

Masterthesis

Titel der Masterthesis

**Bedeutung und Einfluss von
Online-Gesundheitsinformationen auf
Beratungsleistungen
gesundheitsinformierender
Einrichtungen**

Verfasserin:

Mag. Brigitte Domittner

Angestrebter akademischer Grad:

Master of Public Health (MPH)

Wien, im August 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: N 992 503
Studienrichtung lt. Studienblatt: Master of Public Health
Betreuerin: Prof. Dr. rer. biol. hum. Marie-Luise Dierks

Erklärung gemäß Diplomprüfungsordnung

"Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die Master Thesis mit dem Titel „Bedeutung und Einfluss von Online-Gesundheitsinformationen auf Beratungsleistungen gesundheitsinformierender Einrichtungen“ selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und alle den benutzten Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe."

Ort, Datum

Unterschrift

Dank

Ein herzliches Dankeschön möchte ich an meine Betreuerin, Frau Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, richten, die sich bereit erklärt hat, über Grenzen hinweg, meine Arbeit zu betreuen.

Mein besonderer Dank gilt Frau MMag. Dr. Christine Knauer, die mich bei der Ausarbeitung der Masterthesis beraten und immer wieder einen Schritt vorwärts gebracht hat.

Zum Schluss möchte ich mich noch an dieser Stelle bei den Beraterinnen bedanken, die mir, trotz ihrer sehr knapp bemessenen Zeitressourcen, als Interviewpartnerinnen zur Verfügung gestanden sind und so wesentlich zum empirischen Teil der Arbeit beigetragen haben.

Inhalt

1	Einleitung.....	11
1.1	Problemstellung und Public Health Relevanz.....	11
1.2	Fragenstellungen der Untersuchung.....	12
1.3	Wissenschaftliche Vorgehensweise.....	12
1.4	Struktur der Arbeit.....	13
2	Einführung in das Themenfeld.....	15
2.1	Gesundheitskommunikation.....	15
2.2	Öffentliche Gesundheitsinformation.....	18
2.3	Gesundheitskompetenz - Health Literacy.....	20
2.4	Empowerment.....	23
2.5	Zusammenfassung.....	24
3	Gesundheitsberatung.....	27
3.1	Ziele und Aufgaben der Gesundheitsberatung.....	27
3.2	Zielgruppen der Gesundheitsberatung.....	28
3.3	Anbieter von Gesundheitsberatung.....	29
3.4	Zusammenfassung.....	31
4	Gesundheit und Internet.....	33
4.1	Internetnutzung.....	33
4.2	Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen.....	34
4.3	Chancen und Risiken von Online-Gesundheitsinformation.....	41
4.4	Anbieter von Online-Gesundheitsinformationen.....	42
4.5	Exkurs: Auswirkungen von Online-Gesundheitsinformationen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis.....	44
4.6	Zusammenfassung.....	46
5	Qualitätsinitiativen für gesundheitsbezogene Inhalte im Internet.....	47
5.1	Verhaltenskodex - Code of Conduct.....	47
5.2	Selbstverpflichtende Ansätze.....	48
5.3	Qualitätszertifikate.....	52
5.4	Leitfäden für Userinnen und User.....	55

5.5	Filtersysteme	58
5.6	Zusammenfassung	59
6	Empirische Untersuchung	61
6.1	Fragestellungen der Untersuchung	61
6.2	Methode	62
6.3	Interviews	64
6.4	Datenauswertung	65
6.5	Ergebnisse	68
6.6	Beantwortung der Fragestellungen	79
7	Resümee und Ausblick	83
	Literaturverzeichnis	87
	Webseiten-Verzeichnis	94
	Kurzfassung	97
	Lebenslauf	99

Abbildungen

Abbildung 1: eHealth literacy lily model.....	23
Abbildung 2: Internetnutzerinnen und Internetnutzer 2010 in Prozent nach Geschlecht und Alter in Österreich	34
Abbildung 3: Online gesuchte Gesundheitsthemen in Prozent.....	38
Abbildung 4: HONCode-Logo, Beispiel einer Webseite www.adipositas-page.de	50
Abbildung 5: Logo des <i>The Information Standard Department of Health</i>	51
Abbildung 6: Logo afgis – Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem.....	53
Abbildung 7: Logo MedCertain / Logo MedCircle	55
Abbildung 8: Kategorien und Ziele der Qualitätskriterien für Gesundheitsportale	60
Abbildung 9: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell.....	66
Abbildung 10: Interpretationsregeln zusammenfassender Inhaltsanalyse	67

Tabellen

Tabelle 1: Suchbegriffe für die Literaturrecherche.....	13
Tabelle 2: Chancen und Risiken der neuen Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten.....	41

Abkürzungen

AGREE	Appraisal of guidelines for research and evaluation
engl.	englisch
HON	Health on Net
I	Interviewpartnerin
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien
NHS	National Health Service (England)
S.	Seite
lt.	laut
WHO	World Health Organization
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
Zeilennr.	Zeilennummer

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Public Health Relevanz

Mit dem Einzug des Internets als Informations- und Kommunikationsmedium in den Alltag, kann das Bedürfnis nach Informationen in einer noch nie bekannten Art und Weise befriedigt werden (Berger, 2009, S. 73). Ein großer Vorteil ist, dass man mit dem Internet rund um die Uhr Informationen zu fast jedem erdenklichem Thema aufrufen kann. Immer mehr interessierte Menschen nutzen diese Technologie, um sich über gesundheitsrelevante Themeninhalte zu informieren. „Googelt“ man beispielsweise den Begriff „gesunde Ernährung“, so stehen in Sekundenschnelle über 6.200.000 Ergebnisse zur Verfügung. Beim Begriff „Burnout“ sind es 7.770.000 deutschsprachige Ergebnisse und beim Begriff „Schwangerschaft“ bereits über 22.200.000 Ergebnisse (alle Ergebnisse wurden am 22. Juni 2011 abgerufen unter: www.google.at, deutschsprachige Ergebnisse). Diese ungefilterte Informationsflut kann aber auch zu Überforderung führen oder Ängste auslösen, da es vor allem für Laien schwer ist, die Qualität und Glaubhaftigkeit der Inhalte zu beurteilen (Berger (2009, S. 75ff).

Die Maßnahmen und Aktivitäten der Gesundheitsförderung zielen darauf ab, Menschen zu befähigen und zu motivieren, gesundheitsförderliche Entscheidungen in ihrem Leben zu treffen. In der Gesundheitsförderung nimmt die Gesundheitsinformation und –kommunikation eine bedeutende Stelle ein, da durch das Wissen über Gesundheit, Krankheit und deren Zusammenhänge die einzelne Person im Sinne von Empowerment unterstützt und gestärkt wird, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen (Monteguado Pena/Moreno Gil, 2010, S. 19) (vgl. auch Kapitel 2.4). Auch in der Ottawa-Charta (WHO, 1986), dem Basiskonzept der Gesundheitsförderung, kommt dem „*Befähigen und Ermöglichen*“ (engl. enable) eine zentrale Bedeutung zu. Das Internet, als einfach zugängliches Informations- und Kommunikationsmedium, ist in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung. Zur Verfügung stehende Gesundheitsinformationen beeinflussen aber nur zu einem Teil gesundheitsförderliches Handeln. Wesentlich ist, dass die Gesundheitsinformationen verstanden, verarbeitet und in ein gesundheitsförderliches Handeln des Einzelnen umgesetzt werden.

1.2 Fragenstellungen der Untersuchung

Medizin- und Gesundheitsinformationen aus dem Internet und seine Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis wurde in den letzten Jahren in vielen Publikationen thematisiert (vgl. Kapitel 4.5). Zur Frage, welche Bedeutung und welchen Einfluss Online-Gesundheitsinformationen auf die Beratungstätigkeit gesundheitsinformierender Einrichtungen haben, konnten nur Publikationen gefunden werden, die sich am Rande mit diesem Thema befassen. Aus diesem Grund wurde dieses Thema als Fragestellung für die empirische Arbeit gewählt. Mittels leitfadengestützter Interviews sollen professionelle Beraterinnen und Berater zu folgenden Fragestellungen befragt werden:

- In welcher Weise sind Online-Gesundheits-Informationen in der praktischen Arbeit der Beratungseinrichtungen von Bedeutung? Woher beziehen die Beraterinnen und Berater Ihre Informationen?
- Wie werden Online-Gesundheitsinformationen von Seiten der Beratungseinrichtungen bewertet? (Nach welchen Kriterien wählen Beraterinnen und Berater Gesundheitsinformation im Internet aus?)
- Sehen es die Beratungseinrichtungen als ihre Aufgabe an, über die Kriterien seriöser Online-Gesundheitsinformation zu informieren? Wenn ja, wie informieren sie darüber?

Die Exploration soll einen Einblick geben, ob bzw. in welcher Weise Online-Gesundheitsinformationen auf die praktische Beratungsarbeit gesundheitsinformierender Einrichtungen Einfluss nehmen.

1.3 Wissenschaftliche Vorgehensweise

Die Erarbeitung des theoretischen Teils der Arbeit basiert auf einer ausführlichen Literaturrecherche. Auf Basis von Schlüsselwörtern wurde in einschlägigen Datenbanken und im Internet recherchiert.

Folgende Suchbegriffe wurden für die Recherche herangezogen:

Tabelle 1: Suchbegriffe für die Literaturrecherche

Begriffe	Weitere passende / ähnliche Begriffe	Englische Begriffe:
Gesundheit	Gesundheitskommunikation, Gesundheitsinformation, Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsberatung	health, health communication, health information, health education, health consultation, patient education
Internet	Online, web, www, world wide web	Internet, Online, Web, www, world wide web
Beratungszentrum	Gesundheitszentrum, Beratungseinrichtung, Beratungsstellen	patient information centre, health information centre, health centre, community health centre
Beratung	Information, Aufklärung	Consultation, information, Education
	Beratungsfelder: Ernährungsberatung, Familienberatung, sexuelle Aufklärung	nutrition counseling, family counseling, sexual education
Berater	Arzt, Patient	consultant, adviser, doctor, patient
Qualität	Qualitätssicherung, Qualitätskriterien, Qualitätssiegel, Zertifizierung	quality, quality assurance, quality criteria, seals of approval, certification

Eigene Darstellung

Die Literatursuche erfolgte sowohl über verschiedene medizinische, soziologische und kommunikationswissenschaftliche Datenbanken als auch über die Bibliothekskataloge der Universität Wien und der Medizinischen Universität Wien. Zusätzlich wurde im Internet mittels Handsuche recherchiert, wie beispielsweise nach relevanten Dokumenten politischer Institutionen (z.B. der WHO oder den Europäischen Institutionen) oder nach statistischen Auswertungen bzgl. der Internetnutzung.

Der empirische Teil der Arbeit basiert auf einer qualitativen Untersuchung in Form von leitfadengestützten Interviews. Dabei soll die Bedeutung von Online-Gesundheitsinformationen im Zusammenhang mit der Beratungstätigkeit in gesundheitsinformierenden Einrichtungen erhoben werden. Die genaue Vorgehensweise bei der Erhebung und Analyse der Daten werden im Abschnitt 6 schrittweise dargestellt.

1.4 Struktur der Arbeit

Neben der literaturbasierten Aufarbeitung der Themen Gesundheitskommunikation, -information, -kompetenz und -beratung sowie der Darstellung der Qualitätsaktivitäten für gesundheitsbezogene Inhalte im Internet, wird im empirischen Teil der Arbeit der Einfluss von Online-Gesundheitsinformationen auf die Beratungstätigkeit gesundheitsinformierender Einrichtungen hinterfragt. Somit gliedert sich die Arbeit grob in einen theoretischen und einen empirischen Teil.

Der erste Abschnitt, der Einleitungsteil, dient der Beschreibung der Problemstellung und der Public Health Relevanz sowie der wissenschaftlichen Fragestellung und der Vorgehensweise.

Der zweite Abschnitt führt in das Themenfeld der Masterthesis ein. Dabei werden wichtige Begrifflichkeiten, wie Gesundheitskommunikation, Gesundheitsinformation, Gesundheitskompetenz und Empowerment näher erläutert.

Der dritte Abschnitt widmet sich der Gesundheitsberatung. Neben den Zielen und Zielgruppen der Gesundheitsberatung werden Akteure der Beratungslandschaft kurz dargestellt.

Gesundheit und Internet ist die Überschrift des vierten Abschnittes, der sich mit der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen auseinandersetzt. Neben den Nutzungsverhalten werden auch die Wirkung, der Einfluss und die Chancen und Risiken von internetbasierten Gesundheitsinformationen aufgezeigt.

Der fünfte Abschnitt fasst internationale Qualitätsinitiativen für gesundheitsbezogene Inhalte im Internet zusammen, die das gemeinsame Ziel verfolgen, die Informationsqualität zu steigern und Userinnen und User bei der Suche nach seriösen Online-Gesundheitsinformationen zu unterstützen.

Die empirische Arbeit wird im sechsten Abschnitt abgebildet. Neben der Beschreibung der Fragestellung werden die Methode, die Durchführung und die Auswertung bzw. Analyse der Datenerhebung beschrieben. Zum Schluss werden die Ergebnisse der Erhebung dargestellt und die Fragestellung der Untersuchung beantwortet.

Der letzte Abschnitt endet mit einem abschließenden Resümee der Arbeit und einem Ausblick.

2 Einführung in das Themenfeld

Dieser Abschnitt führt in das Themenfeld der Masterthesis ein. Dabei werden grundlegende Begrifflichkeiten, die im Zusammenhang mit dem Themenbereich stehen, näher beschrieben.

2.1 Gesundheitskommunikation

Der Begriff *Gesundheitskommunikation* entwickelte sich aus dem Englischen *Health Communication* und wurde vorerst im Wissenschaftsbereich verwendet, um Massenmedien im Zusammenhang mit dem Gesundheits- und Krankheitsverhalten zu erforschen und auf die Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Gesundheitsaufklärung hinzuweisen. Mittlerweile hat sich die Gesundheitskommunikation zu einem wichtigen Teilgebiet der Gesundheitswissenschaften – Public Health – entwickelt. Das grundlegende Ziel der Gesundheitskommunikation ist, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen, mit Unterstützung von verschiedenen Medien und Vermittlungsformen, an die Bevölkerung weiterzugeben (nach Signitzer, in: Hurrelmann, 2006, S. 197).

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass es sich bei der Gesundheitskommunikation um Kommunikationsprozesse im Zusammenhang mit der Gesundheit handelt (Svoboda, 1998, S. 11). In der Literatur wird der Begriff *Gesundheitskommunikation* unterschiedlich interpretiert. Dies ist darauf zurückzuführen, dass das Themenfeld von mehreren Disziplinen bearbeitet wird, wie beispielsweise der Kommunikationswissenschaft, der Public Health oder der Gesundheitspsychologie. Daher finden sich in der Literatur Begriffsdefinitionen, die aus verschiedenen Perspektiven dargestellt werden (Bleicher/Lampert, 2003, S. 348). Häufige, in den Begriffsbestimmungen vorkommende Schlüsselwörter sind unter anderem: Teilen von Informationen und Inhalten, Beeinflussen von Einzelpersonen und Gemeinschaften, Informieren, Motivieren von Zielgruppen, Austauschen von Informationen oder Ändern von Verhaltensweisen (Schiavo, 2007, S. 7 - 10).

Eine in den 80iger Jahren entwickelte Begriffsdefinition für Gesundheitskommunikation stammt von Kreps und Thornton (1992, S. 2). Diese Wissenschaftler verstehen Health Communication als "(...) *area of study concerned with human interaction in the health care process. It is the way we see, process and share health information.*" Dabei legen sie den Schwerpunkt auf die Kommunikation im Gesundheitsbereich, ein direkter Bezug auf Medien fehlt (Jazbinsek, 2000, S. 12). Jazbinsek weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass ursprüngliche Versuche Gesundheitskommunikation zu definieren, kaum über die Arzt-Patienten-Interaktion hinausgingen. Etwas später kam die Kampagnenforschung

im Zusammenhang mit der Gesundheitserziehung und Untersuchungen der Persuasionsforschung¹ hinzu (nach: Viswanath, in: Hartmann, 2010, S. 5). Erst mit Ende der 80iger Jahre wurde begonnen, die Fragestellung der Beeinflussung des „*alltäglichen Medienkonsums*“ auf das Gesundheitsverhalten näher zu beleuchten (Jazbinsek, 2000, S. 13). Dabei entwickelte sich auch der Trend zur Politisierung und Professionalisierung.

Eine etwas weiter gefasste Definition wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlicht, die auf die Verwendung von Massenmedien im Zusammenhang mit der Verbreitung von Gesundheitskommunikation hinweist (WHO, 1998a, S. 8):

„Health communication is a key strategy to inform the public about health concerns and to maintain important health issues on the public agenda. The use of the mass and multi media and other technological innovations to disseminate useful health information to the public, increases awareness of specific aspects of individual and collective health as well as importance of health in development.“

2.1.1 Ebenen der Gesundheitskommunikation

Hurrelmann unterscheidet Gesundheitskommunikation in direkte, personale Kommunikation und die Gesundheitskommunikation über Massemedien (Hurrelmann, 2006, S. 198).

Die *direkte, personale Kommunikation* erfolgt über persönliche zwischenmenschliche Kontakte, die meist in kleinen Gruppen zwischen den Gesundheitserzieherinnen / Gesundheitserziehern und –beraterinnen / -beratern und ihren Klientinnen / Klienten stattfindet.

Die *Gesundheitskommunikation über Massemedien* versucht vor allem große Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Eine spezielle Form sind öffentliche Kampagnen, die darauf ausgerichtet sind, gezielt bestimmte Bevölkerungsgruppen zu erreichen, z. B. Anti-Raucherkampagnen für Jugendliche.

Eine weitere Unterscheidung wird von Signitzer (2001, S. 28ff) vorgenommen. Er unterscheidet in seiner Systematik die Ebenen der intrapersonaler Kommunikation, interpersoneller Kommunikation, Organisationskommunikation und Massenkommunikation. Bei der intrapersonalen Kommunikation geht es um kommunikative / psychische Prozesse inner-

¹ Die Persuasionsforschung setzt sich mit der Überredungskommunikation, die mit Hilfe von Massenmedien transportiert wird, auseinander. Im Vordergrund steht der Medieneinfluss auf kurzfristigen Veränderungen der Meinungen, Einstellungen und Verhaltensweisen von Menschen (nach: Schenk 2007, in Doppler, 2011, S. 128).

halb eines Menschen und deren Einfluss auf die Gesundheit. Die interpersonelle Kommunikation bezieht sich auf den Informationsaustausch zwischen den Personen über den Gesundheitszustand, beispielsweise zwischen der Patientin / dem Patienten und der Ärztin / dem Arzt oder der Kommunikation zwischen den Versorgungsleistern. Die Ebene der Organisationskommunikation greift die Kommunikationsstrukturen der im Gesundheitswesen angesiedelten Einrichtungen, wie Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken, auf. Die Ebene der Massenkommunikation beschreibt das zur Verfügung stellen von Gesundheitsinformationen über verschiedene Medieninstrumente.

2.1.2 Anwendungsgebiete der Gesundheitskommunikation

Qualitativ hochwertige, umfassende, leicht verständliche und verfügbare Gesundheitsinformationen sind die Grundlage für ein autonomes Handeln und Entscheiden der Menschen mit gesundheits- und krankheitsrelevanten Fragestellungen (nach: Jazbinsek, in: Lerch/Dierks, S. 119). „*Direkte Veränderung des Gesundheitsverhaltens erfolgt auf dem Wege der Kommunikation*“ konkludiert Hurrelmann (2006, S. 197) und unterscheidet folgende Strategien der Gesundheitskommunikation (Hurrelmann, 2006, S. 199ff):

- *Gesundheitsberichterstattung*: Darunter wird die systematische Aufbereitung und Zusammenfassung von gesundheitsrelevanten Informationen verstanden. Die Definition von aussagekräftigen Messparametern und deren regelmäßigen Erhebung sind von zentraler Bedeutung. Dadurch wird auf den Gesundheitszustand der gesamten bzw. von Teilen der Bevölkerung, der gesundheitlichen Versorgung und die zur Verfügung stehenden Ressourcen rückgeschlossen.
- *Gesundheitsbildung*: Die Gesundheitsbildung basiert auf einer direkten und personellen Beeinflussung von gesundheitsrelevantem Wissen, Einstellungen und Handlungen. Sie zielt darauf ab, das Gesundheitswissen zu erhöhen und die Gesundheitskompetenz der Person zu stärken. Die Informationsvermittlung erfolgt vielfach in Kursen (beispielsweise an Erwachsenenbildungseinrichtungen), die sich an bestimmte Zielgruppen richten. Eine Teilnahme an den Veranstaltungen ist freiwillig.
- *Gesundheitserziehung*: Ähnlich wie bei der Gesundheitsbildung zielt die Gesundheitserziehung darauf ab, die gesundheitlichen Kompetenzen des Einzelnen zu entwickeln, zu festigen und zu steigern, wobei sich der Fokus hierbei aber primär auf Kinder und Jugendliche richtet. Inhaltliche und methodisch aufbereitete Gesundheitsinformationen sollen bei der Zielgruppe das Gesundheitswissen, eine

gesundheitsförderliche Einstellung und ein positives Gesundheitsverhalten ausbilden. Von allen Strategien ist die Gesundheitserziehung die Strategie, mit dem stärksten Interventionscharakter. Gesetze oder Lehrpläne bilden häufig Rahmenstrukturen und regeln so die Teilnahme an den Programmen, die vorrangig von Schulen, Kindergärten und andere Ausbildungseinrichtungen durchgeführt werden.

- *Gesundheitsberatung:* Die ursprünglichste Form der Gesundheitskommunikation ist die Gesundheitsberatung, die auf einer freiwilligen und aktiven Inanspruchnahme der ratsuchenden Person beruht. Das Ziel ist, die einzelne Person in ihren Handlungsfähigkeiten bei Gesundheitsproblemen zu stärken, die Selbstwirksamkeit wiederherzustellen bzw. zu erhöhen und Umgangsformen mit Krankheiten zu erlernen. Individuell vorhandene Ressourcen und Bewältigungsstrategien sollen dabei berücksichtigt werden. Die Beratung erfolgt in gesundheitlichen Versorgungsinstitutionen, wie Arztpraxen, Apotheken oder Beratungseinrichtungen und wird meist von Gesundheitsprofessionen, wie Ärztinnen / Ärzten, Pflegepersonen oder Psychologinnen / Psychologen, durchgeführt. Ein Teilbereich der Gesundheitsberatung ist die Patientenberatung und Patientenschulung, die sich primär auf die Krankheitsbewältigung konzentriert.
- *Gesundheitsaufklärung:* Die Gesundheitsaufklärung zielt darauf ab, große Bevölkerungsgruppen, mit Hilfe von Massenmedien, wie Fernsehen oder Radio, über gesundheitsrelevante Themen zu informieren. Durch diese Wissensvermittlung soll die Gesundheitskompetenz und –mündigkeit (im Englischen auch als *Health Literacy* bezeichnet) erhöht werden.

Gesundheitsförderung zielt darauf ab, Menschen zu befähigen und zu motivieren, sich für eine gesunde Lebensweise zu entscheiden (www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung, 2011). Die Gesundheitskommunikation – in jeder der beschriebenen Strategien - übernimmt in diesem Zusammenhang eine bedeutende Rolle, um Menschen in ihren gesundheitsförderlichen Einstellungen und Verhaltensweisen positiv zu beeinflussen und zu stärken.

2.2 Öffentliche Gesundheitsinformation

Häufig wird in der Literatur auch von öffentlichen Gesundheitsinformationen gesprochen. Ähnlich wie bei der Gesundheitsaufklärung geht es auch bei der öffentlichen Gesundheitsinformation um die Verbreitung von Medizin- und Fachwissen über Krankheiten, deren Entstehung und Prävention, der Symptomatik, der Behandlung und um das Wissen über

deren Zusammenhänge. Dabei steht immer die Förderung von Übernahme der Eigenverantwortung für die Gesundheit und eine gesunde Lebensführung im Vordergrund. Menschen sollen lernen, vermehrt die eigene Gesundheit und ihre Umwelt zu kontrollieren und gesundheitsförderliche Fähigkeiten auszubilden (nach Ashton/Seymoure, in: Lalouschek, 2005, S. 157).

Die Themengebiete der öffentlichen Gesundheitsinformationen sind sehr breit gefächert. Dabei kann es sich um Informationen zu konkreten Krankheiten, zum Körper und zu seiner Funktionsweise oder auch um Informationen über eine gesunde Lebensweise hinsichtlich Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum handeln. Typische Beispiele für öffentliche Gesundheitsinformationen sind AIDS- oder Impfkampagnen und Aufklärung über sogenannte Volkskrankheiten, wie beispielsweise Bluthochdruck (Lalouschek, 2005, S. 157).

Zu Beginn der 80iger Jahre wurde von den Ländern der europäischen Region der WHO ein Rahmenkonzept erarbeitet, das die Strategie und Ziele der gesundheitlichen Entwicklung in Europa festlegt. Im Jahr 1998 wurden die Inhalte des Programmes überarbeitet, konkretisiert und mit dem Titel *Gesundheit21* versehen. Aus diesem Programm wurden „21 Ziele für das 21. Jahrhundert“ abgeleitet (WHO, 1998b, S. 11ff).

Als Ziel 19 wurde *Forschung und Wissen zur Förderung der Gesundheit* festgelegt. Darin festgelegt wurde, dass Bürgerinnen und Bürger über die Gesundheitsbedeutung informiert, aufgeklärt und davon überzeugt werden sollen. Die Mitgliederstaaten werden aufgefordert Gesundheitsforschungs-, Informations- und Kommunikationssysteme zur Verfügung zu stellen, um so die Wissensverbreitung zu unterstützen (WHO, 1998, S. 33 - 34).

2.2.1 eHealth

Eine einheitliche Begriffsdefinition von eHealth (auch E-Gesundheit) existiert nicht. Eysenbach (2001, S. 20) versteht es als Schlagwort, das nicht nur „Internetmedizin“ beschreibt, sondern grundsätzlich alles, das mit Computern und Medizin im Zusammenhang steht. Den Begriff eHealth definiert Eysenbach (2001, S.20) folgendermaßen:

“e-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology.”

Eysenbach verweist bei dem Begriff eHealth auf die Gesundheitsleistungen und -informationen, die durch das Internet oder andere verwandten Technologien zur Verfügung gestellt oder unterstützt werden. Weiters meint er, dass das „e“ in eHealth nicht nur für „electronic“ steht, sondern auch für weitere „e´s“. Diese hat er unter den sogenannten „*The 10 e's in e-health*“ zusammengefasst: *efficiency, enhancing quality, evidence based, empowerment, encouragement, education, enabling, extending, ethics* und *equity* (Eysenbach, 2001, S. 20)“.

2.3 Gesundheitskompetenz - Health Literacy

Ein immer komplexeres Gesundheitssystem, das stetig anwachsende Wissen über Gesundheit und Krankheit, ein immer größeres Angebot an Produkten, Dienstleistungen und Therapiemöglichkeiten sowie eine Flut an entsprechenden Informationen aus den verschiedensten Quellen stellen immer höhere Anforderungen an Bürgerinnen / Bürger und Patientinnen / Patienten. Um mit dieser Fülle an Informationen umgehen zu können, werden Fertigkeiten und Fähigkeiten benötigt, die unter dem Begriff Gesundheitskompetenz, auch *Health Literacy* genannt, bekannt sind.

Der aus der Erziehungswissenschaft stammende Begriff *Health Literacy*, wird seit den 70iger Jahren verwendet. Der Begriff wurde anfänglich als *Gesundheitsalphabetisierung* verstanden, da er ursprünglich die Grundfertigkeiten wie Lesen, Verarbeiten und Verstehen von Gesundheitsinformationen beschrieb (Hurrelmann, 2006, S. 232; Zeyer/Odermatt, 2009, S.269). Aus diesem Grund stellen die ersten Begriffserklärungen vor allem die funktionellen Fähigkeiten in den Vordergrund.

Ende der 80iger Jahre wurde der Begriff stärker vom Bereich der Gesundheitsförderung aufgegriffen (Abel/Bruhin, 2003, S. 129). Die WHO definiert den Begriff *Health Literacy* umfassender (WHO, 1998a, S.10):

“Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health.”

Health Literacy repräsentiert hier kognitive und soziale Fähigkeiten, die das Individuum motivieren und befähigen, die eigenen gesundheitlichen Belange positiv zu beeinflussen (Abel/Bruhin, 2003, S. 129).

Health Literacy wurde anfänglich vor allem im anglo-amerikanischen Raum diskutiert. Das Konzept wurde erst in den letzten Jahren im deutschsprachigen Raum aufgegriffen (Hurrelmann, 2006, S. 232; Zeyer/Odermatt, 2009, S. 269). Unter „Gesundheitskompetenz“ –

der deutschen Übersetzung von Health Literacy – verstehen Abel/Bruhin (2011) „die Fähigkeit von Individuen verstanden, Gesundheitsinformationen zu verstehen und entsprechend aufgeklärt zu handeln.“ Gesundheitskompetenz geht aus der Perspektive der Gesundheitsförderung aber darüber hinaus. Abel und Bruhin haben es folgendermaßen definiert (2011):

„Health Literacy beschreibt alltagspraktisches Wissen und Fähigkeiten im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, mit dem eigenen Körper ebenso wie mit den gesundheitsprägenden sozialen Lebensbedingungen. Diese Kompetenzen werden primär über Kultur, Bildung und Erziehung vermittelt bzw. weitergegeben. Gesundheitskompetenz ist so ein integrierter Bestandteil von kulturbasierten Ressourcen, deren Akquirierung und Nutzung stark durch den sozialen Hintergrund der Menschen geprägt wird.“

2.3.1 Ebenen der Gesundheitskompetenz

Die Gesundheitskompetenz kann als ein Stufenmodell mit drei aufeinander aufbauenden Ebenen verstanden werden (Nutbeam, 2000, S. 265; Hurrelmann, 2006, S. 232 - 234). Die Basis bildet die *funktionale Kompetenz*, die das Verstehen von Gesundheitsinformationen und die dafür erforderlichen Lese- und Schreibfähigkeiten beschreibt. Die zweite Ebene der *interaktiven Kompetenz* umfasst umfangreichere kognitive Fähigkeiten, Lese-, Schreib- und Sozialkompetenzen. Im Vordergrund stehen die Fähigkeiten der Informationsbeschaffung, des kommunikativen Austausches darüber und die entsprechende Umsetzung des erworbenen Wissens. Die dritte Stufe ist die *kritische Kompetenz*. Durch vorhandene kognitive und soziale Fähigkeiten können Gesundheitsinformationen analysiert und kritisch hinterfragt werden.

Somit lässt sich ableiten, dass nicht nur das zur Verfügungstellen der Gesundheitsinformation von Bedeutung ist, sondern auch die Motivation, sich mit den Informationen auseinanderzusetzen und diese im weiteren Schritt in das eigene gesundheitsförderliche Denken und Tun zu übertragen (Hurrelmann, 2006, S. 234).

„Health literacy is critical to empowerment.“, konkludiert die WHO (1998a, S.10) und weist in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der Verbesserung des Zugangs zu gesundheitsrelevanten Informationen und der Befähigung der Menschen, diese effektiv zu nutzen, hin. Gesundheitsfachpersonen können eine bedeutende Rolle spielen, indem sie Ressourcen und Stärken ihrer Klientinnen / Klienten und Patientinnen / Patienten aufzeigen und stärken und so Empowerment fördern (Sommerhalder/Abel, 207, S. 5). Gesundheitskompetenz ist somit eng mit Empowerment verbunden (vgl. Kapitel 2.4).

2.3.2 eHealth Literacy

Norman und Skinner (2007, S. 9) weisen darauf hin, dass die Gesundheitskompetenzen im Zusammenhang mit elektronischen Medien im Vergleich zu Printmedien viel weniger klar definiert sind. Sie beschreiben in diesem Zusammenhang den Begriff *eHealth Literacy* als:

“...the ability to seek, find, understand, and appraise health information from electronic sources and apply the knowledge gained to addressing or solving a health problem”.

Auf Basis eines *Lilienmodells* versuchen die Wissenschaftler erforderliche Fähigkeiten, die für die Nutzung von e-Health-Ressourcen notwendig sind, darzustellen. Dabei unterscheiden Norman und Skinner sechs Kernfähigkeiten und unterteilen diese in analytische und kontextspezifische Kompetenzen.

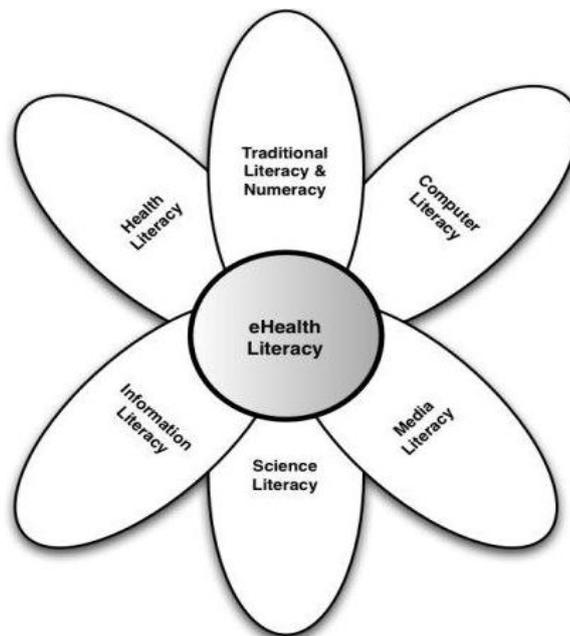
Analytische eHealth-Fähigkeiten (vgl. Abbildung 1, erste Blütenblattreihe) können grundsätzlich auf verschiedenste Informationsquellen, unabhängig vom Thema oder Kontext, angewendet werden. Hierbei werden folgende Fähigkeiten unterschieden:

- *Traditional Literacy und Numeracy* bezeichnet die grundlegende Fähigkeit zu lesen, das Gelesene zu verstehen, zusammenhängend zu sprechen, zu schreiben und zu rechnen.
- *Information Literacy* beschreibt die Kompetenz, potentielle Informationsquellen für bestimmte Themen auszuwählen, Suchstrategien anzuwenden und relevante Informationen herauszufiltern.
- *Media Literacy* ist die Fähigkeit, Medieninhalte kritisch zu hinterfragen, diese in einen sozialen und politischen Kontext zu bringen und bestimmte Umstände, wie beispielsweise wirtschaftliche Zusammenhänge, zu berücksichtigen.

Kontext-spezifische eHealth-Fähigkeiten (vgl. Abbildung 1, zweite Blütenblattreihe) beziehen sich auf die situationsspezifische Kompetenz, die folgendermaßen unterschieden werden:

- *Health Literacy* beziehen sich auf jene Kompetenzen, die erforderlich sind, um gesundheitsbezogene Informationen zu lesen, zu begreifen und entsprechende Entscheidungen zu treffen.
- *Computer Literacy* bezeichnet die Fähigkeit neue Technologien zu verwenden.
- *Scientific Literacy* ist das Verständnis für die Art und Weise, wie Wissenschaft funktioniert und die Fähigkeit, Forschungsergebnisse in entsprechenden Kontext zu setzen.

Abbildung 1: eHealth literacy lily model



Quelle: Norman, Skinner, 2007

Die Autoren Norman und Skinner weisen darauf hin, dass für die Nutzung von eHealth Ressourcen zumindest suffiziente Fähigkeiten in allen sechs Kernbereichen vorhanden sein müssen.

2.4 Empowerment

Der Begriff Empowerment leitet sich aus dem englischen *to empower* ab und lässt sich als „jemanden ermächtigen, jemandem die Vollmacht erteilen, etwas zu tun“ ins Deutsche übersetzten (Stark, 1996, S. 17). In der Literatur werden auch andere Begriffe wie „Ermächtigung“, „Befähigung“ oder „Unterstützung“ verwendet (Gräser, 2000).

Empowerment verfolgt das Ziel, Menschen in ihren Möglichkeiten das Leben zu gestalten zu unterstützen (Gräser, 2000, S. 309). Dabei sollen Fähigkeiten auf- und ausgebaut werden, um sich seine eigene soziale Lebenswelt selbstständig zu gestalten, anstatt sie sich von anderen vorgeben zu lassen (Stark, 2003, S. 28).

In der Ottawa-Charta (WHO, 1986), dem Basiskonzept der Gesundheitsförderung, wird der Begriff Empowerment nicht explizit verwendet, wobei aber das „Befähigen und Ermöglichen“ (engl. *enable*) eine der drei zentralen Handlungsstrategien bildet. Dabei wird das Ziel verfolgt, durch gesundheitsförderliches Handeln soziale Ungleichheiten des Gesundheits-

zustands der Bevölkerung zu reduzieren. Eine Chancengleichheit soll geschaffen werden, um ein höchstmögliches Gesundheitspotential für die Menschen zu realisieren.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte den Begriff *Empowerment* 1998 folgendermaßen (WHO, 1998a, S. 6):

„In der Gesundheitsförderung bezeichnet man mit Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln einen Prozeß, durch den Menschen eine größere Kontrolle über die Entscheidungen und Handlungen gewinnen, die ihre Gesundheit beeinflussen.“

2.4.1 Ebenen der Empowerment-Prozesse

Empowerment-Prozesse spielen sich auf drei Ebenen ab (Dierks/Seidel, 2009, S. 311):

- *Gesellschaftliche Ebene:* Empowerment soll durch die Veränderung der gesellschaftlichen Machtstrukturen (häufig im politischen Kontext) und der Einflussnahme auf Rahmenbedingungen der Gesellschaft erzielt werden (Dierks/Seidel, 2009, S. 311).
- *Individuelle Ebene:* Darunter wird die Wahrnehmung und Nutzung eigener Stärken und Ressourcen, im Sinne von „*das Leben wieder selbst in die Hand nehmen*“ verstanden. (Stark, 1996, S. 128). Es soll eine Entwicklung aus der sogenannten „*erlernten Hilflosigkeit*“ hin zur „*learned hopefulness*“ erfolgen (nach: Zimmerman, in: Stark, 1996, S. 128). Dazu gehören ein aktives und positives Lebensgefühl und die Fähigkeit, in der Gemeinschaft Ziele zu verfolgen (nach Stark, in: Dierks/Seidel, 2009, S. 311).
- *Ebene der Vermittlungsinstanzen:* Menschen werden durch Schaffung von Rahmenbedingungen und durch das zur Verfügung stellen von Mittel durch andere „empowert“ (nach Wallerstein, in: Dierks/Seidel, 2009, S. 311).

Diese Ebenen sind nicht gesondert voneinander zu betrachten, sondern sind miteinander verknüpft (Herringer, 1997, S. 85) und stehen in Interaktion zueinander (Sommerhalder/Abel, 2007, S. 5).

2.5 Zusammenfassung

Die Gesundheitskommunikation nimmt in der Gesundheitsförderung eine bedeutende Rolle ein. Sie zielt darauf ab, Einstellungen und Verhaltensweisen von Menschen so zu beein-

flussen, damit sie selbstbestimmt, auf Basis der individuellen verfügbaren Ressourcen, ein gesundheitsförderliches Leben führen können.

Die Gesundheitskommunikation kann auf verschiedene Art und Weise erfolgen, wobei (elektronische) Medien als Vermittlungsinstrument von gesundheitsbezogenen Informationen für die gesamte Bevölkerung oder Teile eine wichtige Stellung einnehmen. Das zur Verfügung stellen von Informationen kann hierbei nur ein Teil einer umfassenden Gesundheitsförderungsstrategie sein. Denn um Gesundheitsinformationen zu verstehen, zu verarbeiten und letztendlich umsetzen und somit nutzen zu können, benötigt der Mensch ganz bestimmte Fertigkeiten und Fähigkeiten. Daher kommt dem Erlernen und dem Ausbau von eHealth-Kompetenzen eine grundlegende Bedeutung zu. Erst auf Basis dieser Fähigkeiten kann die einzelne Person zu einer selbstbestimmten und selbstbewussten Lebensführung „empowert“ werden.

3 Gesundheitsberatung

Das Wissen in der Medizin ist in den letzten Jahrzehnten stark angewachsen. Diagnose- und Therapiemöglichkeiten haben sich weiterentwickelt, Spezialisierungen haben zugenommen, Leistungsangebote sind umfangreich und zum Teil unübersichtlich geworden. Gleichzeitig haben sich Körperbewusstsein, Gesundheitsverhalten und auch der Umgang mit Gesundheit und Krankheit dahingehend verändert, dass sie ein erhöhtes Informationsbedürfnis hervorrufen. Zusätzlich hat das allgemeine Bildungsniveau zugenommen und damit auch das Bedürfnis nach Selbstbestimmung (Behnke/Demmler/Unterhuber, 2001, S. 51 - 52). In diesem Zusammenhang haben Aufklärung, Information und Beratung an Bedeutung gewonnen.

3.1 Ziele und Aufgaben der Gesundheitsberatung

Verschiedene Wissenschaftler haben versucht, die Ziele der Gesundheitsberatung zu definieren. Faltermeier (2004, zitiert nach Domsch/Lohaus, 2009, S. 154) hat den Begriff *Gesundheitsberatung* folgendermaßen definiert:

„Gesundheitsberatung kann [...] als eine professionelle Beratung verstanden werden, die sich auf Gesundheitsthemen und -probleme bezieht und das Ziel hat, über psychologische und soziale Veränderungsmethoden Krankheiten zu verhindern, Gesundheit zu fördern und die Bewältigung einer Krankheit zu unterstützen.“

Bei dieser Definition wird die professionelle Beratung hervorgehoben und außerdem bereits auf Beratungsmethoden hingewiesen.

Behnke/Demmler/Unterhuber (2001, S. 51 - 52) definieren, dass Gesundheitsberatung darauf abzielt, die Konsumentin/den Konsumenten ...

„ (...) durch Aufklärung, Information und Beratung in die Lage zu versetzen, bei der Entscheidung über die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen mitzuwirken. Gesundheitsberatung versucht die Idee der Kundenorientierung auch im Gesundheitswesen zu etablieren. Dabei soll der Kunde durch Informationen und Beratung soweit wie möglich befähigt werden, bei der Befriedung seiner Gesundheitsbedürfnisse mitzuentcheiden.“

Information, Aufklärung und Beratung haben somit eine grundlegende Bedeutung, um die Ziele der Gesundheitsberatung umzusetzen und sollen daher hier kurz beschrieben werden (Schmidt-Kaehler, 2005, S. 22ff).

Information: Damit die einzelne Person eigenständige gesundheitsbezogene Entscheidungen treffen kann, muss diese über entsprechendes Wissen und spezielle Kenntnisse verfügen. In diesem Zusammenhang sind das Vorhandensein und der Zugang zu verständlichen Informationen die Grundvoraussetzung, um dieses Wissen aufzubauen. Dazu zählen beispielsweise Informationen zu Krankheiten oder Versorgungsstrukturen.

Aufklärung: Damit ein Beratungskontakt entstehen kann, ist es erforderlich, dass die ratsuchende Person aktiv Beratung aufsucht. Jedoch ist es vor allem im Gesundheitsbereich häufig der Fall, dass kein aktives Nachfragen nach Informationen erfolgt. Beispielsweise können hier die Patientenrechte genannt werden, die Patientinnen und Patienten häufig nicht kennen. In diesem Zusammenhang tritt im Rahmen der Aufklärung die informierende Stelle bzw. Person an die Rezipientin / den Rezipienten heran. Häufig werden für Aufklärungsinitiativen Massenmedien zur Wissensverbreitung verwendet.

Beratung: Beratung geht über die Information und Aufklärung hinaus. Neben der Vermittlung von Wissen zielt die Beratung zusätzlich darauf ab, individuelle Kompetenzen und Fähigkeiten der Klientinnen und Klienten zu stärken und auszubauen.

3.2 Zielgruppen der Gesundheitsberatung

Gesundheitsberatung richtet sich grundsätzlich an alle Bürgerinnen und Bürger. Orientiert man sich aber an der primären, sekundären und tertiären Prävention, lassen sich folgende drei Zielgruppen der Gesundheitsberatung erkennen (Domsch/Lohaus, 2009, S. 156f):

- Gesunde Bürgerin / gesunder Bürger
- Patientin / Patient in der akuten Hilfssituation
- Patientin / Patient in der Rehabilitationsphase

Abhängig davon, in welcher Gruppe der zu beratende Mensch fällt, unterscheiden sich die Beratungsschwerpunkte.

- Beratung, die bei der *gesunden Bürgerin / beim gesunden Bürger* ansetzt, beinhaltet vor allem Informationen hinsichtlich der Förderung der Gesundheit. Dazu zählen beispielsweise Ernährungsberatung oder die Beratung von Schwangeren.
- Bei der Beratung von *Patientinnen und Patienten in einer akuten Hilfssituation* liegen die Beratungsschwerpunkte bei der Aufklärung und Information der Krankheitsursachen, den Symptomen, möglichen Therapien und Bewältigungsstrategien.

- Bei der Beratung von *Patientinnen und Patienten in der Phase der Rehabilitation* stehen primär die Wiedererlangung der Gesundheit bzw. die Aufrechterhaltung eines möglichst positiven Gesundheitszustandes im Vordergrund.

Die Beratungsinhalte variieren sehr stark, da diese von den individuellen Bedürfnissen und Rahmenbedingungen der Person abhängen. Wichtig ist, dass sich die Beratung nicht immer ausschließlich auf die ratsuchende Person beschränkt, sondern auch andere Menschen, wie Angehörige oder Bezugspersonen einbezieht.

Als eigener Teilbereich ist die gesundheitsförderliche Beratung von Organisationen und Einrichtungen zu sehen. Dazu zählen beispielsweise die Beratung über Arbeitsmittel, Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen (Domsch/Lohaus, 2009, S. 157).

3.3 Anbieter von Gesundheitsberatung

Gesundheitsberatungen werden von unterschiedlichen Akteuren durchgeführt, wie öffentliche Einrichtungen, private Unternehmen, Interessensvertretungen oder unterschiedlichen Professionen in verschiedenen Settings (z. B. Spitäler, Beratungseinrichtungen, Praxen). Im weiteren Verlauf werden wichtige Akteure beispielhaft näher beschrieben. Die Aufzählung stellt aber nur einen Ausschnitt der Beratungslandschaft dar und erhebt daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Direkte Anbieter von Gesundheitsleistungen

Ärztinnen und Ärzte stellen traditionell eine sehr wichtige Anlaufstelle bei gesundheitsrelevanten Fragestellungen dar (vgl. Kapitel 4.2). Zusätzlich genießt diese Berufsgruppe bei der Bevölkerung eine vergleichsweise hohe Vertrauensinstanz (Heringshausen, 2008, S. 33). Die regelmäßigen Befragung der österreichischen Bevölkerung im Rahmen des *Gesundheitsbarometers* zeigt, dass 38 Prozent der befragten Personen die Hausärztin / den Hausarzt und 33 Prozent die Fachärztin / den Facharzt als sehr glaubwürdig bezeichnen (Bundesministerium für Gesundheit, 2009, S. 9) (vgl. Punkt 4.2.3).

Auch weitere Gesundheitsprofessionen, wie beispielsweise Pflegepersonen, Psychologinnen / Psychologen, Apothekerinnen / Apotheker oder Sozialarbeiterinnen / Sozialarbeiter übernehmen Beratungs- und Informationstätigkeit im intramuralen (z.B. in Krankenhäusern, Reha-Kliniken) als auch extramuralen Bereich (z.B. in Praxen, Beratungseinrichtungen, mobile Betreuung und Versorgung) (Schmidt-Kaehler, 2005, S. 31).

Sozialversicherungsträger

Auch Krankenkassen bieten gesundheitsrelevante Information und Beratung an. So hat beispielsweise die Salzburger Gebietskrankenkasse ein *Gesundheits-Informations-Zentrum* etabliert, das als „*professionelle Informationsdrehscheibe und Vernetzungsstelle*“ dient (GIZ, 2011, S. 5). Auch die Wiener Gebietskrankenkasse hat eigene Gesundheitszentren eingerichtet, die als Ergänzung der gesundheitlichen Versorgung ihrer Vertragspartner dienen (WGKK, 2011).

Verbände und Institute

In der sozialen Arbeit nimmt die Gesundheitsberatung einen wichtigen Teilbereich ein. Soziale Verbände und Einrichtungen, wie beispielsweise Wohlfahrtsverbände, gemeinnützige Vereine oder christliche Organisationen, decken mit ihren Angeboten ein vielfältiges Themengebiet ab. Dabei kommt es häufig vor, dass sich die Beratungsinhalte hinsichtlich ihrer gesundheitlichen und sozialen Aspekte überschneiden. Hier kann beispielsweise die Sucht- und Drogenberatung genannt werden, in der unter anderem soziale und gesundheitsförderliche Aspekte mit einfließen (Schmidt-Kaehler, 2005, S. 33).

Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen haben einen festen Platz im Gesundheitswesen gewonnen. Sie sind in vielen unterschiedlichen Versorgungsbereichen zu finden und unterstützen aktiv Betroffene und deren Angehörige und Vertrauenspersonen (Heringshausen, 2008, S. 36). Diese Einrichtungen besitzen meist ein hohes Vertrauen und ergänzen die professionelle Beratung und Information (Schmidt-Kaehler, 2005, S. 34).

Patientenanwaltschaften

In Österreich sind Patientenanwaltschaften unabhängige Institutionen der Bundesländer und dienen als Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten, deren Angehörige und Vertrauenspersonen als auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Sie haben die Aufgabe, die Rechte der Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen zu vertreten und zu stärken (www.patientenanwalt.com, 2011). Neben ihrer Beratungstätigkeit übernehmen diese Einrichtungen auch Informationsarbeit. So wurde beispielsweise von der niederösterreichischen Patienten- und Pflegeanwaltschaft Anfang 2011 ein Ratgeber publiziert, der bei der Suche nach seriösen Online-Gesundheitsinformationen unterstützen soll (NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, 2010).

Kommerzielle Unternehmen

Auch kommerzielle Unternehmen, wie beispielsweise Pharmaunternehmen oder Medizinproduktehersteller, bieten Beratung und Information. Dabei richten sich die Interessen des Unternehmens weniger nach den Bedürfnissen der Betroffenen, sondern es geht vielmehr darum, das eigene Produkt zu bewerben und den Absatz zu steigern. Das soll aber nicht bedeuten, dass solche Informationen und Beratungen keinerlei Wert besitzen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass den Kundinnen und Kunden klar ist, dass es sich dabei um einen kommerziellen Anbieter handelt und die Neutralität und Unabhängigkeit in Frage gestellt werden darf (Schmidt-Kaehler, 2005, S. 34).

3.4 Zusammenfassung

Verschiedene Aspekte, wie der Anstieg an Wissen und die neuen Erkenntnisse im gesundheitlichen und medizinischen Bereich oder dem Ausbau an Leistungsangeboten und Spezialisierungen, haben dazu geführt, dass eine gezielte gesundheitliche / medizinische Aufklärung, Information und Beratung an Bedeutung gewonnen hat. Dabei wird das Ziel verfolgt, das selbstbestimmte Entscheiden und Handeln der Menschen, ihre eigene Gesundheit oder Krankheit betreffend, zu unterstützen.

Gesundheitsberatung richtet sich zwar an alle Bürgerinnen und Bürger, trotzdem sind, je nach Beratungsschwerpunkt, Zielgruppen erkennbar, z. B. Schwangere oder Kinder und Jugendliche.

Unterschiedliche Akteure nehmen die Aufgabe der Gesundheitsberatung wahr, dazu zählen beispielsweise gesundheitliche Serviceeinrichtungen, Gesundheitsprofessionen oder auch private Unternehmen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass der ratsuchenden Person bekannt ist, wer hinter der Beratung steht, um mögliche eigennützige Interessen der beratenden Stelle zu erkennen.

4 Gesundheit und Internet

Der vierte Abschnitt setzt sich mit der Nutzung des Internets und von Online-Gesundheitsinformationen auseinander. Weiters werden Nutzungsverhalten bei der Internet-Recherche, Wirkung und Einfluss sowie Chancen und Risiken von Online-Gesundheitsinformationen aufgezeigt. Der Abschnitt schließt mit der Darstellung von Anbietern von Gesundheitswebseiten und gesundheitsrelevanten Informationen im Internet.

4.1 Internetnutzung

Gemäß *Internet World Stats* gab es im Jahr 2010 weltweit rund 1,96 Milliarden Internetnutzerinnen und -nutzer, das sind 28,7 Prozent der Weltbevölkerung (*Internet World Stats*, 2010, Stand März 2010).

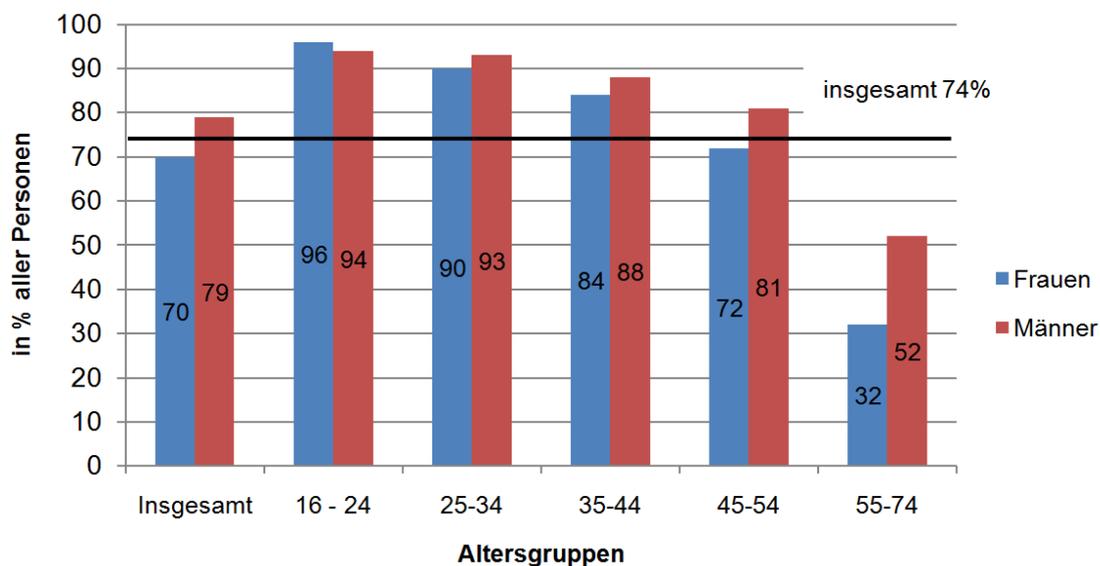
Laut einer Untersuchung durch das Statistische Amt der Europäischen Gemeinschaften, *Eurostat*, verfügten im ersten Quartal 2010 70 Prozent der Haushalte in der EU27² über einen Internetzugang. Im Vergleich waren es im ersten Quartal 2006 nur 49 Prozent. Dabei zählten die Niederlande (91 Prozent), Luxemburg (90 Prozent) und Schweden (88 Prozent) zu den Ländern mit den stärksten, Bulgarien (33 Prozent), Rumänien (42 Prozent) und Griechenland (46 Prozent) zu den Ländern mit den niedrigsten Anteilen an Internetzugängen in den Haushalten (*Eurostat*, 2010).

In Österreich besaßen 2010 rund 73 Prozent aller Haushalte einen Internetzugang, im Vergleich dazu waren es im Jahr 2002 nur 33,5 Prozent (*Statistik Austria*, 2010). Insgesamt wurde das Internet im Jahr 2010 von rund zwei Drittel der befragten Personen in der Altersgruppe von 16 bis 74 Jahren genutzt, das entspricht rund 4,7 Millionen Österreicherinnen und Österreicher (vgl. Abbildung 2). Die Internetnutzung nahm mit Zunahme des Alters ab. Am stärksten wurde das Internet von den jüngeren Altersgruppen (16 bis 24 Jahre) verwendet, der Anteil lag hier bei etwa 95 Prozent. In der Altersgruppe von 65 bis 74 Jahren waren es nur noch rund 28 Prozent. Auch ein geschlechterspezifischer Unterschied war bei der Internetnutzung zu erkennen, der bei jüngeren Altersgruppen eher gering, bei älteren Altersgruppen stärker vorhanden war. So lag der Unterschied zwischen

² Unter EU27 versteht man die aktuell 27 Mitgliedsstaaten (seit 2007) der Europäischen Union: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern.

Frauen und Männern im Jahr 2010 in der Altersgruppe der 16- bis 24 jährigen bei rund 2 Prozent (97 Prozent bei Frauen, 95 Prozent bei Männern), in der Altersgruppe von 55 bis 74 Jahren bestand ein Unterschied von rund 20 Prozent (37 Prozent bei Frauen, 56 Prozent bei Männern) (Statistik Austria, 2010a).

Abbildung 2: Internetnutzerinnen und -nutzer 2010 in Prozent nach Geschlecht und Alter in Österreich



Quelle: Statistik Austria, Europäische Erhebung über den IKT-Einsatz in Haushalten 2010. Befragungszeitpunkt Mai und Juni 2010. – Personen mit Internetnutzung in den letzten drei Monaten vor dem Befragungszeitpunkt (eigene Darstellung)

4.2 Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen

Das Internet hat sich weltweit, so auch in Österreich, über die letzten Jahre zu einem wichtigen Informationsmedium etabliert. Gesundheitsrelevante Informationen zählen dabei zu den häufigsten gesuchten Inhalten im World Wide Web (Fox, 2011, S. 2).

In einem Bericht des *Pew Internet & American Life Project*³ aus dem Jahr 2011 wird aufgezeigt, dass etwa 80 Prozent der Amerikanerinnen und Amerikaner (über 18 Jahre) das

³ Das Pew Internet & American Life Project ist eines von sieben Projekten des Pew Research Center, ein non-profit-Forschungszentrum, mit dem Sitz in Washington D.C. Das Pew Internet & American Life Project untersucht seit dem Jahr 2004 den Einfluss des Internets auf die amerikanische Bevölkerung und veröffentlicht auch regelmäßig Berichte zu Gesundheit und Internet (Homepage: <http://www.pewinternet.org/>).

Internet für die Suche nach Gesundheitsinformation nutzen (Fox, 2011, S. 5ff). Gruppen, die das Internet vermehrt für die Suche nach Gesundheitsinformationen nutzen, sind folgende:

- Erwachsene, die in den letzten 12 Monaten unbezahlte Betreuung für eine nahe-
stehende Person übernommen haben,
- Frauen,
- Weiße,
- Personen im Alter zwischen 18 und 49 Jahren,
- Personen mit zumindest einer universitären Ausbildung und
- Personen mit einem höheren Haushaltseinkommen.

Interessant ist auch, dass 50 Prozent der Personen angaben, für andere Menschen gesundheitsbezogene Themen im Internet zu recherchieren. Acht Prozent tun es für andere und um eigene Gesundheitsfragen zu beantworten, 36 Prozent recherchieren Themen, die mit der eigenen Gesundheit oder der eigenen medizinischen Befindlichkeit zu tun haben (Fox, 2011, S. 5). Vor allem Eltern mit Kindern im eigenen Haushalt nutzen das Internet, um für andere Personen zu recherchieren, mehr als Personen, die keine Kinder im eigenen Haushalt haben.

Bei der von der europäischen Kommission co-finanzierten europäischen Studie *WHO / European eHealth Consumer Trends (eHealth Trends)*, wurden in sieben Ländern (Dänemark, Deutschland, Griechenland, Lettland, Norwegen, Polen, und Portugal) rund 8.000 Personen zum Internetnutzungsverhalten befragt (Sorensen, 2008). Wie auch bei der amerikanischen PEW-Untersuchung zeigten sich hier ähnliche Einflüsse, die eine Internetnutzung positiv unterstützen. Dazu zählten (Andreassen et al. 2007, S. 1471ff):

- jüngere Altersgruppen,
- höhere Ausbildung und Berufsausübung,
- Personen ohne Arbeit (als mögliche Erklärung dieses Ergebnisses wird hier die hohe Anzahl von Studentinnen und Studenten in dieser Gruppe genannt),
- Frauen,
- Hausarztbesuche innerhalb des letzten Jahres,
- chronischen Erkrankungen und Behinderungen und
- Menschen mit einem guten subjektiven Gesundheitsgefühl.

In Österreich nutzen laut Statistik Austria über 50 Prozent der Internetuserinnen und Internetuser das World Wide Web, um zu Gesundheitsthemen, wie Krankheiten, Ernährung oder Vorsorge, zu recherchieren. Auch hier suchen, unabhängig von der Altersgruppe, mehr Frauen als Männer nach gesundheitsbezogenen Informationen (Frauen: 55 Prozent; Männer: 46,4 Prozent) (Statistik Austria, 2010b). Eine Befragung aus dem Jahr 2009, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wurde, zeigt, dass das Internet für Österreicherinnen und Österreicher als erste Quelle dient (29 Prozent), um sich über gesundheitsrelevante Themen zu informieren. Somit ist das Internet, noch vor den Ärztinnen und Ärzten (24 Prozent) oder anderen Massenmedien (16 Prozent), die erste Anlaufstelle für Gesundheitsinformationen. Vor allem jüngere Menschen mit einem höheren Bildungsabschluss nutzen dieses Medium (Bundesministerium für Gesundheit, 2010, S. 6).

4.2.1 Nutzerverhalten – wie und was wird gesucht?

Bei dem Projekt *Virtuell Informiert: Das Internet im medizinischen Feld* (Felt et al., 2008) wurde im Rahmen von Szenario-Experimenten der Frage nachgegangen, wie Userinnen und User bei der Gesundheitsinformationssuche vorgehen. Dabei wurde herausgefunden, dass Suchmaschinen, allen voran Google, eine zentrale Rolle bei der Informationssuche spielen. Links nehmen eine eher untergeordnete Stelle ein, das heißt, dass das Weiterklicken über Links von einer Webseite auf eine nächste weniger verfolgt wird. Vielmehr gingen die Probandinnen und Probanden linear der Google-Ergebnisliste vor. Google nimmt somit nicht nur den Ausgangspunkt für die Informationssuche ein, sondern ist auch das „*Sicherheitsseil*“, das durch die Internetrecherche führt (Felt et al., 2008, S. 13f).

Diese Ergebnisse decken sich auch mit dem Bericht *Online Health Search 2006* (Fox, 2006, S. 4) aus dem *Pew Internet & American Life Project*, die auf einer telefonischen Befragung von rund 3000 Amerikanerinnen und Amerikaner beruhen. Auch hier konnte festgestellt werden, dass etwa zwei Drittel der befragten Personen, die im Internet nach gesundheitsbezogenen Informationen suchen, als ersten Schritt eine Suchmaschine starten. Nur etwa 27 Prozent begannen mit einer gesundheitsbezogenen Website. 72 Prozent der befragten Personen gaben an, dass sie zwei oder mehrere Internetseiten für ihre letzte Online-Gesundheitsinformationssuche besuchten.

Als Suchbegriffe werden oft zwei Stichwörter eingesetzt, wie beispielsweise „Halsweh+Hausmittel“. Dies kann aber wiederum dazu führen, dass die hohe Anzahl der Web-Ergebnisse zur Überforderung der Nutzerin / des Nutzers führt.

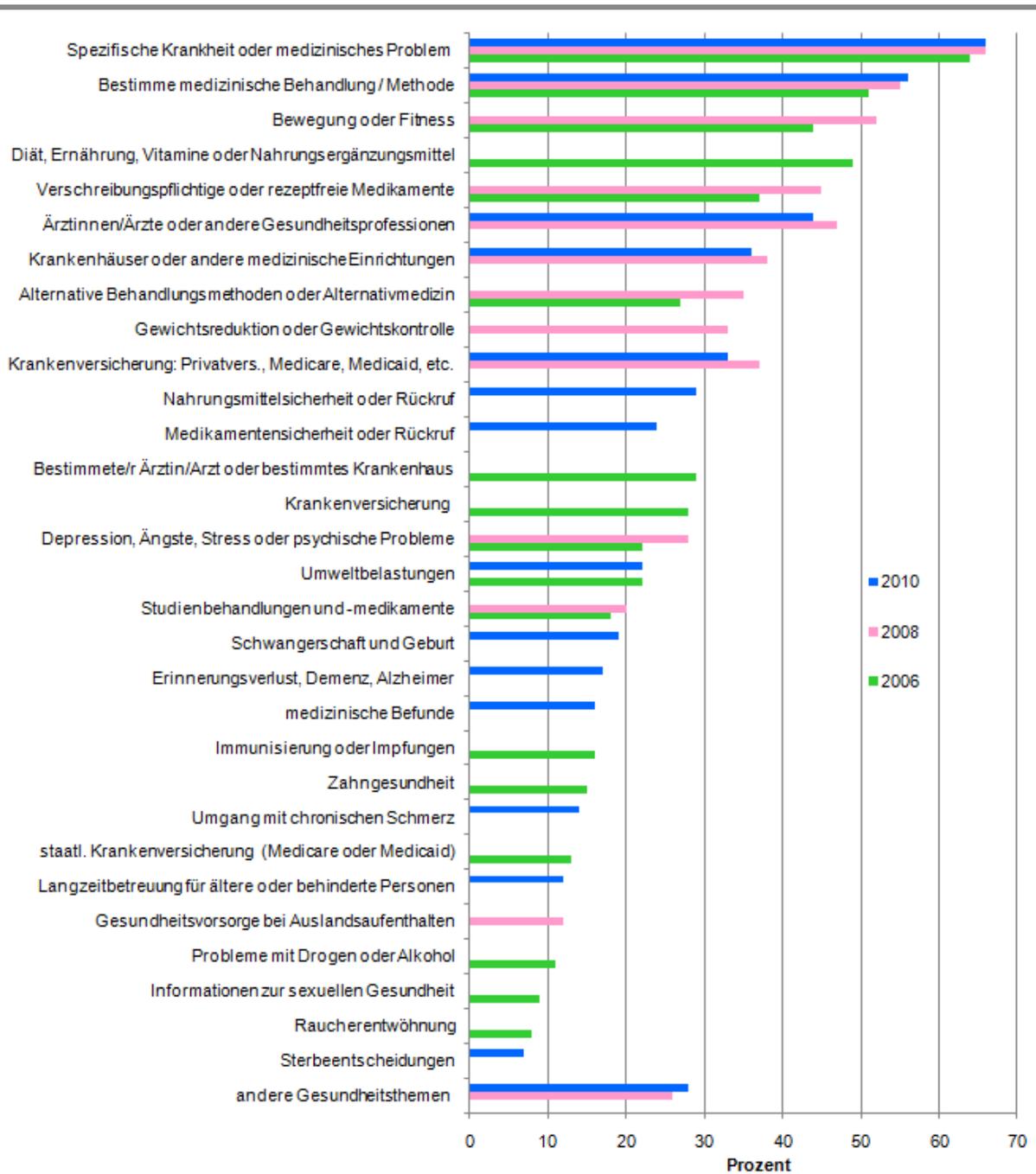
Nicht immer ist bekannt, wie die Suche durch die Anwendung von Boolescher Verknüpfungen⁴ eingegrenzt werden kann. Meist werden nur wenige der angebotenen Webseiten begutachtet und falls nicht die gewünschte Information gefunden wird, wird die Suche mit einem neuen Begriff fortgesetzt. Trotz dieser Vorgehensweise geben die Internetnutzerinnen und –nutzern keine Schwierigkeiten beim Finden der gewünschten Information an, die meist weniger als zehn Minuten Zeit in Anspruch nimmt (nach Eysenbach, in: Schürer-Maly et al., 2006, S. 551).

Die Abbildung 3 stellt die, im Rahmen des *PEW Projektes* erhobenen, häufigsten gesuchten Online-Gesundheitsthemen dar. Die Suche nach spezifischen Krankheiten oder anderen medizinischen Problemen und medizinischen Behandlungen und Methoden führen die Aufzählung an. Gesundheitsthemen, wie Bewegung und Fitness oder ernährungsspezifische Fragestellungen sind die dritt- bzw. vierthäufigsten Themenbereiche.

Hinweis zur Abbildung 3: Im Rahmen der fortwährenden Untersuchungen des *Pew Internet & American Life Projects* werden regelmäßig neue relevante Inhalte in die Befragungsliste aufgenommen, außerdem werden nur bestimmte Themengebiete bei jeder Befragung untersucht. Aus diesem Grund scheinen in der Graphik nicht immer alle Daten für alle Untersuchungsjahre auf.

⁴ Unter Boolesche Operatoren versteht man Verknüpfungen beziehungsweise Ausdrücke wie UND (Konjunktion), ODER (Disjunktion), NICHT (Negation) und XOR (ausschließendes ODER). Die meisten Suchmaschinen im Internet verfügen über die Möglichkeit solche Boolesche Operatoren zu verwenden. Quelle: Wikipedia. Die freie Enzyklopädie . Zugriff am 13. Februar 2011 unter: http://de.wikipedia.org/wiki/Boolescher_Operator

Abbildung 3: Online gesuchte Gesundheitsthemen in Prozent



Quelle: www.pewinternet.org, Untersuchungen 2006, 2008, 2010 (eigene Darstellung)

4.2.2 Wirkung und Einfluss von Online-Gesundheitsinformationen

Bei der Untersuchung im Rahmen des *Pew Internet & American Life Projects* (Fox, 2006, S. 7ff) gaben elf Prozent der Befragten an, dass die bei der letzten Online-Suche gefundenen Online-Gesundheitsinformationen einen starken Einfluss auf ihr Gesundheitsverhalten oder auf die Betreuung von nahestehenden Personen hatte, 42 Prozent gaben einen geringen und 42 Prozent gaben keinerlei Einfluss an.

Am stärksten wurde der Einfluss bei jenen Internetnutzerinnen und –nutzern empfunden, die eine schwerwiegende Diagnose erhielten oder im vergangenen Jahr selbst oder eine nahestehende Person eine Gesundheitskrise erlebt hatten.

Personen, die einen Einfluss bei der Befragung angaben, erhielten Follow-up-Fragen, um die Wirkung näher zu erläutern. Die gefundenen Informationen beeinflussten bei 58 Prozent der befragten Personen die Behandlungsentscheidungen, bei 55 Prozent änderte sich die grundsätzliche Gesundheitseinstellung, bei 54 Prozent änderte sich das Frageverhalten gegenüber den Ärztinnen und Ärzten, bei 44 Prozent wurde das Wissen um Diäten, Bewegung oder Stressmanagement erweitert, bei 39 Prozent wurde die Bewältigung von chronischen Krankheiten und von Schmerzen beeinflusst und bei 35 Prozent die Entscheidung, eine Ärztin / einen Arzt aufzusuchen.

Grundsätzlich waren die im Internet nach gesundheitsbezogenen Informationen suchenden Personen, auch *Online Health Seekers* genannt, mit den gefundenen Beiträgen zufrieden. Viele sahen sich bestätigt, die richtige Gesundheitsentscheidung zu treffen. Außerdem fühlten sie sich erleichtert und unterstützt und konnten selbstbewusster ihren Ärztinnen und Ärzten Fragen stellen.

Immerhin rund ein Viertel der Personen gab an, dass sie sich vom Informationsumfang überwältigt fühlten und es zu Frustrationen führte, wenn sie nicht die passenden Informationen finden konnten. Rund zehn Prozent der Befragten gaben an, dass die gefundenen Informationen sie ängstigten (Fox, 2006, S. 7ff).

4.2.3 Vertrauenshaltung gegenüber der Qualität der Online-Ressourcen

Das Vertrauen gegenüber der gefundenen Internetressource hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Einige werden im weiteren Verlauf näher beschrieben.

Vertrauen und Glaubwürdigkeit

Bei der regelmäßigen Befragung der österreichischen Bevölkerung im Rahmen des *Gesundheitsbarometers* wird aufgezeigt, dass das Internet zwar die erste Anlaufstelle für Gesundheitsinformationen ist, aber die Glaubwürdigkeit der Online-Informationen sehr stark in Frage gestellt wird. Nur vier Prozent der befragten Personen gaben an, den Online-Inhalten zu vertrauen (Gesundheitsbarometer, 2010, S. 6).

Quellen der Information

Nur 15 Prozent der amerikanischen Online Health Seekers, die an der Untersuchung des *Pew Internet & American Life Projects* teilnahmen, gaben an, dass sie auf die Quelle der Informationen achten, während zehn Prozent angaben, dass sie dies die meiste Zeit tun. Dreiviertel der befragten Personen überprüfen die Informationsquelle nur manchmal, selten oder nie. In dem Bericht wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass ein möglicher Grund die Gesundheitswebseiten selbst sind. Es wird dabei auf eine Studie des *U.S. Department of Health and Human Services* hingewiesen, die besagt, dass nur vier Prozent der häufig besuchten Gesundheitswebseiten ihre Informationen mit einer Quellenangabe hinterlegen (Fox, 2006, S. 11ff).

Kriterien für Inhalte

Folgende Kriterien, die von einer deutschen Studie im Jahr 2002 erhoben wurden, sind bei der Auswahl von Gesundheitswebseiten für die Nutzerin / den Nutzer von Bedeutung (Schürer-Maly et al., 2006, S. 551):

- Leichte Navigationsmöglichkeiten
- Vertrauen zu den Informationen und Ratschlägen
- Spezialisierung auf ein besonders interessierendes Thema oder eine interessante Krankheit
- Empfehlung von Freunden oder Bekannten
- Bevorzugung bestimmter Eigenschaften einer Seite
- Empfehlung durch eine Ärztin / einen Arzt

Bei einer Studie des *Pew Internet & American Life Projects* konnten ähnliche Ergebnisse aufgezeigt werden (nach Fox, in: Schürer-Maly et al., 2006, S. 551).

Kriterien für Brauchbarkeit

Auch Felt et al. (2008, S. 15) stellten beim Forschungsprojekt *Virtuell informiert* fest, dass die Beurteilung der inhaltlichen Qualität auf unterschiedliche und individuelle Weise erfolgt.

Gefundene „brauchbare Information“ wird im Zusammenhang mit folgenden Punkten bewertet (Felt et al., 2008, S. 15):

- Graphische Aufbereitung und Farbwahl
- Übersichtlichkeit
- Verwendete Sprache und Umfang der Textelemente
- Grobe kategoriale Einteilung der Anbieter (wie beispielsweise Universitäten oder Selbsthilfegruppen)

Einfluss üben aber auch das individuelle Wissen über den menschlichen Körper, Gesundheit und Krankheit, persönliche Interessen und Bedürfnisse und der soziale Hintergrund der Internetuserin / des Internetusers.

4.3 Chancen und Risiken von Online-Gesundheitsinformation

Im letzten Jahrzehnt haben die Veröffentlichungen von gesundheitsbezogenen und medizinischen Informationen im Internet stetig zugenommen und enorm an Bedeutung gewonnen. Immer mehr Bürgerinnen und Bürger nutzen das Internet, um gesundheits- und krankheitsbezogene Fragestellungen zu recherchieren. Diese Tatsache ist aber nicht immer mit positiven Auswirkungen verbunden, sondern kann auch Risiken mit sich bringen.

Berger (2009, S. 75ff) fasst die in der Literatur häufig genannten Chancen und Risiken der Anwendung von neuen Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten zusammen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Chancen und Risiken der neuen Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten

Chancen	Risiken
Besserer Wissensstand der Patientinnen und Patienten	Qualität vieler Internetseiten ist fraglich
Effizientere Nutzung von Versorgungseinrichtungen: Gesprächszeit kann sinnvoller genutzt werden	Selektion von qualitativ guten Internetseiten ist aufgrund der Unübersichtlichkeit und Unkontrollierbarkeit des Netzes schwierig
Erleichterte Kommunikation über Krankheit zwischen Patientinnen und Patienten und Professionen	Risiko unangemessener Selbstdiagnosen und gefährlicher Selbstbehandlungen steigt
Bessere Kontrolle über die Krankheit, erhöht wahrgenommene Selbstwirksamkeit	Einige Internetseiten mit kommerziellen Interessen fördern Gesundheitsängste oder unrealistisch Hoffnungen

Chancen	Risiken
Bessere Kooperation zwischen Professionellen und Patienten aufgrund einer durch den Patienten besser erkennbaren gemeinsamen Verantwortung für die Behandlung (erhöhte Compliance)	Verstärkte Informiertheit verursacht mehr unnötige Arztbesuche oder aber Gesundheitsfachleute werden nicht aufgesucht, obwohl es nötig wäre
Erleichterte gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making)	Verschärfung der sozialen Ungleichheit im Gesundheitswesen: ältere, schlechter gebildete und ärmere Bevölkerungsgruppen haben nur eingeschränkt Zugang zu den internetbasierten Informationen
Mehr Möglichkeiten zur nachträglichen Vertiefung der von Professionellen vermittelten Information	
Früheres Erkennen von Krankheitssymptomen und deren Gefahren und rascheres Aufsuchen professioneller Hilfe	

Quelle: Berger, 2009, S.77 (eigene Darstellung)

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass leicht und direkt zugängliche Gesundheitsinformationen zur Erweiterung des Wissens beitragen, die effiziente Nutzung der Versorgungseinrichtungen fördern, die Compliance mit den Versorgungspartnern und die Selbstwirksamkeit unterstützen. Dadurch kann wiederum der Behandlungserfolg verbessert werden. Eine der großen Schwierigkeiten mit Online-Gesundheitsinformation ist aber die Qualität der Beiträge. Da das Internet von jeder Person aktiv genutzt werden kann, besteht die Gefahr, dass so falsche Informationen verbreitet werden (Berger, 2009, S. 75ff). Mit dieser Problematik haben sich in den letzten Jahren eine Reihe von Personen und Organisationen auseinandergesetzt und haben Qualitätskriterien für Online-Gesundheitsinformationen entwickelt. Einen Überblick über die bestehenden Qualitätsinitiativen für Gesundheitswebseiten werden im Abschnitt 5 näher beleuchtet.

4.4 Anbieter von Online-Gesundheitsinformationen

Der Begriff *Gesundheitsinformation* kann inhaltlich verschiedenen Bereichen zugeordnet werden, von medizinischen Informationen über Krankheiten bis hin zu Informationen zu Wellness oder Diäten. Dementsprechend viele Beiträge und Webseiten finden sich dazu im World Wide Web.

Auch die Informationsanbieter und seinen Finanziere sind sehr breit gestreut. So können Privatpersonen, Wirtschaftsbetriebe, öffentliche Einrichtungen oder Forschungseinrichtungen als Anbieter auftreten (Loss/Nagel, 2009, S. 503). Als Beispiel kann hier die

Webseite *gesundheit.gv.at* genannt werden, die von öffentlicher Hand finanziert wird, und *www.surfmed.at* als Beispiel einer kommerziellen Webseite.

Auch hinsichtlich ihrer Spezialisierung unterschieden sich die Internetseiten. Beispielsweise gibt es Webseiten mit Beiträgen zu ganz bestimmten Themen, wie *www.kopfschmerz.de*. Im Gegensatz dazu bieten Gesundheitsportale, wie *www.gesundheit.gv.at* oder *www.netdokter.at*, Informationen aus den verschiedensten gesundheitsrelevanten Themenbereichen an.

Ein weiterer Unterschied der Angebote ergibt sich aus den Zielgruppen, die angesprochen werden sollen. Richten sich die Beiträge beispielsweise an Expertinnen und Experten, werden die Sprache und die Aufbereitung des Inhaltes anderes gestaltet sein, als wenn sich die Informationen an Laien richten (Gottsberger, 2010, S. 28). Als Beispiel kann hier die Webseite *www.richtigessenvonanfangan.at* genannt werden, die sich nicht nur an die Bürgerinnen und Bürger sondern auch an Fachexpertinnen- und -experten richtet. Die Inhalte der Webseite sind entsprechend der jeweiligen Zielgruppe aufbereitet.

Die Anbieter von Gesundheitsinformationen werden von Schürer-Maly et al. (2006, S. 550) in folgende vier Gruppen grobe unterteilt:

- *Information der Pharmaindustrie:* Pharmafirmen nutzen die Möglichkeit im Zusammenhang mit der Aufklärung und Informationen zu bestimmten Krankheiten, direkt oder indirekt Medikamente zu bewerben (Loss/Nagel, 2009, S. 503). Dies erfolgt entweder auf eigenen Webseiten oder auch auf anderen Gesundheitswebseiten. Problematisch für Internetnutzerinnen und Internetnutzer ist, dass die Produktwerbung häufig nicht als solche erkennbar ist. Als Beispiel kann in diesem Zusammenhang die Webseite *www.zecken.at* genannt werden, die vom Pharma-Unternehmen Baxter betrieben wird.
- *Gesundheitsinformationen von medizinischen Leistungserbringern:* Verschiedene Gesundheitsprofessionen und -einrichtungen (z. B. Arztpraxen oder Spitäler) stellen themenspezifische Beiträge ins Internet, um ihre Fachkenntnisse zu demonstrieren und diese zu bewerben, wie beispielsweise die Webseite der Vorsorgeklinik der Confraternität-Privatklinik Josefstadt unter der Internetadresse *www.confraternitaet.at*.
- *Rundfunkanstalten und Fernsehsender* nutzen das Internet, um Programmbeiträge zu veröffentlichen. Als Beispiel kann hier der *Radiodoktor* des Radiosenders Ö1 genannt werden, der sich mit aktuellen Gesundheitsthemen und Krankheitsbildern auseinandersetzt. Auf der Webseite *www.oe1.orf.at/radiodoktor* können sich interessierte *Personen* die Sendungen herunterladen.

- *Medizinische Institutionen und Körperschaften*, wie Universitäten oder Ministerien, stellen häufig unabhängige Informationen der Bevölkerung zur Verfügung. Hier kann das Gesundheitsportal www.gesundheit.gv.at als Beispiel genannt werden, das vom Gesundheitsministerium herausgegeben wird.

4.5 Exkurs: Auswirkungen von Online-Gesundheitsinformationen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis

Das Internet bietet seinen Userinnen und Usern einen großen Umfang an krankheits- und gesundheitsrelevanten Informationen. Das Gespräch mit der Ärztin / dem Arzt ist nach wie vor von Bedeutung, das Internet hat aber als additive Wissensressource eine wichtige Rolle eingenommen. Felt et al. (2008, S. 16) konnte beim Forschungsprojekt *Virtuell informiert* folgende vier Zeitpunkte unterscheiden, zu denen die Internetrecherche bei der Patientin / beim Patienten zum Einsatz kommen:

- *vor dem Arztbesuch*: Dabei dient das Internet zur Wartezeitüberbrückung, zur Einordnung von Krankheitssymptomen und zur Unterstützung bei der Fragenformulierung für das ärztliche Gespräch sowie zur Informationsrecherche über den Arzt.
- *nach dem Arztbesuch*: Die erhaltenen ärztlichen Erklärungen werden mit Hilfe des Internets übersetzt, das Wissen wird erweitert, ärztliche Diagnosen werden mit den Erfahrungen anderer Patientinnen und Patienten verglichen.
- *zwischen Arztbesuchen*: Mit Hilfe des Internets hält sich die Patientin / der Patient am Laufenden, tauscht sich mit anderen Betroffenen aus, ordnet Symptome und Nebenwirkungen ein oder nützt es als Entscheidungshilfe bei der Frage, ob ein Arztbesuch erforderlich ist.
- *Kontinuierlich / punktuell*: Hierbei bietet das Internet Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung bzw. als Informationsquelle, um sich über Krankheiten im Allgemeinen bzw. Krankheiten anderer im Umfeld lebenden Personen zu informieren.

Interessant ist, dass Patientinnen und Patienten die Nutzung des Internets als Informations- und Kommunikationsquelle häufig gegenüber ihrer Ärztin / ihres Arztes verschweigen, auf Grund von Bedenken, deswegen negativ wahrgenommen zu werden. Um aber die Themen trotzdem beim Arztbesuch ansprechen zu können, verweisen die Patientinnen und Patienten auf eine andere Person, von der man die Information erhalten habe (Felt et al., 2008, S. 16).

Viele Untersuchungen und Publikationen setzen sich mit den Auswirkungen, die Online-Gesundheitsinformationen auf den Menschen haben, auseinander. Felt et al. (2008, S. 11) fasst die Auswirkungen auf die Patientin / den Patienten in drei Gruppen zusammen:

- *Informierte, mündige Patientin / informierter, mündiger Patient:* Dieser stellt die idealtypische Nutzerin / den idealtypischen Nutzer des Internets dar. Durch die Online-Informationen werden die Eigenkompetenz und die Übernahme von gesundheitlicher Verantwortung der einzelnen Person gestärkt. Das Internet wird als Ort der Bildung betrachtet, wobei aber auch das Risiko besteht, dass auf Basis der eingeholten Informationen falsche Entscheidungen getroffen werden. Daher ist es hier von Bedeutung, die Bevölkerung zu befähigen, das Internet *richtig* zu nutzen.
- *Verlorene, hilfsbedürftige und potentiell gefährdete Patientin / verlorener, hilfsbedürftiger und gefährdeter Patient:* Diese Gruppe stellt das Gegenteil zur idealtypischen Internetnutzerin / zum idealtypischen Internetnutzer dar. Der Internetnutzer kann mit dem Informationsangebot nicht entsprechend umgehen, stellt selbst die Diagnosen und nimmt die ärztlichen Anleitungen nicht mehr wahr. Hier wird *das Zuviel* an Wissen als „*risikoreich und gesundheitsgefährdend*“ beschrieben.
- *Konsumentin / Konsument von medizinisch-gesundheitsorientierten Angeboten:* Damit ist jene Person gemeint, die auf Basis der virtuellen Informationen bewusste, zum Teil strategische Entscheidungen trifft (z. B. bei der Wahl der Ärztin / des Arztes oder der Behandlung). Hier tritt der Dienstleistungscharakter stärker zum Vorschein und trägt durch das Konsumverhalten zur Systemsteuerung bei.

Auf einer Seite bemängeln Patientinnen und Patienten häufig *ein Zuwenig* an erhaltener ärztlicher Auskunft. Auf der anderen Seite sind sie aber gehemmt, ein ausführlicheres Gespräch zu verlangen. Aber auch kann auch *ein Zuviel* an Informationen die Patientin / den Patienten überfordern und verwirren.

Dieses individuelle Bedürfnis nach Information kann die betreuende Ärztin / der betreuende Arzt durch das Weitergeben von Informationsmaterialien oder Literaturhinweisen nachkommen. Aber auch das World Wide Web kann in diesem Zusammenhang einen Beitrag zur patientengerechten, individuellen Aufklärung leisten.

Daneben stellt das Internet, im Gegensatz zu Broschüren oder Filmdokumenten, eine relativ kostengünstige Möglichkeit dar, gesundheitsrelevante Beiträge zu verbreiten (Tautz, 2002, S. 88).

4.6 Zusammenfassung

Die Internetnutzung ist im letzten Jahrzehnt weltweit stark gestiegen. Auch die Zahl der Personen, die im Internet nach Gesundheitsinformationen suchen, nahm in den letzten Jahren stetig zu. Gesundheitsrelevante Themen zählen mittlerweile zu den häufigsten gesuchten Inhalten im World Wide Web. In Österreich hat das Internet sogar die Ärztin / den Arzt als erste Informationsquelle verdrängt.

Das Internet bietet als Informationsressource einige Vorteile. Eine der bedeutendsten ist sicherlich, dass Informationen zu fast jeder erdenklichen gesundheitsrelevanten Fragestellung rund um die Uhr einfach und meist kostenlos abrufbar sind. Aber auch Risiken sind mit Online-Gesundheitsinformationen verbunden. Die Qualität der Beiträge, die für Laien häufig nicht oder schwer bewertbar sind oder auch die unüberschaubare Informationsflut zu den recherchierten Themen sind Beispiele für Negativeffekte.

Eine Veränderung lässt sich auch in der Arzt-Patienten-Beziehung erkennen. Ebenso geht diese Veränderung mit positiven und weniger positiven Aspekten einher. Einerseits kann beispielsweise eine informierte Patientin / ein informierter Patient durch *das Mehr* an Informationen besser von der Ärztin / vom Arzt in den Entscheidungsprozess eingebunden werden, andererseits kann genau dieses *Mehr* an Informationen dazu führen, dass Selbstdiagnosen gestellt werden, die möglicherweise falsch sind. Das Internet kann das ärztliche Gespräch niemals ersetzen, trotzdem können Online-Informationen einen Beitrag zur individuellen Patientenaufklärung und -information leisten.

Die Palette der Anbieter von Online-Gesundheitsinformationen ist sehr breit gestreut, unter anderem deswegen, da der Begriff *Gesundheit* vielen Disziplinen und Bereichen zugeordnet werden kann. In diesem Zusammenhang ist es von großer Bedeutung, dass qualitativ hochwertige, unabhängige und qualitätsgesicherte Informationen zur Verfügung gestellt werden und Userinnen und User diese auch als solche identifizieren können.

5 Qualitätsinitiativen für gesundheitsbezogene Inhalte im Internet

Seit Mitte der 90iger Jahre beschäftigt sich die Forschungswelt mit dem Thema der Qualität von Gesundheitsinformationen im Internet. Private und öffentliche Einrichtungen begannen Instrumente zu erarbeiten, die den Entwicklern von Webseiten und / oder Internet-Nutzerinnen und Internet-Nutzer bei der Bewertung von Online-Informationen unterstützen sollen. Zu den ersten Initiativen zählte die Festlegung von Verhaltenskodices für Gesundheits-Websites, allgemein als *Code of Conduct* bekannt. Seither ist nicht nur die Anzahl der Qualitätsinstrumente, sondern sind auch die Methoden ständig gewachsen (Wilson, 2002, S. 324).

Folgende fünf Kategorien der Qualitätsinitiativen können unterschieden werden (Wilson, 2002, S. 324ff; Hörbst/Emmenwerth, 2007, S. 4ff; Riegler, 2010, S. 36ff):

- Verhaltenskodex für Anbieter – Code of Conduct
- Selbstverpflichtende Ansätze
- Qualitätszertifikate
- Leitfäden für Userinnen und User
- Filtersysteme

Der Umfang, in welchem diese Ansätze Anwendung finden, ist durch die umfassende Menge an gesundheitsinformierenden Websites nicht quantifizierbar. Vor allem ist der Einsatz von Verhaltenskodices oder Leitfäden nicht bekannt, nur zu Qualitätszertifikaten und Qualitätssiegel gibt es Zahlen (Hörbst/Emmenwerth, 2007, S. 4).

In diesem Kapitel werden die fünf Ansätze der Qualitätsinitiativen näher beschrieben und zum besseren Verständnis mit Beispielen hinterlegt.

5.1 Verhaltenskodex - Code of Conduct

Verhaltenskodices, auch *Codes of Conduct* genannt, beschreiben Qualitätskriterien für die Erstellung und den Inhalt von webbasierten Gesundheitsinformationen. Diese Kriterien können einerseits von den Anbietern als Selfassessment-Instrument herangezogen werden, andererseits klären sie Userinnen und User über Eigenschaften guter Webseiten auf. Verschiedene Fachgesellschaften und (öffentliche) Organisationen haben bereits solche Verhaltenskodices entworfen.

5.1.1 eHealth Code of Ethics

Der *eHealth Code of Ethics* der Non-Profit-Organisation *Internet Health Coalition* in Washington gibt einen Rahmen für die Gestaltung und Nutzung von Gesundheitsinformationen im Internet vor. Der Code wurde mit Interessenspartnern aus Wissenschaft, Industrie, Konsumentinnen und Konsumenten sowie Akteuren des Gesundheitswesens erarbeitet. Der Code wird auf Basis der Freiwilligkeit von Gesundheitswebseiten-Entwicklern angewendet. Ihm liegen acht Prinzipien zugrunde: Offenheit, Ehrlichkeit, Qualität, informiertes Einverständnis, Datenschutz, Professionalität in der Online-Gesundheitsversorgung, Partnerschaft und Haftung (Internet Health Coalition, 2011).

Da die Anwendung des Codes auf Freiwilligkeit der Webseitanbieter basiert, hat die Userin / der User aber auch keine Garantie, dass die Informationen qualitätsgesichert sind (Köpke et al., 2005, S. 355; Riegler, 2010, S. 37).

5.1.2 eEurope 2002

Im Rahmen von *eEurope 2002* wurde von der Europäischen Kommission die Entwicklung von *Qualitätskriterien für Webseiten zum Gesundheitswesen* initiiert und veröffentlicht. Die Kriterien umfassen folgende Elemente (Europäische Kommission, 2002, S. 4ff):

- Transparenz und Ehrlichkeit
- Urheberschaft
- Geheimhaltung und Datenschutz
- Aktualisierung von Informationen
- Verantwortlichkeit
- Zugreifbarkeit

Die Qualitätskriterien haben für Anbieter von Gesundheitsinformationen als auch für Userinnen und User Gültigkeit.

5.2 Selbstverpflichtende Ansätze

Verschiedene Initiativen haben in den letzten Jahren Qualitätsstandards und -kriterien für Online-Gesundheitsinformationen entwickelt, die formale Vorgaben festlegen. Durch Einhaltung dieser Standards von Seiten der Produzenten von Gesundheitswebseiten

besteht die Möglichkeit, ein entsprechendes Qualitätssiegel oder Zertifikat auf der Webseite anzuführen. Eines der bekanntesten und ältesten Qualitätssiegel stammt von der Organisation *Health on the Net Foundation* (Wilson, 2002, S. 324).

5.2.1 Health on the Net Foundation

Die Stiftung *Health On the Net Foundation* (HON) wurde 1995 in Genf gegründet, um die Verbreitung von hochwertigen Gesundheitsinformationen zu fördern. Ziel ist, die Internetuserin / den Internetuser vor unseriösen Medizininformationen zu schützen und die Anbieter bei der Erstellung von qualitativ hochwertigen Gesundheitswebseiten zu unterstützen. Bereits 1996 wurde der *HONcode*, ein ethischer Verhaltenskodex für medizinische und gesundheitsbezogene Webseiten, publiziert (www.hon.ch, 2011).

Der HONcode stellt kein System zur Auszeichnung von Webseiten dar. Außerdem erfolgt keine Qualitätsbewertung der Online-Gesundheitsinformationen. Der HONCode stellt Regeln auf, um Webseitenprovider an „*ethische Standards in der Darstellung von Informationen zu binden*“ und um sicherzustellen, dass den Userinnen und Usern die Quelle und die Absicht der Internetressource bekannt sind (www.hon.ch, 2011).

Der Verhaltenskodex umfasst folgende acht Kriterien (www.hon.ch, 2011):

1. Sachverständigkeit: Alle Ratschläge auf der Webseite werden nur von medizinisch / gesundheitswissenschaftlich geschulten und qualifizierten Personen gegeben. Falls das nicht der Fall sein sollte, muss dies gekennzeichnet sein.
2. Komplementarität: Die Arzt-Patienten-Beziehung soll durch die Information unterstützt, aber nicht ersetzt werden.
3. Datenschutz: Die Vertraulichkeit und der Schutz von Daten der Website-Besucherin / des Website-Besuchers werden respektiert und garantiert.
4. Zuordnung: Referenzen werden angegeben bzw. es wird direkt auf die Informationsquelle verlinkt. Das Datum der letzten Aktualisierung scheint auf.
5. Belegbarkeit: Angaben zu Nutzen / Effizienz einer Therapie oder die Wirkungen und Nebenwirkungen einer Behandlung müssen durch Nachweise belegt werden.
6. Transparenz: Die Gestaltung der Webseite ist klar und einfach, Kontaktadressen werden angegeben.
7. Offenlegung der Finanzierung: Sponsoren und andere finanzielle Unterstützerinnen und Unterstützer werden eindeutig dargestellt.

8. Werbepolitik: Auf Werbung, die als Finanzierungsquelle dient, wird klar hingewiesen.

Bei Einhaltung dieser formalen Kriterien und nach einer Überprüfung durch die HON-Organisation darf auf der Gesundheitswebseite das HONcode-Logo (vgl. Abbildung 4) verwendet werden. Die HONcode-Zertifizierung ist nicht mit Kosten verbunden. Zertifizierte Websites werden systematisch und jährlich von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der HON-Foundation überprüft. Die zertifizierten Websites werden auf der HON-Webseite angezeigt (www.hon.ch, 2011).

Auch wenn HON keine Garantie für qualitativ hochwertigen Inhalt der medizinischen Informationen geben kann, so zeigt aber das HON-Code-Siegel, dass die Webseite um Objektivität und Transparenz der medizinischen Informationen bemüht ist.

Mittlerweile ist das Logo international auf vielen medizinischen Webseiten zu finden. Laut dem Hinweis auf der HON-Webseite wird das Logo von über 7300 Webseiten in über 120 Ländern verwendet.

Abbildung 4: HONCode-Logo, Beispiel einer Webseite www.adipositas-page.de

The screenshot shows a website layout with several content blocks:

- HONcode Logo:** Located at the top center, featuring the text 'HON @ CODE' with a stylized '@' symbol.
- Article Cards:**
 - Card 1:** Title: **Fettleibigkeit - Definition und Risiken**. Text: 'Mehr als ein Drittel der Bevölkerung einiger europäischer Länder ist übergewichtig. Trotz eines gestiegenen Ernährungsbewußtseins ist Übergewicht und Fettleibigkeit ein ernstes Problem...'
 - Card 2:** Title: **Fettleibigkeit bei Kindern vorbeugen – prüfen, welche Initiative wirkt**. Text: 'Aktivitäten in der Freizeit sind ebenso...'. Photo credit: 'Foto: ©Nils / www.photocase.com/de'.
 - Card 3:** Title: **Das alles entscheidende Kriterium**. Text: 'Ob ein Mensch nun generell zu- oder abnimmt, wird über das alles entscheidende Kriterium...'. Photo credit: 'Foto: ©Dieter-Schütz / www.pixelio.de'.
 - Card 4:** Title: **Was wir nicht beeinflussen können**. Text: 'Ein Forscherteam um Elizabeth Speliotes hat in einer Studie insgesamt 18 neue Genregionen entdeckt, die offenbar eng mit Fettleibigkeit und der Körperfettverteilung zusammenhängen.'
- Video Player:** On the right side, featuring a video titled 'Übergewicht - Wann und wie behandeln?' with a date of '07.03.2011, Aufrufe: 105' and a link for 'Weitere Videos...'. Below the video is an 'Information' section with the HONcode logo and text: 'Wir befolgen den HONcode Standard für vertrauenswürdige Gesundheitsinformati...'. A link 'Kontrollieren Sie dies hier.' is provided below.

Quelle: <http://www.adipositas-page.de> (Zugriff am 15. Juni 2011)

5.2.2 The Information Standard

Das Gesundheitsministerium in Großbritannien hat seit 2009 ein eigenes Zertifizierungsprogramm, *The Information Standard*. Um als Anbieter von Gesundheitswebseiten das Zertifikat zu erhalten, muss der eigene Informationsproduktionsprozess einer Kontrolle, Überprüfung und Verbesserung unterliegen. So muss der Anbieter unter anderem Strukturen für ein Informationsmanagement, klare Ziele, über die Informationen, die zur Verfügung gestellt werden oder die korrekte Evidenzverwendung nachweisen.

Wenn alle The Information Standard-Anforderungen vom Webseitenanbieter erfüllt sind, darf das Logo (vgl. Abbildung 5) auf der entsprechenden Webseite für 3 Jahre platziert werden.

Laut Angaben der Webseite hat das Programm bereits 36 Mitglieder, dazu zählen außerdem verschiedene karitative Organisationen, NHS Trusts und gesetzliche und kommerzielle Einrichtungen (www.theinformationstandard.org, 2011).

Abbildung 5: Logo des *The Information Standard Department of Health*

The image shows a screenshot of the Diabetes UK website. On the left, there is a 'The Information Standard Certified member' logo. To its right, a text box states: 'This organisation has been certified as a producer of reliable health and social care information. www.theinformationstandard.org'. Below this is a navigation menu with 'Home', 'Guide to diabetes', and 'How we help'. The main content area lists various topics like 'Ages and stages', 'Introduction to diabetes', etc. On the right, there is a section titled 'The Information Standard' with a description of the certification scheme and a list of criteria. At the bottom right, there is another 'The Information Standard Certified member' logo. A black arrow points from the top-left logo to the bottom-right logo.

Quelle: Webseite Diabetes UK: diabetes.org.uk zuletzt aufgerufen am 1. Juli 2011)

5.3 Qualitätszertifikate

Qualitätszertifikate sind Logos oder Symbole, die von einem Drittanbieter vergeben werden, um Internetnutzerinnen und Internetnutzern darüber zu informieren, dass die zur Verfügung gestellte Information bestimmten Standards und Kriterien entspricht. Der Erhalt eines Qualitätszertifikats ist meist mit Kosten verbunden, entspricht aber auch dem fortschrittlichsten, qualitätsüberprüfenden Vorgehen (Wilson, 2002).

5.3.1 TNO QMIC®

Quality of Medical Information, Communication and Transactions ist ein Zertifizierungssystem, das von der *The Netherlands Organization (TNO) Prevention and Health* entwickelt wurde. Das System basiert auf dem Normensatz *TNO Prevention and Health*, der ähnlich der ISO 9000:2000 aufgebaut ist.

Die Implementierung der Norm erfolgt von Seiten des Webseitenanbieters. In regelmäßigen Abständen überprüft und bescheinigt die TNO die normenkonforme Vorgehensweise der Qualitätssicherung. Nach einer Zertifizierung ist es dem Anbieter erlaubt, die Inhalte seiner Webseite in einem Portal zu registrieren, über welches die Verbraucherinnen und Verbraucher die geprüften Gesundheitsinformationen zusätzlich abrufen können. Durch die Zertifizierung ist der Anbieter berechtigt das Qualitätssiegel *Quality of Medical Information & Communication (QMIC®)* auf seiner Webseite zu positionieren. Durch Anklicken des Symbols erhält man Informationen zum Zulassungsstatus des Anbieters (Hebenstreit/Prümel-Philippsen, 2004, S. 95).

5.3.2 afgis

Das *Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem*, kurz *agfis*, ist ein eingetragener Verein in Frankfurt, dessen Mitglieder aus Verbänden, Unternehmen und Einzelpersonen bestehen, die sich zur Aufgabe gemacht haben, die Qualität von Gesundheitsinformation zu fördern.

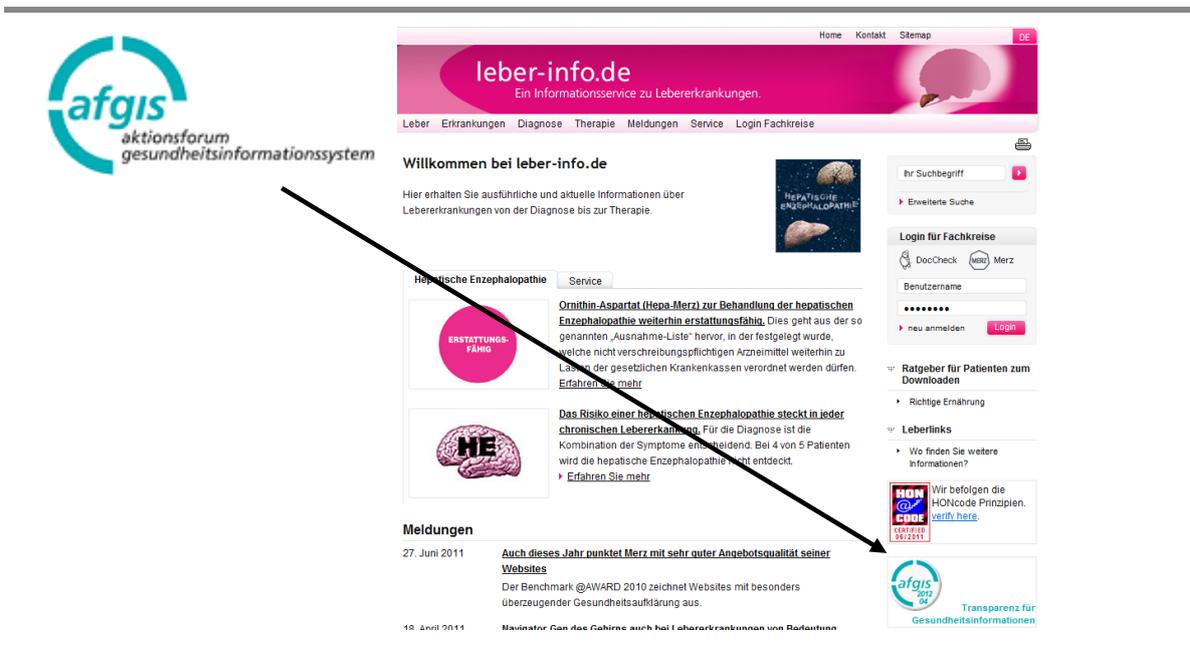
Nach einem kostenpflichtigen Prüfverfahren werden qualitativ hochwertige Gesundheitsinformationen im Internet durch ein *agfis*-Qualitätssiegel (vgl. Abbildung 6) gekennzeichnet. Dieses Zertifikat ist immer für ein Jahr gültig. Die Prüfkriterien umfassen die Transparenz folgender Punkte:

- Anbieter,

- angesprochene Zielgruppen,
- Zweck und Ziel des Beitrages,
- Datenquellen und Autorenschaft,
- Aktualität der angebotenen Information,
- Möglichkeit der Kontaktaufnahme durch die Nutzerinnen und Nutzer,
- Qualitätssicherungsverfahren,
- Klare Trennung von redaktionellen Beiträgen und Werbung,
- Sponsoren und Finanzierung,
- Vernetzung und Kooperationen und
- Datenschutz und Datenverwendung.

Die Zusatzinformationen werden durch Anklicken des afgis-Qualitätssiegels sichtbar. Eine Überprüfung der inhaltlichen Korrektheit der Angaben erfolgt jedoch nicht. Derzeit sind auf der Webseite 16 Anbieter gelistet, die die Kriterien des afgis-Logos erfüllen. Die Hälfte dieser Gesundheitswebseiten sind der Kategorie Wirtschaft/Industrie zugeordnet, die anderen verteilen sich unter anderem auf die Kategorien Fachgesellschaft / Berufsverband, Verein/Stiftung und Wissenschaftliche Einrichtung / Universität (afgis.de, 2011).

Abbildung 6: Logo afgis – Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem



Quelle: www.leber-info.de

5.3.3 MedCertain – MedCircle

Um Gesundheitsinformationen im Internet für die Nutzerin / den Nutzer „sicherer“ zu machen, wurde das Projekt *MedCERTAIN* initiiert, das von der EU gefördert und von der Forschungsgruppe Cybermedizin & e-Health koordiniert wurde (Deutsches Ärzteblatt, 2000, S. 4).

Projektziel war, eine technische und organisatorische Infrastruktur zu entwickeln, mit dem die Internetnutzerin / der Internetnutzer auf Meta-Informationen (Informationen über Informationen) über Gesundheitswebseiten und seine Anbieter zugreifen können. In diesem Zusammenhang wurde ein umfassendes Metadatenvokabular, die sogenannte *Health Information Disclosure, Description and Evaluation Language (HIDDEL)* entwickelt. Mit Hilfe dieses Vokabulars ist es möglich, Gesundheitswebseiten zu bewerten. Die Bewertung basiert auf einem dreistufigen Verfahren (Hebenstreit/Prümel-Philippsen, 2004, S.95, Deutsches Ärzteblatt, 2000, S. 4):

Stufe 1: Die Angaben des Webseitenanbieters, beispielsweise zu Anbieter, der Autorenschaft oder Sponsoren, kann die Internetnutzerinnen und Internetnutzer über ein Logo abrufen. Eine Bewertung durch eine externe Stelle ist in dieser Stufe noch nicht erforderlich.

Stufe 2: Die vom Informationsanbieter gemachten Angaben werden durch externe nicht-medizinische Expertinnen und Experten geprüft. Zusätzlich wird die Webseite hinsichtlich formaler Kriterien begutachtet.

Stufe 3: Bei diesem Schritt überprüfen unabhängige medizinische Expertinnen und Experten oder Fachgesellschaften die inhaltliche Qualität. Dieses sogenannte Level-3-Audit soll einmal jährlich erfolgen. Bei einem positiven Gutachten wird ein Vertrauenssiegel verliehen.

The Collaboration for Internet Rating, Certification, Labeling and Evaluation of Health Information, kurz *MedCircle*, baut auf den Erfahrungen von *MedCertain* auf und entwickelte das ursprüngliche Konzept weiter.

Das Projekt *MedCircle* ist ausgelaufen, und auch die Initiative *MedCertain* wird seit 2005 nicht mehr weitergeführt (Hörbst/Ammerwerth, 2007, S. 8). Da dieses Gütesiegel aber häufig in der Literatur aufscheint, findet es auch hier Erwähnung.



Quelle: www.uni-heidelberg.de/presse/news/2010cybermed.html

5.4 Leitfäden für Userinnen und User

Leitfäden sollen die Nutzerinnen und den Nutzer ermöglichen, auf Basis von Fragestellungen selbst zu überprüfen, ob Online-Inhalte bestimmten Qualitätsstandards entsprechen. Das Einhalten der Standards wird hierbei nicht als Qualitätssiegel oder -logo auf der Webseite angezeigt, sondern es wird häufig von der Webseite auf einen Fragenbogen verlinkt. Dieser kann generell, spezifisch oder gezielt auf eine bestimmte Zielgruppe ausgerichtet sein. Da aber die praktische Anwendung solcher Leitfäden von der Konsumentin / dem Konsumenten selbst abhängt, ist die Nutzungshäufigkeit möglicherweise eher gering (Wilson, 2002, S. 325).

5.4.1 DISCERN

Da die Unterscheidung guter von weniger guter Gesundheitsinformation für Laien nur sehr schwer möglich ist, haben britische Expertinnen und Experten das Instrument DISCERN entwickelt, das zur selbstständigen Überprüfung der Qualität von Patienteninformationen zu Behandlungsalternativen dienen soll. Die Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover in Zusammenarbeit mit der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung übersetzte das Instrument ins Deutsche (www.discern.de, 2011).

DISCERN war ursprünglich für gedruckte Patienteninformationen gedacht, mittlerweile wird das Instrument aber auch häufig zur Beurteilung von Patienteninformation im Internet verwendet. Die 15 Schlüsselfragen sind in drei grobe Abschnitte unterteilt (www.discern.de, 2011):

Abschnitt I: Der erste Fragenblock widmet sich der Zuverlässigkeit der Publikation, dabei werden Fragen zu folgenden Punkten gestellt:

- Angabe zu Klarheit der Ziele
- Bedeutsamkeit der Publikation
- Angaben zu Informationsquellen und deren Aktualität
- Ausgewogenheit und Unbeeinflussung der Inhalte
- Angabe von ergänzenden Hilfen und Informationen zu Bereichen, für die keine sicheren Informationen vorliegen

Abschnitt II: Der zweite Fragenblock bezieht sich auf die Informationsqualität zu Behandlungsalternativen, die folgende Punkte beinhalten:

- Angaben zu Wirkungsweisen
- Angaben zu Nutzen und Risiken jedes Behandlungsverfahrens
- Informationen zu möglichen Folgen einer Nicht-Behandlung
- Beschreibung der Beeinflussung der Lebensqualität durch das Behandlungsverfahren
- Angaben zu Information über mögliche weitere Behandlungsverfahren

Dieser Abschnitt schließt mit der Frage, ob die Publikation eine Unterstützung bei der „partnerschaftlichen Entscheidungsfindung“ darstellt.

Abschnitt III: Der dritte Fragenblock gilt der Gesamtbewertung der Publikation. Auf Basis der gegebenen Antworten zu den ersten beiden Fragenblöcken wird die Publikation hinsichtlich der Gesamtqualität beurteilt.

Die einzelnen Fragen sollen in ihrer Gesamtheit und nicht unabhängig voneinander eingesetzt werden.

5.4.2 Check-In

Check-In wurde auf Basis von DISCERN (vgl. Punkt 5.4.1) und des AGREE Instrumentes⁵ erstellt und dient zur Qualitätsbewertung von Gesundheitsinformationen hinsichtlich der Eignung als Entscheidungsgrundlage. Die wesentliche Aufgabe der Anwendung von Check-In ist die Unterstützung der Verbesserung der Qualität von Gesundheitsinformationen unter Berücksichtigung der Patientensicht. Wichtig ist, dass sich das Instrument

⁵ AGREE steht für *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* und ist eine Methode zur Bewertung der methodischen Qualität ärztlicher Leitlinien (AGREE, 2011).

ausschließlich für die Beurteilung von Gesundheitsinformationen bestimmt ist, in denen zumindest eine Maßnahme, wie beispielsweise Therapie oder rehabilitative Maßnahmen, beschrieben ist und die als Basis einer Entscheidungsfindung dient.

Das Instrument Check-In kann während des Entwicklungsprozesses, nach der Fertigstellung oder auch nach der Publikation des Beitrages verwendet werden.

Der Fragebogen teilt sich in sechs Kategorien:

- Anwendungsbereich und Zweck
- Beteiligung von Interessensgruppen
- Genauigkeit der Entwicklung
- Redaktionelle Unabhängigkeit
- Klarheit und Gestaltung
- Zusatzfragen für Informationen aus dem Internet, zu den Besonderheiten von Online-Gesundheitsinformationen und deren Darstellung

Zum Schluss wird auf Basis der Beantwortung der Fragen eine Gesamtbewertung des Informationsmaterials vorgenommen (www.patienten-information.de, 2011; Sänger et al., 2004).

5.4.3 Net Scoring

Auch Wissenschaftler der Universitätsklinik von Rouen in Frankreich haben Qualitätskriterien zur Bewertung von Gesundheitsinformationen im Internet entwickelt. Die 49 Fragen werden acht Kategorien zugeordnet (www.chu-rouen.fr/netscoring/netscoringeng.html, 2011):

- Glaubwürdigkeit
- Inhalt
- Hyperlinks
- Design (Seitenaufbau und Darstellung)
- Interaktivität
- quantitative Aspekte
- Ethik
- Zugänglichkeit

5.5 Filtersysteme

Filtersysteme ergänzen normalerweise medizinische Suchmaschinen und dienen dazu, auf Basis von festgelegten Kriterien, Webseiten freizugeben oder zu sperren. Die Filterung kann von Userinnen und Usern angewendet werden oder auch automatisch erfolgen (Hörbst/Ammenwerth, 2007, S. 4). Filtersysteme basieren darauf, dass Informationsressourcen nach ihrer Qualität und Relevanz für eine bestimmte Zielgruppe ausgewählt werden. Die gefundenen Informationen werden überprüft, klassifiziert und die Beschreibung in einer Datenbank gespeichert. Dadurch kann für bestimmte Zielgruppen die Suche im Internet und die Genauigkeit der gefundenen Informationen verbessert werden kann. Diese beschriebene Vorgehensweise wird auch als *Gateway* bezeichnet (Wilson, 2002, S. 599). Ein solches Gateway für geprüfte Internet-Informationen bietet beispielsweise *Organizing Medical Networked Information* (vgl. Punkt 5.5.1). Solche spezialisierten Gateways stellen für versierte Userinnen und User eine große Unterstützung dar, der Nachteil ist, dass der finanzielle Aufwand für das Betreiben solcher Datenbanken relativ hoch ist und geschulte Expertinnen und Experten für Filterung der Informationsressourcen erforderlich sind (Riegler, 2010, S. 47).

5.5.1 OMNI

Organizing Medical Networked Information, kurz OMNI genannt, vereinfacht für die Internetuserin / den Internetuser das Finden von medizinischen Informationsressourcen. Das Gateway katalogisiert, klassifiziert das gefundene Material, ungeeignetes und nicht aktuelle Informationen werden identifiziert und herausgefiltert. Jede Informationsressource, die Eingang in die Datenbank findet, wird mit einer eigenen Beschreibung hinterlegt. Erst danach wird das gefundene Informationsmaterial der suchenden Person zur Verfügung gestellt. Großen Wert wird auf die Qualität und Aktualität der Ressource gelegt (www.intute.ac.uk/medicine, 2011; Riegler, 2010, S. 47).

Aufgrund fehlender Finanzierung wurde die Webseite im Juli 2011 geschlossen (www.intute.ac.uk/medicine, 2011).

5.5.2 www.healthfinder.gov

Die Initiative des *US Department of Health and Human Services* stellt kostenlos geprüfte Gesundheitsinformationen über die Webseite *www.healthfinder.gov* über 1600 Themen zur Verfügung. Die Auswahl der Inhalte erfolgt auf Basis von definierten Kriterien. Die

Informationsressourcen werden primär aus Quellen von Regierungs- und Non-Profit-Organisationen bezogen. Die Webseite selbst ist HON-zertifiziert (www.healthfinder.gov, 2011; Riegler, 2010, S. 47-48).

5.6 Zusammenfassung

Eine der größten Schwierigkeiten für die Userinnen und User des Internets ist es, aus der umfassenden Flut an Informationsressourcen qualitativ hochwertige Informationen herauszufiltern (Eysenbach, 2003, S. 295).

Wie dieses Kapitel anhand der zahlreichen gesetzten Initiativen öffentlicher und privater Einrichtungen belegt, besteht ein großes Interesse, seriöse und qualitativ hochwertige Gesundheitsinformationen im World Wide Web speziell zu kennzeichnen. Die beschriebenen Qualitätsinitiativen sind so konzipiert, dass sie einerseits Produzenten bei der Erstellung von Informationswebseiten und / oder andererseits Internetnutzerinnen oder Internetnutzer bei der Suche nach qualitativhochwertiger Information unterstützen sollen.

Primär konzentrieren sich die gesetzten Initiativen auf die Einhaltung von formalen Kriterien. Diese sind relativ einfach und ohne erheblichen Aufwand zu überprüfen. Im Gegensatz ist die Beurteilung der inhaltlichen Qualität der Informationen schwieriger und mit hohen (finanziellen) Ressourcen verbunden. Initiativen wie MedCircle und MedCertain wurden nicht weitergeführt.

Die oben genannten Maßnahmen haben zwar unterschiedliche Ansätze, trotzdem vereinigen sie bestimmte Merkmale. Hörbst und Ammenwerth haben die gemeinsamen Qualitätskriterien in einer Übersicht erfasst, die auf einer Analyse der bestehenden Ansätze und wissenschaftlichen Veröffentlichungen und den Kriterien für ein österreichisches Gesundheitsinformationsportal beruhen (2007, S. 26ff):

Abbildung 8: Kategorien und Ziele der Qualitätskriterien für Gesundheitsportale

KATEGORIE	ZIELE
Transparenz und Ehrlichkeit	Transparenz des Anbieters (transparent) Transparenz der Ziele und des Zwecks jeder Seite (relevant and appropriate) Offenheit in Bezug auf Werbung, Finanzierung und Kooperationen (transparent)
Urheberschaft	Nachvollziehbarkeit der Autorenschaft (transparent) Offenlegung der verwendeten Informationsquellen (transparent)
Genauigkeit von Informationen	Nachvollziehbarkeit der redaktionellen Prozesse (transparent) Verlässlichkeit von Informationen (reliable) Vollständigkeit von Informationen (objektive and unbiased) Aktualität von Informationen (up to date)
Verantwortlichkeit	Feedback-Möglichkeit (patient-oriented)
Zugreifbarkeit	Barrierefreiheit (accessible) Strukturiertheit der Inhalte (understandable) Bedienerfreundlichkeit (understandable)
Geheimhaltung und Datenschutz	Keine Verwendung persönlicher Daten Sicherheit der Datenübertragung
Rechtliche Rahmenbedingungen	Einhaltung rechtlicher Rahmenbedingungen (consistent with statutory info)

Quelle: Hörbst/Ammenwerth, 2007, S. 27)

6 Empirische Untersuchung

Dieser Abschnitt der Arbeit unterteilt sich in sechs Kapitel: Das erste Kapitel beschreibt die Fragestellungen, die in der empirischen Untersuchung beantwortet werden sollen. Im zweiten und dritten Kapitel werden die qualitative Methode, die Erstellung des Interviewleitfadens und die Vorgehensweise bei der Durchführung der Interviews näher erläutert. Das vierte Kapitel widmet sich der Datenauswertung und im fünften Kapitel werden die Ergebnisse der Interviewauswertungen dargestellt. Die zu Beginn der Arbeit gestellten Fragen werden im letzten Kapitel beantwortet.

6.1 Fragestellungen der Untersuchung

Auf Basis der Literaturrecherche konnten viele Publikationen zum Thema Online-Gesundheitsinformationen, deren Auswirkungen und Einfluss identifiziert werden. Umfassend und regelmäßig werden statistische Auswertungen zum Verhalten der Userinnen und User gemacht, beispielsweise wer sucht, wie und welche Informationen (vgl. Abschnitt 4). Auch die Auswirkungen von Online-Gesundheitsinformationen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis wurde in vielen Publikationen beschrieben (vgl. Kapitel 4.5).

Zur Frage, welche Bedeutung und Einfluss Online-Gesundheitsinformationen auf die Beratungstätigkeit gesundheitsinformierender Einrichtungen haben, konnten nur Publikationen gefunden werden, die sich am Rande mit diesem Thema befassen. Beispielsweise beinhaltet die Evaluation der Modellprojekte zur unabhängigen Patienten- und Verbraucherberatung in Deutschland auch Fragen zur Nutzung, der in diesem Zusammenhang stehenden Internetportale (Dierks et al., 2006, S. 7). Außerdem werden Fragen zur Beratungstätigkeit und in diesem Zusammenhang die Weitergabe von Internetressourcen erhoben (Dierks et al., 2006, S. 62).

Um den bisher wenig behandelten Themenbereich der Bedeutung und des Einflusses von Online-Gesundheitsinformationen auf Beratungseinrichtungen näher zu beleuchten, wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Mittels leitfadengestützter Interviews sollen Beraterinnen und Berater aus verschiedenen Beratungseinrichtungen befragt werden. Bei der Untersuchung sollen folgende Fragestellungen untersucht werden:

- In welcher Weise sind Online-Gesundheits-Informationen in der praktischen Arbeit der Beratungseinrichtungen von Bedeutung?
- Woher beziehen die Beraterinnen und Berater ihre Informationen für die Beratung?

- Wie werden Online-Gesundheitsinformationen von Seiten der Beratungseinrichtungen bewertet? (Nach welchen Kriterien wählen Beraterinnen und Berater Gesundheitsinformation im Internet aus?)
- Sehen es die Beratungseinrichtungen als ihre Aufgabe, über Kriterien seriöser Online-Gesundheitsinformation zu informieren?

Die Untersuchung soll einen Einblick geben, ob und wenn, in welcher Weise Online-Gesundheitsinformationen auf die praktische Beratungsarbeit gesundheitsinformierender Einrichtungen Einfluss nehmen. Zusätzlich wurde das Wissen über Qualitätskriterien von Gesundheitswebseiten und Qualitätssiegel erhoben.

6.2 Methode

Um die oben genannten Fragestellungen zu untersuchen, wurde als qualitatives Forschungsdesign das teilstandardisierte Interview gewählt. Die Teilstandardisierung bezieht sich dabei auf die Vorgehensweise bei der Befragung mit Hilfe eines Leitfadens (Mayring, 2002, S. 66).

Der erstellte Leitfaden diente dazu, die groben thematischen Inhalte des Interviews vorzugeben. Die Reihenfolge der Fragen als auch die Fragengestaltung waren flexibel und den jeweiligen Gesprächsverläufen und Interviewsituationen angepasst.

6.2.1 Konstruktion des Interviewleitfadens

Die theoretische Aufbereitung und die Auseinandersetzung mit dem Themenfeld wurde genutzt, um sich mit dem aktuellen Erkenntnisstand zum Themenbereich „Internet und Gesundheitsinformationen“ vertraut zu machen. Das erworbene Wissen diente als Grundlage zur Erstellung des Interviewleitfadens. Die Inhalte des erarbeiteten Fragenkataloges lassen sich grob in fünf Fragenkategorien einteilen:

- Beratungsformen und Nutzung von Online-Ressourcen zur Beratungstätigkeit
- Interneteinfluss ratsuchender Personen im Zusammenhang mit Beratungsanfragen
- Nutzung von Online-Ressourcen für die Beratungstätigkeit
- Bekanntheitsgrad von Qualitätskriterien / Qualitätssiegel für Online-Gesundheitswebseiten

- Informieren über „richtiges Suchen und Finden von seriösen Online-Gesundheitsinformationen“ im Rahmen des Beratungsgesprächs

Die Interviewfragen wurden so formuliert, um die vorab definierten Fragestellungen der Untersuchung (vgl. Kapitel 6.1) zu beantworten:

Beratungsformen und Nutzung von Online-Ressourcen zur Beratungstätigkeit

1. In welcher Form werden bei Ihnen die Klientinnen / Klienten beraten (Face-to-Face, E-Mail, Chat, ...)?
2. Stellen Sie der ratsuchenden Person im Rahmen Ihrer Beratungstätigkeit auch Internetadressen als weiterführende Informationsquelle zur Verfügung?
 - a.) Wenn ja, können Sie sagen, auf welche Webseiten Sie dabei verweisen?
 - b.) Sie vertrauen offenbar den Inhalten dieser Webseiten. Worauf basiert dieses Vertrauen?
3. Gibt es eine schriftliche Vorgabe des Beratungszentrums, auf welche Webseiten verwiesen werden kann?

Interneteinfluss ratsuchender Personen im Zusammenhang mit Beratungsanfragen

4. Kommt es vor, dass ratsuchende Personen mit Informationen aus dem Internet zu Ihnen in die Beratung kommen („internetbezogene Anfragen“)?
5. Haben Sie das Gefühl, dass sich durch das Internet die Beratungsanfragen / Beratungsinhalte verändert haben?
 - a.) Wenn ja, in welcher Weise?

Nutzung von Online-Ressourcen für die Beratungstätigkeit

6. Woher beziehen Sie als Beraterin / Berater die Informationen für Ihre Beratungstätigkeit?
 - a.) Greifen Sie dabei auch auf Online-Informationen zurück?
 - b.) Wenn ja, welche?

Bekanntheitsgrad von Qualitätskriterien / Qualitätssiegeln für Online-Gesundheitswebseiten

7. Über welche Qualitätskriterien muss Ihrer Meinung nach eine Webseite mit Gesundheitsinformationen verfügen, um für Sie vertrauenswürdig zu sein? (z. B. Angabe der Informationsquelle, Aktualität der Information ...)
8. Kennen Sie Qualitätskriterien / Qualitätsgütesiegel, die speziell für Gesundheitswebseiten gültig sind (wie beispielsweise Qualitätskriterien der EU oder das HON-Siegel)?
 - a.) Wenn ja, auf welche?

Informieren über „richtiges Suchen und Finden von seriösen Online-Gesundheitsinformationen“

9. Informieren Sie in Ihrer Beratungseinrichtung ratsuchende Personen über „richtiges Suchen und Finden von seriösen Gesundheitsinformationen im Internet“?
 - a.) Wenn ja, welche Informationen geben Sie weiter?
 - b.) Wenn nein, würden Sie es sinnvoll finden, entsprechende Informationen darüber in das Beratungsgespräch aufzunehmen?

6.3 Interviews

Bei der Auswahl nach geeigneten Interviewpartnerinnen und -partnern wurde darauf geachtet, dass die zu befragenden Beraterinnen und Berater aus verschiedenen Beratungszentren mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten stammen. Dadurch sollten mögliche themenbereichsspezifische Perspektiven erkannt werden.

Folgenden inhaltlichen Themenbereichen sind die Beratungseinrichtungen zuzuordnen:

- Familien- und Lebensberatung, ohne spezifischen Beratungsschwerpunkt
- Beratungseinrichtung rund um das Thema Schwangerschaft, Geburt und die erste Zeit nach Geburt
- Beratungseinrichtung zu Essstörungen

- Beratungszentrum zur Unterstützung, Beratung und Begleitung von Frauen mit einer ungeplanten Schwangerschaft, inkl. Angebot von Veranstaltungen im Bereich der Sexualerziehung
- Anlaufstelle für Frauen, die auf der Jobsuche sind, aber aufgrund ihrer körperlich oder psychischen Erkrankung Unterstützung benötigen
- AIDS-Beratungsstelle
- Beratungsstelle für junge Familien und Frauen mit Kleinkindern
- Online- und Telefon-Beratung für Kinder und Jugendliche

Die Kontaktaufnahme mit den Beratungseinrichtungen und mit den Interviewpersonen erfolgte per E-Mail und / oder telefonisch. Die Interviews wurden in den Monaten April bis Juni 2011 durchgeführt. Alle acht Interviews erfolgten in Einzelgesprächen und fanden - bis auf eine Ausnahme - direkt in der jeweiligen Beratungseinrichtung statt. Das erste Interviewgespräch diente auch dazu, die Brauchbarkeit des Interviewleitfadens zu überprüfen. Nach dem ersten Interview wurden die Fragen etwas angepasst bzw. geschärft. Die Interviewdauer lag zwischen 25 und 40 Minuten. Nach Zusicherung der Anonymität der Interviewperson und der Beratungseinrichtung waren alle befragten Personen einverstanden, dass zur Aufzeichnung der Interviews ein Aufnahmegerät verwendet werden durfte.

Alle durchgeführten Interviews wurden mit weiblichen Beraterinnen durchgeführt. Zwei Interviewpartnerinnen sind ausgebildete diplomierte Sozialarbeiterinnen, sechs Klinische und Gesundheitspsychologinnen.

6.4 Datenauswertung

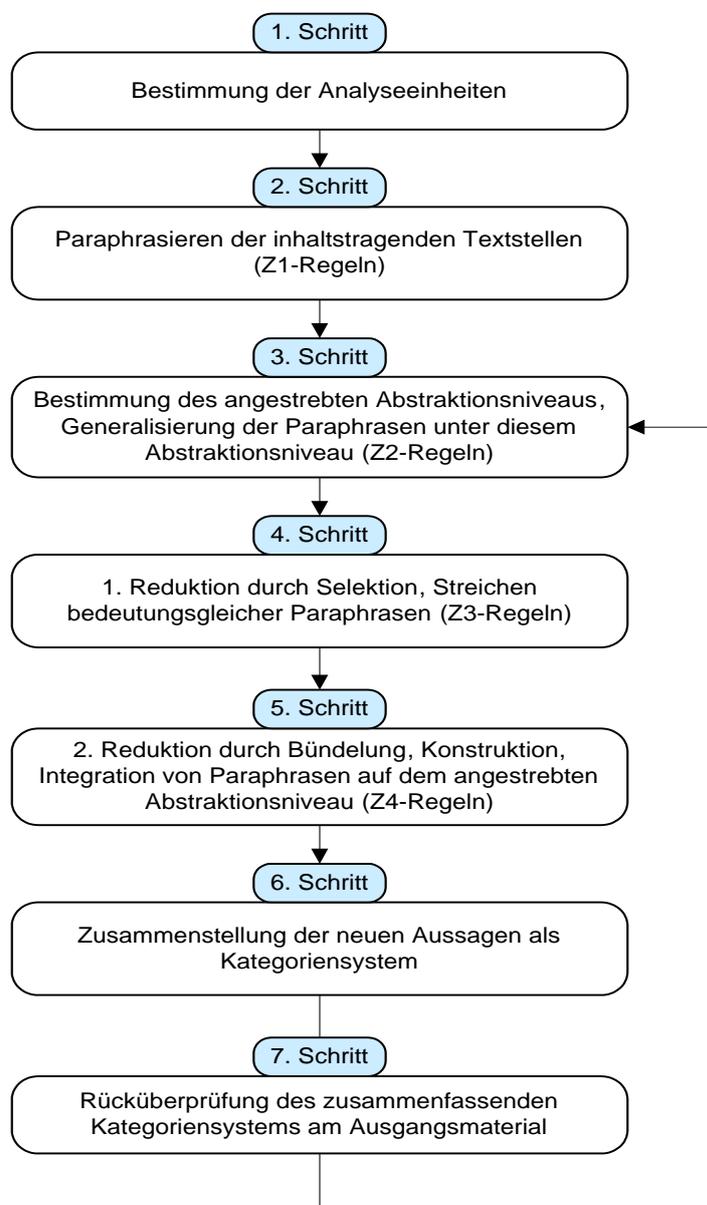
Alle durchgeführten Interviews wurden auf einem Aufnahme-Recorder aufgezeichnet und im darauffolgenden Schritt vollständig transkribiert. Unter Transkription versteht man die Verschriftlichung der gesprochenen Sprache, die für die Auswertung von Interviews unbedingt erforderlich ist (Mayring, 1999, S. 68ff). Um die Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten, wurden die anonymisierten Interviews codiert.

Die Auswertung basiert auf der qualitativen Inhaltsanalyse, die als klassische Methode zur Analyse und Auswertung von Texten gilt. Qualitative Inhaltsanalysen werden vor allem dort verwendet, wo der Inhalt des analysierten Textmaterials von Bedeutung ist und dieser in einer komprimierten Form vorliegen soll (Flick, 2009, S. 409). Mayring hat zur Vorgehensweise ein inhaltsanalytisches Ablaufmodell und dazugehörige Interpretations-

regeln entwickelt (vgl. Abbildung 9 und Abbildung 10) (nach Mayring, in: Flick, 2009, S.413):

Zu Beginn der Inhaltsanalyse wird das Textmaterial paraphrasiert. Danach werden unwesentliche Abschnitte und inhaltsgleiche Aussagen aus dem Text gestrichen. Dabei spricht man von der ersten Reduktion. In der zweiten Reduktion werden ähnliche Paraphrasen zusammengefasst. Durch das Streichen von Material und „*einer Generalisierung im Sinne der Zusammenfassung auf einem höheren Abstraktionsniveau*“ wird der Umfang des Materials komprimiert (nach Mayring, in: Flick, 2009, S.412).

Abbildung 9: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell



Quelle: Flick, 2009, S. 413, nach Mayring

Abbildung 10: Interpretationsregeln zusammenfassender Inhaltsanalyse

Z1	Paraphrasierung
Z1.1	Streiche alle nicht inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, vergleichende Wendungen!
Z1.2	Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!
Z1.3	Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!
Z2	Generalisierung auf das Abstraktionsniveau
Z2.1	Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, so dass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!
Z2.2	Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!
Z2.3	Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!
Z2.4	Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!
Z3	Erste Reduktion
Z3.1	Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!
Z3.2	Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!
Z3.3	Übernimm die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!
Z3.4	Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!
Z4	Zweiter Reduktion
Z4.1	Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!
Z4.2	Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion / Integration)!
Z4.3	Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion / Integration)!
Z4.4	Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Quelle: Flick, 2009, S. 412, nach: Mayring, 1983, S. 57

Bei der Auswertung, der im Rahmen dieser Untersuchung durchgeführten Interviews wurde folgendermaßen vorgegangen: Im ersten Schritt wurden alle transkribierten Interviewtexte durchgelesen, um einen Überblick über die Informationen zu erhalten und sich mit den Inhalten vertraut zu machen. Danach wurden die für die Beantwortung der Interviewfragen relevanten Textpassagen farblich hervorgehoben, nicht relevante Inhalte wurden gestrichen. Im darauffolgenden Schritt wurden die Interviewpassagen paraphrasiert. Zur Verdichtung des Materials wurden im nächsten Schritt die Textpassagen miteinander verglichen und generalisiert. Danach wurden die Texte erneut gesichtet und zu

Kategorien zusammengefasst. Zur Beantwortung der Interviewfragen wurden die Kategorien in Sätzen formuliert (vgl. Kapitel 6.6.).

6.5 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt sind die Ergebnisse der Interviewanalyse abgebildet. Zu Beginn erfolgt eine Zusammenfassung der zentralen Aussagen aus den Interviews.

In den darauffolgenden Punkten 6.5.2 bis 6.5.6 werden die einzelnen Interviewfragen mit den Antwortauswertungen detailliert dargestellt. Interessante (paraphrasierte) Textpassagen sollen zum besseren Verständnis beitragen und die Auswertung abrunden.

Für den Gesprächseinstieg wurde folgende Frage gewählt: „Was ist Ihre Rolle und Aufgabe in der Beratungseinrichtung?“ Alle Gesprächspartnerinnen erläuterten daraufhin kurz die Beratungseinrichtung und ihren Aufgabenbereich als Beraterin. Um die Anonymität der Interviewpartnerinnen und deren Einrichtung zu gewährleisten, wurde die Einstiegsfrage nicht analysiert.

6.5.1 Zusammenfassung der Interviewauswertungen

Die Beratungsgespräche erfolgen primär im direkten Gespräch zwischen der ratsuchenden Person und der Beraterin („face-to-face“). E-Mail-Anfragen und auch Telefonanfragen werden von allen Beratungseinrichtungen beantwortet. Bei einem längeren Beratungsaufwand werden die ratsuchenden Personen meist aufgefordert, in die Beratungseinrichtung zu kommen. Eine Beratungseinrichtung berät ausschließlich über das Internet und über das Telefon.

Alle Interviewpartnerinnen gaben an, dass sie Internetadressen im Rahmen der Beratung weitergeben. Primär wird auf Webseiten staatlicher Einrichtungen, wie das Gesundheitsministerium, oder auf andere „offizielle“ Einrichtungen, wie beispielsweise dem Wiener Verein für Frauengesundheit, verwiesen. Außerdem werden Internetadressen von Einrichtungen weitergegeben, die sie kennen sind bzw. mit denen eine Kooperation besteht. Zum Teil verweisen die Beraterinnen auf Internetseiten, die ein ganz spezielles Thema abhandeln, wie beispielsweise Pränataldiagnostik. Auch werden teilweise Informationen und Links, die sich auf der eigenen Beratungswebseite befinden, empfohlen.

Vor allem Webseiten staatlicher oder anderer „offizieller“ Einrichtungen, Webseiten bekannter Organisationen und von Kooperationspartnern werden von den Beraterinnen als vertrauenswürdig eingeschätzt.

Eine Liste mit Internetadressen, die von den Beraterinnen an Klientinnen und Klienten weitergeben werden dürfen, liegt nur in einer Beratungseinrichtung auf. Zum Teil wird angenommen, dass jene Internetadressen weitergegeben werden dürfen, die sich auf der Webseite der eigenen Beratungseinrichtung befinden.

Internetbezogene Fragen sind Teil der Beratungsanfragen geworden. Fünf von acht Beraterinnen wurden bereits mit solchen Fragen durch ihre Klientinnen und Klienten konfrontiert. In diesem Zusammenhang muss aber auch darauf hingewiesen werden, dass es den Beraterinnen und Beratern nicht immer bekannt ist, woher die Klientinnen und Klienten ihr Wissen beziehen.

Veränderungen in der Beratung durch Informationen aus dem Internet werden mit positiven und negativen Auswirkungen wahrgenommen. Einerseits unterstützt es die Beratungstätigkeit, andererseits werden Klientinnen und Klienten durch die Information verunsichert und verängstigt, was wiederum die Beratung erschweren kann.

Netzwerke, Tagungen und Kongresse sind die am Häufigsten von den Beraterinnen genannten Informationsquellen, um sich fort- und weiterzubilden. Aber auch Literatur, der Austausch mit andern Kolleginnen und Kollegen bzw. Informationen durch die Beratungseinrichtung werden als Quellen genannt. Für die meisten Beraterinnen ist das Internet zumindest fallweise eine Informationsressource, um sich über gesundheitsrelevante Themen zu informieren.

Qualitätskriterien für Gesundheitswebseiten oder Qualitätssiegel wie beispielsweise das HON-Siegel sind den befragten Personen nicht bekannt. Nur wenige der Beraterinnen achten auf die Quellenangabe, die Aktualität der Information und auf die Unabhängigkeit des Informationsanbieters.

Keine der Beraterinnen informiert standardisiert über das richtige Suchen und Finden von seriösen Gesundheitsinformationen im Rahmen der Beratungsgespräche. Zum Teil wird die Internetrecherche thematisiert, wobei die in diesem Zusammenhang weitergegebenen Informationen eher oberflächlich sind, wie beispielsweise, dass nicht allen gefundenen Informationen Glauben geschenkt werden darf. Die Interviewpartnerinnen waren sich aber einig, dass eine geregelte Informationsweitergabe sehr sinnvoll wäre, um so andere Menschen im sicheren Umgang mit dem Internet zu befähigen und zu stärken.

Im nun folgenden Abschnitt werden die einzelnen Interviewfragen mit den ausgewerteten Antworten detailliert dargestellt. Interessante (paraphrasierte) Textpassagen aus den Interviews sollen zum besseren inhaltlichen Verständnis der Antworten beitragen.

6.5.2 Beratungsformen und Nutzung von Online-Ressourcen zur Beratungstätigkeit

Interviewfrage 1: In welcher Form werden bei Ihnen die Klientinnen und Klienten beraten? (Face-to-Face, E-Mail, Chat, ...)

Antworten der Interviewpartnerinnen:

Die Beratungsgespräche erfolgen in allen Fällen – mit einer Ausnahme – im direkten Gespräch zwischen der ratsuchenden Person und der Beraterin (face-to-face). Eine Beratungseinrichtung berät ausschließlich über das Internet und über das Telefon. Kurze E-Mail-Anfragen und auch Telefonanfragen werden von allen Beratungseinrichtungen beantwortet. Bei einem längeren zu erwartenden Beratungsaufwand werden die ratsuchenden Personen aufgefordert, in die Beratungseinrichtung zu kommen.

Interviewausschnitte:

„Um die Anonymität [der Online-Beratung] zu gewährleisten, haben wir ein eigenes Portal eingerichtet. Hier können die Jugendlichen mit einem eigenen Passwort einsteigen und uns eine Anfrage schicken. Wir holen uns von dort ihre Anfrage und senden die Antwort auch wieder dorthin, die von den Jugendlichen wiederum mit dem Passwort abgerufen werden kann.“

„E-Mail-Anfragen beantworten wir kurz und oberflächlich. Beratungen sollten persönliche Gespräche sein.“

„Wir bauen keine längerfristigen Kontakte über E-Mail auf, sondern versuchen, die Klientinnen zu einem persönlichen Gespräch in unsere Einrichtung zu holen. Für Online-Beratungen, die ein eigenständiges Beratungssetting sind, haben wir die Ressourcen nicht.“

Interviewfrage 2: Stellen Sie der ratsuchenden Person im Rahmen Ihrer Beratungstätigkeit auch Internetadressen als weiterführende Informationsquelle zur Verfügung?

Antworten der Interviewpartnerinnen:

Alle befragten Personen geben an, dass sie Internetadressen – zumindest fallweise – als weiterführende Informationsquelle an Klientinnen und Klienten weitergeben.

Interviewausschnitte:

„Ich gebe Webseiten weiter, wenn Informationen benötigt werden, die ich nicht beantworten kann.“

„Ich gebe Internetadressen als Informationsquelle weiter. Dadurch hat die Klientin zu Hause die Möglichkeit, sich in Ruhe die Inhalte anzuschauen. Wenn sie weitere Fragen hat, kann sie mich kontaktieren.“

„Bei reinen Wissensfragen verweise ich auf Internetadressen, wo die ratsuchende Person selbst die Information nachlesen kann.“

„Wir verweisen selten auf das Internet, da das Informationsangebot Klientinnen und Klienten oft überfordert. Es ist oft schon für uns Berater schwer nachzuvollziehen, ob die Quellen seriös sind oder nicht. Für Laien ist es oft noch schwerer.“

„Beratung dient dazu, Möglichkeiten zu schaffen, sich persönlich und emotional mit dem Thema auseinanderzusetzen. Das kann eine Internetseite nicht.“

Interviewfrage 2a: Wenn ja, können Sie mir sagen, auf welche Webseiten Sie dabei verweisen?

Antworten der Interviewpartnerinnen:

Sechs Beraterinnen gaben an, Webseiten von staatlichen Einrichtungen, wie beispielsweise des Gesundheitsministeriums, und anderen „offiziellen“ Einrichtungen, wie beispielsweise dem Wiener Verein für Frauengesundheit, an Klientinnen und Klienten weiterzuempfehlen. Alle Beraterinnen verweisen auf Internetadressen von Einrichtungen, die ihnen bekannt sind oder mit denen eine Kooperation besteht. Drei Interviewpartnerinnen erwähnen Webseiten, mit ganz speziellen Inhalten, wie beispielsweise Pränataldiagnostik. Zwei Beraterinnen verweisen auf Informationen und Links der eigenen Beratungswebseite und eine Beraterin verweist auf eine Webseite eines Kinderarztes.

Interviewausschnitte:

„Ich gebe primär Webseiten mit Informationen und downloadbaren Formularen zu Förderungen und finanziellen Unterstützungen weiter, beispielsweise für die Familienbeihilfe. Weiteres empfehle ich Webseiten von Vereinen oder Einrichtungen, die spezifische Leistungen anbieten, wie das Hebammenzentrum.“

„Von den wichtigen Kooperationspartnern haben wir Informationsfolder, die wir an die Klientinnen und Klienten aushändigen. Häufig notiere ich auch die dazugehörige Internetadresse auf den Unterlagen.“

„Ja, wir verweisen auch auf andere Webseiten, wie beispielsweise auf andere Beratungsstellen oder auch auf andere spezielle Webseiten, wie die Loveline.de, eine Aufklärungsseite zu sexuellen Themen.“

„Ich gebe keine Internetadressen an, die beispielsweise über Bulimie informieren, denn das ist eine Beratungsleistung, die ich hier erbringe.“

„Die Webseite „Pränet“ ist ein Netzwerk zur kritischen Auseinandersetzung mit Pränataldiagnostik und bietet umfassende Informationen zu diesem Thema.“

Interviewfrage 2b: Sie vertrauen offenbar den Inhalten dieser Webseiten. Worauf basiert dieses Vertrauen?

Antworten der Interviewpartnerinnen:

Sechs Interviewpartnerinnen gaben an, dass sie staatliche Webseiten und Webseiten anderer „offizieller“ Einrichtungen als glaubwürdig empfinden. Drei Beraterinnen vertrauen darauf, dass andere Beratungseinrichtungen bzw. Kooperationseinrichtungen seriöse Informationen online stellen. Eine Beraterin gibt an, dass sie auf Basis des eigenen Fachwissens prüft, ob die Online-Information fundiert ist. Einer Interviewpartnerin waren neben der Glaubwürdigkeit der Informationen, auch deren Verständlichkeit und Präsentation wichtig.

Interviewausschnitte:

„Durch die Zusammenarbeit mit dem Verein kenne und vertraue ich den Inhalten der Webseite.“

„Da in den Beratungsstellen ausgebildete Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten und Psychologinnen / Psychologen arbeiten, glaube ich, dass ich mich auf die Informationen verlassen kann.“

„Den Inhalten auf dieser Webseite vertraue ich, weil ich das Gelesene als seriös empfunden habe, die Inhalte gut verständlich und gut strukturiert aufgebaut sind und eine Sicherheit vermittelt haben. Denn vor allem für junge Familien ist es wichtig zu wissen, wann es notwendig ist, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen.“

„Wir sind sehr bemüht, gesicherte Informationen ins Netz zu stellen. Also mit bestem Wissen und Gewissen. Und wir vertrauen darauf, dass die anderen Einrichtungen genauso seriös arbeiten, denn wir können nicht alles überprüfen und kontrollieren.“

Interviewfrage 3: Gibt es eine schriftliche Vorgabe des Beratungszentrums, auf welche Webseiten verwiesen werden kann?

Antworten der Interviewpartnerinnen:

Nur in einer Beratungseinrichtung liegt eine Liste mit Internetadressen auf, die an Klientinnen und Klienten weitergegeben werden darf. Zwei Beraterinnen gehen davon aus, dass die Internetadressen, die auf der eigenen Webseite der Beratungseinrichtung zu finden sind, weiterempfohlen werden dürfen.

Interviewausschnitte:

„Ja, eine Liste liegt auf. Ein Kollege ist sehr bemüht, diese aktuell zu halten, was nicht immer einfach ist.“

„Ich habe keine Information darüber erhalten, welche Webseiten ich weiter empfehlen darf. Aber ich nehme an, das sind die Links der Webseiten aus unserem Intranet, Webseiten des Magistrats und staatliche Seiten.“

6.5.3 Interneteinfluss ratsuchender Personen im Zusammenhang mit Beratungsanfragen

Interviewfrage 4: Kommt es vor, dass ratsuchende Personen mit Informationen aus dem Internet zu Ihnen in die Beratung kommen („internetbezogene Anfragen“)?

Antworten der Interviewpartnerinnen:

Fünf von acht Beraterinnen gaben beim Interview an, dass sie bereits mit internetbezogenen Anfragen konfrontiert wurden, zum Teil häufig. Eine Beraterin weist darauf hin, dass nicht bekannt ist, woher die ratsuchende Person die Informationen bezieht.

Interviewausschnitte:

„Es kommt immer wieder vor, dass Klientinnen und Klienten bereits vorab im Internet recherchiert haben. Aber im Grunde ist so wie früher, wo man mit anderen Personen gesprochen hat. Heute fragt man eben das Internet.“

„Häufig kommen Klientinnen und Klienten, die glauben, dass sie ein Burn-out-Syndrom haben. In diesem Zusammenhang frage ich sehr gezielt nach, um sicherzustellen, ob sie wirklich Hilfe benötigen oder einfach durch die Medien verunsichert wurden.“

„Die Frage kann ich nicht beantworten, da ich nicht weiß, woher die Klientinnen und Klienten ihre Information beziehen.“

Interviewfrage 5: Haben Sie das Gefühl, dass sich durch das Internet die Beratungsanfragen / Beratungsinhalte verändert haben?

Interviewfrage 5a: Wenn ja, in welcher Weise?

Antworten der Interviewpartnerinnen:

Eine Veränderung in der Beratung durch das Internet wurde von den meisten Beraterinnen wahrgenommen. Vier befragte Personen meinen, dass sich die Beratung dadurch erschwert hat, zwei Beraterinnen nehmen das Internet als Erleichterung der Beratungstätigkeit wahr. Eine Beraterin erkennt die Veränderung nur bei bildungsnahen Schichten. Klientinnen und Klienten können durch Informationen aus dem Internet verunsichert oder geängstigt werden, andererseits kann dies genau dazu führen, dass eine Beratung aufgesucht wird. Eine Beraterin, die im Bereich der Jugendberatung tätig ist, erkennt eine Zunahme von Beratungsthemen, die im Zusammenhang mit dem Internet auftreten, wie beispielsweise Cyber-Mobbing.

Interviewausschnitte:

„Mit Klientinnen und Klienten, die sich nicht vorab über das Internet informiert haben, kann man besser arbeiten, da sie keine Selbstdiagnose gestellt haben oder keine vorgefasste Meinung haben.“

„Ja, das Internet hat die Beratung bei bildungsnahen Gruppen verändert, bei bildungsfernen Gruppen und Zuwanderinnen / Zuwanderer weniger.“

„Die gefundene Information führt manchmal zu Panik. Das erschwert einerseits die Beratung, weil es eine gewisse Beratungszeit braucht, bis wieder sachlich mit der Klientin / dem Klienten geredet werden kann. Auf der anderen Seite kommen genau aus diesem Grund mehr Menschen zu uns in Beratung. Es gibt eben zwei Seiten.“

„Ein Vorteil ist, dass im Internet die Informationen anonym abgerufen werden können. Problematisch ist, dass sehr viel in sozialen Netzwerken kommuniziert wird. Dadurch kommen neue Beratungsthemen dazu, wie beispielsweise Stalking und Mobbing über soziale Internet-Netzwerke.“

6.5.4 Nutzung von Online-Ressourcen für die Beratungstätigkeit

Interviewfrage 6: Woher beziehen Sie als Beraterin / Berater die Informationen für Ihre Beratungstätigkeit?

Interviewfrage 6a: Greifen Sie dabei auch auf Online-Informationen zurück?

Interviewfrage 6b: Wenn ja, auf welche?

Antworten der Interviewpartnerinnen:

Netzwerke, Tagungen und Kongresse dienen am häufigsten als Quellen für die Fort- und Weiterbildung der Beraterinnen. Bücher und Zeitschriften, der Austausch mit anderen Kolleginnen und Kollegen oder Informationen durch die eigene Einrichtung wurden von je zwei Beraterinnen als Informationsquelle genannt. Die meisten Beraterinnen gaben an, dass sie zumindest fallweise das Internet als Informationsressource nützen, für zwei Beraterinnen stellt dies aber keine Option dar. Das Internet wird für die Suche in Literatur-Datenbanken, zum Lesen von elektronischer Zeitschriften und zum Einholen von behördlichen Informationen, wie beispielsweise den Rahmenbedingungen für das Kinderbetreuungsgeld, genutzt.

Interviewausschnitte:

„Bei Sonderformen von Essstörungen zum Beispiel, die in keinem unserer Fachbücher beschrieben sind, schaue ich schon im Internet nach.“

„Ich bin verpflichtet, mich laufend fortzubilden. Das Internet nutze ich, um über Datenbanken oder Fachzeitschriften entsprechende Fachinformationen einzuholen. Ich nutzte Google und Wikipedia nicht als Anlaufstelle.“

„Webseiten von Behörden nutzen wir, um uns über Themen, wie Kinderbetreuungsgeld, zu informieren.“

6.5.5 Bekanntheitsgrad von Qualitätskriterien / Qualitätssiegel für Online-Gesundheitswebseiten

Interviewfrage 7: Über welche Qualitätskriterien muss Ihrer Meinung nach eine Webseite mit Gesundheitsinformationen verfügen, um für Sie vertrauenswürdig zu sein? (z. B. Angabe der Informationsquelle, Aktualität der Information, ...)

Antworten der Interviewpartnerinnen:

Drei Beraterinnen geben an, dass die Quellenangabe der Information ein Qualitätskriterium für die Vertrauenswürdigkeit darstellt. Zwei Beraterinnen nannten die Aktualität der Information und Unabhängigkeit des Webseitenbetreibers. Eine Beraterin gab an, dass ein langes Dokument auf seriöse Inhalte schließen lässt. Auch eine Medizinerin / ein Mediziner oder eine Akademikerin / ein Akademiker als Verfasserin / Verfasser von medizinischen Informationen werden von einer Beraterin als vertrauenswürdig eingeschätzt.

Interviewausschnitte:

„Die Form der Publikation ist für mich bedeutsam. Meiner Meinung nach weist ein umfangreiches pdf-Dokument auf ernstzunehmendere Inhalte hin, als ein kurzer Artikel, da ich davon ausgehe, dass bei einem langen Dokument die Verfasserin / der Verfasser sich intensiver mit dem Thema auseinandersetzen musste.“

„In meinem Fachbereich achte ich auf Literaturverweise. Medizinischen Informationen glaube ich, wenn sie von einem Arzt oder einer Person mit einem akademischen Grad verfasst wurden.“

„Ich achte darauf, wer der Herausgeber der Webseite ist. Außerdem erkenne ich in meinem Fachbereich am Aufbau und Inhalt, ob es sich um seriöse Informationen handelt.“

„Informationen aus dem Internet, messe ich grundsätzlich nicht viel Bedeutung bei.“

Interviewfrage 8: Kennen Sie Qualitätskriterien / Qualitätsgütesiegel, die speziell für Gesundheitswebseiten gültig sind (wie beispielsweise Qualitätskriterien der EU oder das HON-Siegel).

Interviewfrage 8a: Wenn ja, welche?

Antworten der Interviewpartnerinnen:

Keine der befragten Beraterinnen kannte Qualitätskriterien für Online-Gesundheitswebseiten oder Qualitätssiegel, wie beispielsweise das HON-Siegel.

Interviewausschnitte:

„Nein, solche Qualitätskriterien oder Qualitätssiegel kenne ich nicht. Sie sind mir auch noch nie auf einer Webseite aufgefallen.“

„Das ist eine sehr interessante Information, die mir nicht bekannt war. Ich werde diese Information an mein Team weitergeben.“

„Wenn ich diese Information schon früher gehabt hätte, hätte es meine Internetrecherche möglicherweise vereinfacht.“

6.5.6 Informieren über „richtiges Suchen und Finden von seriösen Online-Gesundheitsinformationen“

Interviewfrage 9: Informieren Sie in Ihrer Beratungseinrichtung ratsuchende Personen über „richtiges Suchen und Finden von seriösen Gesundheitsinformationen im Internet“?

Interviewfrage 9a: Wenn ja, welche Information geben Sie weiter?

Antworten der Interviewpartnerinnen:

Keine Beraterin informiert ihre Klientinnen und Klienten standardmäßig über das richtige Suchen und Finden von seriösen Online-Gesundheitsinformationen. Dies hängt aber auch damit zusammen, dass das dafür erforderliche Wissen bei den Beraterinnen nur wenig vorhanden ist.

Teilweise wird die Internetrecherche in den Beratungsgesprächen thematisiert. Die in diesem Zusammenhang weitergegebenen Informationen durch die Beraterinnen sind aber

relativ oberflächlich, wie beispielsweise der Hinweis, dass nicht alle Informationen im Internet seriös sind oder dass man mit Angaben von persönlichen Daten vorsichtig sein soll.

Interviewausschnitte:

„Da ich dieses spezielle Wissen nicht habe, konnte ich dieses auch nicht weitergeben.“

„Ich sehe es als meine Arbeit als Sozialarbeiterin, bei Fragen der Klientinnen und Klienten auf das Internet hinzuweisen und ihnen auch zu zeigen, wie man Informationen im Internet findet. Denn ich möchte Klientinnen und Klienten, die wenig Bildung besitzen, bei der Suche nach Informationen unterstützen. Ich weise aber auch darauf hin, dass nicht alles, das im Internet gefunden wird, glaubwürdig ist.“

„Die Nutzung des Internets kann ich nicht verbieten. Wenn das Thema zur Sprache kommt, dann empfehle ich, vorsichtig zu sein, wenn man Informationen von sich und seiner Krankheit, z. B. in Diskussionsforen, preisgibt.“

„Aber wir wissen ja, dass diese Generation primär im Internet recherchiert, und daher weisen wir auch darauf hin, dass sie darauf achten sollen, dass nicht immer alles seriös ist, was im Internet an Information gefunden wird.“

Interviewfrage 9b: Wenn nein, würden Sie es sinnvoll finden, entsprechende Informationen darüber in das Beratungsgespräch aufzunehmen?

Antworten der Interviewpartnerinnen:

Alle Beraterinnen waren sehr an weiteren Informationen zu Qualitätskriterien und Qualitätssiegel für Online-Gesundheitsinformationen interessiert. Auch sind sich alle Beraterinnen einig, dass Klientinnen und Klienten im Umgang mit dem Internet und der Gesundheitsrecherche befähigt und gestärkt werden sollen. Eine Beraterin meinte, dass sie diesem Thema einen Artikel auf der eigenen Beratungswebseite widmen möchte.

Interviewausschnitte:

„Ja, das macht großen Sinn. Beratung bedeutet Empowerment. Klientinnen und Klienten über die richtige Suche aufzuklären, würde sie im Umgang und bei der besseren Nutzung der Online-Informationen stärken.“

„Ja, das Lehren dieser Kompetenzen sollten bereits in den Schulunterricht integriert sein. Und das nicht nur zum Thema Gesundheit, sondern grundsätzlich.“

„Ja, das ist sicher sehr sinnvoll, denn wenn man sich im Internet über seinen Gesundheitszustand oder seine Diagnose informiert, sollte man seriöse Webseiten erkennen.“

„Ja, das ist eine Kompetenz, die zunehmend wichtig werden wird und die mir leider vollkommen fehlt.“

6.6 Beantwortung der Fragestellungen

Mit Hilfe der leitfadengestützten Interviews mit Beraterinnen aus unterschiedlichen Beratungseinrichtungen wurde die Bedeutung und der Einfluss von Online-Gesundheitsinformationen auf die Beratungstätigkeit erhoben. Im folgenden Kapitel werden die zu Beginn festgelegten Fragestellungen beantwortet.

Fragestellung: In welcher Weise sind Online-Gesundheitsinformationen in der praktischen Arbeit der Beratungseinrichtungen von Bedeutung?

Die Interviewauswertung zeigt, dass das Internet und Online-Gesundheitsinformationen einen festen Platz in der Beratung einnehmen.

Klientinnen und Klienten recherchieren im Internet und bringen zum Teil Informationen mit in die Beratung, die sie im Internet gefunden haben. Diese Tatsache erleichtert einerseits das Beratungsgespräch, weil die ratsuchende Person ein „Vorwissen“ hat und dadurch die Beratung nicht bei „Null“ beginnen muss. Andererseits kann dieses „Vorwissen“ auch die Beratung erschweren, weil die im Internet gefundenen Gesundheitsinformationen möglicherweise zu Verunsicherungen und Ängsten führen, die im Beratungsgespräch aus dem Weg geräumt werden müssen.

Gerade im Beratungsbereich sind die Themen häufig breit gefächert und nicht immer klar abgegrenzt. Gesundheitsrelevante Themenstellungen können möglicherweise von den professionellen Beraterinnen und Beratern nicht immer inhaltlich umfassend abgedeckt werden. Bei Wissensfragen kann das Internet in diesem Zusammenhang sicherlich eine Rolle als Informationsplattform übernehmen. Vor allem eignen sich dafür Webseiten mit qualitätsgesicherten Gesundheitsinformationen an. Die Klientin / der Klient erhält durch das Internet die Möglichkeit, sich zu Hause und in Ruhe mit den persönlich relevanten Inhalten auseinanderzusetzen. Dadurch kann sich die Beraterin / der Berater im Beratungs-

gespräch auf die individuellen und emotionalen Bedürfnisse der Klientin / des Klienten konzentrieren. Qualitativ hochwertige Gesundheitsinformationen aus dem Internet können somit die Beratungstätigkeit ergänzen.

Fragestellung: Woher beziehen die Beraterinnen und Berater ihre Informationen?

Die Fort- und Weiterbildung von Beraterinnen und Beratern läuft primär über traditionelle Informationskanäle, wie Tagungen, Kongresse oder interkollegialen Austausch. Das Internet wird fallweise als Informationsquelle bei Gesundheitsfragen und rechtlichen Fragen genutzt. Online-Informationen gegenüber sind Beraterinnen und Berater grundsätzlich etwas skeptisch eingestellt. Dies hängt aber auch damit zusammen, dass es für die Beraterinnen und Berater nicht immer einfach ist, seriöse von weniger seriösen Informationen zu unterscheiden.

Fragestellung: Wie werden Online-Gesundheitsinformationen von Seiten der Beratungseinrichtungen bewertet? (Nach welchen Kriterien wählen Beraterinnen und Berater Gesundheitsinformation im Internet aus?)

Wie bereits bei der vorangegangenen Fragestelle erwähnt, werden Online-Gesundheitsinformationen von den Beraterinnen und Beratern mit einem gewissen Vorbehalt betrachtet. Sie vertrauen vor allem staatlichen Webseiten, wie beispielsweise dem Bundesministerium für Gesundheit oder Webseiten anderer „offizieller“ Einrichtungen, wie dem Wiener Programm für Frauengesundheit. Aber auch von Einrichtungen, die bekannt sind oder mit denen eine Zusammenarbeit besteht, wird erwartet, dass sie seriöse Informationen auf ihren Webseiten veröffentlichen. Dabei geht es häufig um Internetseiten, die ganz speziellen Informationen veröffentlichen, wie beispielsweise zur Pränataldiagnostik oder HIV/Aids.

Vereinzelt achten die Beraterinnen und Berater bei der Auswahl einer Gesundheitswebseite bzw. Gesundheitsinformation auf ausgewählte Qualitätskriterien, wie beispielsweise Quellenangaben und Aktualität des Beitrages.

Fragestellung: Sehen es die Beratungseinrichtungen als ihre Aufgabe, über Kriterien seriöser Online-Gesundheitsinformation zu informieren? Wenn ja, wie informieren sie darüber?

Derzeit erfolgt in der Beratung keine standardmäßige Information über Kriterien seriöser Gesundheitsinformationen im Internet. Manchmal wird im Rahmen des Beratungsge-

sprächs das Internet als Informationsquelle thematisiert. Die in diesem Zusammenhang weitergegeben Informationen sind eher oberflächlich, wie beispielsweise der Hinweis, dass nicht alle gefundenen Ressourcen im Internet seriös sind oder dass man mit Angaben von persönlichen Daten vorsichtig sein sollte.

Dass wenig Information über das richtige Suchen und Finden von Online-Gesundheitsinformationen in Beratungsgesprächen von professionellen Beraterinnen und Beratern an Klientinnen und Klienten weitergegeben wird, hängt sicherlich auch damit zusammen, dass das Wissen darüber nur wenig vorhanden ist.

Die Stärkung der Internetkompetenz der Klientinnen und Klienten im Rahmen der Beratungstätigkeit wird von allen Beraterinnen und Beratern als sehr wichtig und sinnvoll erachtet, ebenso wie die Stärkung der eigenen Internetkompetenz.

7 Resümee und Ausblick

Das Internet hat sich zu einem wichtigen Kommunikations- und Informationsmedium entwickelt. Nicht nur im privaten, sondern auch im professionellen Bereich, wie beispielsweise in Beratungseinrichtungen, haben das Internet und Online-Gesundheitsinformationen einen festen Platz eingenommen. Durch die theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema und die Bearbeitung der Fragestellungen in der empirischen Untersuchung konnten Verbesserungspotentiale im Umgang mit Gesundheitsinformationen aus dem World Wide Web erkannt werden, die nun im Abschluss der Arbeit dargestellt werden.

Formale und inhaltliche Qualität von Online-Gesundheitsinformation

Gesundheitsrelevante Themeninhalte zählen zu den häufigsten gesuchten Inhalten im World Wide Web. Im Internet findet sich eine Vielzahl seriöser Webseiten, die qualitativ hochwertige Gesundheitsinformationen der Öffentlichkeit zur Verfügung stellen. Durch das Offenlegen von formalen Qualitätskriterien, wie beispielsweise Aktualisierung, Urheberschaft, Datenschutz oder Sponsoring/Finanzierung sollen die Quelle und die Absicht des Webseitenherausgebers transparent gemacht werden (vgl. Abschnitt 5). Teilweise wird das Offenlegen der Qualitätskriterien mit einem Qualitätssiegel ausgewiesen, wie beispielsweise das HON-Siegel (vgl. Punkt 5.2.1). Dadurch soll den Internetuserinnen und -usern das Finden von vertrauenswürdigen Internetressourcen erleichtert werden. Qualitätssiegel oder -zertifikate für Online-Gesundheitsinformationen können von öffentlichen, non-Profit-Unternehmen aber auch von wirtschaftlich orientierten Unternehmen erworben werden. Gerade im Zusammenhang mit letzteren genannten wäre eine inhaltliche Bewertung der Beiträge von Bedeutung.

Im Gegensatz zu formalen Richtlinien ist die inhaltliche Qualität von Online-Gesundheitsinformationen wesentlich schwieriger und nur mit hohem Ressourcenaufwand überprüfbar. Unterschiedliche Qualitätsinitiativen setzen sich mit diesem Themenbereich auseinander, eine in der Praxis leicht umsetzbare Lösung, wurde aber bisher noch nicht gefunden (vgl. Kapitel 5.5), (Hägele/Leopold, 2010, S. 250).

Ein in diesem Zusammenhang interessantes Projekt wurde kurz vor Beendigung dieser Arbeit der Öffentlichkeit vorgestellt und soll hier noch kurz Erwähnung finden. *www.medizin-transparent.at* ist ein Projekt des *Departments für evidenzbasierte Medizin* und *Klinische Epidemiologie der Donau-Universität Krems*. Mehrmals pro Woche werden gesundheitsrelevante Pressemeldungen aufgegriffen, die dann von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern auf ihre Evidenz hin überprüft werden. Die gefundene Literatur wird dann leicht verständlich zusammengefasst und auf der Webseite veröffentlicht. Die

wissenschaftliche Beweislage des Artikels wird nach einem Schema angegeben, dass nach „unzureichend“, „niedrig“, „mittel“ oder „hoch“ unterscheidet. Dies soll den Internet-userinnen und -usern einerseits über den aktuellen Stand der Wissenschaft informieren und andererseits Zeit bei der eigenen Recherche sparen. Das Mitte Juni 2011 gestartete Projekt ist vorerst für sechs Monate geplant (*Medizin-Transparent.at*, 2011).

Bekanntheitsgrad der Qualitätsaktivitäten

Viele der gesetzten Qualitätsinitiativen (vgl. Abschnitt 5) privater als auch öffentlicher Einrichtungen sind in der Bevölkerung wenig bis gar nicht bekannt sind (Riegler, 2010, S. 94). Die empirische Untersuchung, die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt wurde, konnte diese Aussage auch für Beratungseinrichtungen bestätigen. Nur wenige der befragten Beraterinnen konnten Qualitätskriterien für seriöse Gesundheitsinformationen nennen, Qualitätssiegel oder -zertifikate für Online-Gesundheitswebseiten waren keiner ein Begriff. Auch Gesundheitswebseiten, die qualitätsgesicherte Informationen ins Netz stellen, wie beispielsweise das öffentliche Gesundheitsportal Österreichs *www.gesundheit.gv.at*, wurden von keiner der Beraterinnen als Informationsquelle genannt. In diesem Zusammenhang wäre es empfehlenswert, dass die Anbieter solcher Webseiten und Qualitätsinitiativen die Öffentlichkeitsarbeit intensivieren, damit diese Aktivitäten auch bei den Bürgerinnen und Bürgern sowie bei den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ankommen.

Stärken der Internetkompetenz bei den Beraterinnen und Beratern

Wo soll im Internet nach Gesundheitsinformationen gesucht werden? Welche Suchbegriffe sollen verwendet werden? Wie vertrauenswürdig sind die gefunden Inhalte? Ist der Herausgeber der Webseite seriös? Anhand dieser beispielhaften Fragen ist zu erkennen, dass das Suchen und Finden vertrauenswürdiger Gesundheitsinformationen im World Wide Web Internetkompetenz der Userin / des Users voraussetzt.

In diesem Zusammenhang wäre es empfehlenswert, dass das Erlernen dieser Kompetenz Teil der Aus- und Fortbildung professioneller Beraterinnen und Berater sein sollte, damit sie dann als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren andere Menschen im sicheren Umgang mit dem Internet befähigen und stärken können.

Es wurden hierzu bereits erste Initiativen in diesem Bereich gesetzt. So bietet beispielsweise das Frauengesundheitszentrum in Graz interessierten Frauen und Multiplikatorinnen einen Workshop zum Thema „Wie finde ich gute Gesundheitsinformationen im Netz?“ an. Neben der theoretischen Aufarbeitung des Themas werden die Teilnehmerinnen bei der eigenen Internetrecherche zu gesundheitsrelevanten Themen angeleitet (*www.fgz.co.at*, 2011).

Stärken der Internetkompetenz der Bürger und Bürgerinnen

Der Praxisleitfaden „Wie finde ich seriöse Gesundheitsinformationen im Internet“, der von der Niederösterreichischen Patienten-anwaltschaft veröffentlicht wurde, dient dazu, Bürgerinnen und Bürger bei der Suche nach hochwertigen Online-Gesundheitsinformationen zu unterstützen (NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, 2010, S. 6). Auch die Webseite des Frauengesundheitszentrums in Graz (www.fgz.co.at, 2011) bietet Informationen zum richtigen Suchen nach bzw. zur Überprüfung der Qualität von gesundheitsrelevanten Informationen aus dem Internet an. Dies sind nur zwei von vielen Beispielen, die darauf ausgerichtet sind, die Internutzerinnen und –nutzer im Umgang mit dem Internet zu stärken. Beratungsstellen können in diesem Zusammenhang einen wichtigen Beitrag leisten, um solche Initiativen weiterzutragen und zu verbreiten und so das Empowerment der Bürgerinnen und Bürger zu fördern und zu unterstützen.

Literaturverzeichnis

Abel, T; Bruhin, E (2011): Health Literacy / Gesundheitskompetenz. Bundeszentrale f. gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Zugriff am 27. Juni 2011 unter:
<http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=5650d3b3e607cac685efdd535a8bf18d&id=angebote&idx=105>

Andreassen, Hege K.; Bujnowska-Fedak, Maria M.; Chronaki, Catherine E.; Dumitru, Roxana C; Pudule, Iveta; Santana, Silvina; Voss, Henning; Wynn, Rolf (2007): European citizens' use of E-health services: A study of seven countries. BMC Public Health, 7:53, S.1471 - 2458

Behnke, Katharina; Demmler, Gertrud; Unterhuber, Hans: (2001): Gesundheitsberatung als Antwort auf veränderte Gesundheitsbedürfnisse. In: Brinkmann-Göbel, Regina (Hrsg.): Handbuch für Gesundheitsberater. Bern, Verlag Hans Huber, S. 50 - 62

Berger, Thomas (2009): „Meet the e-patient“: Chancen und Risiken des Internets für das Verhältnis von Gesundheitsfachleuten und ihren Klienten. In: Stetina, Birgit U.; Kryspin-Exner, Ilse (Hrsg.): Gesundheit und Neue Medien. Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien. Wien, Springer Verlag, S. 73 - 83

Bleicher, Joan; Lampert, Claudia (2003): Gesundheit und Krankheit als Themen der Medien- und Kommunikationswissenschaft. Eine Einleitung. In: Bleicher, Joan; Lampert, Claudia (Hrsg.): Medien & Kommunikationswissenschaften, Themenheft „Gesundheit und Medien“, 51 (3-4), S. 347 - 352

Bundesministerium für Gesundheit (2009): Gesundheitsbarometer. Was die ÖsterreicherInnen über die heimische Gesundheitsversorgung denken. Zugriff am 28. Juni 2011 unter
http://www.google.at/url?sa=t&source=web&cd=4&ved=0CCUQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.argev-wien.at%2Fuploads%2FGesundheitsbarometer_welle_1_2009.pdf&ei=kR8KTP22J5HesgatpbnRDg&usg=AFQjCNHSZBu0jnSyzXqEBW4UrKYpTz0U8g

Bundesministerium für Gesundheit (2010): Gesundheitsbarometer. Was die ÖsterreicherInnen über die heimische Gesundheitsversorgung denken. ISA-Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Presseunterlage vom 7. Jänner 2010, Wien, Zugriff am 13. Februar 2011 unter
<http://www.google.at/url?sa=t&source=web&cd=3&ved=0CB4QFjAC&url=http%3A%2>

F%2Fwww.bmg.gv.at%2Fcms%2Fhome%2Fattachments%2F5%2F8%2F6%2FCH12
12%2FCMS1287055124905%2Fpk_unterlage_gesundheitsbarometer.pdf&ei=hYRvTf
ioJof0sgax6tD1Dg&usg=AFQjCNGHuVELi9iMB6o45Rk02IOrkMUyXQ

- Deutsches Ärzteblatt (2000): EU fördert Gütesiegel MedCERTAIN. 2000; 97(40). S. 4
- Dierks, Marie-Luise; Diel, Franziska; Schwartz, Friedrich Wilhelm (2003): Stärkung der Patientenkompetenz: Information und Beratung. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badora, Bernhard; Busse, Reinhard; Leidl, Reiner; Raspe, Heiner; Siegrist, Johannes; Walter, Ulla (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Jena, Urban & Fischer Verlag, S. 339 – 348
- Dierks, Marie-Luise; Haverkamp, Alexander; Hofmann, Werner; Kurtz, Vivien; Seidel Gabriele (2006): Evaluation der Modellprojekte zur unabhängigen Patienten- und Verbraucherberatung nach §65b SGB V. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Verlängerungsphase der Modellprojekte 2004 – 2005. Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Hannover
- Dierks, Marie-Luise; Seidel, Gabriele (2009): Stärkung von Empowerment durch Gesundheitsbildung. Die Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover. In: J. Roski (Hrsg.): Zielgruppenorientierte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder, Wiesbaden, VS Verlag
- Domsch, H.; Lohaus, A. (2009): Gesundheitsberatung. In: Warschburger, Petra (Hrsg.): Beratungspsychologie. Heidelberg, Springer Medizin Verlag, S. 153 – 170
- Europäische Kommission (2002): Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. eEurope 2002: Qualitätskriterien für Websites zum Gesundheitswesen. Brüssel, Zugriff am 14. März 2011 unter:
2002http://ec.europa.eu/information_society/europe/ehealth/doc/communication_act_e_de_fin.pdf
- Eurostat (2010): Internetzugang und Internetnutzung im Jahr 2010. Eurostat-Pressemitteilungen vom 14. Dezember 2010, Zugriff am 14. März 2011 unter:
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/4-14122010-BP/DE/4-14122010-BP-DE<.PDF
- Eysenbach, Gunther (2001): What is e-health? Journal of Medical Internet Research, 3(2):e20, Zugriff am 14. März 2011 unter: <http://www.jmir.org/2001/2/e20>

- Eysenbach, Gunther (2003): Qualität von Gesundheitsinformationen im World Wide Web. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Heidelberg, Berlin, Springer-Verlag 46:292–299
- Felt, Ulrike; unter Mitarbeit von Gugglberger, Lisa; Höcher, Bernhard; Mager, Astrid; Österreicher, Sonja (2008): Virtuell informiert? Möglichkeiten und Herausforderungen für die Medizin im Internetzeitalter. Abschlussbericht. Ergebnisse des Forschungsprojektes „Virtuell informiert. Das Internet im medizinischen Feld“, Institut für Wissenschaftsforschung, Universität Wien, Zugriff am 13. Februar 2011 unter: <http://www.pewinternet.org/Reports/2011/HealthTopics.aspx>
- Flick, Uwe (2009): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. (2. Auflage), Reinbek bei Hamburg, rowohlt's enzyklopädie
- Fox, Susannah (2006): Online Health Search 2006. Pew Internet & American Life Project. Washington, D.C., Zugriff am 13. Februar 2011 unter: <http://www.pewinternet.org/Reports/2006/Online-Health-Search-2006.aspx>
- Fox, Susannah (2011): Health Topics. Pew Internet & American Life Project. Washington, D.C., Zugriff am 13. März 2011 unter: http://pewinternet.org/~media/Files/Reports/2011/PIP_HealthTopics.pdf
- GIZ-Gesundheitsinformationszentrum der Salzburger Gebietskrankenkasse (2011): 10 Jahresbericht 2001-2010. Zugriff am 6. Mai 2011 unter: http://www.pensionsversicherung.at/mediaDB/784804_GIZ%2010%20Jahresbericht%20gesamt%20110307_komp.pdf
- Gottsberger, Maria Christine (2010): „Patienten im Netz! Gesundheitskommunikation und Medizin im Internet“. Magisterarbeit, Publizistik und Kommunikationswissenschaft
- Gräser, Silke (2000): Die Netzwerkperspektive in der Gesundheitsförderung als Ansatz für professionelles Handeln. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 31 (3), S. 303 - 320
- Hägele, Michael; Leopold, Christian (2006): Wie und wo findet man gute, verlässliche Gesundheitsinformationen im Netz? Telemedizinführer Deutschland, Ausgabe 2006, S. 248 – 251. Zugriff am 1. Juli 2011 unter: http://www.telemedizin Fuehrer.de/index.php?option=com_content&task=view&id=19&Itemid=65
- Hartmann, Flora (2010): Gesundheitskommunikation in Deutschland. Ein Forschungskomplex in Entwicklung. B.A. – Arbeit, Universität Leipzig, Fakultät für Sozialwissenschaften und Philosophie

- Hebenstreit, Stephan; Prümel-Philippse, Uwe (2004): Qualitätssicherung im WWW. In: Jähn, Karl; Nagel, Eckhard (Hrsg): e-Health. Berlin, Heidelberg, New York, Springer-Verlag S. 91 - 98
- Heringshausen, Gordon (2008): Chancen einer innovativen Gesundheitsberatung. Analysiert am Beispiel der ambulanten und stationären Versorgung im Landkreis Jerichower Land. Masterthesis. Verlag für akademische Texte
- Herriger, Norbert (1997): Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Hörbst, Alexander; Ammenwerth, Elske (2007): Qualitätskriterien für Gesundheitsportale. Bericht erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Institut für Informationssysteme des Gesundheitswesens, UMIT – University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology, Zugriff am 19. März 2011 unter: <http://iig.umat.at/projekte/web/abschlussbericht.pdf>
- Hurrelmann, Klaus (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitspräventionen und Gesundheitsförderung. (6. Auflage), Weinheim und München: Juventa Verlag
- Internet World Stats: Internet usage statistics. Zugriff am 1. März 2011 unter: <http://www.internetworldstats.com/stats.htm>
- Jazbinsek, Dietmar (2000): Gesundheitskommunikation. Erkundungen eines Forschungsfeldes. In: Jazbinsek, Dietmar (Hrsg.): Gesundheitskommunikation. Wiesbaden, Westdeutscher-Verlag S. 11 - 31
- Köpke, Sascha; Berger, Bettina; Steckelberg, Anke; Meyer, Gabriele (2005): In Deutschland gebräuchliche Bewertungsinstrumente für Patienteninformationen – eine kritische Analyse, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 99; 353 - 357
- Kreps, Gary L.; Thornton, Barbara C (1992): Health Communication. Theory and Practice. (2. Auflage). Illinois: Waveland Press
- Lalouschek, Johanna (2005): Inszenierte Medizin. Ärztliche Kommunikation, Gesundheitsinformation und das Sprechen über Krankheit in Medizinsendungen und Talkshows. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, Zugriff am 16. Februar 2011 unter <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2005/pdf/medizintalk.pdf>
- Lerch, Magnus; Dierks, Marie-Luise (2001): Gesundheitsinformation und -kommunikation als Basis für Patientensouveränität. In: Dierks, Marie-Luise; Bitzer, Eva-Maria; Lerch, Magnus; Martin, Sabine; Röseler, Sabine; Schienkiewitz, Anja; Siebeneick, Stefanie;

- Schwartz, Friedrich-Wilhelm (2001): Patientensouveränität : der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht, Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, Zugriff am 20. Februar 2011 unter: <http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltexte/2004/1882/pdf/AB195.pdf>
- Loss, J.; Nagel, E (2009): Probleme und ethische Herausforderungen bei der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskommunikation. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 52, S. 502 - 511
- Mayring, Philipp (1999): Einführung in die qualitative Sozialforschung. (4. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. (5. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Nutbeam, Don (2000): Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, in: Health Promotion International, 15 (3), S. 259 - 267
- Piso, Brigitte (2009): Health Literacy. Stärken und Schwächen des Konzepts sowie praktische Konsequenzen für die Gesundheitskommunikation. In: Bencic, Werner; Dorner, Thomas; Grasser, Gerlinde (Hrsg.): Tagungsband der zehnten wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health, 20. und 21. September 2007 Health in All Policies / Gesundheit in allen Politikfeldern, Linz, S. 65 - 80
- Riegler, Alexander (2010): Steigerung der Partizipation und des Empowerments von Bürgerinnen und Bürger durch hochwertige Gesundheitsinformation aus dem Internet, Master Arbeit, Graz
- NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft (2010) (Hrsg.): Wie finde ich seriöse Gesundheitsinformation im Internet? Praxisleitfaden. Zugriff am 6. Mai 2011 unter: <http://www.goeg.at/cxdata/media/download/praxisleitfaden.pdf>
- Sänger, Sylvia; Huth, Anette; Ollenschläger, Günther; Dierks, Maria-Luise, Lang, Britta; Englert, Gerhard; Quadder, Bernd; Engelbrecht, Justina; Reinhberger, Paul (2004): Check-In. Instrument zur Qualitätsbewertung von gedruckten und elektronischen Gesundheitsinformationen. Anwendungsbeschreibung. Zugriff am 27. März 2011 unter: http://www.patienten-information.de/patientenbeteiligung/check_in.pdf/view
- Schiavo, Renata (2007): Health Communication. From theory to practice. San Francisco: Jossey-Brass

- Schmidt-Kaehler, Sebastian (2005): Gesundheitsberatung im Internet. Nutzwert, Evaluation und Positionierung internetgestützter Informations- und Beratungsleistungen für Bürger, Versicherte und Patienten in der gesundheitlichen Versorgung. Dissertation, Universität Bielefeld
- Schürer-Maly, Cornelia; Koneczny, Nikolaus; Butzlaff, Martin; Vollmar, Horst-Christian (2006): Wegweiser für Patienten im Internet. Wenn du eine weise Antwort verlangst, musst du vernünftig fragen. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 82, S. 549 - 555
- Signitzer, Benno (2001): Ansätze und Forschungsfelder der Health Communication. In: Hurrelmann, Klaus; Leppin, Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation, Acom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Hans Huber, S. 22 - 35
- Sommerhalder, Kathrin; Abel, Thomas (2007): Gesundheitskompetenz. Eine konzeptuelle Einordnung. Im Auftrag der Bundesamtes für Gesundheit, Universität Bern, Institut für Sozial- und Präventivmedizin. Zugriff am 16. Februar 2011 unter: http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCGdoF5f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A
- Sørensen, Tove (2008): WHO / European eHealth Consumer Trends Survey. Final project report. Norwegian Centre for Telemedicine University Hospital of North Norway, Tromsø Zugriff am 16. Februar 2011 unter: http://www.telemed.no/getfile.php/936887.357.pudddyuwby/Final+report+eHealth+Trends2005_2008.pdf
- Stark, Wolfgang (1996): Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Vertrag
- Stark, Wolfgang (2003): Empowerment. In: Bundeszentrale f. gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo
- Statistik Austria (2010): Haushalte mit Internetzugang 2002 bis 2010. Zugriff am 03. März 2011 unter: http://www.statistik.at/web_de/static/haushalte_mit_internetzugang_2002_bis_2010_041015.pdf
- Statistik Austria (2010a): Computernutzerinnen und Computernutzer 2010 nach Geschlecht und Alter. Zugriff am 03. März 2011 unter:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/041016.html

Statistik Austria (2010b): Personen mit Internetnutzung für folgende private Zwecke 2010. Zugriff am 03. März 2011 unter: http://www.statistik.at/web_de/static/personen_mit_internetnutzung_fuer_folgende_private_zwecke_2010_024571.pdf

Svoboda, Tina (1998): Gesundheitskommunikation - health communication. Methoden und Wege zur effektiveren Gestaltung unseres Gesundheitsversorgungssystems. Dissertation, Universität Wien

Tautz, Frederik (2002): E-Health und die Folgen. Was das Internet die Arzt-Patienten-Beziehung und das Gesundheitssystem verändert. Frankfurt am Main, Campus Verlag GmbH

Wilson, Petra (2002): How to find the good and avoid the bad or ugly: a short guide to tools for rating quality of health information on the internet. BMJ, 324:598 - 602, 2002

World Health Organization (WHO) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Zugriff am 14. Februar 2011 unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

World Health Organization (WHO) (1998a): Health Promotion Glossary. Zugriff am 13. Februar 2011 unter: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

World Health Organization (WHO) (1998b): Gesundheit21. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert . Eine Einführung. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle; Nr. 5)

Zeyer, Albert; Odermatt, Freia (2009): Gesundheitskompetenz (Health Literacy) - Bindeglied zwischen Gesundheitsbildung und naturwissenschaftlichem Unterricht. Zeitschrift für Didaktik der Naturwissenschaften, Jg. 15, S. 265 - 285

Webseiten-Verzeichnis

AGREE: Zugriff am 4. April 2011 unter: <http://www.agreetrust.org>

Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis): Zugriff am 4. April 2011 unter:
<http://www.afgis.de>

Confraternität-Privatklinik Josefstadt: Zugriff am 19. März 2011 unter:
www.confraternitaet.at.

DISCERN: Zugriff am 19. März 2011 unter: <http://www.discern.de>

Fonds Gesundes Österreich: Zugriff am 19. Juni 2011 unter www.fgoe.org

Frauengesundheitszentrum: Zugriff am 19. Juni 2011 unter: <http://www.fgz.co.at>

Gesundheit.gv.at: Zugriff am 19. März 2011 unter: <https://www.gesundheit.gv.at>

Healthfinder: Zugriff am 4. April 2011 unter: <http://www.healthfinder.gov>

Health On the Net Foundation-HON: Zugriff am 19. März 2011 unter: <http://www.hon.ch>

Intute-medicine: Zugriff am 17. März 2011 unter: <http://www.intute.ac.uk/medicine>

Kopfschmerz.de: Zugriff am 17. März 2011 unter: <http://www.kopfschmerzen.de>

Leber-Info.de: Zugriff am 17. März 2011 unter: <http://www.leber-info.de>

Medizin-transparent.at- Pressemeldungen unter die Lupe genommen. Zugriff am 1. Juli
2011 unter: <http://www.medizin-transparent.at>

Net Scoring: Zugriff am 20. Februar 2011 unter: <http://www.chouen.fr/netscoring/netscoringeng.html>

Netdoktor.at: Zugriff am 19. März 2011 unter:<http://www.netdoktor.at>

Niederösterreichische Patienten- und Pflegethätigkeit: Zugriff am 6. Mai 2011 unter:
<http://www.patientenanwalt.com>

Österreichische Parkinson-Gesellschaft: Zugriff am 6. Mai 2011 unter: www.parkinson.at

Radiodoktor Ö1: Zugriff am 6. Mai 2011 unter: www.oe1.orf.at/radiodoktor

surfMED: Zugriff am 17. März 2011 unter: www.surfmed.at

Patienten-Information: Zugriff am 1. Juli 2011 unter <http://www.patienten-information.de>

Pew Internet & American Life Project: Zugriff am 16. Februar 2011 unter:
<http://www.pewinternet.org>

Richtig essen von Anfang an: Zugriff am 14. Februar 2011 unter:

www.richtigessenvonanfangan.at/

The Information Standard Department of Health: Zugriff am 14. Februar 2011 unter:

<http://www.theinformationstandard.org>

WGKK-Wiener Gebietskrankenkasse - Gesundheitszentren: Zugriff am 14. Februar 2011 unter:

https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/wgkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=52452&p_tabid=1

Zecken.at: Zugriff am 14. Februar 2011 unter: www.zecken.at

Internet Health Care Coalitaton: Zugriff am 19. März 2011 unter:

<http://www.ihealthcoalition.org> wurde nicht gebraucht

Kurzfassung

Hintergrund: Das Internet bietet einen unüberschaubaren Pool an Informationen. Immer mehr interessierte Menschen nutzen dieses Medium, um sich über gesundheitsrelevante Themen zu informieren und auszutauschen. Mit der Zunahme an Informationen wird auch die Frage nach der Qualität der Ergebnisse verstärkt diskutiert. Die Fähigkeit seriöse Inhalte von weniger seriösen Inhalten zu unterscheiden, stellt in einer Gesellschaft, aus der das Internet nicht mehr wegzudenken ist, eine immer wichtigere Kompetenz dar.

Methodik: Ausgehend von einer Literaturrecherche wurde das Thema Gesundheitskommunikation, Gesundheitsberatung und Gesundheitsinformation im Zusammenhang mit dem Internet, theoretisch aufgearbeitet. Zusätzlich wurden Qualitätsinitiativen für gesundheitsbezogene Inhalte im Internet recherchiert und zusammengefasst.

Bei der empirischen Untersuchung, die auf leitfadengestützte Interviews basiert, wurden professionelle Beratungspersonen aus verschiedenen Beratungseinrichtungen zur Bedeutung und zum Einfluss von Online-Gesundheitsinformation für ihre Beratungstätigkeit befragt. Zusätzlich wurde das Wissen über Qualitätskriterien und Qualitätssiegel für Gesundheitswebseiten erhoben. Außerdem wurde gefragt, ob und in welcher Weise die Beraterinnen ihre Klientinnen und Klienten über das „richtige Suchen und Finden von vertrauenswürdigen Gesundheitsinformationen im Internet“ aufklären.

Ergebnisse: Die Literaturrecherche zeigte nicht nur, dass in den letzten Jahren die Zahl der Personen, die im Internet nach Gesundheitsinformationen suchen, stark gestiegen ist, sondern auch, dass mittlerweile das Internet die Ärztin / den Arzt als erste Informationsanlaufstelle verdrängt hat. Dies führte auch zur Veränderung der Arzt-Patienten-Beziehung. Aufgrund der Informationsflut zu gesundheitsrelevanten Themeninhalten im Internet setzen öffentliche Einrichtungen und private Unternehmen Initiativen mit dem Ziel, die Qualität von Gesundheitsinformationen im Word Wide Web zu verbessern.

Die empirische Erhebung hat gezeigt, dass Online- Gesundheitsinformationen, auch wenn sie zum Teil mit Skepsis betrachtet werden, in der Beratung einen festen Platz eingenommen haben. Die Befragung der Beraterinnen zeigt auch, dass wenig Wissen zu Qualitätskriterien seriöser Online-Inhalte vorhanden ist, und eine Information und Aufklärung der Klientinnen und Klienten über das „richtige Suchen und Finden von Gesundheitsinformationen im Internet“ nicht stattfindet.

Schlüsselwörter: (Online-) Gesundheitsinformation, Gesundheitsberatung, Gesundheitskommunikation, Internet, Qualitätsinitiativen

Lebenslauf

Titel / Name Mag. Brigitte **Domittner**
Geburtsdatum 17. April 1973
Geburtsort Radkersburg, Österreich

Aus- und Schulbildung

2001 – 2004	Diplomstudium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien	Wien
2001	Studienberechtigungsprüfung, VHS Ottakring	Wien
1989 – 1993	Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflegeschule Graz	Graz
1979 – 1989	Pflichtschulausbildung	Klöch/ Bad Radkersburg

Berufliche Tätigkeit

seit 02.09	Gesundheit Österreich GmbH, Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen	Wien
2007 – 2009	Fonds Soziales Wien, Stabsstelle Qualitätsmanagement	Wien
2005 – 2007	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien-Universitätsklinken, Abt. Strategische Planung und Qualitätsmanagement	Wien
1998 – 2004	Confraternität - Privatklinik Josefstadt	Wien
1996 – 1997	Crispins Nursing Home	Farnham, UK
1995 – 1996	Hanuschkrankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse	Wien
1994 – 1995	Wilheminspital der Stadt Wien	Wien

Praktika

2011	National University of Ireland, Galway Health Promotion Research Centre	Galway, Irland
2005	Netherlands Institute for Care and Welfare, International Centre	Utrecht, die Niederlande
2004	Krankenhaus München Neuperlach, Entlassungs- und Case Management	München, Deutschland
1997	Missionsspital „Virgen de Remedio“	Sopachuy, Bolivien