x tgl.		X				
			05.35 WH							
		Bundesland Heute	19.00 Uhr	1 x tgl.		X				
		Die Landärztin	20.15 Uhr	1 x p.W.						X
		Weltjournal	22.30 Uhr	1 x p.W.		X				
		Club 2	23.00 Uhr	1 x p.W.				X		
	ARD	ZDF Morgenmagazin	05.30 Uhr			X				

Datum	Sender	Sendung	Uhrzeit	Wie oft	Gesundheits- bezug deziert im Namen	kann Gesundheits- themen beinhalten	Nachrichten	Talkshow/ Boulevard	Sonder- sendung	Soap, Serie
24.06.09	ARD	Tagesschau	09.00 Uhr 12.00 Uhr 14.00 Uhr 15.00 Uhr 16.00 Uhr	9 x tgl.			X			
24.06.09	ARD	Brisant	10.03 WH 17.15 Uhr	1 x tgl.		X				
		Wissen vor 8	19.45. Uhr			X				
		Hart aber fair	21.45 Uhr 04.15 WH	1 x p.W.				X		
22.Juni	ZDF	ZDF Morgenmagazin	05.30 Uhr	1 x tgl.		X				
		Tagesschau	09.00 Uhr 12.00 Uhr	2 x tgl.			X			
		Volle Kanne Service	09.05 Uhr	1 x tgl.	X					
		Drehscheibe	12.15 Uhr	1 x tgl.		X				
		ZDF Mittagmagazin	13.00 Uhr	1 x tgl.		X				
		heute in Deutschland	14.00 Uhr	1 x tgl.			X			
		heute in Europa	16.00 Uhr	1 x tgl.			X			
		hallo Deutschland	17.15 Uhr	1 x tgl.				X		
		Leute heute	17.45 Uhr 04.45 WH	1 x tgl.				X		
		Heute	19.00 Uhr	1 x tgl.			X			
		heute-Journal	21.45 Uhr	1 x tgl.			X			
		Abenteuer Wissen	22.15 Uhr 01.50 WH	1 x p.W.		X				
		Markus Lanz	23.15 Uhr 02.20 WH	3 x p.W.				X		
		heute Nacht	00.15 Uhr	1 x tgl.			X			
		nano	04.15 Uhr	1 x tgl.		X				

Datum	Sender	Sendung	Uhrzeit	Wie oft	Gesundheits- bezug deziidiert im Namen	kann Gesundheits- themen beinhalten	Nachrichten	Talkshow/ Boulevard	Sonder- sendung	Soap, Serie
24.06.09	Bayrischer Rundfunk	Tele Gym	07.15 Uhr 09.00 Uhr	2 x tgl		X				
		Familienzeit	14.00 Uhr	1 x tgl				X		
		Gesundheit	11.45 Uhr	1 x p.W. WH	X					
		Planet Wissen	12.30 Uhr	4 x p.W.		X				
		Familienzeit	14.00 Uhr	1 x tgl				X		
		Rundschau	16.00 Uhr 17.30 Uhr 18.45 Uhr 21.00 Uhr 23.30 Uhr	5 x tgl.			X			
		Wir in Bayern	16.05 Uhr	1 x tgl.				X		
		Abendschau Regionalzeit	17.35 Uhr	1 x tgl.				X		
		Abendschau	18.00 Uhr	1 x tgl.				X		
		BürgerForum live	20.15 Uhr 01.55 WH	1 x p..M.				X		
		Kontrovers	21.15 Uhr 02.40 WH	1 x p.W.		X				
24.06.09	ATV	Aktuell	16.25 Uhr	1 x tgl.			X			
		Aktuell mit Sport	19.20 Uhr	1 x tgl.			X			
		High Society	12.50 WH 19.45 Uhr	1 x tgl.				X		
RTL	24.06.09.	Punkt 6	06.00 Uhr	1 x tgl.			X			
		Punkt 9	09.00 Uhr	1 x tgl			X			
		Mitten im Leben	09.30 Uhr 15.00 Uhr 16.00 Uhr	3 x tgl.				X		
		Mein Baby	10.30 Uhr	1 x tgl.						X
		Die Kinderärzte	11.00 Uhr	1 x tgl.						X

Datum	Sender	Sendung	Uhrzeit	Wie oft	Gesundheits- bezug dezipiert im Namen	kann Gesundheits- themen beinhalten	Nachrichten	Talkshow/ Boulevard	Sonder- sendung	Soap, Serie
24.06.09	RTL	Punkt 12 Oliver Geissen Show	12.00 Uhr	1 x tgl.		X				
		112 Sie retten dein Leben	14.00 Uhr	1 x tgl.				X		
		Explosiv	17.00 Uhr	1 x tgl.						X
		Explosiv	18.00 Uhr 05.35 WH	1 x tgl.				X		
		Exclusiv	18.30 Uhr	1 x tgl.				X		
		RTL aktuell	18.45 Uhr	1 x tgl.			X			
		stern TV	22.15. Uhr	1 x p.W.				X		
		Nachtjournal	00.00 Uhr	1 x tgl.			X			
24.06.09	Sat1	Café Puls	06.00 Uhr	1 x tgl.				X		
		Pures Leben	10.00 Uhr	1 x tgl.						X
		Zwei bei Kalwass	14.00 Uhr	1 x tgl.				X		
		Sat1 Magazin	18.00 Uhr	1 x tgl.		X				
		Austria News	20.00 Uhr	1 x tgl.			X			
		24	22.15 Uhr 23.30 Uhr	1 x p.W.		X				
		Planetopia	23.00 Uhr	1 x p.W.		X				
24.06.09.	Pro 7	Café Puls	06.00 Uhr	1 x tgl.				X		
		Scrubs	09.25 Uhr	1 x tgl.						X
		SAM	12.00 Uhr	1 x tgl.				X		
		We are Family!	14.00 Uhr	1 x tgl.						X
		U 20	15.00 Uhr	1 x tgl.						X
		taff	17.00 Uhr 00.15 WH	1 x tgl.				X		
		Austria News	18.00 Uhr	1 x tgl.			X			
		Galileo	19.10 Uhr	1 x tgl.		X				

Datum	Sender	Sendung	Uhrzeit	Wie oft	Gesundheits- bezug dezipiert im Namen	kann Gesundheits- themen beinhalten	Nachrichten	Talkshow/ Boulevard	Sonder- sendung	Soap, Serie
		Grey's Anatomy	20.15 Uhr 21.15 Uhr 01.15 WH 03.15 WH	1 x p.W.						X
24.06.09.	Pro7	Private Practice	22.15 Uhr 03.55 WH	1 x p.W.						
		ProSieben Spezial Wissen Weltweit	23.15 Uhr.	1 x p.W.		X				
24.06.09.	VOX	Nachrichten	11.05 Uhr 00.50 Uhr	2 x tgl			X			
		Crossing Jordan	22.05 Uhr 23.00 Uhr	1 x p.W.						X
		BBC Exklusiv	23.55 Uhr	1 x p.W.		X				
24.06.09	3sat	Nano	09.45 WH 18.30 Uhr	1 x tgl		X				
		ZIB ZIB 2	13.00 Uhr 22.00 Uhr	2 x tgl			X			
		Tropenzauber Tropenfieber schweizweit	14.45 Uhr	Unregelm.		X				
		Am Schauplatz	17.45 Uhr	tgl		X				
		Tagesschau	18.00 Uhr 20.00 Uhr	1 x p.W. tgl.		X				
		10 vor 10 (Schweiz)	00.20 Uhr	tgl.			X			

Datum	Sender	Sendung	Uhrzeit	Wie oft	Gesundheits- bezug deziert im Namen	kann Gesundheits- themen beinhalten	Nachrichten	Talkshow/ Boulevard	Sonder- sendung	Soap, Serie
Sonntag 28.06.09	ORF 1	ZIB 20	20.00 Uhr	1 x tgl.			X			
		ZIB Flash	22.25 Uhr	1 x tgl.			X			
	ORF 2	ZIB	09.00 Uhr							
		ZIB	13.00 Uhr							
		ZIB	17.00 Uhr	5 x tgl.			X			
		Zeit im Bild	19.30 Uhr							
		ZIB	21.45 Uhr							
		Wochenschau	13.05 Uhr	1 x p.W.		X				
		Schöner leben	16.15 Uhr	1 x p.W.		X				
		Österreich-Bild	18.25 Uhr	1 xp.W.		X				
		Bundesland heute	19.00 Uhr	1 x p.W.		X				
		Im Zentrum	21.55 Uhr 05.05 WH	1 x p.W.-				X		
28.06.09.	ARD	Tagesschau	12.00 Uhr							
			17.00 Uhr							
			20.00 Uhr	5 x tgl.			X			
			01.35 Uhr							
			04.45 Uhr							
		W wie Wissen	17.03 Uhr	1 x p.W.;		X				
		Weltspiegel	19.20 Uhr	1 x p.W.;		X				
		Anne Will	04.50 WH							
			21.40 Uhr	1 x p.W.;				X		
		Tagesthemen	03.20 Uhr							
		Echtzeit	22.40 Uhr	Tgl.			X			
			23.25 Uhr	1 x p.W.		X				

Datum	Sender	Sendung	Uhrzeit	Wie oft	Gesundheits- bezug deziert im Namen	kann Gesundheits- themen beinhalten	Nachrichten	Talkshow/ Boulevard	Sonder- sendung	Soap, Serie
28.06.09	ZDF	Heute	09.00 Uhr 13.00 Uhr 15.30 Uhr 17.00 Uhr 19.00 Uhr 00.15 Uhr 03.40 Uhr	7 x tgl.			X			
		sonntags blickpunkt	09.02 Uhr 13.02 Uhr	1 x p.W. 1 x p.W.		X		X		
		ZDF.umwelt	13.30 Uhr	1 x p.W.		X				
		Mona Lisa	18.00 Uhr	1 x p.W.		X				
		ZDF Reportage	18.30 Uhr	1 x p.W.		X				
		heute Journal	21.45 Uhr	Tgl.			X			
		nachstudio	00.20 Uhr	1 x p.W.		X				
28.06.09	Bayrische r Rundfunk	Tele Gym	07.15 Uhr 09.00 Uhr	2 x tgl		X				
		Elternsprechstunde	09.40 Uhr	1 x p.W.		X				
		Rundschau	17.00 Uhr 18.45 Uhr	Tgl.			X			
		Faszination Wissen	21.45 Uhr 02.35 WH	1 x p.W.		X				
28.06.09.	ATV	Dokupedia	13.00 WH	1 x p.W.		X				
		Reportage	15.30 Uhr	1 x p.W.		X				
		Aktuell	19.20 Uhr	Tgl.			X			

Datum	Sender	Sendung	Uhrzeit	Wie oft	Gesundheits- bezug deziert im Namen	kann Gesundheits- themen beinhalten	Nachrichten	Talkshow/ Boulevard	Sonder- sendung	Soap, Serie
28.06.09	RTL	Exklusiv weekend	17.45 Uhr 02.50 WH	1 x p.W.				X		
		Exklusiv spezial	19.05 Uhr	1 x p.W.				X		
		Spiegel TV	22.25 Uhr	1 x p.W.		X				
		Faszination Leben	00.05 Uhr	1 x p.W.				X		
	Sat1	Besser Essen	18.00 Uhr	1 x p.W:				X		
		Austria News	20.00 Uhr	Tgl.			X			
		Planetopia	22.45 Uhr	1 x p.W.		X				
		News und Storise	00.30 Uhr	1 x p.W.				X		
	Pro7	Scrubs	07.35 WH 08.05 WH	Tgl.						X
		Austria News	18.00 Uhr	Tgl.			X			
		Galileo	19.10 Uhr	Tgl.		X				
	VOX	NZZ Format	09.15 WH 23.55 Uhr	1 x p.W.		X				
		BBC Exklusiv	10.05 WH	1 x p.W.		X				
	3sat	Spiegel Tv Spezial	11.05 WH	1 x p.W.		X				
		Wochenschau	13.05. Uhr	1 x p.W.			X			
		hitec: Dubai	16.00 WH	1 x p.W.		X				
		neues	16.30 Uhr	1 x p.W.		X				
		heute	19.00 Uhr	Tgl.			X			
		Tagesschau	20.00 Uhr	Tgl.			X			

4. Anhangangaben

Urheberrechte

Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.

5. Lebenslauf

Persönliche Angaben:

Name: Brigitte Nestel-Eichhausen
Geburtsdatum: 20.05.1976
Geburtsort: Salzburg
Nationalität: Österreich

Ausbildung

1982 - 1986 Volksschule Bergheim, Salzburg
1986 - 1994 Wirtschaftskundliches Bundesrealgymnasium,
Salzburg Stadt
1994 - 1999 Studium der Humanmedizin,
Universität Wien
1999 - Studium der Publizistik,
Universität Wien

Berufserfahrung

1990 - 1994 Park-Pension Kasern, Salzburg
Rezeptionistin und Tätigkeit im Service
2001 - 2002 MAK – Österreichisches Museum für angewandte
Kunst/Gegenwartskunst, Wien, Presseabteilung.
1998 - Assistentin in einer Facharztordination für Orthopädie
und orthopädische Chirurgie, Wien