



universität
wien

DISSERTATION

Titel der Dissertation

„Medizinjournalismus – Inhalte, Akteure und
Rahmenbedingungen.“

Verfasserin

Mag. Martina Nitsch

angestrebter akademischer Grad

Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

Wien, 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 092 301

Dissertationsgebiet lt. Studienblatt:

Publizistik- und Kommunikationswissenschaft

Betreuer:

ao.Univ.Prof. Dr. Dr. h. c. Roland Burkart

Vorwort

Den Anstoß zur Bearbeitung der vorliegenden Problemstellung lieferte Dr. Claudia Wild vom Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, das „sich als unabhängige Instanz der wissenschaftlichen Entscheidungsunterstützung im Gesundheitswesen“¹ versteht.

Der Fokus der Fragestellung richtete sich dabei gezielt auf drei Akteure. Es wurde folglich davon ausgegangen, dass in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung neben Journalisten und Redakteuren, einerseits die pharmazeutische Industrie und andererseits Mediziner und Ärzte besonders große Einflussgrößen darstellen. Eine Analyse der Inhalte von Medizin- und Gesundheitsberichterstattung und das Aufzeigen der Relationen zwischen den einzelnen Akteuren und der jeweiligen Rahmenbedingungen bildete die Basis der vorliegenden Auftragsforschung.

Die Herausforderung für die Autorin bestand in der Einbettung dieser Zusammenhänge in den geeigneten theoretischen Rahmen und in der Verknüpfung der einzelnen kommunikationswissenschaftlichen Aspekte im Hinblick auf das Forschungsinteresse. An dieser Stelle gebührt dem Betreuer der Dissertation, Prof. Roland Burkart, Dank für seine Anregungen im Hinblick auf das theoretische Design und seine fortwährende Hilfsbereitschaft und Unterstützung. Großer Dank gebührt auch Dr. Claudia Wild, die durch ihre Ideen und ihr Engagement sowohl das theoretische als auch das methodische Fundament der Arbeit wesentlich mitbegründete.

Besondere Anerkennung richtet sich an die Interviewpartner, die durch ihre Ausdauer und ihre wertvollen Beiträge enorm zur Aufklärung der vorliegenden Forschungsfragen beitrugen.

Spezielle Aufmerksamkeit gilt dem Einsatz von Mag. Franz Weissenböck, der durch die Vermittlung seines Fachwissens die Qualität der Auswertung des statistischen Datenmaterials erheblich steigerte.

Abschließender Dank richtet sich an Familie und Freunde, die die Autorin in ihrem Vorhaben immer wieder bestärkten und somit die Fertigstellung der Arbeit forcierten.

¹ URL: <http://hta.lbg.ac.at/de/content.php?iMenuID=11> [Stand: 19.10.2008].

Inhaltsverzeichnis

<i>Abbildungsverzeichnis</i>	7
<i>Tabellenverzeichnis</i>	8
1 Einleitung	9
1.1 Problemstellung und Forschungsinteresse	10
1.2 Struktur und Aufbau der Arbeit	13
2 Medizinpublizistik - Relevante Aspekte und theoretischer Bezugsrahmen	15
2.1 Forschungsstand und Operationalisierung der Begriffe	16
2.2 Der Medizinjournalist	18
2.3 Exkurs: Verhältnis zwischen Medizinern und Journalisten.....	21
2.4 Der Rezipient	23
2.5 Inhalte und Themen von (Medizin-)journalismus	25
2.5.1 Auswahlkriterien: Relevanz und Integration der Nachrichtenwert-Theorie	27
2.5.2 Themenauswahl - Agenda Setting vs. Agenda Building.....	35
2.5.3 Redaktionelle Verantwortung vs. strategische Marktkommunikation	39
2.6 Zum Verhältnis von Journalismus und Public Relations - Schnittstelle oder Schwachstelle?	42
2.7 Medienrechtliche Bestimmungen.....	49
2.7.1 Qualität im Journalismus.....	49
2.7.2 Selbstregulierungsmechanismen: Presserat und Ehrenkodex.....	51
2.7.3 Mediengesetz.....	53
3 Mediziner als Opinion Leader	56
3.1 Das Bild des Arztes in der Öffentlichkeit.....	56
3.2 Zum Konzept des Opinion Leaders.....	61
3.2.1 Two-Step Flow vs. Multi-Step Flow of Communication	65
3.2.2 Diffusionsforschung	67
3.2.3 Der Arzt als Opinion Leader - zum aktuellen Forschungsstand	69
3.3 Schnittstellenfunktion: Der Arzt in der Medizinberichterstattung	72
3.4 Rechtliche und ethische Standards für Mediziner	74
4 Die pharmazeutische Industrie im Spannungsfeld von Ökonomie und Recht	82
4.1 Entwicklungen und Trends im Überblick.....	82
4.2 Exkurs: Arzneimittelmarkt in Österreich	85

4.3	Ausgewählte rechtliche Rahmenbedingungen für die Pharmaindustrie	88
4.3.1	Arzneimittelgesetz	88
4.3.1.1	Klinische Prüfung	89
4.3.1.2	Zulassung	90
4.3.1.3	Werbebeschränkungen	92
4.3.1.4	Exkurs: Werberichtlinien in den USA	96
4.3.2	Patentrecht	97
4.3.3	Gesetz des Unlauteren Wettbewerbs	98
4.4	Pharmamarketing	99
4.4.1	Marketing Mix	103
4.4.2	Werbung	106
4.4.2.1	Zielgruppenanalyse: Merkmale und Kommunikationsstrategien	107
4.4.2.2	Markenmanagement	115
4.4.2.3	Werbestrategien	117
4.4.2.4	Umgehung des Werbeverbots	120
4.4.3	Pharmazeutische Industrie und Öffentlichkeit	123
5	<i>Inhaltsanalyse der österreichischen Pharmaberichterstattung</i>	131
5.1	Methode	131
5.2	Gegenstand und Einheit der Untersuchung	133
5.3	Hypothesenbildung	135
5.4	Kategorienschema	138
5.5	Überprüfung der Gütekriterien der Inhaltsanalyse	150
5.6	Auswertung und Interpretation der Inhaltsanalyse	151
6	<i>Perspektiven der Akteure in der Medizinberichterstattung</i>	180
6.1	Instrument	180
6.2	Methodisches Vorgehen	182
6.3	Auswertungsmethode	185
6.4	Auswertung anhand des Textreduktionsverfahrens	187
6.4.1	Mitarbeiter pharmazeutischer Unternehmen	187
6.4.2	Redakteure/Journalisten	196
6.4.3	Medizinische Autoritäten/Ärzte	208
6.5	Codierverfahren	217
6.5.1	Bildung der Kategorien	218
6.5.2	Relevanz der Kategorien	224

7	<i>Fazit: Unabhängiger Medizinjournalismus – zwischen Wunschvorstellung und Notwendigkeit</i>	229
7.1	Inhaltliche Kriterien	230
7.2	Konstellation und Einflüsse der Akteure	236
7.3	Rahmenbedingungen: Lösungs- und Handlungsempfehlungen	241
	<i>Literaturverzeichnis</i>	250
	<i>Anhang</i>	264
1.	Ehrenkodex für die österreichische Presse	264
2.	Ärztlicher Verhaltenskodex	268
3.	Arzneimittelgesetz- V. Abschnitt: Werbebeschränkungen (AMG §§50 bis 56)	272
4.	Codebuch	278
5.	Leitfaden zu den Interviews	303

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Transfer von medizinischen Informationen	12
Abbildung 2: Untersuchungsebenen	13
Abbildung 3: Strategien und Taktiken in publizistischen Konflikten	30
Abbildung 4: Entwicklung der Nachrichtenfaktoren	32
Abbildung 5: Einfluss der Nachrichtenfaktoren auf den Umfang der Nachrichtenbeiträge bei Kepplinger	34
Abbildung 6: Model der Agenda-Building-Prozesse	38
Abbildung 7: PR und Journalismus in der Aufmerksamkeits-Ökonomie	46
Abbildung 8: Modell des Gesundheitskommunikations-Netzwerks und die zugrundeliegenden Beziehungszusammenhänge	49
Abbildung 9: Phasen der Diffusion eines neuen Medikaments	68
Abbildung 10: Relevanz der Einflusspartner im Informationsnetzwerk der Ärzte	70
Abbildung 11: Produktlebenszyklus	100
Abbildung 12: Dauer und Kosten der Entwicklung eines neuen Medikaments	101
Abbildung 13: Distributionsweg von Arzneimitteln in Österreich	105
Abbildung 14: Offenes Kommunikationssystem	129
Abbildung 15: Inhaltsanalytische Verfahren nach Merten	132
Abbildung 16: Kategorienschema nach Kepplinger zur Deutschlandberichterstattung	140
Abbildung 17: Ausprägung der Nachrichtenfaktoren in der Pharmaberichterstattung	162
Abbildung 18: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch P1	188
Abbildung 19: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch P2	191
Abbildung 20: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch P3	193
Abbildung 21: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch Mitarbeiter der pharmazeutischen Industrie	195
Abbildung 22: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch M1	198
Abbildung 23: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch M2	201
Abbildung 24: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch M3	204
Abbildung 25: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch Redakteure/Journalisten	206
Abbildung 26: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch A1	209
Abbildung 27: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch A2	211
Abbildung 28: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch A3	213
Abbildung 29: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch medizinische Autoritäten/Ärzte	215
Abbildung 30: Gesamtbewertung der Nachrichtenfaktoren im Rahmen der Interviews	232
Abbildung 31: Evaluierungsebenen des Nachrichtenprozesses in der Medizinberichterstattung	236
Abbildung 32: Konstellation der Akteure im Medizinjournalismus	240

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht des Untersuchungsmaterials	134
Tabelle 2: Häufigkeit von Beiträgen mit pharmazeutischen Informationen pro Titel	152
Tabelle 3: Streuung der Nachrichtenfaktoren in der Pharmaberichterstattung	153
Tabelle 4: Untersuchung Kepplingers zur Nachrichtenwert-Theorie anhand der politischen Berichterstattung.....	161
Tabelle 5: Einfluss der Nachrichtenwertfaktoren auf den Umfang der Pharmaberichterstattung	163
Tabelle 6: Streuung des Nachrichtenfaktors „Personalisierung“ pro Mediengruppe	166
Tabelle 7: Streuung des Nachrichtenfaktors „Persönlicher Einfluss“ pro Mediengruppe.....	167
Tabelle 8: Identifikation der Akteure in Berichten mit pharmazeutischen Informationen	168
Tabelle 9: Akteure pro Mediengruppe	169
Tabelle 10: Korrelation der einzelnen Kategorien der pharmazeutischen Informationen	170
Tabelle 11: Anzahl der Nennung von Arzneimitteln und Wirkstoffen pro Mediengruppe.....	171
Tabelle 12: Korrelation zwischen der Nennung von Arzneimitteln und MA/Ärzten	172
Tabelle 13: Kreuztabelle: Nennung von Arzt und Arzneimittel	173
Tabelle 14: Korrelation zwischen der Nennung von Wirkstoffen und MA/Ärzten	173
Tabelle 15: Kreuztabelle: Nennung von Arzt und Wirkstoffen	174
Tabelle 16: Korrelation zwischen der Nennung von Unternehmen und MA/Ärzten	174
Tabelle 17: Kreuztabelle: Nennung von Arzt und Unternehmen	175
Tabelle 18: Gegenüberstellung der Themengebiete von Printmedien und APA-Meldungen ...	176
Tabelle 19: Nennung von Arzneimitteln in Printmedien und APA-Meldungen	177
Tabelle 20: Nennung von Wirkstoffen in Printmedien und APA-Meldungen	178
Tabelle 21: Relevanz der inhaltlichen Kriterien in der Medizinberichterstattung	225
Tabelle 22: Relevanz der Akteure und deren Einflüssen auf die Medizinberichterstattung	226
Tabelle 23: Relevanz der Rahmenbedingungen der Medizinberichterstattung	227

1 Einleitung

„Medizin ist ein Thema, das jeden Menschen berührt, weil jeder einmal mit dem Gesundheitswesen in Berührung kommt: Jeder geht irgendwann zum Arzt, hat irgendwo mal ein ‚Wehwehchen‘ oder hat Angehörige, die erkranken. Mit den Berichten trifft man wirklich jeden in seiner innersten Persönlichkeit.“ (Eine Medizjournalistin)²

Das zunehmende Interesse der Bevölkerung an gesundheitspezifischen Themen ist zweifellos auf den Trend zurückzuführen, Gesundheit nicht nur als ein existentielles Grundbedürfnis anzusehen. Vielmehr geht es darum, Gesundheit als ein individuelles Lebensziel zu betrachten. Das steigende Bewusstsein im Bezug auf Bewegung und gesunde Ernährung runden diese neue Lebenseinstellung ab: Begriffe wie „Wellness“ und „Workout“ sind längst fester Bestandteil unseres alltäglichen Sprachgebrauches. Neue Volkskrankheiten wie Stress, Allergien, Rückenbeschwerden, Osteoporose oder psychische Störungen erregen immer mehr Aufmerksamkeit und steigern das Informationsbedürfnis der Bevölkerung. Basierend auf diesem Trend erwuchs ein Markt, der auch genügend Raum für viele wirtschaftliche Interessen bot. Etliche Akteure machen sich nach wie vor den unaufhörlichen Informationsdurst der Allgemeinheit zu Nutze, denn die Bedürfnisse von hilfesuchenden Menschen scheinen relativ einfach befriedigen zu sein. In diesem Zusammenhang nehmen die Medien als entscheidender Informationsdrehpunkt eine zentrale Rolle ein. Insbesondere die Medizin- und Gesundheitsberichterstattung bietet eine hervorragende Plattform, um Informationen zu transportieren, Interessen durchzusetzen und Themen populär zu machen. Es vergeht kaum ein Tag, an dem die Menschen nicht mit irgendeinem Thema aus dem Bereich Gesundheit, Medizin oder Wellness durch Fernsehen, Presse oder Internet konfrontiert werden. Das Bild des typischen Rezipienten gibt es dabei nicht. Es reicht vom nach Wellness strebenden Gestressten über den Influenzageplagten Betthüter bis hin zum verzweifelten Krebspatienten. Sowohl der einfache unterhaltungssuchende Bürger als auch der wissbegierige Mediziner werden aufgrund der Fülle des Angebots fündig. Bedingt durch die steigenden Anforderungen seitens der Rezipienten reagiert auch die Angebotsseite, und die Akteure, die sich an diesem gut funktionierenden System beteiligen wollen, scheinen ihre Spuren zu hinterlassen:

„Die Gesundheit krankt faktisch und auch nur zum Teil an manchen Journalisten, sie krankt an manchen Pharma-Produzenten, an manchem Apotheker, krankt an manchen sonstwo und sonstwie in diesem Gesundheitsbereich Tätigen und Kommunizierenden.“³

Durch welche Komplexität der Gesundheits- und Medizjournalismus geprägt ist, wurde hier sehr treffend durch die Aussage des Kommunikationswissenschaftlers Heinz Starkulla beschrieben. Der Einfluss der verschiedenen Beteiligten und die dadurch unterschiedlich indizierten Formen der Kommunikation können zu einem gestörten oder schlechten Kommuni-

² Experteninterview mit einer Medizjournalistin im Rahmen der vorliegenden Untersuchung. Vgl. Kap. 6.4.2.

³ Starkulla, Heinz: Schlußwort: Lobby für den Journalismus, in: Wagner, Hans/Starkulla, Heinz (Hg.): Medizin & Medien. Krank die Gesundheit am Journalismus? München: Publicom, 1984, S. 207f.

kationsfluss führen. Etwaige Spannungsfelder zwischen den einzelnen Akteuren im Medizinjournalismus können daher entweder durch eine schlechte Kommunikation, durch unzutreffende Kommunikationsvermittlung oder schlichtweg durch den Tatsachenbestand begründet werden. Es muss daher auch dahingehend unterschieden werden, ob beispielsweise ein Medikament fehlerhaft ist oder die Information darüber nicht zutrifft.⁴

Einen Beitrag bezüglich des Entstehens dieser und anderer Spannungsfelder und Entwicklungen im Bereich der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung soll die vorliegende Arbeit liefern. Um der Ursache dieser Problematik auf den Grund zu gehen, bedarf es zunächst der Betrachtung einiger grundlegender Aspekte der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung als Teilbereich des Journalismus. Zudem müssen die Interessen der einzelnen Akteure analysiert und zueinander in Beziehung gesetzt werden. In diesem Zusammenhang nimmt neben den Medien selbst, die pharmazeutische Industrie eine maßgebliche Stellung im Bereich der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung ein. Dies ist zum einen auf ihre Funktion als zentraler Akteur im Anzeigengeschäft und zum anderen als Aussender von Fachinformationen und Forschungsergebnissen im Zuge der Pharmaberichterstattung zurückzuführen. Die Dreiecksbeziehung, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit untersucht werden soll, wird durch die Gruppe der Mediziner komplettiert, denn sowohl die Medien als auch die pharmazeutische Industrie sind weitgehend vom Fachwissen der Ärzte abhängig. Die Analyse im Hinblick auf den Einfluss der unternehmerischen Interessen der Akteure auf die Medizinberichterstattung und die Rahmenbedingungen, die für die jeweiligen Akteure Gültigkeit haben, soll Aufschluss darüber geben, wie mögliche Spannungsfelder im Bereich des Medizin- und Gesundheitsjournalismus entstehen und möglicherweise behoben werden können.

1.1 Problemstellung und Forschungsinteresse

Es gestaltet sich im Allgemeinen sehr schwierig den Journalismus anhand etwaiger Kriterien zu determinieren oder diesen an irgendwelche Kriterien zu binden. Noch schwieriger erweist sich dieses Vorhaben im Medizinjournalismus. Hier verhält sich die Situation besonders komplex, da das Spannungsfeld zwischen Informationspflicht seitens der Journalisten und den unternehmerischen Interessen von verschiedenen Akteuren ein noch größeres ist als in der herkömmlichen Berichterstattung. Ausgehend von dieser Überlegung soll die vorliegende Arbeit zunächst grundsätzlichen Aufschluss über die Besonderheiten in der Medizinberichterstattung geben und diese fallweise in Beziehung zur herkömmlichen Berichterstattung setzen.

Die Tradition der kommunikationswissenschaftlichen Forschung im Bereich des Journalismus konzentrierte sich vorwiegend auf den Bereich der Politikberichterstattung. In diesem Bereich entstand auch die Nachrichtenwert-Theorie, die vor allem im europäischen Raum die am weitesten elaborierte Forschungsrichtung darstellt. Das ursprüngliche Forschungsinteresse, das der Theorie zugrunde lag, bestand darin, Verzerrungen im internationalen Nachrichtenfluss

⁴ Vgl. Starkulla, 1984, S. 208.

nachzuweisen und erklären zu können. Dabei wurde davon ausgegangen, dass jeder Nachricht bestimmte Faktoren zugrunde liegen, die sie für den Rezipienten beachtenswert oder interessant machen. Nachrichtenfaktoren gelten daher als Merkmale von bestimmten Ereignissen. Je nach der Publikationswürdigkeit bzw. des Nachrichtenwertes dieser Merkmale stellen die Nachrichtenfaktoren journalistische Selektions- und Verarbeitungskriterien dar.⁵

Da die Nachrichtenwert-Theorie größtenteils nur in Zusammenhang mit politischer Berichterstattung untersucht wurde, soll sie im Rahmen dieser Arbeit unter einem gänzlich neuen Licht betrachtet werden. Die Praxisrelevanz der Theorie soll im Hinblick auf das Forschungsfeld des Medizin- und Gesundheitsjournalismus überprüft werden. Da sich die Arbeit auf drei Akteure konzentriert, wird im Speziellen der Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die Berichterstattung untersucht. Dahingehend basiert auch die Untersuchung anhand der Nachrichtenwert-Theorie ausschließlich auf der Pharmaberichterstattung als Teilbereich des Medizin- und Gesundheitsjournalismus.

Die Untersuchung der Inhalte der Pharmaberichterstattung soll in erster Linie Aufschluss darüber geben, welche Nachrichtenfaktoren und Nachrichtenwerte einen besonderen Einfluss auf die Publikation haben und wie diese im Vergleich zur politischen Berichterstattung differenziert werden können.

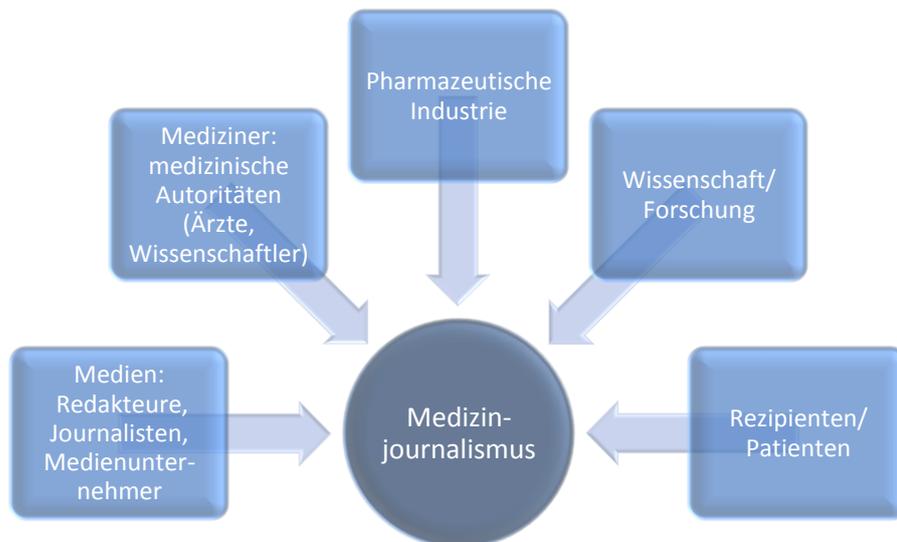
Die Betrachtung der Inhalte bzw. der Kriterien führt unweigerlich über die Interessen der einzelnen Akteure in der Medizinberichterstattung. Bereits die Nachrichtenfaktoren, die bedeutende Selektionskriterien für Journalisten darstellen, implizieren die Abhängigkeit der Inhalte und Kriterien von den einzelnen Akteuren. Neben den Medienunternehmen selbst gibt es auch noch eine Reihe anderer Akteure, die die Medien erfolgreich als Botschafter bzw. zur Umsetzung ihrer wirtschaftlichen Ziele nutzen. Anna Maria van Trigt identifizierte in diesem Zusammenhang ein Netz von Akteuren, das dem Medizinjournalismus zugrunde liegt, wobei ihr Hauptaugenmerk auf der Rolle der Medien als „Informationsvermittler“ liegt.⁶ Van Trigt verdeutlicht anhand dieses Netzwerkes, wie komplex sich die Kommunikation über die Massenmedien darstellt, bis diese schließlich zum Rezipienten gelangt (vgl. Abbildung 1). An dieser Stelle muss vor allem zwischen Rezipienten- und Kommunikatorforschung unterschieden werden, wobei der Fokus der vorliegenden Arbeit gänzlich auf der Kommunikatorforschung liegt:

„Die Kommunikatorforschung hat sowohl die ‚Publizisten‘, die Autoren, Journalisten, Herausgeber und Verleger zu beobachten als auch die Personen und Institutionen, die als Politiker oder als politische Verbände Kommunikatorfunktionen erfüllen, als schließlich nicht zuletzt auch die gewerblichen Unternehmen, die durch Anzeigen publizistisch wirken. Für die Kommunikatorforschung der Medizinischen Publizistik ist daher zum Beispiel auch die pharmazeutische Industrie in ihrer Rolle als informierender und werbender (meinungsbildender) Kommunikator wichtiges Forschungsobjekt.“⁷

⁵ Vgl. Burkart, Roland: Kommunikationswissenschaft, Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag, 2002⁴, S. 275.

⁶ Vgl. Van Trigt, Anna Maria: Making News about Medicines, Diss., Groningen, 1995, S. 3.

⁷ Deneke, Johann F. Volrad: Aspekte und Probleme der Medizinpublizistik. Bestandsaufnahmen und Analysen zur historischen und aktuellen Präsentation von Medizin in den Massenmedien. Bochum: Studienverlag Brockmeyer, 1985, S. 9.

Abbildung 1: Transfer von medizinischen Informationen⁸

Basierend auf diesen Überlegungen und beziehend auf van Trigts Netzwerk konzentriert sich die vorliegende Arbeit insbesondere auf drei Kommunikatoren bzw. Akteure, deren Beziehungen vor allem durch wirtschaftliche Interessen geprägt sind. In diesem Zusammenhang wird die zentrale Rolle der Medien als Informationsvermittler, den Rollen der pharmazeutischen Industrie und der Mediziner als Kommunikatoren gegenübergestellt. Die Analyse der einzelnen Akteure und ihrer Umfeldler soll Aufschluss darüber geben, inwieweit diese den Inhalt der Berichterstattung beeinflussen können. Zudem soll geklärt werden, in welcher Verbindung und in welchem Abhängigkeitsverhältnis die Akteure untereinander stehen. In diesem Zusammenhang werden neben der Theorie des Agenda-Setting auch Ansätze im Bereich der Opinion-Leader-Forschung herangezogen, wobei bei letzterer insbesondere der Arzt im Fokus der kommunikationstheoretischen Überlegungen zur Meinungsführerschaft steht. Mediziner können durch ihre Schnittstellenfunktion in der Medizinberichterstattung aber nicht nur zum Sprachrohr der pharmazeutischen Industrie oder zu einem prominenten Testimonial für Journalisten werden, sondern ebenso eigene wirtschaftliche Interessen verfolgen. Das steigende Interesse der Akteure an wirtschaftlichen Interessen und deren Verantwortung im Hinblick auf die Öffentlichkeit eröffnet somit unweigerlich ein enormes Spannungsfeld, das eine Forderung nach Kontrolle impliziert. Inwieweit diese Kontrolle gegeben ist und an welche Einrichtungen, Standards und gesetzliche Regelungen eine unabhängige Medizin- und Gesundheitsberichterstattung gebunden ist, soll durch eine Bestandsaufnahme der Rahmenbedingungen für die einzelnen Akteure im Rahmen dieser Untersuchung analysiert werden. In diesem Kontext werden beziehend auf den kommunikationswissenschaftlichen Hintergrund verschiedene Theorien aus dem Bereich der Public Relations herangezogen, um mögliche Erklärungs- bzw. Lösungsansätze zu diskutieren. Die vorliegende Untersuchung

⁸ Quelle: modifiziert übernommen aus Van Trigt, 1995, S. 3.

basiert daher auf drei zentralen Fragestellungen, die eine Analyse auf unterschiedlichen Ebenen erfordert (vgl. Abbildung 2).

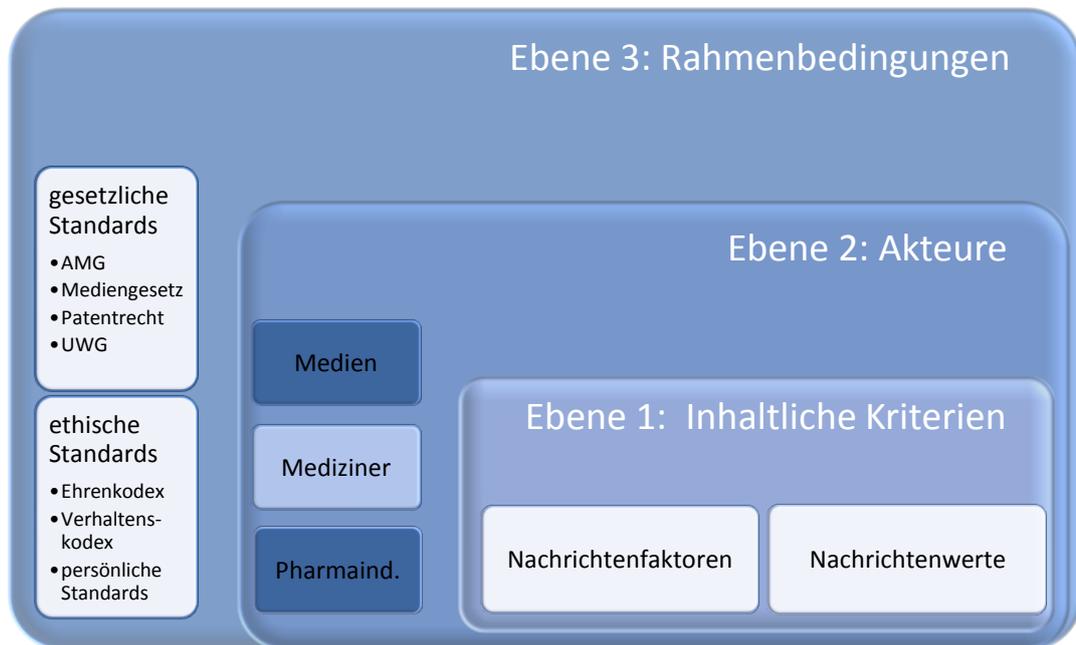


Abbildung 2: Untersuchungsebenen

Zum einen werden die inhaltlichen Kriterien der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung näher beleuchtet und zum anderen die Akteure, die maßgeblich daran beteiligt sind. Die dritte zentrale Fragestellung beschäftigt sich mit einer Analyse der Rahmenbedingungen, die den Inhalt von Medizin- und Gesundheitsberichterstattung und den Handlungsspielraum der Akteure bestimmen. Da sich über alle Ebenen hinweg Überschneidungen, Synergien, aber auch Grauzonen ergaben, wurde auch das theoretische und methodische Design der Untersuchung dementsprechend angepasst. Eine Inhaltsanalyse im Bereich der Pharmaberichterstattung schien zwar im Hinblick auf die Kriterien und Inhalte ein geeignetes Instrument zu sein, jedoch vermag diese aufgrund ihres quantitativen Erklärungscharakters nicht ausreichend die Beziehungen zwischen den Akteuren zu definieren. Um auch den qualitativen Anforderungen, die sich durch die Analyse des Netzwerks der Akteure ergaben, gerecht zu werden, sollten Experteninterviews im Rahmen des empirischen Teils der Arbeit, Aufschluss über die Verbindungen, Einstellungen und Motive der einzelnen Akteure geben.

1.2 Struktur und Aufbau der Arbeit

Die skizzierten Analyseebenen, die sich aus den zentralen Forschungsfragen ergaben und die dazugehörigen theoretischen Hintergründe werden im Rahmen der gegenständlichen Arbeit chronologisch dargestellt. Dabei werden die Problemfelder und die dazugehörigen Theorien

den jeweiligen Akteuren zugeordnet. Daraus ergibt sich eine Gliederung des Forschungsvorhabens, das die Problemstellung zunächst aus der jeweiligen Sicht der einzelnen Akteure behandelt. Beginnend mit der Rolle der Medien werden zunächst grundlegende Begriffe operationalisiert und der aktuelle Forschungsstand im Bereich der Medizinpublizistik diskutiert (Kap. 2.1). Neben Ausführungen über die Rolle der Medizinjournalisten und der Rezipienten (Kap. 2.2 und 2.4) werden die zentralen theoretischen Konstrukte, die den Schwerpunkt der empirischen Untersuchung bilden, dargestellt (Kap. 2.5). Diesbezüglich wird im inhaltlichen Bereich die Nachrichtenwert-Theorie und im Hinblick auf die Themenwahl die Agenda-Setting-Theorie thematisiert. Weitere theoretische Ausführungen aus dem Bereich der Public Relations (Kap. 2.6) sollen vor allem im Bezug auf die Selektionskriterien und Motive der Journalisten Aufschluss geben. Im Hinblick auf die Bearbeitung der Analyseebenen werden ergänzend die allgemeinen Rahmenbedingungen im Journalismus (Kap. 2.7) erörtert und zur Problemstellung in Beziehung gesetzt. Der zweite Akteur auf dessen Rolle im Rahmen des Medizinjournalismus näher eingegangen wird, repräsentiert die Gruppe der Mediziner und Ärzte. Nachdem das allgemeine Bild des Arztes in der Öffentlichkeit diskutiert wird (Kap. 3.1), liegt der Schwerpunkt auf den theoretischen Ausführungen zur Theorie des Opinion-Leading und der Diffusionsforschung (Kap. 3.2). Neben den rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen, denen Ärzte unterliegen (Kap. 3.4) wird die Funktion des Arztes in der Medizinberichterstattung analysiert, die neben diversen Fremd- auch Eigeninteressen beinhaltet (Kap. 3.3).

Abschließend werden die wirtschaftlichen Interessen der pharmazeutischen Industrie thematisiert. Neben allgemeinen Angaben und richtungsweisenden Trends (Kap. 4.1) soll das zentrale Problemfeld der Arbeit vor allem durch die marketingtechnischen Strategien im Bereich der Pharmabranche erklärt werden (Kap. 4.4.). Auch hier werden neben dem Einsatz der Werbung (Kap. 4.4.2) weitere Ansätze aus dem Bereich der Public Relations herangezogen.

Der empirische Teil (Kap. 5 und 6) untersucht vor allem die drei Bereiche, die eingangs durch die Bestimmung der Analyseebenen festgelegt wurden, wobei sich die Inhaltsanalyse der Pharmaberichterstattung vorwiegend auf die erste grundlegende Ebene konzentriert (vgl. Abbildung 2). Im Hinblick auf die Untersuchung der zweiten und dritten Ebene gelten die Experteninterviews als die geeignetere und aussagekräftigere Methode (Kap. 6) In beiden Fällen wird eine Beschreibung des konkreten methodischen Vorgangs vorgenommen. Die Auswertung der Inhaltsanalyse erfolgt mithilfe der Programmsoftware SPSS (Kap. 5.6) und die Auswertung der Interviews wird mittels Themenanalyse durchgeführt (Kap. 6.3). Die abschließende Zusammenfassung enthält die Gegenüberstellung der Ergebnisse des empirischen Teils, wobei diese in den Rahmen der eingangs genannten zentralen Fragestellungen bzw. Analyseebenen integriert werden (Kap. 7). Mögliche Lösungsansätze im Bezug auf die zentrale Problemstellung können zudem durch die abschließende Analyse der Beziehungsumfelder ausgesprochen werden.

2 Medizinpublizistik - Relevante Aspekte und theoretischer Bezugsrahmen

Die Interdisziplinarität, die der Erforschung von Medizin- und Kommunikationswissenschaft zugrunde liegt, bewirkt eine sehr breite Streuung der bisher relativ spärlich existierenden Forschungsansätze auf diesem Gebiet. Dies wird zusätzlich durch eine ungenügende Begriffsbestimmung der Medizinpublizistik erschwert.

Im Folgenden soll neben dem Versuch einer Begriffsbestimmung ein kurzer Überblick über den derzeitigen Stand der Forschung gegeben werden und aktuelle Rahmenbedingungen und Aspekte der Berufsausübung im Medizinjournalismus thematisiert werden.

Aus Gründen der Vollständigkeit wird neben den Inhalten und Themen von Medizinjournalismus auch auf die Rolle der Rezipienten eingegangen, wobei der rezipientenorientierte Ansatz in der vorliegenden Arbeit nur von geringer Bedeutung ist. Der Fokus richtet sich, wie bereits eingangs erwähnt, auf die Akteure der Kommunikatorforschung.

Zudem erfolgt eine Einordnung der Medizinpublizistik in die der vorliegenden Arbeit zugrundeliegenden kommunikationstheoretischen Konstrukte. Das Kernstück des theoretischen Zugangs bildet die Nachrichtenwert-Theorie. Da die Medizinpublizistik auf die allgemeinen Theorien der Kommunikationswissenschaft zurückgreift, sollen im empirischen Teil die Inhalte von Medizinberichterstattung anhand der einzelnen Nachrichtenfaktoren und Nachrichtenwerte analysiert werden. Diese Untersuchung stellt in diesem Zusammenhang ein Novum in der kommunikationswissenschaftlichen Forschung dar, da die Nachrichtenwert-Theorie bisher vorwiegend in der politischen Berichterstattung angewendet wurde. Eine weitere wichtige kommunikationswissenschaftliche Theorie, deren Gültigkeit im Bezug auf den Medizinjournalismus untersucht werden soll, stellt die Agenda-Setting-Theorie bzw. deren Ausweitung im Bereich des Agenda-Building dar.

Wie bereits eingangs erwähnt, werden auch die Rahmenbedingungen, die für die jeweiligen Akteure relevant sind, analysiert. Im Medizinjournalismus gestaltet sich dieser Bereich durch unzureichende bzw. fehlende gesetzliche Regelungen äußerst problematisch. Insbesondere in der medizinischen Fachberichterstattung wird die Trennung von redaktionellen und bezahlten Berichten immer mehr zur Herausforderung. Selbst etwaige Sanktions- bzw. Kontrollinstanzen auf der Basis eines Selbstregulierungsmodells werden nicht wahrgenommen.

Abschließend wird der enge Zusammenhang zwischen Medizinjournalismus und Öffentlichkeitsarbeit aufgrund verschiedener kommunikationstheoretischer Ansätze thematisiert. Die referierten Theorien basieren auf den diversen Interdependenzen von Journalismus und Public Relations, die in den letzten Jahren fixer Bestandteil kommunikationswissenschaftlicher Überlegungen und Forschungsbestrebungen geworden sind.

2.1 Forschungsstand und Operationalisierung der Begriffe

Durch die Verbindung der Bereiche Medizin und Publizistik ergaben sich auch eine Reihe von Terminologien und Begrifflichkeiten, wobei im Bereich der Begriffsbestimmungen keine eindeutigen Abgrenzungen erkennbar sind. Die Komplexität der Definition beginnt mit der Einordnung von Medizinpublizistik in den übergeordneten Bereich des **Wissenschaftsjournalismus**. Dieser Begriff summiert im allgemeinen deutschen Sprachgebrauch die journalistische Berichterstattung über Naturwissenschaften, Technik und Medizin.⁹ Matthias Kohring¹⁰, der sich mit den verschiedensten Aspekten des Wissenschaftsjournalismus auseinandersetzt, sieht dessen Aufgaben im Informationstransfer, d.h. wissenschaftliche Erkenntnisse sollen an die Öffentlichkeit transportiert werden. Dabei geht es aber nicht nur um eine reine Vermittlung von Daten, sondern auch um eine gewisse Kritik- und Kontrollfunktion, die dem Wissenschaftsjournalismus zugesprochen wird.¹¹

Ohne Zweifel kann schon jetzt vorausgeschickt werden, dass die Professionalisierung des Wissenschaftsjournalismus zu einem öffentlichen Anliegen geworden ist. So heißt es im Vorwort zu einem Forschungsprojekt des Medienhauses Wien:

„Der österreichische Wissenschaftsjournalismus ist nicht so gut, wie er sein könnte. Die salopp verkürzte Diagnose muss nicht überraschen. (...) Die Berichterstattung müsse abwechslungsreicher, wissenschaftskritischer und publikumsnäher sein.“¹²

Dieses zentrale Ergebnis der Studie beschreibt einen Zustand, der im Gegensatz zu politischen Bekenntnissen auf EU- und nationaler Ebene steht, wonach die Kluft zwischen Wissenschaft und Öffentlichkeit verringert werden soll. Auf Basis der Projektergebnisse werden derzeit konkrete Weiterbildungsmaßnahmen entwickelt. Diesbezüglich stellt sich der Wissenschaftsjournalist Christian Müller die Frage, ob der Wissenschaftsjournalismus primär weiterhin der Popularisierung der Wissenschaften verpflichtet ist oder - den Anforderungen einer Wissensgesellschaft entsprechend - auf dem Weg ist, ein eigenes Mediengenre zu werden, das die Fragen der Öffentlichkeit an die Wissenschaften und an den Wissenschaftsbetrieb formuliert.¹³

Dieser Problematik sieht, innerhalb des Wissenschaftsjournalismus, auch die **Medizinpublizistik** ins Auge. Diese wurde im Rahmen der Analyse eines Forschungsprojektes des Medienhauses Wien als überdurchschnittlich dominant in den untersuchten Medien beschrieben. 35,5 Prozent der Berichte in den aktuellen Wissenschaftsressorts drehen sich um medizinische, fast ebenso viele (33,3 Prozent) um naturwissenschaftliche Themen. Ergebnisse

⁹ Vgl. Göpfert, Winfried/Ruß-Mohl, Stephan: Was ist überhaupt Wissenschaftsjournalismus?, in: Göpfert, Winfried (Hrsg.): Wissenschaftsjournalismus. Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis. Berlin: Ullstein, 2006a⁵, S.11.

¹⁰ PD Dr. Matthias Kohring (geb. 1965 in Dortmund) ist Oberassistent im Bereich Medienwissenschaft an der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

¹¹ Vgl. Kohring, Matthias: Die Funktion des Wissenschaftsjournalismus: ein systemtheoretischer Entwurf. Opladen: Westdt. Verl., 1997, S. 78ff.

¹² Medienhaus Wien: Abstract zur Studie „Weiterbildung für WissenschaftsjournalistInnen“, 2006, Online im WWW unter URL: <http://www.medienhaus-wien.at/cgi-bin/file.pl?id=4> [Stand: 29.01.2007].

¹³ Müller, Christian (Hg.): SciencePop. Wissenschaftsjournalismus zwischen PR und Forschungskritik, Graz: Nausner&Nausner, 2004.

aus Human-, Geistes-, Sozial- und Kulturwissenschaften sind auf den Wissenschaftsseiten eher unterrepräsentiert und werden öfter in anderen Ressorts publiziert.¹⁴

Eine maßgebliche Rolle in den Anfängen der Medizinpublizistik spielte Johann F. Volrad Deneke. Der Publizistikwissenschaftler lehrte an der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf und betreute dort eine Anzahl von Hochschulschriften zu medizinpublizistischen Themen.¹⁵ Seine Definition von Medizinpublizistik umfasste „...*die Forschung und Lehre von der öffentlichen Interaktion medizinischer Bewusstseinsinhalte durch Massenkommunikationsmittel in Geschichte und Gegenwart*“.¹⁶ Diese Begriffsbestimmung basiert auf einer Einordnung des Medizinjournalismus in die Medizinpublizistik:

„Medizinpublizistik umfasst sowohl den Medizinjournalismus, der eine unbegrenzte (Laien-) Öffentlichkeit anspricht, als auch die medizinische Fachpublizistik, die sich an die begrenzte Fachöffentlichkeit des Medizinsystems richtet.“¹⁷

Auch Klaus Eckard Roloff ordnet den Bereich der Medizinpublizistik inhaltlich der Wissenschaftspublizistik zu. Seine definitorische Abgrenzung zum Medizinjournalismus besteht in der Tatsache, dass dieser die extern-allgemeine Realisation von Kommunikation umfasst, während sich die Medizinpublizistik auf die fachinterne Kommunikation konzentriert.¹⁸ Ulf Boes bezieht sich in seinen Definitionsversuchen ebenfalls auf die Ausführungen von Klaus Eckard Roloff und bezeichnet den Medizinjournalismus als „*das spezifizierteste Verständnis von medizinbezogenem Informationsaustausch. Er bezieht sich allein auf das Berichten über Medizin in Laien- und Populärmedien und zeichnet sich damit also durch Öffentlichkeit und Aktualität und allen Elementen von Journalismus aus*“.¹⁹ Die Besonderheit dieser Definition besteht in der reinen Beschränkung auf Laien- und Populärmedien, was jedoch der ursprünglichen Definition Roloffs nicht entspricht.

Eine definitorische Abgrenzung zwischen Medizinpublizistik und Medizinjournalismus erscheint aufgrund der geringen Befunde schwierig. Dieser Umstand wird auch von Matthias Koring bedauert, der den Medizinjournalismus metaphorisch im Schmelztiegel der Medizinpublizistik sieht, nämlich „*zusammen mit Arzt-Patienten-Kommunikation, Public Relations des Medizinsystems, Gesundheitskampagnen usw. (...), und es kann daher nicht überraschen, wenn auch Signitzers Vorschlag, doch generell von Gesundheitskommunikation²⁰ zu sprechen, (...) ausführlich gewürdigt wird*“.²¹

¹⁴ Vgl. Medienhaus Wien: Pressemitteilung: Nature und Science dominieren Wirtschaftsberichterstattung (18.08.2006), 2006.

¹⁵ Vgl. Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Publizistikwissenschaftler und Medizinkommunikation im deutschsprachigen Raum: Funde und Befunde aus 7 Jahrzehnten. Bochum: Brockmeyer, 1990, S. 17.

¹⁶ Deneke, 1985, S. 250.

¹⁷ Deneke, Johann F. Volrad: Medizinpublizistik und -kommunikation, in: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg., unter Mitarbeit von Ulrike G. Wahl): Bochumer Publizistik- und Kommunikationswissenschaft in den neunziger Jahren. Ein Vierteljahrhundert publizistische Lehre und Forschung an der Ruhr-Universität, 1965/66-1990/91. Köln, 1992, S. 81ff.

¹⁸ Vgl. Roloff, Eckart K.: Ärzte und Medizinjournalismus, in: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Publizistikwissenschaftler und Medizinkommunikation im deutschsprachigen Raum. Bochum: Brockmeyer, 1990, S. 42.

¹⁹ Boes, Ulf: Medizin als Bildthema in Publikumszeitschriften. Inhaltsanalytischer Vergleich von „Quick“, „Stern“ und „Hörzu“. Bochum: Brockmeyer, 1997, S. 8.

²⁰ Vgl. Signitzer, Benno: Gesundheitskommunikation. Ein neues Lehr- und Forschungsfeld, in: Medien Journal, 13. Jg., Nr. 4/1989, S. 114ff.

²¹ Koring, 1997, S. 126f.

Diesen allumfassenden Begriff der **Gesundheitskommunikation** gründete Benno Signitzer auf Basis der folgenden vier Ebenen:

- Die *makrosoziale Ebene*, auf der sich die öffentliche Meinung über das Gesundheitswesen und seine Teilbereiche bildet, untersucht beispielsweise, welche gesundheitsrelevanten Inhalte von den Massenmedien thematisiert werden und welche Konsequenzen die Medienberichterstattung auf das konkrete Gesundheitsverhalten und die Meinung der Bevölkerung hat.
- Auf der *Organisationsebene* werden Kommunikationswege und -formen beschrieben, unter anderem wie sich die mediale, computervermittelte Kommunikation auf die Arbeitsbeziehungen auswirken kann.
- Die *interpersonale Ebene* erforscht die Arzt-Patienten-Kommunikation sowie die peer-to-peer-Kommunikation.
- Die *intrapersonale Ebene* ermittelt die kommunikativen und psychischen Prozesse, die mit Krankheit und Gesundheit in Verbindung stehen.

Der Begriff „Gesundheitskommunikation“ umfasst damit praktisch jeden Informationsaustausch über Medizin und bezieht sich auf alle Arten von Medien, einschließlich der inter- und intrapersonellen Kommunikation.²² Eine klare Begriffsdefinition von Medizinpublizistik und -journalismus gibt es jedoch noch immer nicht bzw. ist noch unklar, ob die Medizinpublizistik nun eine Teildisziplin des Medizinjournalismus darstellt oder umgekehrt. Ob nun der Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit der Medizinpublizistik oder dem Medizinjournalismus zugerechnet werden kann, muss hier offen bleiben. Zweifellos handelt es sich aber um eine Form des Wissenschaftsjournalismus, in dem das Themengebiet Medizin und Gesundheit ein wichtiges Standbein darstellt.²³ Somit sind die für den Wissenschaftsjournalismus ermittelten Kriterien auch auf den Gegenstand der vorliegenden Arbeit anzuwenden.

2.2 Der Medizinjournalist

Die Forderung nach einer adäquaten Ausbildung von Medizinjournalisten existierte bereits in den 1960er Jahren. Dies wurde vor allem aufgrund der zunehmenden Bedeutung des Qualitätsbegriffes argumentiert. Die Presse dürfe dem Wissenschaftsstand nicht hinterherhinken und somit würde man neben Allround-Journalisten auch immer mehr Fachjournalisten benötigen.²⁴ Als eine der Hauptfehlerquellen von vermeintlichen Falschmeldungen und missverständlichen Darstellungen sah man die fehlende Ausdrucksfähigkeit von Ärzten, Hochschullehrern und medizinischen Forschern. Deren oberstes Ziel sollte es sein, sich allgemeinverständlich auszudrücken und in knappen Worten das Wesentliche zu sagen. Die

²² Vgl. Signitzer, 1989, S. 114ff.

²³ Vgl. Göpfert, 2006b⁵, S. 230.

²⁴ Vgl. Deneke, 1985, S. 24f.

Herausforderung für den Wissenschaftsjournalisten liegt nun darin, komplexe Themen in eine allgemein verständliche Form zu bringen. Gerade die scheinbare Trivialität, die diese Anforderung impliziert, ergibt die Schwierigkeit, vor der Wissenschaftsjournalisten stehen. Einerseits soll der Sachverhalt verständlich transportiert werden und andererseits auch einen gewissen Informationsgehalt für den Rezipienten bieten. Vor dem Hintergrund dieses Spannungsfeldes sollen die Aufgaben bzw. Qualitätskriterien des heutigen Wissenschaftsjournalismus thematisiert werden.

In diesem Zusammenhang wurde von Fengler und Ruß-Mohl ein neuer Ansatz diskutiert: journalistisches Handeln wird mit den Mitteln der Ökonomik analysiert.²⁵ Die Autoren gehen davon aus, dass auch Journalisten zum Teil eigennützig und rational handeln, indem sie materielle und soziale Anreize verfolgen und dabei versuchen ihren Nutzen zu maximieren. Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, ist ob sich der Journalist, und hier im speziellen der Medizinjournalist, sich nun der Ambivalenz seiner Tätigkeit bewusst ist oder sich als bloßer Weitervermittler von Fakten sieht. Meinungen dazu existieren in zahlreicher und konträrer Form. Einerseits würde der erfahrene Medizinjournalist sich längst nicht mehr im Stande der vermeintlichen „journalistischen Unschuld“ befinden, in der er medizinische Fortschritte oder Katastrophen weitergibt.²⁶ Andererseits kann nach der Ansicht Göpferts der Medizinjournalist aber auch in einer **Opferrolle** gesehen werden:

„Oft sind Medizinjournalisten wahren Scharlatanen mit unlauteren Heilversprechen aufgesessen; aber mindestens ebenso oft haben sie die Schulmedizin damit konfrontiert, dass deren wissenschaftlich abgesicherte, rationale Therapie als kalt und seelenlos empfunden wird und dass bei den Menschen ein Bedürfnis nach mehr als nur medizinischer Hilfe besteht.“²⁷

Auch Mark Oette erwähnt in seinen Ausführungen über die Opferrolle des Medizinjournalisten allerdings in einem anderen Zusammenhang:

„(...) Journalisten sind jedoch nicht nur Informationsvermittler. Worte wie ‚Epidemie‘ oder ‚böses Wachstum‘ stellen zum einen fachliche Termini und zum anderen emotional besetzte Begriffe dar. Ihre Bedeutung kann demnach verschieden bei Informationsquelle und Empfänger sein, so daß dem Übermittler der Nachricht, dem Journalisten, die Aufgabe der Umsetzung in ähnliche Bedeutungsebenen zukommt. Dies ist schwierig, denn der ‚common meeting ground‘, eine in der Öffentlichkeit gegebene allgemeine Verständnisebene, ist schlecht definiert und wenig fassbar. Journalisten fallen teilweise selbst in ihren Beiträgen diesen Bedeutungsunterschieden zum Opfer.“²⁸

Immer wieder wird auch auf den **Wahrheitsbegriff** in der Medizinpublizistik hingewiesen. Ulf Boes beleuchtet die Problematik vor dem Hintergrund des jeweiligen Mediums, denn auch wissenschaftliche, vielleicht nicht abgesicherte Themen können in Illustrierten, die sich aufgrund

²⁵ Vgl. Fengler, Susanne/Ruß-Mohl, Stephan: Der Journalist als „Homo oeconomicus“, Konstanz: UVK, 2005.

²⁶ Vgl. Girstenbrey, Wilhelm: Journalisten- Gesundheitsbeter der Nation?, in: Wagner, Hans; Starkulla, Heinz (Hrsg.): Medizin und Medien. Krank die Gesundheit am Journalismus? München: publicom Medienverlag, 1984, S. 136.

²⁷ Göpfert, Winfried: Gängige Themen: Medizin und Gesundheit, in: Göpfert, Winfried (Hrsg.): Wissenschaftsjournalismus. Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis. Berlin: Ullstein Buchverlage GmbH, 2006b⁵, S. 234.

²⁸ Oette, Mark: Die Qualität medizinischer Berichterstattung in den Printmedien am Beispiel der Prävention. Hagen: ISL-Verlag, 2000. S. 18.

ihres Unterhaltungswertes auszeichnen, dargereicht werden. Gleichzeitig widmet er sich aber auch der Problematik, wie diese wissenschaftlich nicht abgesicherten Themen bzw. etwaige Unwahrheiten identifiziert werden können. Das Problem liegt bereits in der Definition, denn die individuelle Auffassung des Wahrheitsbegriffes ist von enormer Divergenz geprägt. Der einzelne Medizinjournalist hat nur die Möglichkeit sich an seinen „Informationsquellen, wie dem persönlichen Kontakt zu Medizinern, der Fachzeitschriftenlektüre, Kongressbesuchen, Agenturaussagen oder den Informationen von Presse- bzw. PR-Abteilungen“²⁹ zu orientieren und seine Aussagen anhand deren Qualität zu treffen.

Die Problematik die dem Wahrheitsanspruch zugrunde liegt, besteht in der Tatsache, dass es im Bereich der Wissenschaftsethik zu keiner Auferlegung von externen Normen kommt. Die Wahrheitsvermittlung besitzt daher im Sinne der wissenschaftlichen Tätigkeit einen immanenten Charakter.³⁰ Eberhard Schockenhoff, Professor für Moralthologie in Regensburg, ist sich jedoch auch über die Illusion dieser Vorstellung bewusst:

„(...) Soziale Kommunikation wird daher als eine unerlässliche Voraussetzung für die Selbstentfaltung der Menschen und ihr Zusammenleben in einer freiheitlichen Gesellschaft gesehen. Diese optimistische Bewertung impliziert auch eine positive Sicht der medialen Technik, die in den Dienst, der sozialen Kommunikation und der gemeinsamen Suche nach Wahrheit, Gerechtigkeit und Frieden treten soll. Eine solche Zielvorgabe mag manchem angesichts der aggressiven Eigendynamik und der unaufhebbaren Eigengesetzlichkeit der modernen Massenmedien illusorisch vorkommen. Sie entspricht jedoch dem anthropologisch-ethischen Anspruch, der im Begriff der Öffentlichkeit und der medialen Kommunikation selbst angelegt ist.“³¹

Die Anforderungen bzw. Qualifikationen, die sich an Wissenschaftsjournalisten stellen, scheinen daher immer größere und komplexere Ausmaße anzunehmen. In erster Linie sollte aber neben einem tiefen Hintergrundwissen des jeweiligen Fachgebiets das **journalistische Handwerkszeug** eine solide Basis bilden. Dieses sollte folgende Fähigkeiten umfassen:

- Themen aufspüren und diese entsprechend recherchieren
- Trends erkennen
- Kontakte herstellen und nutzen
- Gesprächspartnern zuhören und nachfragen
- Seriosität von Scharlatanerie unterscheiden können
- Nüchterne Informationen spannend „verpacken“
- Auch unter Zeitdruck präzise und zugleich kreative Sprache anwenden.³²

Die Frage nach der adäquaten **Ausbildung** von Medizinjournalisten scheint weiterhin ungeklärt zu bleiben. Die Schwierigkeit, die sich hierbei ergibt, ist die Kombination der beiden Studien Medizin und Publizistik. Idealerweise müssten Medizinjournalisten eine doppelte Kompetenz

²⁹ Vgl. Boes, 1997, S. 14.

³⁰ Vgl. Schockenhoff, Eberhard: Zur Lüge verdammt? Politik, Medien, Medizin, Justiz, Wissenschaft und die Ethik der Wahrheit. Freiburg: Herder, 2000, S. 223.

³¹ ebenda, S. 284.

³² Vgl. Ruß-Mohl, Stephan: Wissenschaftsjournalismus. Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis. München: List, 1986, S. 222ff.

besitzen, indem sie medizinisches Fachwissen nach den Regeln des Journalismus zu transportieren wissen. Die Praxis sieht jedoch anders aus, denn nur wenige besitzen die Ausdauer und Zeit zwei Vollstudien zu betreiben. Die Lösung dafür würde eine Ausbildung bieten, die sich bewusst an die Interdisziplinarität dieses Berufsbildes annähert. Erste Versuche dahingehend bestehen im Angebot von speziellen Zusatzstudiengängen für Wissenschaftsjournalismus. Angebote dieser Art gibt es in Österreich in der Form eines Universitätslehrganges für Wissenschaftsjournalismus, der sich in Wien bzw. Klagenfurt etabliert hat.³³ Abgesehen davon gibt es aber mehrere Zugangswege für den Berufseinstieg. Neben der Möglichkeit des Fachstudiums der Medizin bzw. der Publizistik mit der jeweiligen Spezialisierung auf das andere Gebiet, gibt es die Möglichkeit des Besuches einer Journalistenschule oder die Bewerbung für einen Volontariatsplatz in einer Redaktion. Generell gibt es weder eine allgemein anerkannte Ausbildung noch Zugangsregelungen zum Beruf als Medizin- und Wissenschaftsjournalist.

Die Frage, ob nun der Arzt, der sich journalistisches Handwerkszeug angeeignet hat, oder der Journalist, der zusätzlich medizinische Fachkenntnisse erworben hat, bessere Voraussetzungen für den Beruf des Medizinjournalisten mitbringt, wird wohl noch länger unbeantwortet bleiben müssen. Heinz Dietrich Fischer weist darauf hin, dass diese Entscheidungsfindung auch mit ökonomischen Hintergründen der Herausgeber in Verbindung gebracht werden kann. Ärzte in Redaktionen können auch als unbequem empfunden werden, indem sie ständig bestrebt sind, ihr Fachwissen zu transportieren.³⁴ An anderer Stelle beruft sich Fischer auf den Vorschlag von Klaus H. Grabowski, der dafür plädiert Wissenschaftsjournalismus als übergreifende Disziplin zu sehen - unabhängig von der Spezialisierung auf ein bestimmtes Fachgebiet. Redaktionen aller Ressorts würden mehr von Journalisten profitieren, denen Wissenschaft nicht fremd ist als von hochqualifizierten Wissenschaftsjournalisten, denen bis auf ihr eigenes Fachgebiet, alles andere neu erscheint.³⁵

2.3 Exkurs: Verhältnis zwischen Medizinern und Journalisten

Vor dem Hintergrund der vorangegangenen Überlegungen gilt es auch die Beziehungen zwischen Ärzten und Journalisten zu betrachten, die seit jeher von Konflikten geprägt sind. Brigitte Bäder führte dies auf folgenden Umstand zurück:

„Der Journalist, der den Arzt in ein Gespräch ziehen will, stösst also immer wieder auf die grundsätzliche und im Wesen der Sache begründete Publizitätsscheu des Arztes.“³⁶

³³ Vgl. URL: <http://www.scimedia.at> [Stand: 19.10.2008].

³⁴ Vgl. Fischer, Heinz-Dietrich: Medizin und Journalismus- symbiotische oder antagonistische Beziehungen?, in: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Medizinjournalismus in Massenmedien. Ausbildung-Aufgaben-Ansätze. Konstanz: Univ.-Verlag, 1992, S. 21.

³⁵ Vgl. Fischer, Heinz-Dietrich: Ausbildung von Medizinkommunikatoren, in: Fischer, Heinz-Dietrich: Publizistikwissenschaftler und Medizinkommunikation im deutschsprachigen Raum. Bochum: Brockmeyer, 1990, S. 175.

³⁶ Bäder, Brigitte: Medizin im Wandel der Zeit, in: Bäder, Brigitte/Cattani, Paul: Presse und Medizin im Spannungsverhältnis. Neudruck zweier Pionierstudien der Medizinkommunikation. Bochum: Brockmeyer, 1993, S. 139.

Diese asymmetrische Darstellung der Beziehung zwischen Medizin und Journalismus wurde im Laufe der Zeit durch eine zunehmende Form der Reziprozität abgelöst. Wilhelm Girstenbrey drückt die Wechselseitigkeit dieses Verhältnisses folgendermaßen aus:

„(...) Ärzte spielen gern Gendarm, wo die Journalisten Räuber spielen. Journalisten treten gern aufs Gaspedal- Ärzte viel lieber auf die Bremse. Der Gegensatz zwischen Ärzten und Journalisten ist also fast naturgegeben. Beide leben in ihren eigenen Welten. Sie sehen die gleichen Dinge, aber sie sehen sie anders, unter anderen Blickwinkeln. So geht auch jeder seine eigenen Wege und wundert sich ständig darüber, daß der andere so ein merkwürdiger Patron ist.“³⁷

Die Gründe, warum Mediziner den Medizinjournalisten oft mit großer Skepsis entgegneten, lassen sich zum einen auf die Frage nach der dem Journalismus zugrundeliegenden Faktenpräzision und zum anderen auf die Themenwahl zurückführen.³⁸

Was die Auswahl der Themen betrifft, wird diese seitens der Medien oftmals durch eine Pflicht zur Aufklärungsarbeit gerechtfertigt, was wiederum für den Arzt oftmals die gleiche Pflicht bedeutet. So muss sich der Arzt genauso mit den in den Medien als neu angepriesenen Behandlungsmethoden auseinandersetzen, wenn ihn Patienten diesbezüglich konsultieren. Folglich wird er entweder damit konfrontiert die Dinge wieder ins rechte Licht rücken zu müssen und den Patienten aufzuklären, oder aber er wird durch den Patienten von einer neuen Behandlungsmethode in Kenntnis gesetzt. Beides bedeutet für den Arzt zusätzliche durch die Medien generierte Arbeit, zu der er aber ohnehin verpflichtet ist.³⁹

Bei der Beurteilung der journalistischen Umsetzung der Themen berücksichtigen die Mediziner aber nur selten die journalistischen Rahmenbedingungen. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Personal- und Zeitknappheit, Informationsflut und mangelnden Publikationsplatz, welche die Arbeit des Journalisten einschränken bzw. erschweren.⁴⁰ In diesem Zusammenhang wurden im Rahmen einer Untersuchung von Susanne Stein, Journalisten mit unterschiedlichen Vorwürfen konfrontiert. Zum einen wurde ihnen unterstellt, dass sie sich in ihrer Themenwahl nicht an sachlichen Kriterien orientieren, sondern dem „Gusto einer unqualifizierten Mehrheit“ folgen würden und demzufolge der Fokus der Berichterstattung hauptsächlich auf Sensationelles gerichtet wäre. Außerdem wurde eine fehlende medizinische Fachkenntnis und somit ein Defizit auf dem Gebiet der medizinjournalistischen Ausbildung konstatiert. Insbesondere bei Beiträgen, in denen ein Arzt im Mittelpunkt stand, wurde den Journalisten eine „polemische“ und von „Neidgefühlen überlagerte Berichterstattung vorgeworfen“.⁴¹

Entgegen dieser Auffassung sehen sich Journalisten durch die Öffentlichkeit in ihrer Rolle als Beobachter, Kritiker und Beurteiler bestätigt. Zudem wird ihre Arbeit durch das Paradoxon der Anforderungen, die an sie gestellt werden, erschwert. Zum einen müssen sie im Bezug auf

³⁷ Girstenbrey, Wilhelm: Mit Journalisten leben. Ein Ratgeber für Ärzte, Köln, 1976, S. 7.

³⁸ Vgl. Fischer, Heinz-Dietrich: Medizin und Journalismus- symbiotische oder antagonistische Beziehungen?, in: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Medizinjournalismus in Massenmedien. Ausbildung-Aufgaben-Ansätze. Konstanz: Univ.-Verlag, 1992, S. 15.

³⁹ Vgl. Göpfert, 2006b⁵, S. 234.

⁴⁰ Vgl. Stein, Susanne: Zum Verhältnis der Berufsgruppen Arzt und Journalist dargestellt und untersucht am Beispiel des Gesundheitsforums der Süddeutschen Zeitung. Bochum: Brockmeyer, 1991, S. 71.

⁴¹ ebenda, S. 152f.

ihnen noch unbekannte oder schwierige Forschungsgebiete ständigen Lerneifer zeigen und zum anderen müssen sie gleichzeitig die Fähigkeit besitzen, diese auch in Frage zu stellen, d.h. „die Spreu vom Weizen zu trennen“ um damit zu verhindern, dass sie selbst „zu Transporteuren von Falschmeldungen, Eitelkeiten, Selbstreklame und schlichter Spinnerei gemacht werden“.⁴²

Die Vorwürfe der Mediziner seitens der Journalisten halten sich dennoch aufrecht und basieren hauptsächlich auf der journalistischen Auswahl der Darstellungsform und Themen und der Seriosität der Quellen. Erwähnenswert ist auch die Identifikation einer negativen Konnotation im Hinblick auf den Journalisten als Person.⁴³ Im Hinblick auf diese Relation wären weitere Untersuchungen unter sozialpsychologischen Aspekten interessant, da eine Übertragung der Eigenschaften der Handlung auf die Person erfolgt sein könnte und vice versa (vgl. „Halo-Effekt“, Kap. 3.2).

Vor diesem Hintergrund scheint die Zusammenarbeit von Ärzten und Journalisten weiterhin problematisch und die Suche nach möglichen Synergien erweist sich weitgehend als erfolglos. Jedoch sind beide Gruppen aufeinander angewiesen, wenn es um die Verwirklichung ihrer beruflichen Ziele geht. Beide haben bezugnehmend auf die Öffentlichkeit die gemeinsame Verantwortung das Wohl der Bürger zu fördern. Trotz der enormen Kritik der Ärzte am Medizinjournalismus muss auch festgehalten werden, dass vieles an gesundheitlicher Fürsorge ohne begleitende journalistische Maßnahmen nicht möglich wäre. Hans Wilhelm Schreiber betont daher in seinem Plädoyer zur Kooperation von Medizinern und Medienexperten, die Wichtigkeit einer besseren Interaktion, „*Versachlichung anstelle von Verkrampfung, mehr gegenseitiges Verständnis und Bemühen um ein partnerschaftliches, dem Gemeinwohl verantwortliches Miteinander. Arzt und Journalist leben nicht in zwei Welten, sondern in einer*“.⁴⁴

2.4 Der Rezipient

Aktuelle Ansätze zur Rezipientenforschung im Wissenschaftsjournalismus liefert die Wissenschaftsforscherin Helga Nowotny, deren Überlegungen auf drei grundlegenden Säulen fußen. Indes spricht sie von einer „Suche nach dem Publikum“, auf die sich die Wissenschaft begeben muss. Interessant ist hier das offenbar umgekehrte Abhängigkeitsverhältnis, welches als Resultat ein breiteres Publikum einfordert, das über den Kreis der engen Fachkollegen hinausreicht. Nowotny spricht weiter von den Herausforderungen vor denen Journalisten stehen, da die Öffentlichkeit heute mehr erwartet als bloße Abhandlungen über wissenschaftlichen Inhalt. Es werden viel mehr Argumente für öffentliche Diskussionen gefordert. Auch der Frage der Popularisierung von Wissenschaft wird nachgegangen. Als eindeutige kommunikative Schranke wird die Sprache identifiziert.⁴⁵

⁴² Roegele, Otto B.: Medizinerbild und Öffentlichkeit, in: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Publizistikwissenschaftler und Medizinkommunikation im deutschsprachigen Raum. Bochum: Universitätsverlag Brockmeyer, 1990, S. 107.

⁴³ Vgl. Stein, 1991, S. 165f.

⁴⁴ Schreiber, Hans Wilhelm: Plädoyer zur Kooperation von Medizinern und Medienexperten, in: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Medizinpublizistik: Prämissen-Praktiken-Probleme. Frankfurt am Main: Lang, 1990, S. 102.

⁴⁵ Vgl. Nowotny, Helga: Wissenschaft auf der Suche nach ihrem Publikum, in: Müller, Christian (Hg.): SciencePop. Wissenschaftsjournalismus zwischen PR und Forschungskritik. Graz: Nausner&Nausner, 2004, S. 221ff.

„Kommunizieren, indem man anderen Anteil haben lässt, ist eine Möglichkeit, wie Wissenschaft populärer werden kann. Es könnte dazu führen, dass nicht nur der Salon, sondern die Küche der Wissenschaft geöffnet wird, wie es Claude Bernard einmal ausgedrückt hat. Das Öffnen der Küche gewährt der Öffentlichkeit Zutritt zu einer anderen Seite der Wissenschaft (und der Forschenden)- er gewährt Einblick in die Freuden und Spannung, aber auch die gelegentlichen Frustrationen und anderen Kehrseiten.(...)“⁴⁶

Trotz all der Hindernisse, denen der Wissenschaftsjournalismus gegenüber steht, ist in den letzten Jahren ein wahrer „Wissenschaftsboom“ in der publizistischen Berichterstattung zu verzeichnen. Laut einer von der FH Joanneum Graz durchgeführten Studie, die das Publikum wissenschaftsjournalistischer Beiträge und Sendungen analysierte, lässt sich dies auf ein geändertes Hauptmotiv zurückzuführen: Die Neugier ist der Skepsis gewichen.⁴⁷ Die Zielgruppe setzt sich dabei aus doppelt so vielen Männern wie Frauen zusammen und ist vorwiegend im Bereich der Altersgruppe der 20 bis 39-jährigen anzutreffen. Obwohl im Wissenschaftsjournalismus der Bereich Medizin und Gesundheit von den Journalisten als sehr wichtig eingeschätzt wurde, ergab die Studie ein gegenteiliges Resultat im Bezug auf die Wünsche der Rezipienten. So scheint es, dass die Biologie die Medizin verdrängt hat.⁴⁸ Ob dieser Trend weiter anhält, wäre zu beobachten. Gegenwärtig hält der Medizinjournalismus weiterhin große Anteile an der Berichterstattung. Dieser wurde auch im Rahmen der Analyse des Forschungsprojektes des Medienhauses Wien als überdurchschnittlich dominant in den untersuchten Medien beschrieben. Mehr als ein Drittel der Berichte in den aktuellen Wissenschaftsressorts drehen sich um medizinische und fast ebenso viele um naturwissenschaftliche Themen. Ergebnisse aus Human-, Geistes-, Sozial- und Kulturwissenschaften sind auf den Wissenschaftsseiten eher unterrepräsentiert und werden öfter in anderen Ressorts publiziert.⁴⁹

Die Erwartungen, die seitens der Rezipienten an den Medizinjournalismus gestellt werden, werden demnach immer größer, verhalten sich aber je nach Zielgruppe sehr dispers. Die Suche nach Informationen im Bereich Gesundheit und Medizin kann daher auch als Resultat einer möglichen Bedürfnisbefriedigung gesehen werden. Das Spektrum dieser Bedürfnisse reicht dabei von existentiellen Grundbedürfnissen wie Hoffnung und Angst bis hin zu purem Informations- und Wissensdurst. Rezipienten von Tageszeitungen haben demnach auch andere Ansprüche an Medizin- und Gesundheitsberichterstattung als jene die Publikums- oder Fachzeitschriften konsumieren. Vor allem der Laie muss im Bereich der Medizinberichterstattung mit besonderer Sorgfalt bedacht werden. Winfried Göpfert betont in diesem Zusammenhang die Service- und Ratgeberfunktion, die der Medizinjournalismus wahrzunehmen hat. Den Laien in den Mittelpunkt zu stellen, wäre im Medizinjournalismus noch wichtiger als im Wissenschafts-

⁴⁶ Vgl. Nowotny, Helga: Wissenschaft auf der Suche nach ihrem Publikum, in: Müller, Christian (Hg.): SciencePop. Wissenschaftsjournalismus zwischen PR und Forschungskritik. Graz: Nausner&Nausner, 2004, S. 221ff.

⁴⁷ Vgl. Neuper, Manfred/Santner, Katharina/Schoklitsch, Falko: Wissenschaftsjournalismus und seine Rezeption. Eine Studie der Fachhochschule (FH) Joanneum, Studiengang Journalismus und Unternehmenskommunikation: Das Publikum, in: Müller, Christian (Hg.): SciencePop. Wissenschaftsjournalismus zwischen PR und Forschungskritik. Graz: Nausner&Nausner, 2004, S. 21.

⁴⁸ Vgl. Reichmann, Harald: Wissenschaftsjournalismus und seine Rezeption. Eine Studie der Fachhochschule (FH) Joanneum, Studiengang Journalismus und Unternehmenskommunikation: Übereinstimmungen und Divergenzen, in: Müller, Christian (Hg.): SciencePop. Wissenschaftsjournalismus zwischen PR und Forschungskritik. Graz: Nausner&Nausner, 2004, S. 33f.

⁴⁹ Vgl. Medienhaus Wien: Pressemitteilung: Nature and Science dominieren Wirtschaftsberichterstattung. (18.08.2006), 2006.

journalismus ohnehin. Informationen über Gesundheitsvorsorge und den alltäglichen Umgang mit Krankheit und Befindlichkeitsstörungen stellen für den Rezipienten einen attraktiven Lesestoff dar. Allerdings warnt Göpfert davor, sich vom Anspruch einer Gesundheitserziehung frei zu machen, denn dies wäre keine Aufgabe der Medien. Deren vorrangiges Ziel sollte es sein, die Kompetenz des Laien zu erhöhen und seine Kritikfähigkeit zu schärfen.⁵⁰

Eine weitere Schwierigkeit, die es im Hinblick auf den Rezipienten zu berücksichtigen gilt, ist die Einschätzung der medizinischen Nachricht im Hinblick auf ihre Glaubwürdigkeit. Wird im Text nicht eindeutig auf Quellen verwiesen, so geht insbesondere der Laie als Rezipient davon aus, dass die Information korrekt ist. Auch das Auftauchen von etwaigen medizinischen Fachtermini veranlasst den Rezipienten nicht dazu diese kritisch zu hinterfragen, sondern führt eher dazu diese aufgrund der eigenen Inkompetenz in sich ruhen zu lassen. Diese Problematik impliziert gleichsam die zweite Schwierigkeit: „Die altbewährte Verständigungsschwierigkeit in der Sprache zwischen Fachleuten und Laien.“⁵¹ In diesem Kontext kann die Korrelation zwischen der zunehmenden Nutzung von Massenmedien als Informationsquelle und einer gestörten Arzt-Patienten- Beziehung bestätigt werden.

Die Nutzung von medizinjournalistischen Angeboten kann das Verhältnis von Arzt und Patient in zweierlei Hinsicht beeinflussen. Zum einen wird der Patient förmlich in die Arme der Medizinberichterstattung getrieben, denn ein nicht erteilter Rat im Rahmen der Konsultation eines Arztes wird in den Medien gesucht. Das Vertrauen in den Arzt und seine Fähigkeiten schwindet. Umgekehrt kann der Arzt selbst dazu beitragen das Verhältnis zum Patienten negativ zu beeinflussen, wenn er beispielsweise eine von den Medien angepriesene Behandlungsmaßnahme oder Therapie nicht anwendet, seine eigene Methode in der Anwendung jedoch auch keine Heilung erzielt.⁵²

Unabhängig vom Auslöser, der die Informationssuche letztendlich beim Patienten initiiert, wird das Vertrauensverhältnis zwischen beiden Parteien einer ständigen Prüfung unterzogen. Diese Krise zwischen Arzt und Patient wird nicht zuletzt auch auf den Faktor der zunehmenden Entpersonalisierung zurückgeführt. Die Massenmedien nehmen in diesem Prozess eine wichtige Schlüsselrolle ein, indem sie wie auch der Arzt, „individuell verwendbare Informationen“ transportieren: „Medizinische Kenntnisse und Verhaltensregeln können auch dann übermittelt werden, wenn der Arzt nicht mehr persönlicher Partner der Beziehung ist.“⁵³

2.5 Inhalte und Themen von (Medizin-)journalismus

Die Darstellung der Inhalte und Themen im Medizinjournalismus umfasst ein breites Spektrum und ist gleichzeitig von außerordentlicher Divergenz geprägt. Das publizistische Angebot reicht von Sensationsthemen wie Krebs und Herzinfarkt über Grundlagenforschung, Vorsorgemedizin

⁵⁰ Vgl. Göpfert, 2006b⁵, S. 231ff.

⁵¹ Wende, Detlev: Über die medizinische Berichterstattung von Krebs in Tageszeitungen und deren kritische Bewertung. Bochum: Brockmeyer, 1990, S. 2.

⁵² Vgl. Boes, 1997, S. 22.

⁵³ Roloff, 1990, S. 67.

bis hin zur geschickt kaschierten Schleichwerbung in PR-Texten. Die Seriosität bzw. die Qualität und Quantität der Information muss dabei in Frage gestellt werden.⁵⁴

In einer aktuellen Studie der Fachhochschule (FH) Joanneum zum Thema Wissenschaftsjournalismus waren die befragten Journalisten der Meinung⁵⁵, dass gerade im Bereich der Medizinberichterstattung Reizthemen wie Krebs oder ein eigener Nutzwert, der bestimmten Themen anhaftet, den Grund für das rege Interesse des Publikums darstellen. Man entscheidet daher bei der Publikation eines bestimmten Themas bzw. eines Inhaltes auf der Grundlage des vermeintlichen Leserinteresses.⁵⁶

Zweifellos gilt es im Bereich der Themenauswahl auch Differenzen in der jeweiligen Zielgruppe zu berücksichtigen. Medien, die in erster Linie an ein Fachpublikum gerichtet sind, werden demnach auch unterschiedliche Themen und Inhalte behandeln, als jene, die ausschließlich an ein Laienpublikum gerichtet sind. So ist es aufgrund des enormen Angebots dem Mediziner nahezu unmöglich die gesamte Literatur zu rezipieren oder nach bestimmten Themen zu selektieren. Deren Themenauswahl basiert daher eher auf einem Konglomerat aus Überblick, Willkür und Zufall. In diesem Kontext unternimmt Boes den Versuch einer Kategorisierung des jeweiligen subjektiven Nutzens für den Mediziner:

- Wissenschaftsbezogene Fragen: medizinische Methoden, ärztliche Fortbildung oder Berufspolitik
- Standespolitische Fragen: Gebührenordnungen, ärztliches Vertrags- oder Kassenrecht
- Arzneibezogene Fragen: neue Medikamente oder spezielle Arzneien
- Sozialbezogene Fragen: sprachlicher Umgang oder psychologisches Vorgehen bei Patienten.⁵⁷

Karl Maria Kirch konzentriert sich in seinen Ausführungen ausschließlich auf die Laien-Medien. Im Unterschied zur Kategorisierung nach Boes nennt Kirch die Gruppe der Arzneimittel nicht als eigenständiges Themengebiet, wobei dieses bei Kirch im Rahmen der Selbstbehandlung bzw. unter den Behandlungsmethoden angesiedelt werden müsste. Die sozialbezogenen Fragen werden ebenfalls nur in der Fachpresse erwähnt, während Aktuelles zur Standespolitik in beiden Kategorisierungsversuchen Einzug gefunden hat. Kirch spricht daher von fünf zentralen Themenbereichen:

- Vorsorge und Früherkennung: Ernährungslehre, Körperliche Bewegung, Geistige Fitness, Ratschläge über den Umgang mit Genussmitteln
- Kennenlernen des eigenen Organismus und seiner Funktionen: Darstellung der Anatomie und der Physiologie des menschlichen Organismus
- Selbstbehandlung und ihre Grenzen: Gesundheitsstörungen wie Erkältungsinfekte oder kurzfristige Kopfschmerzen

⁵⁴ Vgl. Ruß-Mohl, 1986, S. 202ff.

⁵⁵ Im Rahmen der Studie wurden fünf Tiefeninterviews mit Journalisten geführt.

⁵⁶ Vgl. Reichmann, 2004, S. 34.

⁵⁷ Vgl. Boes, 1997, S. 21.

- Forschungsberichte über Fortschritte der Diagnostik und Therapie bzw. auch Behandlungsmethoden
- Standespolitik: Klärende Stellungnahmen auch im Hinblick auf das Image des Arztes.⁵⁸

Ein Vergleich der Themenbereiche der Fach- und der Laienpresse macht vor allem deutlich, wie divergent die Interessen bezüglich der Themenwahl scheinen, was mitunter auf den eingangs erwähnten persönlichen Nutzwert zurückzuführen ist. Eine Gemeinsamkeit besteht jedoch im Interesse an Therapien und Behandlungsmethoden, was in der Fachpresse unter dem Bereich der arzneibezogenen Fragen summiert werden kann. Trotzdem kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Patient sowie der Arzt als Rezipient von Printmedien den gleichen Wissensstand aufweisen. Diese Kluft ergibt sich unter anderem aufgrund der unterschiedlichen Auswahlkriterien, auf die die jeweiligen Medien zurückgreifen bzw. Wert legen.

2.5.1 Auswahlkriterien: Relevanz und Integration der Nachrichtenwert-Theorie

Nahezu unweigerlich eröffnet sich ein breites Spannungsfeld zwischen Medizin und Publizistik, wenn man deren gegensätzliche Dynamik betrachtet. Während die Publizistik von der Aktualität und der Exklusivität von Themen lebt, dominiert in der Medizin die Erfahrungswissenschaft - die Routine des Alltags. Aktualität spielt daher nur eine untergeordnete Rolle. Dies ist unter anderem auch medienspezifischen Faktoren zuzuschreiben, denn durch eine wöchentliche Erscheinungsweise werden ohnehin nur Themen von sekundärer Aktualität dargeboten.⁵⁹

Ein weiteres Kriterium für die Selektion eines Themas bildet die Wichtigkeit oder die wissenschaftliche Relevanz, wobei diese zwangsweise immer den subjektiven Wertvorstellungen des jeweiligen Medizinjournalisten unterliegt.⁶⁰ Grundsätzlich scheint es daher keine einheitlichen Maßstäbe zu geben, wann ein Thema wissenschaftlich relevant genug ist, um publiziert zu werden. In diesem Zusammenhang spricht Markus Lehmkuhl wissenschaftlichen Zeitschriften einen sehr hohen „Impact Factor“⁶¹ zu, was sich im Zuge einer Untersuchung am Beispiel medizinischer Themen widerspiegelte. Etwa 40 Prozent der Berichterstattung in Wissenschaftsteilen überregionaler Tages- und Wochenzeitungen ließen sich auf Fachveröffentlichungen zurückführen, wobei die Medien mit hohem Impact Factor („Nature“, „Science“, „New England Journal of Medicine“, „The Lancet“, usw.) eine besonders entscheidende Rolle spielten.⁶² Warum die wissenschaftliche Relevanz aber nur einen von vielen Nachrichtenfaktoren darstellt, zeigt sich in der Gesamtbetrachtung des Wissenschaftsjournalismus. In der Regel werden jene Bereiche wie die Medizin bevorzugt, da sich die „Publikumsnähe“ offenbar

⁵⁸ Kirch, Karl Maria: Mediziner als Journalisten in populären Massenmedien, in: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Medizinpublizistik: Prämissen-Praktiken-Probleme. Frankfurt am Main: Lang, 1990, S. 89-97, S. 94ff.

⁵⁹ Vgl. Deneke, 1985, S. 60.

⁶⁰ Vgl. Boes, 1997, S. 14.

⁶¹ Wissenschaftliche Zeitschriften haben, sofern sie im „web of science“ gelistet sind, einen sogenannten „Impact Factor“. Dieser gibt an, wie oft Artikel aus der jeweiligen Zeitschrift zitiert wurden.

⁶² Vgl. Lehmkuhl, Markus: Auswahlkriterien für Wissenschaftsnachrichten, in: Göpfert, Winfried (Hrsg.): Wissenschaftsjournalismus. Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis. Berlin: Ullstein Buchverlage GmbH, 2006², S. 102.

leichter herstellen lässt“.⁶³ Dahingehend bezeichnet Markus Lehmkuhl die regionale Nähe als einen Nachrichtenfaktor, der gemeinhin unterschätzt wird:

„(...) So zeigt sich, dass die Redaktionen wissenschaftliche Nachrichten aus dem Land bevorzugen, in dem sie erscheinen. Insbesondere für Regionalzeitungen hat eine wissenschaftliche Nachricht dann größere Auswahlchancen, wenn sie sich in irgendeiner Weise regionalisieren lässt. Dazu genügt, dass in der Region Experten verfügbar sind, die Stellungnahmen liefern zu einem Forschungsergebnis, das anderswo hervorgebracht worden ist.“⁶⁴

Anhand dieser Überlegungen zeigt sich, dass sich scheinbar auch die Medizin- und Gesundheitsberichterstattung an bestimmten Nachrichtenfaktoren orientiert. Da die Nachrichtenwert-Theorie das theoretische Fundament der Untersuchung der vorliegenden Arbeit bildet, soll im Folgenden auf die Entwicklung und Determinanten der Nachrichtenwertforschung näher eingegangen werden.

Die Nachrichtenwertforschung beschäftigt sich mit der Frage, welche Charakteristika ein Ereignis haben muss, damit es zur Nachricht wird. Sie abstrahiert daher vom Prozess der Auswahl und Vermittlung medialer Informationen und von den an ihm beteiligten Personen.

Walter Lippmann galt als der erste, der sich mit dem Phänomen der Nachrichtenwerte beschäftigte, indem er sich bereits in den 1920er Jahren die Frage stellte, welche Kriterien Ereignisse erfüllen müssen, um zu Nachrichten zu werden. In diesem Zusammenhang wurde das erste Mal der Begriff „news value“ verwendet.⁶⁵ Darunter werden Ereignismerkmale wie Sensationalismus, Nähe, Relevanz, Eindeutigkeit und Faktizität verstanden, die die Publikationswahrscheinlichkeit eines Ereignisses erhöhen.⁶⁶

Unabhängig von der amerikanischen Forschungstradition entwickelte sich 1965 eine europäische Forschungstradition, die auf die Überlegungen von **Einar Östgaard** zurückgeht. Östgaard unternahm den ersten Versuch einer Formulierung der Nachrichtenwert-Theorie, indem er drei Faktoren ermittelte, die die Auswahl von Nachrichten weitgehend steuern sollten: Simplifikation, Identifikation und Sensationalismus. Die Simplifikation einer Nachricht führt dazu, dass deren Inhalte möglichst einfach strukturiert werden und somit komplexeren Zusammenhängen vorgezogen werden. Unter dem Faktor der Identifikation werden die räumliche, kulturelle und zeitliche Nähe zum Geschehen zusammengefasst sowie der Status der Ereignisnation, der soziale Rang, die Prominenz der Akteure und jede Form der Personifizierung. Der Sensationalismus von Nachrichten bezeichnet das Berichten über dramatische und emotional erregende Sachverhalte, die die Aufmerksamkeit der Rezipienten erlangen. Joachim Friedrich Staab kritisiert jedoch in diesem Zusammenhang eine theoretische Unschärfe, die den Ausführungen von Östgaard zugrunde liegt. Dies führt er vor allem darauf

⁶³ Lehmkuhl, Markus: Auswahlkriterien für Wissenschaftsnachrichten, in: Göpfert, Winfried (Hrsg.): Wissenschaftsjournalismus. Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis. Berlin: Ullstein Buchverlage GmbH, 2006⁵, S. 102.

⁶⁴ Vgl. Lehmkuhl, 2006, S.102.

⁶⁵ Vgl. Lippmann, Walter: Die öffentliche Meinung. München: Rütten+Loening, 1964, S. 237.

⁶⁶ Vgl. ebenda, S. 230 ff.

zurück, dass die Begriffe „Ereignis“ und „Nachricht“ nicht explizit voneinander abgegrenzt wurden.⁶⁷

Staab knüpft daher an den Ansatz von **Johan Galtung und Mari Holmboe Ruge** an, die das Konzept Östgaards weiter ausdifferenzierten und erstmals einen detaillierten Katalog mit zwölf Nachrichtenfaktoren aufstellten: Frequenz, Aufmerksamkeitsschwelle, Eindeutigkeit, Bedeutsamkeit, Konsonanz, Überraschung, Kontinuität, Variation, Bezug zu Elite Nationen, Personalisierung und Negativität. Zudem formulierten Galtung und Ruge fünf Hypothesen, die die Abhängigkeit der Faktoren untereinander definierten. Die Publikations- bzw. Beachtungschancen eines Ereignisses sind umso größer,

- je mehr verschiedene Nachrichtenfaktoren es erfüllt (Selektions-Hypothese),
- je höher der Verzerrungsfaktor durch Klischees und Stereotypen erscheint (Verzerrungs-Hypothese),
- je öfter es durch Wiederholung verstärkt wird (Wiederholungshypothese),
- je mehr Faktoren darauf zutreffen (Additivitäts-Hypothese) und
- je häufiger die Kompensation eines fehlenden Faktors durch einen anderen erfolgt (Komplementaritäts-Hypothese).⁶⁸

Staab kritisiert jedoch auch in diesem Zusammenhang die unzureichenden Begriffsdefinitionen und die fehlende Aufklärung über mögliche Zusammenhänge.

Winfried Schulz verfolgte aufgrund seiner erkenntnistheoretischen Perspektive einen gänzlich anderen Ansatz und forderte eine vollständige Neuorientierung. In den bis dahin durchgeführten Untersuchungen bemängelte er den konstanten Versuch eine „faktische Realität“ messbar machen zu wollen, was per se aber nicht möglich wäre. Medienberichterstattung sei als Abbild der Realität zu verstehen, was eine Einschränkung des Geltungsbereiches der Nachrichtenwert-Theorie bewirken würde. In diesem Kontext wies Schulz erstmals auf die Bedeutung des journalistischen Handelns hin und stellte folgende Ausgangshypothese auf:

„Je mehr eine Meldung dem entspricht, was Journalisten für wichtige und mithin berichtenswerte Eigenschaften der Realität halten, desto größer ist ihr Nachrichtenwert.“⁶⁹

Im Zuge dessen nahm Schulz eine klare Trennung zwischen Ereignissen und Meldungen vor, wobei er zwischen Nachrichtenwerten und Nachrichtenfaktoren unterschied. Nachrichtenfaktoren bestimmen den Nachrichtenwert von Ereignissen und Meldungen. Als Indikatoren für den Nachrichtenwert beschreibt er einerseits Selektionsentscheidungen von Massenmedien und andererseits der Beachtungsgrad von Meldungen, der durch Umfang, Aufmachung und Platzierung bestimmt wird. Um die Zusammenhänge zwischen Nachrichtenfaktoren und

⁶⁷ Vgl. Staab, Joachim Friedrich: Nachrichtenwert-Theorie. Formale Struktur und empirischer Gehalt. München: Alber, 1990, S. 55ff.

⁶⁸ Vgl. ebenda, S. 59ff.

⁶⁹ Schulz, Winfried: Die Konstruktion von Realität in den Nachrichtenmedien. Analyse der aktuellen Berichterstattung. Freiburg/München: Alber, 1976, S. 30.

Nachrichtenwerten zu überprüfen, überarbeitete er den Katalog der Nachrichtenfaktoren und ergänzte diesen um auch nationale und unpolitische Ereignisse analysieren zu können.

Schulz revolutionierte die bestehenden Theorien in zweierlei Hinsicht. Zum einen definierte er Nachrichtenfaktoren nicht mehr ereignisbezogen, sondern medienintern und zum anderen ermöglichten seine präzisen Definitionen und Kategorisierungen eine empirische Überprüfung anhand messtheoretischer Konzepte. Dabei wurde die Intensität jedes Nachrichtenfaktors auf einer vierstufigen Skala gemessen und mit dem Nachrichtenwert in Beziehung gesetzt. Dieser wurde anhand des Umfangs von Meldungen in Spaltenzentimetern bzw. Sekunden bestimmt und deren Ausprägung der Beachtungsgrade gemessen (auf einer vierstufigen Skala).⁷⁰

Auf Basis all dieser Arbeiten ging **Joachim Friedrich Staab** 1990 einen Schritt weiter und setzt dem „Kausalmodell“, das den traditionellen Konzepten der europäischen Nachrichtenfaktorenforschung gemeinsam ist, ein „**Finalmodell**“ entgegen: Die Eigenschaften von Ereignissen steuern dabei nicht die Selektion oder Konstruktion durch die Journalisten, sondern die Journalisten reichern die, von ihnen zum Zweck der „**instrumentellen Aktualisierung**“, ausgewählten Nachrichten mit den entsprechenden Faktoren an.⁷¹ Der Prozess der „instrumentellen Aktualisierung“ geht auf die Ausführungen von Matthias Kepplinger et al. zurück. Seine Überlegungen basieren auf der Theorie der publizistischen Konflikte. Ein solcher Konflikt liegt vor, wenn eine Kontroverse zwischen mindestens zwei Kontrahenten mit Informationen über einen Konfliktgegenstand via Massenmedien vor einem Publikum besteht. Der instrumentellen Aktualisierung und der Umbewertung kommt dabei die Bedeutung einer grundlegenden Taktik in publizistischen Konflikten zu. In diesem Zusammenhang wird auch von zwei unterschiedlichen Strategien ausgegangen (vgl. Abbildung 3).⁷²

Taktiken		
Strategien	Umbewertung	Instrumentelle Aktualisierung
Offensiv	Schwächung der gegnerischen Seite durch Verschlechterung bestehender Bewertungen	Schwächung der gegnerischen Seite durch Bekanntmachung schädlicher Gegebenheiten
	Stärkung der eigenen Seite durch Verbesserung bestehender Bewertungen	Stärkung der eigenen Seite durch Bekanntmachung nützlicher Gegebenheiten
Defensiv		

Abbildung 3: Strategien und Taktiken in publizistischen Konflikten⁷³

⁷⁰ Vgl. Schulz, 1976, S.124.

⁷¹ Vgl. Staab, 1990, S. 96.

⁷² Kepplinger, Hans Mathias/Brosius, Hans-Bernd/Staab, Joachim Friedrich/Linke, Günter: Instrumentelle Aktualisierung. Grundlagen einer Theorie publizistischer Konflikte, in: Kaase, Max/Schulz, Winfried (Hrsg.): Massenkommunikation. Theorien, Methoden, Befunde. Sonderheft 30 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1989, S. 201ff.

⁷³ Quelle: Kepplinger/Brosius/Staab/Linke, 1989, S. 206.

Kepplingers Überlegungen basieren vordergründig auf den Versuchen der Politik die Publizistik zu instrumentalisieren:

„Politiker, politische Parteien und Regierungen versuchen, die Massenmedien zu instrumentalisieren, indem sie ihnen unter anderem gezielt Informationen zuspielen, die für sie selbst nützlich und für ihre Gegner schädlich sind (...), die Massenmedien versuchen Politiker, Parteien und Regierungen zu instrumentalisieren, indem sie bevorzugt jene zu Wort kommen lassen, die ihrer Sichtweise Ausdruck verleihen.(...)“⁷⁴

Staabs Fokus auf die Person des Journalisten bedingt daher eine neue Sichtweise, indem dieser nicht nur mehr als passiver Vermittler gesehen wird, sondern als ein Gestalter von Informationen, der sich an subjektiven Meinungen und Wertvorstellungen orientiert, dabei aber auf das Nachrichtenwertkonzept zurückgreift. Sein beschriebenes Finalmodell setzt die Gültigkeit des Kausalmodells voraus und soll vor allem als sinnvolle Ergänzung dazu gesehen werden.

Zudem nimmt Staab eine weitere Reformulierung des Nachrichtenwertkatalogs vor und kommt zu 22 Faktoren, die auch heute noch als maßgebliche Grundlage im Bereich der Nachrichtenwertforschung gesehen werden können. Alle späteren Überarbeitungen des Kataloges stellen Aktualisierungen bzw. Vereinfachungen des Modells von Staab dar.⁷⁵

Im Anschluss an Staab untersuchte **Christiane Eilders** die Nachrichtenfaktoren im Hinblick auf ihre Rezeption. Sie knüpft dabei an die Überlegungen von Galtung und Ruge an, die von der Verwendung der gleichen Selektionskriterien bei Journalisten und Rezipienten ausgehen, d.h., dass Nachrichtenfaktoren somit als allgemein-menschliche Selektionskriterien gesehen werden können.⁷⁶

Die aktuellsten Untersuchungen zur Nachrichtenwertforschung wurden von **Georg Ruhrmann** durchgeführt, wobei sein Forschungsinteresse nicht den Printmedien, sondern den Fernsehnachrichten gilt. Er verfolgte einen rezipientenorientierten Ansatz im Bereich der Relevanz von Nachrichtenfaktoren für TV-Nachrichten⁷⁷. Des Weiteren widmete er sich einer Problemstellung auf der Kommunikatorseite, wobei er die Veränderung von Nachrichtenfaktoren und deren Auswirkung auf die journalistische Praxis untersuchte.⁷⁸ Ruhrmann leistete damit einen Beitrag zur Klärung der Genese von Nachrichtenfaktoren, indem er Journalistenbefragungen durchführte und die Resultate den Kriterien von Nachrichtenagenturen und journalistischen Praxishandbüchern gegenüberstellte.⁷⁹

⁷⁴ Kepplinger, 1989, S. 206.

⁷⁵ Vgl. Kepplinger, Hans-Matthias/Rouwen, Bastian: Der prognostische Gehalt der Nachrichtenwerttheorie, in: Publizistik 45(4), 2000, S. 462.

⁷⁶ Vgl. Eilders, Christiane: Nachrichtenfaktoren und Rezeption. Eine empirische Analyse zur Auswahl und Verarbeitung politischer Information. Opladen: Westdt. Verlag, 1997, S. 263.

⁷⁷ Vgl. Ruhrmann, Georg: Der Wert von Nachrichten im deutschen Fernsehen: ein Modell zur Validierung von Nachrichtenfaktoren. Opladen: Leske + Budrich, 2003.

⁷⁸ Vgl. Ruhrmann, Georg/Göbbel, Roland: Veränderung der Nachrichtenfaktoren und Auswirkungen auf die journalistische Praxis in Deutschland. Abschlussbericht für netzwerk recherche e.V., 2007. Online im WWW unter URL: <http://www.netzwerkrecherche.de/docs/ruhrmann-goebbel-veraenderung-der-nachrichtenfaktoren.pdf> [Stand: 18.10.2008].

⁷⁹ Vgl. ebenda, S. 3.

Östgaard (1965)	Galtung/Ruge (1965)	Schulz (1976)	Staab (1990)	Eilders (1997)	Ruhrmann (2001)
Identifikation: Status der Ereignismnation	Elitenationen	Nationale Zentralität	Status der Ereignismnation	Trifft nicht zu	Status der Ereignismnation
Identifikation: Räumliche, kulturelle und zeitliche Nähe	Bedeutbarkeit: Kulturelle Nähe, Ethnozentrismus	Neu: Regionale Zentralität Räumliche Nähe, Politische Nähe, Kulturelle Nähe, Ethnozentrismus	Status der Ereignismregion Räumliche Nähe, Politische Nähe, Kulturelle Nähe, Neu: Wirtschaftliche Nähe	Ortsstatus Trifft nicht zu	Ortsstatus Deutsche Beteiligung, Räumliche Nähe, Politische Nähe, Kulturelle Nähe, Wirtschaftliche Nähe
Identifikation: Einfluss	Frequenz/Dauer Elitepersonen	Dauer/Thematisierung Persönlicher Einfluss Prominenz	Etablierung des Themas, Zusammenhang Themen Institutioneller Einfluss, persönlicher Einfluss, Prominenz	Etablierung des Themas Einfluss Prominenz	Etablierung des Themas Einfluss Prominenz
Identifikation: Personalisierung	Personalisierung	Personalisierung	Personalisierung	Personalisierung	Personalisierung
	Bedeutbarkeit: Relevanz	Relevanz	Neu: Faktizität (bei Schulz 1976 als Mischkategorie) Reichweite	Faktizität	Faktizität
	Überraschung: 1. Unvorhersehbarkeit 2. Seitenheit	Überraschung	Überraschung	Überraschung	Überraschung
Sensationalismus: Schaden	Negativismus	Schaden	Tatsächlicher Nutzen/Erfolg, Möglicher Nutzen/Erfolg	Nutzen	Nutzen/ Erfolg
Sensationalismus: Konflikt		Konflikt, Kriminalität	Tatsächlicher Schaden/Misserfolg Möglicher Schaden/Misserfolg	Schaden	Schaden/ Mißerfolg
Sensationalismus: Emotionen			Kontroverse Aggression Demonstration	Kontroverse Demonstration	Kontroverse Demonstration
Aufgegebene Faktoren					
Vereinfachung	Eindeutigkeit Schwellenfaktor: 1. Absolute Intensität 2. Zunahme Intensität Konsonanz: 1. Vorhersehbarkeit 2. Übereinstimmung mit Erwartungen Kontinuität Komposition/ Variation	Struktur			
Anzahl der Faktoren	12	18	22	13	22

Abbildung 4: Entwicklung der Nachrichtenfaktoren⁸⁰

⁸⁰Quelle: Ruhrmann, 2003, S. 46f.

Die Entwicklungen der Nachrichtenwert-Theorie und ihrer Faktoren kann auf eine lange Forschungstradition zurückblicken, die fortwährenden Adaptionen und Modifizierungen unterlag (vgl. Abbildung 4).

In der vorliegenden Arbeit soll das Hauptaugenmerk auf aktuellere Überlegungen von **Hans-Matthias Kepplinger** gelegt werden. Sein Bestreben ist es, die Gültigkeit der Nachrichtenwert-Theorie empirisch nachzuweisen. Kepplingers Untersuchungen basieren auf einer breit angelegten Studie zur Deutschlandberichterstattung in den Jahren 1951 bis 1995. Durch die **Reformulierung der Nachrichtenwert-Theorie** versuchte er den Umfang der Beiträge anhand der zugrundeliegenden Nachrichtenfaktoren vorauszusagen. Ziel seiner Analyse war vor allem das Aufzeigen der Notwendigkeit, Nachrichtenwerte und Nachrichtenfaktoren als eigenständige Variablen zu betrachten. Im Zuge dessen unternahm er den Versuch durch das Definieren von Nachrichtenfaktoren und Nachrichtenwerten als unabhängige Variablen, den Umfang von Beiträgen zu prognostizieren.⁸¹ Kepplinger weist in diesem Kontext darauf hin, dass bisher aus der Nachrichtenwert-Theorie keinerlei empirisch wertvolle Prognosen abgeleitet werden konnten und außerdem die Theorie noch keiner wissenschaftlichen Prüfung unterzogen wurde.⁸²

Grundlage der Analyse bildete der Katalog der Nachrichtenfaktoren nach Staab, von denen elf Nachrichtenfaktoren vor Beginn der Studie als besonders relevant identifiziert wurden:

x1= Status der Ereignisregion

x2= institutioneller Einfluss

x3= persönlicher Einfluss

x4= Personalisierung

x5= Kontroverse

x6= Aggression

x7= Reichweite

x8= tatsächlicher Nutzen/Erfolg

x9= möglicher Nutzen/Erfolg

x10= tatsächlicher Schaden/Misserfolg

x11= möglicher Schaden/Misserfolg⁸³

Der Umfang bzw. die Platzierung (y) einer Meldung lässt sich durch den jeweiligen Einfluss der Nachrichtenfaktoren (x1, x2, ...) und der dazugehörigen Nachrichtenwerte (b1, b2,..) in Form einer linearen Gleichung ausdrücken:

$$Y = \text{Konstante} + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + \dots + b_{11}x_{11}^{84}$$

Zur Ermittlung der einzelnen Nachrichtenwerte der Nachrichtenfaktoren wurde der Untersuchungszeitraum in drei Perioden eingeteilt.

⁸¹ Vgl. Kepplinger/Bastian, 2000, S. 462ff.

⁸² Vgl. ebenda, S. 463.

⁸³ ebenda, S. 466.

⁸⁴ ebenda, S. 467.

	1951-65	1966-80	1981-95
Konstante	B 5,075***	B 4,836***	B 12,643***
Nachrichtenfaktoren			
Status der Ereignisregion	0,443	0,832	2,090*
institutioneller Einfluss	3,834***	2,832***	1,643
persönlicher Einfluss	5,007***	6,127***	8,472***
Personalisierung	2,468***	3,183***	4,071***
Kontroverse	9,952***	12,712***	8,651***
Aggression	0,657	3,856***	-0,743
Reichweite	5,945***	7,490***	5,414***
tatsächlicher Erfolg/Nutzen	2,883***	3,849***	1,345
möglicher Erfolg/Nutzen	4,204***	6,860***	1,843
tatsächlicher Schaden/ Misserfolg	2,358	0,704	1,530
möglicher Schaden/ Misserfolg	1,693**	3,639***	5,103***

Signifikanz: *tendenziell signifikant ($p < 0,1$), **signifikant ($p < 0,05$), *** hoch signifikant ($p < 0,01$)

Abbildung 5: Einfluss der Nachrichtenfaktoren auf den Umfang der Nachrichtenbeiträge bei Kepplinger⁸⁵

Das Schaubild (vgl. Abbildung 5) zeigt, dass ausgehend von der ersten Periode, in denen neun Faktoren einen signifikanten Einfluss hatten, nur fünf Faktoren ihren signifikanten Einfluss beibehielten. Dabei handelte es sich um den „persönlichen Einfluss“, den Grad der „Personalisierung“, die „Kontroverse“, die „Reichweite“ des Geschehens und um den „möglichen Schaden/Misserfolg“. Bedeutungszuwächse waren nur bei drei dieser Faktoren zu verzeichnen: „persönlicher Einfluss“, „Personalisierung“ und „möglicher Schaden/Misserfolg“. Auch bei der Konzentration auf einen Vergleich innerhalb der letzten Periode (1981-95), wobei man gerade und ungerade Jahre gegenüberstellte, behielten dieselben fünf Nachrichtenfaktoren einen signifikanten Nachrichtenwert: „persönlicher Einfluss“, „Personalisierung“, Grad der „Kontroverse“, „Reichweite“ des Geschehens und „möglicher Schaden/Misserfolg“.⁸⁶

In einem zweiten Schritt wurde überprüft, ob sich anhand der Nachrichtenfaktoren und der dazugehörigen berechneten Nachrichtenwerte eine Prognose für den Umfang von Nachrichten ableiten lässt. Dazu wurde der errechnete Wert des Umfangs der tatsächlichen Messung gegenübergestellt. Durch den Nachweis einer Korrelation zwischen beiden Werten konnte bestätigt werden, dass man mithilfe der Nachrichtenwert-Theorie in Kenntnis der Nachrichtenfaktoren und ihrer Ausprägungen den Umfang von Meldungen vorhersagen kann. Kepplinger lieferte somit einen wertvollen Beitrag im Hinblick auf die praktische Relevanz der Nachrichtenwert-Theorie.

Die Ergebnisse der Studie eröffnen laut Kepplinger ein breites Forschungsfeld im Bereich der Isolierung von Nachrichtenfaktoren und deren Nachrichtenwerten. Dies erklärt auch, dass die gleiche Meldung für unterschiedliche Medien einen unterschiedlichen Nachrichtenwert hat.

⁸⁵ Quelle: modifiziert übernommen aus Kepplinger/Bastian, 2000, S. 468.

⁸⁶ Vgl. ebenda, S. 468f.

Außerdem betont Kepplinger die Notwendigkeit der Durchführung von zusätzlichen Input-Analysen, anstatt anhand reiner Output-Analysen das Prinzip der Nachrichtenauswahl erklären zu wollen.⁸⁷

Auch Kepplingers Schüler Staab diskutiert in diesem Zusammenhang das Problem des Geltungsbereiches der Nachrichtenwert-Theorie. Da die Forschungstradition immer eine Einschränkung der Untersuchungen auf bestimmte Bereiche beschreibt und die Frage nach der Allgemeingültigkeit der Theorie nie aufgeworfen wurde, erhebe sie offensichtlich den Anspruch „(...) die Nachrichtenauswahl der Massenmedien global auf der Ebene der Gesamtberichterstattung und spezifisch auf der Ebene der Berichterstattung über einzelne Themenkomplexe wie z.B. politische Konflikte zu erklären“.⁸⁸ Jedoch weist Staab auch auf die Studien von Schulz hin, in denen bereits erhebliche Unterschiede innerhalb eines Ressorts (nationale und internationale politische Berichterstattung) aufgezeigt werden konnten. Trotzdem bleibt für Staab die Frage nach der Verallgemeinerbarkeit der Theorie offen. Erst eine empirische Überprüfung der Gegenüberstellung der Nachrichtenfaktoren der Gesamtberichterstattung innerhalb bestimmter Ressorts wie beispielsweise der Politik im Vergleich zur Berichterstattung über öffentliche Konflikte auf breiter Basis, d.h. über verschiedene Medien und unterschiedliche Themen, würde zur Klärung dieser Frage beitragen.⁸⁹ Bislang existiert jedoch keine empirische Überprüfung zu dieser Annahme. Dieser Versuch soll daher im Rahmen der vorliegenden Arbeit am Beispiel eines Vergleichs mit der Pharmaberichterstattung unternommen werden.

2.5.2 Themenauswahl - Agenda Setting vs. Agenda Building

Neben der Auswahl der Kriterien existiert noch eine weitere Determinante, die ein Thema auch zu einem Thema für die Medien macht. Ausgehend von der Nachrichtwerttheorie wird der Wert einer bestimmten Nachricht durch journalistische Selektionskriterien determiniert. Die These, die sich im Zuge dessen ergibt, ist weitgehend durch diesen Umstand induziert: Journalisten wählen demnach auch die Themen aus. Wenn man von dieser Machtstellung der Medien (wobei der Journalist als einen Vertreter der Medien zu sehen ist) ausgeht, führt der Weg unweigerlich zu einer näheren Betrachtung der Agenda-Setting-Theorie.

Die **Theorie des Agenda-Setting** spricht den Massenmedien die Fähigkeit zu, durch das Setzen von konkreten Themenschwerpunkten die öffentliche Agenda zu bestimmen:

„Der Kerngedanke dieses Konzeptes besteht in der Annahme, dass die Massenmedien nicht so sehr beeinflussen, was wir denken sollen, sondern eher bestimmen, worüber wir nachzudenken haben.“⁹⁰

⁸⁷ Vgl. Kepplinger/Bastian, 2000, S. 473.

⁸⁸ Vgl. Staab, 1990, S. 112f.

⁸⁹ Vgl. ebenda, S. 114f.

⁹⁰ Vgl. Burkart, 2002⁴, S. 248ff.

Das Agenda-Setting beschreibt somit einen „Prozess durch den die Massenmedien die relative Wichtigkeit von Themen, Ereignissen und Attributen an das Publikum kommunizieren“.⁹¹

Für die vorliegende Untersuchung ist aber nicht der klassische Ansatz des Publikums-Agenda-Setting, sondern vor allem das **Medien-Agenda-Setting** von zentraler Bedeutung. Diese Form des Agenda-Settings untersucht die Voraussetzungen, die für die Entstehung der Medien-Agenda notwendig sind. Als solche sind neben der Definition der Themen, ihre Selektion und Hervorhebung im Zuge der journalistischen Berichterstattung zu nennen. Untersucht werden daher vorwiegend die Kriterien des Entstehungsprozesses eines Themas. Dabei werden auch die Hintergründe der journalistischen Nachrichtenproduktion miteinbezogen. Man geht den Fragen nach, wie bestimmte Themen entstehen, wie sie sich entwickeln, in welchem Rahmen sie erscheinen und durch welche formalen und inhaltlichen Merkmale diese charakterisiert werden. All diese Fragen stehen in engem Zusammenhang mit journalistischen Entscheidungskriterien sowie mit der Nachrichtenwert-Theorie, die bereits in Kapitel 2.5.1 ausführlich diskutiert wurde. Die Medien-Agenda wird durch die journalistischen Arbeitsweisen begünstigt bzw. beeinflusst. Die Macht der Medien ist daher auf den Umstand zurückzuführen, dass diese Agenden formen können und dabei bestimmte Aspekte oder Eigenschaften von Personen oder Gegenständen hervorheben bzw. in den Hintergrund stellen können. Dabei kommt dem Journalisten die Funktion eines Gatekeepers zu, indem er die relevanten Themen für das Publikum auswählt und in einem bestimmten Medienrahmen erscheinen lässt. Diesbezüglich orientiert er sich an Nachrichtenagenturen, Leit- oder Meinungsführermedien.⁹²

Vor allem im Bereich des Medien-Agenda-Setting wurden Agenda-Setting-Prozesse weiter hinterfragt. Eichhorn konstatiert in diesem Zusammenhang, dass die Medienagenda auch anderen externen Einflüssen unterworfen wäre⁹³ und Brosius äußert sich dazu folgendermaßen:

„Die Medienagenda beeinflusst die Rezipientenagenda für einige Rezipienten, für andere nicht; bei einigen Themen, bei anderen nicht; zu einigen Zeitpunkten, zu anderen nicht.“⁹⁴

Der wahrscheinlich wichtigsten Frage in diesem Zusammenhang - wer die Medien-Agenda nun eigentlich setzt? – wurde jedoch erst in Verbindung mit der **Agenda-Building-Theorie** nachgegangen. Dieser Ansatz untersucht vor allem die Interaktionen bzw. Zusammenhänge zwischen der Medien-Agenda, der Public-Agenda, der Policy –Agenda und dem realen Leben.⁹⁵ Das zugrunde liegende Modell wurde 1981 von Lang und Lang vor dem Hintergrund der Watergate-Affäre entworfen, die im Zuge der Präsidentschaftswahlen in den Medien zu einem Wahlkampfthema avanciert ist. Die Agenda-Building-Theorie entstand dabei vor allem aus einer Kritik des Agenda-Setting-Ansatzes:

⁹¹ Schenk, 2007³, S. 439.

⁹² Vgl. ebenda, S. 440ff.

⁹³ Vgl. Eichhorn, 2005², S. 49.

⁹⁴ Brosius, Hans-Bernd: Agenda-Setting nach einem Vierteljahrhundert Forschung: Methodischer und theoretischer Stillstand?, In: Publizistik, 39, 1994, S. 278f.

⁹⁵ Mathes, Rainer/Barbara, Pfetsch: The Role of the Alternative Press in the Agenda-building Process: Spill-over Effects and Media Opinion Leadership, In: European Journal of Communication, Vol.6, 1991, S. 34.

„First, there is the distinction between content and salience. What people think may not be as easily separable from what they think about, as the serious formulations of agenda-setting have implied.“⁹⁶

Das Agenda-Setting-Modell wurde nicht nur erweitert, sondern es wurde auch auf die Wechselwirkungen zwischen den Akteuren hingewiesen. Diese äußerten sich in einer gegenseitigen Beeinflussung von Presse, Öffentlichkeit und politischen Akteuren. Lang und Lang gehen dabei von einem mehrstufigen Medienprozess aus, der von Eichhorn wie folgt zusammengefasst wurde:

- In Bezug auf das Ausmaß der Berichterstattung muss zwischen High Treshold- und Low Treshold-Issues⁹⁷ unterschieden werden, denn die Massenmedien sind nicht in der Lage für jedes Thema die Aufmerksamkeit in gleichem Maße zu wecken.
- Um die erforderliche Identifikation zu erzeugen, muss die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf einen bestimmten Punkt der Issues gerichtet werden.
- Das Thema muss mit Symbolen der politischen Kultur verknüpft werden.
- Themenbezogene Meinungen und Interessen werden artikuliert.⁹⁸

Cobb und Elder führen die Überlegungen von Lang und Lang fort und betonen notwendige Voraussetzungen für ein Funktionieren des Agenda-Buidling. Dabei ist es wichtig, dass Gruppen, die ihre Anliegen über die öffentliche Meinung in den politischen Entscheidungsprozess transportieren wollen, daran interessiert sind, welche Themen die Medien als relevant propagieren.⁹⁹ Von diesen Gruppen werden die jeweiligen Forderungen zu „Issues“ umgesetzt und durch einen entsprechenden Rahmen diskutabel gemacht. Jedes „Issue“ muss dabei den folgenden Prozess durchlaufen: Initiierung, Definition, Expansion und Aufnahme auf der politischen Agenda. Über das Konzept des Agenda-Building lässt sich daher auch der Begriff des **Issue-Managements** erklären: Die Medien tragen mit ihrer Berichterstattung nicht nur entscheidend zur Bekanntheit von Organisationen und zur wahrgenommenen Bedeutung von Themen bei, sondern spielen auch bei der Imagebildung eine zentrale Rolle. Denn die Bewertung von Organisationen und ihrem Management in den Medien ist häufig die einzige Quelle für die Meinungsbildung von Nichtkunden. Das Ziel von Wirtschaftunternehmen ist es daher, sich mit langfristigen thematischen Entwicklungen systematisch auseinanderzusetzen, um die eigene strategische Planung zu steuern. Dieses Konzept des Issue-Managements geht vor allem auf die Überlegungen von Igor Ansoff zurück.¹⁰⁰ Dieser geht von der grundlegenden Annahme aus, dass ein Unternehmen für die optimale Planung seine Umwelt beobachten und auf diese Einfluss nehmen muss. Sinn und Zweck der Umweltbeobachtung ist es Trends, die Einfluss auf das Unternehmen ausüben könnten, zu erkennen und darauf entsprechend zu

⁹⁶ Lang, Gladys Engel/Lang, Kurt: Watergate - an exploration of the agenda-building process, in: Wilhoit, Cleveland G./De Bock, Harold (Hrsg.): Mass Communication Review Yearbook Vol. 2, Beverly Hills: Sage, 1981, S. 449.

⁹⁷ Unter dem Begriff „Issues“ versteht Eichhorn „Themen“ oder „Streitfragen“.

⁹⁸ Vgl. Eichhorn, 2005², S. 40.

⁹⁹ Vgl. Cobb, Roger W./Elder, Charles D.: Participation in American Politics. The Dynamics of Agenda Building. Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press., 1983, S. 86.

¹⁰⁰ Vgl. Eichhorn, 2005², S. 121.

reagieren.¹⁰¹ Bezüglich des Issue-Managements in der Medienberichterstattung hält Eichhorn folgendes fest:

„Der Issue-Management-Ansatz geht davon aus, daß die mediale Beachtung für Ereignisse, die sich zu zukünftigen strategischen Issues entwickeln können, einem bestimmten Muster folgt. Die ersten (veröffentlichten) Anzeichen finden sich in spezialisierten Medien, Fachzeitschriften wie dem New England Journal of Medicine oder der Physical Review, und werden dann häufig zunächst von Fringe Media – Medien für kleine, elitäre Gruppen (vgl. Molitor, 1980; Liebl, 1991) – und Special-Interest-Medien aufgegriffen. Erst dann beginnen die Massenmedien, über diese Themen zu berichten, und hier sind es wieder bestimmte Typen von Publikationen, die Issues als erste aufgreifen; in Deutschland etwa Die Zeit und Der Spiegel.“¹⁰²

Während Lang und Lang davon ausgingen, dass zwischen Politik, Medien und Öffentlichkeit zyklische Beziehungen bestehen, wurde von einer Gruppe amerikanischer Forscher aufgezeigt, dass es sich ebenfalls um lineare Zusammenhänge handeln könnte. Demnach bewegen sich die Issues zuerst von der realen Welt zu den Medien und der Öffentlichkeit, danach von den Medien zur Öffentlichkeit und schließlich von der Öffentlichkeit zum Präsidenten.¹⁰³ Im Bezug auf Nixon's Kampf gegen die Drogen entwarfen **Wanta et al.** folgendes Analyse-Modell für die zugrundeliegenden Agenda-Building-Prozesse:

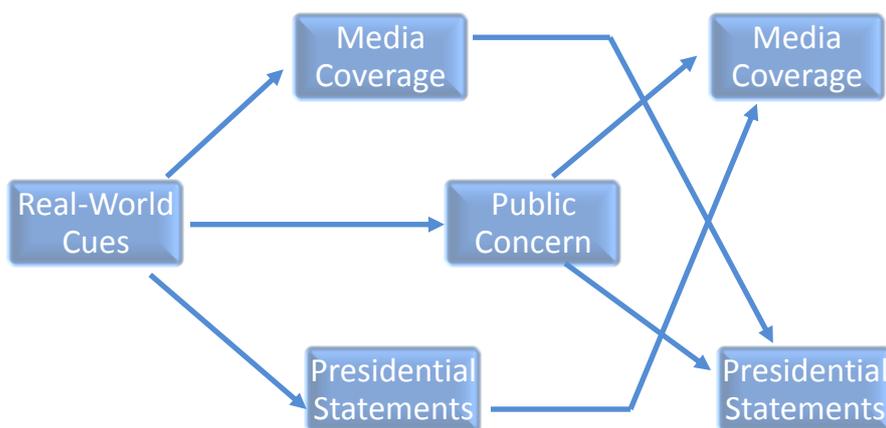


Abbildung 6: Model der Agenda-Building-Prozesse¹⁰⁴

Ziel des Untersuchungsdesigns war es, den reziproken Einfluss der Öffentlichkeit, der Presse und der Präsidenten-Agenda im Hinblick auf den Kampf gegen die Drogen in der Regierung Nixons zu messen. Das Design basierte auf Studien, die von den Autoren bereits zu einem früheren Zeitpunkt erhoben wurden. Das Modell konnte somit den Zusammenhang zwischen den einzelnen Akteuren voraussagen und auch deren zeitliche Abfolge determinieren. Für nahezu alle Beziehungen konnten signifikante Zusammenhänge nachgewiesen werden. Als

¹⁰¹ Ansoff, H. Igor: Strategic Issue Management, in: Strategic Management Journal 1, 1980, S. 131.

¹⁰² Eichhorn, 2005², S. 122.

¹⁰³ Johnson, Thomas J./Wanta, Wayne/Boudreau, Timothy/Blank-Libra, Janet/Schaffer, Killian/Turner, Sally: Influence Dealers: A Path Analysis Model of Agenda Building During Richard Nixon's War on Drugs, in: Journalism and Mass Communication Quarterly, Vol.73, 1996, S.181.

¹⁰⁴ Quelle: modifiziert übernommen aus Johnson, Thomas J./Wayne/Boudreau, Timothy/Blank-Libra, Janet/Schaffer, Killian/Turner, Sally, 1996, S. 187.

nicht signifikant erwies sich der Zusammenhang zwischen dem Präsidenten und der Medien-Agenda, was darauf hindeutet, dass Nixon trotz seines öffentlichen politischen Kampfes gegen Drogen nicht genug Einfluss auf die Medien-Agenda ausüben konnte und umgekehrt diese auch nicht im Hinblick auf seine Aussagen überprüfte.¹⁰⁵ Dieses Modell kann insbesondere im Hinblick auf die der vorliegenden Arbeit zugrundeliegende Forschungsfrage nach der Konstellation der Akteure aufschlussreiche Ergebnisse liefern. In Anlehnung an die Theorie des Agenda-Setting und die darauf aufbauenden Konzepte des Agenda-Building und des Issue-Managements, soll im empirischen Teil dieser Arbeit der Frage nachgegangen werden, ob neben den Medien auch andere Akteure an Agenda-Setting-Prozessen beteiligt sein könnten. In diesem Zusammenhang beschäftige sich beispielsweise Van Trigt mit der Frage, inwieweit bzw. mit welchem Mitteln Pharmafirmen die Medienagenda beeinflussen können:

“Where a newly marketed drug does not in fact represent a true innovation, some other event may be exploited to make the topic newsworthy and attract the attention of the press. The introduction may for example be combined with culmination of a newsworthy research project in the same field.”¹⁰⁶

Trotz aktueller einschlägiger Studien im Bereich der Agenda-Setting-Forschung sind insbesondere die Fragen zum Agenda-Building-Prozess aufgrund der zugrunde liegenden komplexen Beziehungsstrukturen zwischen den Akteuren noch weitgehend ungeklärt. Die Aufdeckung der Verhältnisse zwischen Journalisten, Politikern, Realität und Öffentlichkeit und die Frage, wer nun die Agenda setzt, gehört zu den wichtigsten zukünftigen Forschungsfeldern.¹⁰⁷

2.5.3 Redaktionelle Verantwortung vs. strategische Marktkommunikation

Die Problematik, dass gerade in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung oftmals redaktioneller Teil und Anzeigenteil ineinander verschimmen bzw. redaktionelle Meinungen von marketingtechnischen Maßnahmen kaum unterschieden werden können, existiert nicht erst seit jüngster Vergangenheit. Befunde aus dem 18. Jahrhundert belegen bereits etliche werbetechnische Maßnahmen auf redaktionellem Terrain. Die Problematik, über die auch noch jetzt gesundheitspolitisch diskutiert wird, war schon damals voll ausgeprägt.¹⁰⁸ Johann F. Volrad Deneke sprach in diesem Zusammenhang bereits 1957 von einer „*Unterwanderung des redaktionellen Teiles durch Anzeigenakquisiteure*“¹⁰⁹ und brachte dazu folgendes Beispiel:

¹⁰⁵ Johnson, Thomas J./Wanta, Wayne/Boudreau, Timothy/Blank-Libra, Janet/Schaffer, Killian/Turner, Sally, 1996, S.189.

¹⁰⁶ Van Trigt, 1995, S. 76.

¹⁰⁷ Vgl. Schenk, 2007³, S. 525.

¹⁰⁸ Vgl. Deneke, 1985, S. 239f.

¹⁰⁹ ebenda, S.19f.

„Unter der Schlagzeile ‚Raten Sie mir, Herr Doktor!‘ brachte eine sogenannte Familienzeitschrift folgende Notizen in einer einzigen Nummer:

1. Schon beim Räuspern bekam eine berufstätige Dame Beschwerden, indem sich eine Schlußunfähigkeit der Blase zeigte. Diese sogenannte ‚Incontinentia urinae‘ war durch...(hier folgen Namen und Herstellerfirma eines Arzneimittels) schnell behoben.
2. Ewige Quecksilberspritzen zur Entwässerung wurden bei einem schwerkranken Leser unnötig, als er nach unserem Vorschlag den behandelnden Arzt um Verordnung von...(hier folgen Namen und Herstellerfirma eines Arzneimittels) bat, die in jeder Apotheke bestellt werden können.
3. Überarbeitet waren Mitarbeiter unseres Beratungsdienstes durch die Überfülle der Leserfragen. Eine zweiwöchige Kur mit...(hier folgen Name und Herstellerfirma eines Mittels) brachte bei 6 Tabletten täglich, die man im Munde zergehen läßt, neue Spannkraft, so daß wir allen wartenden Lesern hoffentlich gerecht werden können.“¹¹⁰

Der Autor bedauert im Anschluss nicht nur die Tatsache, dass zu einer Selbstbehandlung angestiftet wurde, sondern auch, dass die Zeitschrift offensichtlich einen Arzt gewinnen konnte, der sich dafür aussprach.¹¹¹ Bis in die Gegenwart sind Beispiele in oben genannter Form immer wieder präsent und gehören fast schon zu den täglichen Schlagzeilen. Insbesondere der Bereich des Boulevardjournalismus bietet ausreichend Nährboden und Ausgangsbasis für sensationelle Schlagzeilen aus Wissenschaft und Medizin. Diesbezüglich äußert sich der Bild-Redakteur Christoph Fischer zur Problematik wie folgt:

„Wenn etwa der oberste Krebsarzt der USA auf der Tagung der American Society of Clinical Oncology, dem größten Krebskongress der Welt, sagt: ‚Krebs ist womöglich bald eine heilbare Krankheit‘, dann darf man sich nicht wundern dass Bild-Chefredakteure sagen, daraus machen wir eine Schlagzeile. Da stört es nicht, dass eine Tagung durch Pharmafirmen, die für neue Medikamente werben, massiv gesponsert wird und dies einschlägige Mediziner-Aussagen durchaus befördern kann. Zudem mag man anführen: Im Grunde stimmt die Nachricht ja auch, nicht für jede Krebsart, aber für manche. Dann heißt es im Boulevardblatt aber: Krebs ist Krebs! Das ist ein Hauptproblem der Wissenschaftsjournalisten im Boulevard: Sie können nicht so scharf differenzieren.“¹¹²

Problematisch betrachtet auch der Kommunikationswissenschaftler Maximilian Gottschlich das Spiel der Medien mit den gesellschaftlich kollektiven Ängsten. Medien versuchen sozusagen Gesundheitsthemen zu initiieren und inszenieren, indem sie ein Wechselspiel der Angst-erzeugung und Angstverminderung erzeugen. Gesundheit wird damit durch die Kooperation von Medien und Pharmaindustrie, d.h. der Verbindung von Redaktionsmarketing und Marketingstrategie, zu einer Ware gemacht. Das Resultat zeigt sich in einer falschen Heilserwartung der Rezipienten, die Heilung dort suchen, wo diese nicht anzutreffen ist. Zwar ist dem entgegenzuhalten, dass die Medien immerhin für eine gewisse Transparenz sorgen, das Bewusstsein der Rezipienten schärfen und daher als Begleiter auf dem Weg zu einem mündigen Patienten gesehen werden können. Allerdings ist dieser Umstand wiederum auf den Verlust des Vertrauens in die Ärzteschaft zurückzuführen.¹¹³

¹¹⁰ ebenda, S. 20.

¹¹¹ Vgl. ebenda.

¹¹² Fischer, Christoph: Wissenschaft auf dem Boulevard: Balance zwischen Goethes Gehirn und Krebswunder, in: Wormer, Holger: Die Wissensmacher. Profile und Arbeitsfelder von Wissenschaftsredaktionen in Deutschland. Wiesbaden: GWV, 2006, S. 36.

¹¹³ Gottschlich, Maximilian: Medizin und Mitgefühl. Die heilsame Kraft empathischer Kommunikation. Wien, Köln, Weimar: Böhlau, 2007², S. 288f.

Die Problematik der Vereinigung von wirtschaftlichen Interessen der Kommunikatoren und den hohen Kriterien und Ansprüchen in der Medizinberichterstattung konnte bereits aufgrund eindeutiger Befunde in Boulevard- und Familienzeitschriften belegt werden.¹¹⁴ Zudem ist man sich auch im Bereich des Wissenschaftsjournalismus über die Evidenz von illegitimen Formen des Einwirkens von PR auf den Journalismus einig. Diesbezüglich spricht Göpfert von „*verdecktem Sponsoring und verdeckten Subventionen, Rückgriff auf das gleiche Personal, intransparente Verwendung von PR-Material und PR in quasi-journalistischer Form*“.¹¹⁵

Anne van Trigt wirft in ihrer Untersuchung ebenfalls einen sehr kritischen Blick auf die Medizinberichterstattung und deren Verbindungen zur pharmazeutischen Industrie. Der steigende Einfluss der Pharmaindustrie auf den Journalismus durch Presseinformationen, Konferenzen und das Bereitstellen von eigenen Kontaktpersonen macht diese zweifellos zu einer wichtigen Informationsquelle für die Journalisten.¹¹⁶

Barbara Baerns, die unter anderem auf dieses Thema aufmerksam wurde, da es dazu kaum empirische Untersuchungen gibt, plädiert ebenfalls für eine klare Trennung von Redaktion und Werbung in den Medien. Die Darstellung der Ergebnisse einer Untersuchung in diesem Zusammenhang ergab dabei ein höchst signifikantes und gleichsam prekäres Bild: Rund 200 Personen wurden gebeten redaktionell gestaltete Anzeigen in Form von zwei Testseiten, die in zwei Tageszeitungen erschienen, zu identifizieren. 44 Prozent kamen bei beiden Testseiten zum falschen Ergebnis und nur 29 Prozent haben beide Testseiten richtig als Anzeigenseiten erkannt.¹¹⁷ Sogar regelmäßige Leser (die laut Behauptung der Marketinglehre weniger leicht zu täuschen sind) wurden durch redaktionell gestaltete Anzeigen irregeführt. Nur 57 Prozent konnten den Anzeigencharakter der vorgelegten Testseiten auch als solchen identifizieren.¹¹⁸

Der PR-Experte Franz Bogner spricht in diesem Kontext von einer Irreführung der Konsumenten bzw. einer Täuschung von Lesern und Korrumpierung von Journalisten, die unter dem Deckmantel der PR bzw. Öffentlichkeitsarbeit nach wie vor betrieben wird. Dies äußert sich z.B. durch Angebote von Verlagen gegen Entgelt sogenannte PR-Seiten und PR-Artikel zu gestalten. „*Noch subtiler wird es, wenn es als Draufgabe zu einem Inserat ‚Gratis-PR‘- die mit redaktioneller Berichterstattung natürlich nicht das Geringste zu tun hat- verlangt und gewährt wird.*“¹¹⁹

Etwaige Ambitionen gegen diese Grauzone der publizistischen Darstellungsweise vorzugehen, scheinen daher schon von vornherein zum Scheitern verurteilt. Zukünftig bleibt also nur zu hoffen, dass sich Medienunternehmer ihrer Verantwortung bewusst werden und demnach auch medienethisch korrekt vorgehen und Rezipienten auf eine Irreführung in diesem Bereich sensibilisiert werden.

¹¹⁴ Vgl. Deneke, 1985; Fischer, 2006; Gottschlich, 2007².

¹¹⁵ Göpfert, Winfried: Starke Wissenschafts-PR- armer Wissenschaftsjournalismus. In: Müller, Christian (Hg.): SciencePop. Wissenschaftsjournalismus zwischen PR und Forschungskritik. Graz: Nausner & Nausner, 2004, S. 191.

¹¹⁶ Vgl. Van Trigt, 1995, S. 35.

¹¹⁷ Vgl. Baerns, Barbara: Schleichwerbung lohnt sich nicht! Plädoyer für eine klare Trennung von Redaktion und Werbung in den Medien. Neuwied; Kriftel; Berlin: Luchterhand, 1996, S. 5.

¹¹⁸ Vgl. ebenda, S. 6f.

¹¹⁹ Vgl. Bogner, Franz M.: Das Neue PR-Denken. Strategien, Konzepte, Aktivitäten. Wien [u.a.]: Wirtschaftsverlag Ueberreuter, 2005³, S. 251.

Die Evidenz der Problematik des „Verschwimmens“ von redaktionellen und bezahlten Berichten in der Medizinberichterstattung kann aufgrund der vorangegangenen Ausführungen bestätigt werden und die Liste der Beispiele könnte wahrscheinlich endlos lang fortgesetzt werden. Das Ziel der vorliegenden Arbeit soll aber nicht darin bestehen, eine eklektische Bestandsaufnahme dieser Fälle zu generieren, sondern deren Zustandekommen durch ein Aufzeigen der Beziehungen der beteiligten Akteure und der Rahmenbedingungen transparenter zu machen.

2.6 Zum Verhältnis von Journalismus und Public Relations - Schnittstelle oder Schwachstelle?

Die Beziehungen zwischen Journalismus und Public Relations sind spätestens seit Mitte der achtziger Jahre fixer Bestandteil kommunikationswissenschaftlicher Überlegungen und Forschungsbestrebungen. **Winfried Göpfert** konstatiert in diesem Kontext nicht nur einen Wandel, sondern sogar eine Verschiebung beider Disziplinen. Im Bereich des Wissenschaftsjournalismus und der Wissenschafts-PR beschreibt er die zunehmende Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit anhand der „PUSH-Initiative“. Hinter dem Akronym „PUSH“ (Public Understanding of the Sciences and Humanities) verbirgt sich die Idee zu einem ursprünglich angloamerikanischen Programm, das die Bürger für Wissenschaft und Bildung sensibilisieren sollte. Maßnahmen in diesem Bereich umfassten vor allem öffentliche Vorlesungen, Volkshochschulkurse, Tage der offenen Türen und Trainingsprogramme für Wissenschaftler und Journalisten. Diese zunehmenden Initiativen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit sieht Göpfert als richtungsweisendes Beispiel für einen allgemeinen, neuen Trend: die Stärkung der Öffentlichkeitsarbeit durch die Schwächung des Journalismus.¹²⁰

Die Schwächung des Journalismus wird dabei vor allem auf die Verminderung der Zahl von publizistischen Einheiten, die Tendenz zu kostenlosen Alternativangeboten, die Verkleinerung der Redaktionen sowie auf den Verlust von Fachredaktionen zurückgeführt. Währenddessen wird die Öffentlichkeitsarbeit unter anderem dadurch bestärkt, dass sie journalistische Tätigkeiten übernimmt und auf das gleiche Personal zurückgreift wie der Journalismus. Zudem lässt sich ein genereller Zuwachs von PR-Mitarbeitern verzeichnen.¹²¹

Grundsätzlich dominieren aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht zum Verhältnis von Journalismus und PR zwei gegensätzliche Strömungen. Die Forschungstradition auf diesem Gebiet fand ihre Ursprünge in der Formulierung der **Determinationsthese**. Die Determinationsforschung setzt im Unterschied zur Nachrichtenwertforschung, News-Bias-Forschung, Redaktionsforschung und Gatekeeper-Forschung nicht beim handelnden Journalisten, sondern

¹²⁰ Göpfert, 2004, S. 185ff.

¹²¹ Vgl. Göpfert, 2004, S. 185ff.

bei den Inhalten an und „versucht aus dem Umgang mit den Quellen Rückschlüsse auf journalistische Selektionsentscheidungen zu ziehen“.¹²²

Die Determinationsthese wurde als Resultat der Untersuchungen von Barbara Baerns aufgestellt. Ausgangspunkt der Untersuchung war die hohe Übereinstimmung in der Medienberichterstattung trotz einer Vielzahl unabhängiger Medien. Die beiden Informationssysteme Öffentlichkeitsarbeit und Journalismus wurden dabei als Kontrahenten konzipiert, die beiderseits Einfluss auf das Mediensystem ausüben: „Je mehr Einfluss Öffentlichkeitsarbeit ausübt, umso weniger Einfluss kommt Journalismus zu und umgekehrt.“¹²³ Basierend auf diesen Überlegungen initiierte Baerns die Durchführung einer Prozessanalyse, die den Produktionsprozess von Nachrichten zu rekonstruieren versuchte. Indes wurden neben den Inhalten auch die Quellen der Medieninhalte untersucht. Die Untersuchung ergab eine eindeutige Dominanz bezüglich der Informationen aus Pressemitteilungen oder Pressekonferenzen. 62 Prozent der Berichterstattungsanlässe basierten auf dem Material der Öffentlichkeitsarbeit. Auch die Transformationsleistung, d.h. die journalistische Bearbeitung des PR-Materials durch Nach- und Zusatzrecherchen musste mit einem Anteil von nur circa 20 Prozent in Frage gestellt werden.¹²⁴

Eine besondere Problematik sah Baerns im hohen Defizit der Quellentransparenz. Nachrichtenagenturen gaben die Herkunft der Quellen immerhin zu 55 Prozent an, während alle anderen Medien die Quellen nur zu 20 bis 30 Prozent anführten. Diese hohe Intransparenz bezüglich der Herkunft der Information wurde auch im Hinblick auf die Rezeptionsleistung des Lesers als irreführend bezeichnet. Dem Rezipienten wird es dadurch unmöglich gemacht eine etwaige Interessensgebundenheit zu identifizieren. Zusammenfassend schlussfolgert Baerns, dass die Öffentlichkeitsarbeit somit nicht nur die Themen, sondern indirekt auch das Timing der Berichterstattung unter Kontrolle hätte, denn Pressemitteilungen und Pressekonferenzen würden als unmittelbare Auslöser von Medienberichterstattung gelten.¹²⁵

Im Hinblick auf die Nachrichtenforschung konstatierte Baerns, dass die Konsonanz in der Berichterstattung nicht in der Prominenz von Nachrichtenwerten oder journalistischer Produktionsroutine liegen würde, sondern viel mehr in der Vervielfältigung und Zirkulation einiger weniger Primärquellen der Öffentlichkeitsarbeit durch den Journalismus.¹²⁶ Um zu verdeutlichen, wie wenig Einfluss der Journalismus auf das Mediengeschehen hat, beendet Baerns ihre Überlegungen mit folgendem Plädoyer:

„Heute brauchen wir in Deutschland den recherchierenden, reflektierenden, den forschenden Journalisten, der eine durch globale Kommunikation immer komplizierter werdende Umwelt im Tagesablauf verständlich machen kann und seine eigenen Kriterien dazu: Wir brauchen interrogativen Journalismus.(...)“¹²⁷

¹²² Vgl Raupp, Juliana: Spezielle Ansätze mittlerer Reichweite: Determinationsthese, in: Bentele, Günter/Fröhlich, Romy/Szyszk, Peter (Hg): Handbuch Public Relations, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2005, S.187f.

¹²³ Baerns, 1991, S. 17.

¹²⁴ Vgl. ebenda, S. 87.

¹²⁵ Baerns, 1991, S. 98.

¹²⁶ Vgl. Raupp, 2005, S. 197f.

¹²⁷ Baerns, 1991, S. 100f.

Dieser Konkurrenzbeziehung zwischen Journalismus und Öffentlichkeitsarbeit und dem Entwurf einer allmächtigen PR-Kraft, die den Journalismus zu hemmen vermag, wurde 1997 das **Intereffikationsmodell** entgegengesetzt. Das Modell wurde von den Forschern **Günter Bentele et al.** im Zuge eines empirischen Projekts entworfen. Das Projekt behandelte die Arbeit, den Einfluss, die Organisation und das Image von zwei städtischen Abteilungen für kommunale Öffentlichkeitsarbeit und die damit zusammenhängenden Informationsflüsse. Bezüglich der Determinationsthese galt es, für die Forscher folgende Kritikpunkte festzuhalten:

- Die Macht, die der PR unterstellt wird, den Journalismus „determinieren“ zu können, sei zwar nicht „falsch“, aber der Erklärungsansatz sei schlichtweg zu einfach.
- Neben den Einflüssen von PR auf Journalismus müsse man auch gegenläufige Einflüsse berücksichtigen.
- Die dritte Beziehungsdimension der „Adaption“ müsse ebenfalls in das Modell miteinbezogen werden.¹²⁸

Das Intereffikationsmodell geht - entgegen der einseitigen Richtung der Determinationsthese - von einer Gesamtbeziehung zwischen den publizistischen Teilsystemen Journalismus und Public Relations aus:

„Weil die Kommunikationsleistungen jeder Seite nur dadurch möglich sind, dass die Leistungen der anderen Seite vorhanden sind, ergibt sich die Feststellung, dass jede Seite so die Leistungen der anderen Seite ermöglicht. Dies führt zu dem Begriff Intereffikation.“¹²⁹

Innerhalb dieser Intereffikation unterscheiden die Autoren zwischen Induktion und Adaption, wobei die Induktion als ein Impuls gesehen werden kann, der Einfluss auf die Kommunikation ausüben kann, während bei der Adaption von einer konkreten Handlung ausgegangen wird. Adaptionen sind die Voraussetzung für gelingende Interaktionen, da sich die jeweiligen Handlungen an den sozialen Gegebenheiten des Gegenübers orientieren, um den eigenen Kommunikationserfolg zu optimieren.¹³⁰ Das Modell stellt sich somit als ein doppeltes und gleichzeitig duales Kommunikationssystem dar, dessen Pole in einer „Intereffikationsbeziehung“ stehen. Dabei gehen Bentele et al. von drei Dimensionen aus, auf denen Induktionen oder Adaptionen stattfinden können:

- Die Sachdimension diskutiert Relevanz, Selektion, Bewertung und Präsentation von Themen. In Anlehnung an Baerns wird der Öffentlichkeitsarbeit ein hoher Einflussfaktor zugeschrieben, jedoch kann diese nicht willkürlich Nachrichten generieren, sondern muss sich an den journalistischen Rahmen der Nachrichtenfaktoren orientieren und gegebenenfalls anpassen. Die Konzentration der „Machtverteilung“ ist immer noch ungewiss, aber dem PR-System wird ein größerer Einfluss im Bezug auf die Themen-

¹²⁸ Vgl. Bentele, Günter: Intereffikationsmodell, in: Bentele, Günter/Fröhlich, Romy/Szyszk, Peter (Hg.): Handbuch Public Relations, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2005, S. 209f.

¹²⁹ Bentele, 2005, S. 211.

¹³⁰ Vgl. Bentele, 2005, S. 211.

generierung zugesprochen, während das Mediensystem bei der Themenrelevanz dominiert.

- Die zeitliche Dimension umfasst vor allem den zeitlichen Rahmen und die zeitliche Routine, die beispielsweise durch die Periodizität eines Mediums indiziert wird. Aber auch seitens des PR-Systems kann ein zeitlicher Rahmen für die Publikation eines bestimmten Themas initiiert werden.
- Die psychisch-soziale Dimension beschreibt das Zusammenwirken der PR- und Medienkommunikatoren, wobei persönliche Beziehungen und etwaige Organisationsstrukturen als wichtige Determinanten für die internen und externen Kommunikationsflüsse gesehen werden können.¹³¹

Den Autoren scheint jedoch die Betonung wichtig, dass das Modell aufgrund seines deskriptiven Charakters keinen Anspruch auf empirische Überprüfbarkeit zulässt und daher auch nur als theoretische Grundlage gelten soll.¹³²

Aktuelle Ansätze, die an die Überlegungen von Baerns und Bentele anknüpfen und ebenfalls, wenn auch nur indirekt die Bedeutung der Nachrichtenwert-Theorie diskutieren, gehen von **Susanne Fengler und Stefan Ruß-Mohl** aus. Die Autoren liefern einen neuen Ansatz, der durch eine weitere externe Determinante expliziert wird. Sie betrachten die bekannten Arbeitsweisen von Journalisten aus dem **Blickwinkel der Ökonomik** (Rational Choice-Theorie) und gehen davon aus, dass Medieninhalte nicht allein auf journalistische Selektionsentscheidungen, sondern auch auf andere externe Gegebenheiten zurückzuführen sind. Dahingehend wird verdeutlicht, dass Redakteure bei der Recherche und beim Umgang mit Quellen, Presseinformationen und Auswahlentscheidungen auf ihren Vorteil bedacht sind. Bei dem Versuch etwaige Spuren der Ökonomik in der Kommunikationswissenschaft zu verorten, identifizieren die Autoren, neben dem Uses-and Gratifications-Ansatz und der Theorie der Schweigespirale, die Theorie der Nachrichtenfaktoren:

„Die Theorie der Nachrichtenfaktoren (Schulz 1976) enthält ebenfalls starke ökonomische Bezüge-allein schon dadurch, dass sie Nachrichten, wie Gütern, einen ‚Wert‘ zuspricht. Dieser Wert wiederum bezieht sich eng auf vermutetes Publikumsinteresse, er dient also der Aufmerksamkeits-Maximierung und damit letztendlich der Steigerung der Verkaufsauflagen bzw. Einschaltquoten.“¹³³

Doch trotz der Existenz sämtlicher bestehender Theorien und Ansätze wie beispielsweise der Determinationsthese oder dem Modell der Intereffikation lässt sich dieses Spannungsfeld nicht umfassend erklären. Viel mehr sollte das Beziehungsgeflecht zwischen Journalismus und PR als Austausch von Informationen (Nachrichten vs. Aufmerksamkeitswert) konzeptionalisiert werden. Dabei gilt es zwischen Routinesituationen, bei denen eine gegenseitige Vorteilsnahme und damit ein reger Informationsfluss die Regel sind und Krisen- bzw. Blockadefällen, bei denen es eine Win-Win-Situation zwischen den skandalisierenden Akteuren und den Medien-

¹³¹ Vgl. Bentele, 2005, S. 213ff.

¹³² Vgl. ebenda, S. 209.

¹³³ Fengler/Ruß-Mohl, 2005, S. 38.

machern gibt, zu unterscheiden. Der Idealfall ist also durch einen Wettbewerb auf beiden Seiten bestimmt - dass die Realität aber aufgrund der „Vermachtung“ der Nachrichtenmärkte anders aussieht, ist unumstritten. Dennoch betonen die Autoren, dass es sich hier nicht wie Baerns konstatiert, um ein Nullsummenspiel handeln kann, sondern um „symbiotisch-intereffektive Win-Win-Situationen“ (vgl. Abbildung 7).¹³⁴

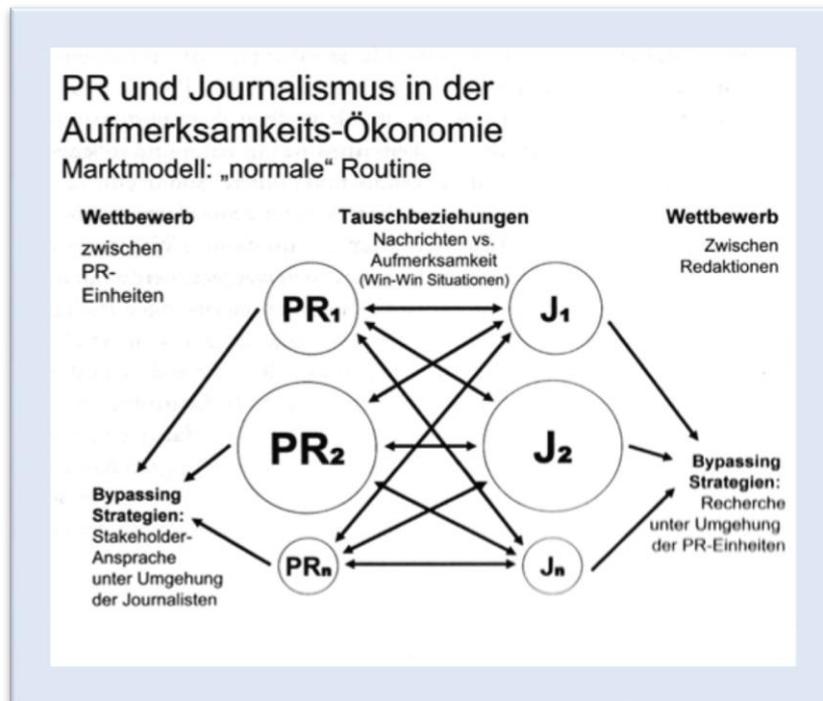


Abbildung 7: PR und Journalismus in der Aufmerksamkeits-Ökonomie¹³⁵

Der Journalist wird daher in seiner Rolle als „Homo oeconomicus maturus“ beschrieben und folgendermaßen charakterisiert: Er „(...) handelt eigennützig und rational, indem er materielle und soziale Anreize verfolgt und dabei versucht, seinen Nutzen zu maximieren, handelt unter der Bedingung knapper Ressourcen (Restriktionen), trifft (begrenzt) rationale Entscheidungen auf Basis von (hinreichender) Information.“¹³⁶

Weiters differenzieren Fengler und Ruß-Mohl auch innerhalb der Gruppe der Journalisten. In Anlehnung an den Politik-Ökonom Anthony Downs gehen sie von fünf Idealtypen rationaler (journalistischer) Akteure aus:

- „Karristen (climbers) versuchen, ihre eigene Macht, ihr Einkommen und ihr Prestige zu maximieren.
- Bewahrer (conservers) wollen ihre Sicherheit und Bequemlichkeit maximieren.
- Eiferer (zealots) setzen sich missionarisch für eine Überzeugung ein.
- Staatsmänner (statesmen) haben bei ihrem Handeln das Wohl der Allgemeinheit im Blick.
- Advokaten (advocates) vertreten von Fall zu Fall bestimmte Interessen.“¹³⁷

¹³⁴ Fengler/Ruß-Mohl, 2005, S. 163.

¹³⁵ Quelle: Fengler/Ruß-Mohl, 2005, S. 162.

¹³⁶ Fengler/Ruß-Mohl, 2005, S. 108.

¹³⁷ ebenda, S. 109.

Diesbezüglich wird jedoch darauf hingewiesen, dass der Wissenschaftsjournalismus eher eine Nische darstellt und z.B. der Typ „Karrierist“ dort weniger anzutreffen sein würde. Im Unterschied zu den bereits diskutierten Ansätzen und Theorien finden sich bei Fengler und Ruß-Mohl erste Hinweise dazu, dass das Mediensystem neben Journalismus und PR auch noch von anderen Faktoren determiniert wird. Zum einen würde dies aus der Knappheit von Ressourcen entstehen:

„Wissenschaftsjournalisten verlassen sich beispielsweise bei komplexen Themen vielfach „ökonomisch“ auf „offizielle“ Quellen oder auf die Meinung desjenigen Experten, der gerade greifbar und mediengewandt, aber vielleicht nicht unbedingt wissenschaftlich die erste Wahl ist.“¹³⁸

Zum anderen geht es um die Interaktionen zwischen Journalisten und ihren Quellen, die vor dem Hintergrund der Ökonomik auch als Tauschgeschäfte bezeichnet werden können. Dabei gelten neben den Kollegen originäre Informanten und Sprecher als wichtige Interaktionspartner. Bei den originären Informanten handelt es sich um Personen oder deren Sprecher, die mit ihrer Botschaft in der Öffentlichkeit Aufmerksamkeit oder auch Zustimmung erzeugen wollen. Politiker, Führungspersonlichkeiten aus Wirtschaft und Verbänden, Vertreter sozialer und kultureller Organisationen und weitere „Prominente“ und zunehmend auch „Normalbürger“ werden somit Gegenstand der Medienberichterstattung. Die Sprecher arbeiten im Auftrag dieser Personen als professionelle Informationslieferanten bzw. als sogenannte „Spin doctors“. Letzt Genannte sind meist PR-Leute und Medienberater, die als das Bindeglied zwischen den Journalisten, den Quellen und dem Publikum gesehen werden können.¹³⁹

Der soziologische Ansatz von **Franziska Gottwald** basiert auf der Grundlage der Strukturierungstheorie von Anthony Giddens und geht weit über Determinations-, Interdependenz- oder Intereffikations-Überlegungen hinaus. Diese bestimmen zwar Einflüsse und Erwartungen von Journalisten und Kommunikationsstrategen und deren dyadische Beziehungen, beachten aber in nur sehr geringem Ausmaß wie Journalisten und Öffentlichkeitsarbeiter als handelnde Akteure und in ihrem jeweiligen strukturellen Kontext aufeinander bezogen sind.¹⁴⁰ Dem entgegen gesetzt geht die Autorin vom Begriff des Gesundheitskommunikations-Netzwerkes aus: *„Gesundheitsöffentlichkeit ist demnach das Prozessprodukt der Netzwerkhandlungen.“¹⁴¹*

Im Rahmen ihrer Untersuchung erfasst sie sowohl die Kommunikationsstrategien als auch die allgemeine Medienberichterstattung, d.h. das Netzwerkmodell wird zum einen aus der Perspektive der PR-Schaffenden und zum anderen auch aus jener der Journalisten analysiert. Besonderes Augenmerk wurde auf die Rolle von Reputation und Image in der Gesundheitskommunikation gelegt. Dies wurde durch den Untersuchungsgegenstand determiniert, der eine

¹³⁸ Fengler/Ruß-Mohl, 2005, S. 121.

¹³⁹ ebenda, S. 129.

¹⁴⁰ Vgl. Gottwald, Franziska: Gesundheitsöffentlichkeit. Entwicklung eines Netzwerkmodells für Journalismus und Public Relations. Konstanz: UVK, 2006, S. 130.

¹⁴¹ Fengler/Ruß-Mohl, 2005, S. 131.

Kampagne zur Darmkrebsprävention zum Inhalt hatte, wofür sich prominente Testimonials in der Öffentlichkeit einsetzten.¹⁴² Weiters bezieht Gottwald neben der dualen Beziehung von PR und Journalismus auch andere Akteure in die Netzwerkanalyse mit ein. Somit weist sie auch auf den hohen Stellenwert der Experten im Medizinjournalismus hin. Rund die Hälfte aller befragten Journalisten und fast 40 Prozent der PR-Fachleute bezeichnen den Wissenschaftler als zentralen Netzwerkpartner. Ein weiterer interessanter Aspekt ergibt sich im Hinblick auf die Bedeutung der Kompetenz der Experten im Bereich der Medien und Wissenschaft. Bei den PR-Fachleuten steht die wissenschaftliche Expertise signifikant geringer im Vordergrund als bei den Medizinjournalisten. Zudem spricht die Autorin von einer „Schnittstellenkompetenz“ der Experten, denen immer häufiger Mittler-Aufgaben zukommen würden.¹⁴³

Im Rahmen der Analyse der Kampagne wurde auch den Pharmaunternehmen eine besondere Bedeutung zugesprochen. In diesem Zusammenhang gliedert Gottwald die neuen Wege der Pharmakommunikation in drei übergeordnete Strategiekonzepte: Imagekampagnen, Produkt- und Aufklärungskampagnen und strategische Allianzen zu einem Thema, für welches das Unternehmen bestenfalls das passende Medikament herstellt. In diesem Kontext thematisiert Gottwald auch das Werbegesetz für die Gesundheitsbranche in Deutschland. Trotz dem Heilmittelwerbegesetz ist Imagewerbung dort erlaubt und somit wird die Produkt-Werbung kurzerhand zur Produkt-PR umfunktioniert. Basierend auf den Ergebnissen der Kampagnenbeobachtung, der zusätzlichen Untersuchung der Medienberichterstattung zur Hormonersatztherapie und einer Referenz-Befragung von PR-Fachleuten und Medizinjournalisten weist Gottwald die zunehmende Ausdifferenzierung einer Gesundheitsöffentlichkeit nach. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse entwirft sie ein Netzwerkmodell für strategisches Kommunikationsmanagement (vgl. Abbildung 8).

¹⁴² Vgl. Gottwald, 2006, S. 150f.

¹⁴³ Vgl. ebenda, S. 230ff.

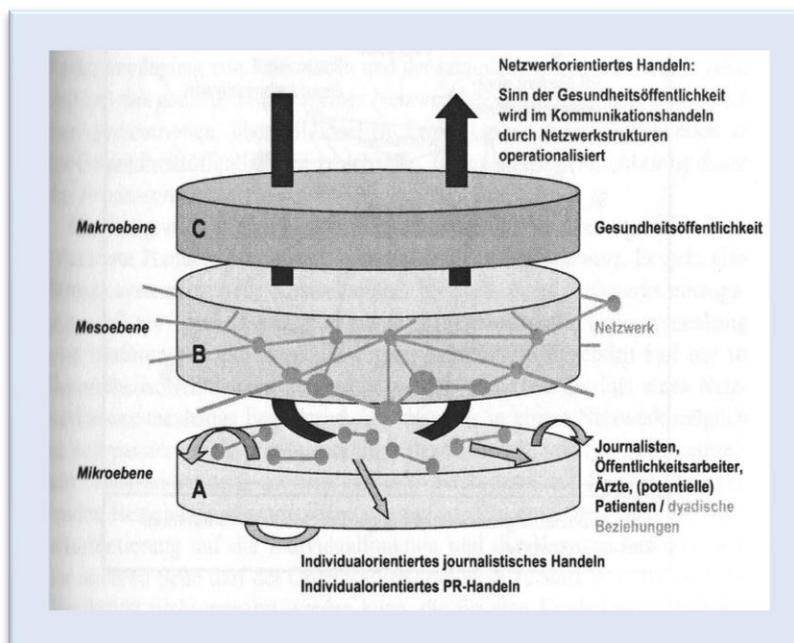


Abbildung 8: Modell des Gesundheitskommunikations-Netzwerks und die zugrundeliegenden Beziehungszusammenhänge¹⁴⁴

Die Ausführungen von Franzisca Gottwald weichen zwar aufgrund der soziologischen Basis von den klassischen Ansätzen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit ab, sind aber gerade dahingehend auch im Rahmen der gegenständlichen Arbeit relevant. Insbesondere im Hinblick auf die Integration der Ärzte in das Beziehungsnetzwerk liefert die Autorin wertvolle Anknüpfungspunkte (vgl. Kap. 3.2).

2.7 Medienrechtliche Bestimmungen

2.7.1 Qualität im Journalismus

Der Wunsch nach Qualität im Journalismus ist zweifelsohne seit jeher fester Bestandteil der Kommunikationswissenschaften, jedoch bedarf dessen Verwirklichung mehr als eine pure Begriffsdefinition. Bereits daran scheitert es, denn Qualität ist eine empirisch schwer messbare Größe. In diesem Zusammenhang sei auf das berühmte Zitat von Stephan Ruß-Mohl verwiesen, der - wengleich auch sehr metaphorisch - die Problematik wie folgt beschreibt:

„Qualität im Journalismus definieren zu wollen, gleicht dem Versuch einen Pudding an die Wand zu nageln.(...) einen Qualitätsmaßstab gibt es nicht - und damit auch keine kurze, knappe Antwort auf die Frage, was journalistische Qualität ausmacht.“¹⁴⁵

¹⁴⁴ Quelle: Gottwald, 2006, S. 127f.

¹⁴⁵ Ruß-Mohl, Stephan: Der I-Faktor: Qualitätssicherung im amerikanischen Journalismus - Modell für Europa? Zürich: Ed. Interfrom; Osnabrück: Fromm, 1994, S. 94.

Auch die Auffassung des Qualitätsbegriffes der im Jahre 2000 gegründeten „Initiative für Qualität im Journalismus“ stützt sich in diesem Zusammenhang auf die Ausführungen von Ruß-Mohl:

„Genauigkeit im Umgang mit Fakten, wohl überlegte Auswahl der Nachrichten je nach ihrer Relevanz, Auseinandersetzung mit Sachverhalten, anstatt billige Personenstücke zu dramatisieren, Orientierung an einem Objektivitätsziel, Orientierung an Menschenrechtsnormen, Ausleuchten von Hintergründen oder auch, wie der Kommunikationswissenschaftler Stephan Russ-Mohl in Bezug auf die professionellen Nöte mit Marktgesetzen und Quoten meint: Ein seriöser Journalismus versteigert seine Aufmerksamkeit nicht meistbietend, sondern teilt sie unbestechlich nach seinen eigenen journalistischen Kriterien, also nach Nachrichtenwerten, zu.“¹⁴⁶

Der Verein sieht jedoch davon ab, eine allgemeingültige Definition für Qualität im Journalismus hervorzubringen. Der Vorsitzende, Dr. Engelbert Washietl, ist sich allerdings dieser „Lücke“ bewusst, die „irgendwann gefüllt werden sollte.“¹⁴⁷

Ferner besteht die Problematik in der immanenten Dispersität des Themas, denn es scheint noch immer ungeklärt in welchem Bereich der Publizistik die Qualitätsdebatte ansetzen soll: beim einzelnen Beitrag, dem jeweiligen Ressort, beim Printprodukt oder beim Verlag?¹⁴⁸

Anknüpfend an die unzähligen unterschiedlichen Auffassungen unternimmt Ruß-Mohl einen Versuch der Darstellung der verschiedenen publizistischen Qualitätskriterien in Form eines „magischen Vielecks“, das folgende Kriterien enthält: Komplexitätsreduktion/Verständlichkeit, Aktualität, Relevanz, Originalität, Interaktivität/Dialogfähigkeit, Transparenz/Reflexivität und Objektivität.¹⁴⁹

Harald Rau versucht einen neuen Qualitätsbegriff zu schaffen, indem er monetär-gewinnmaximierende Verfahren auf die Publizistik überträgt. Er plädiert für einen strategischen Ansatz, der sowohl in Abhängigkeit des Senders als auch des Rezipienten zu sehen ist. Er sieht somit das Verhältnis von Publizistik spiegelbildlich.¹⁵⁰ Seine Handlungsanleitung beinhaltet daher zum einen die Setzung von Kriterien entsprechend der konkreten Situationsbezüge, d.h. nicht nach dem „Wie?“ publizistischer Qualität zu fragen, sondern „Wer definiert sie?“. Zum anderen empfiehlt er das Eingliedern von Qualität als ein Ergebnis oder einen Ausgangspunkt in ein Regelkreis-Modell, bestimmt durch Input-Output-Relationen eines sozialen Systems.¹⁵¹

In Anlehnung an Raus Handlungsanleitungen gilt es auch zukünftig den Fokus auf die Akteure im sozialen System zu legen. Auch im Bereich des Medizinjournalismus ist die Frage, wer nun die Qualitätskriterien definiert, unklar. Orientiert man sich am magischen Vieleck nach Ruß-Mohl könnte dies jedoch einen Schritt in Richtung einer Aufklärung bedeuten. Als besonders auffällig erweist sich in diesem Zusammenhang der Bezug zur Nachrichtenwert-Theorie (vgl. Kap. 2.5.1).

¹⁴⁶ URL: <http://www.iq-journalismus.at> [Stand: 13.11.2007].

¹⁴⁷ Washietl, Engelbert: Qualitätsdebatte in Österreich. Wien, 2002. Online im WWW unter URL: <http://www.iq-journalismus.at> [Stand: 13.11.2007].

¹⁴⁸ Vgl. Held, Barbara/Ruß-Mohl, Stephan: Qualitätsmanagement als Mittel der Erfolgssicherung, in: Fasel, Christoph (Hg.): Qualität und Erfolg im Journalismus. Konstanz: UVK, 2005, S. 54.

¹⁴⁹ Vgl. ebenda, S. 55.

¹⁵⁰ Vgl. Rau, Harald: Qualität in einer Ökonomie der Publizistik. Betriebswirtschaftliche Lösungen für die Redaktion. Wiesbaden: VS Verlag, 2007, S. 273f.

¹⁵¹ Vgl. Rau, 2007, S. 274.

2.7.2 Selbstregulierungsmechanismen: Presserat und Ehrenkodex

Grundsätzlich können nach Ruß-Mohl eine Reihe von Kontrollinstanzen in folgende medieninterne und –externe Infrastrukturen eingeteilt werden: Institutionalisierte Selbstkontrollsysteme wie Presseräte, Medienräte oder Ombudsleute in Medienunternehmen, Medienberichterstattung bzw. Medienjournalismus in Tages- und Wochenzeitungen, Fachzeitschriften zum Thema Medien und Journalismus, Kommunikationswissenschaft und Medienforschung, Einrichtungen der Journalisten Aus- und Weiterbildung, Watchdogs und Bürgerinitiativen, Journalistenpreise, Stiftungen als Sponsoren der Infrastruktur, zur Wahrung der Pressefreiheit und zum Schutz vor Missbrauch der Pressefreiheit und zuletzt die staatliche Medienkontrolle (in geringem Ausmaß, um die geschützte Pressefreiheit nicht zu gefährden).¹⁵² In Anbetracht der Defizite im Wissenschaftsjournalismus und der in Kapitel 2.5.3 diskutierten Problematik erscheint insbesondere im Bereich der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung die Implementierung von gewissen Kontrollinstanzen notwendig. Jedoch ist gerade eine der wichtigsten Stimmen in diesem Bereich - nämlich die eines unabhängigen Presserates - in Österreich weitgehend verstummt. Man steht hier vor einer absoluten Ausnahmeerscheinung in einer westlichen Demokratie, denn seit 2002 gibt es in Österreich keinen Presserat mehr.¹⁵³

„Die Ursachen für den gegenwärtigen Stillstand in der Selbstkontrolle der österreichischen Presse sind vielfältig, liegen in den Strukturen, den Verfahren und der Tätigkeit des Presserates, in den Strukturen und spezifischen Interessen der bisherigen Trägerverbände und in einigen grundsätzlichen, tief liegenden Unterschieden in deren Auffassungen über den Presserat und zuvor schon im jeweiligen Selbstverständnis der Trägerverbände.“¹⁵⁴

Grundsätzlich stützt sich die journalistische Berufsausübung auf die durch die Verfassung garantierte Pressefreiheit, trägt aber auch Verantwortung für die Wahrung der Persönlichkeitsrechte der von der journalistischen Tätigkeit Betroffenen. So gesehen handelt es sich vor allem um eine ethische Debatte, wobei die staatliche Kontrolle ethischer Normen im Printmedienbereich immer abgelehnt wurde.¹⁵⁵ Aufgrund der Ablehnung starker staatlicher Regulierungsbemühungen wurde bereits 1961 von den Sozialpartnern der Ehrenkodex der österreichischen Presse und der Österreichische Presserat eingeführt. Der Ehrenkodex gibt Regeln für die journalistische Arbeitsweise vor und umfasst die folgenden Themenbereiche:

- Die Berichterstattung muss wahrheitsgemäß sein und die Stellungnahmen aller Beteiligten berücksichtigen. Zitate sind exakt zu führen und falsche Berichterstattung muss unverzüglich richtiggestellt werden.
- Die Unterscheidbarkeit von Tatsachenberichten und die Wiedergabe von Fremmeinungen und Kommentaren muss gewährleistet sein.

¹⁵² Vgl. Ruß-Mohl, Stephan/Seewald, Berthold: Die Diskussion über journalistische Ethik in Deutschland. Eine Zwischenbilanz, 1994, in: Haller, Michael/Holzhey, Helmut (Hrsg.): Medien-Ethik. Beschreibungen, Analysen, Konzepte für den deutschsprachigen Journalismus, Opladen: Westdt. Verl., 1992, S. 32.

¹⁵³ Vgl. Gottwald, Franzisca/Kaltenbrunner, Andy/Karmasin, Matthias: Medienselbstregulierung zwischen Ökonomie und Ethik: Erfolgsfaktoren für ein österreichisches Modell. Wien [u.a.]: LIT, 2006., S. 1.

¹⁵⁴ Reitan, Claus: Memorandum zur österreichischen Presse. Wien, 2003. Online im WWW unter URL: http://www.iq-journalismus.at/cms/iq/attachments/2/1/5/CH0023/CMS1068550066803/0309_memo_presserat.doc [Stand: 18.10.2008].

¹⁵⁵ Vgl. ebenda.

- Einflussnahmen Außenstehender auf Inhalt oder Form eines redaktionellen Beitrags und die Vorteilsannahme des Journalisten sind unzulässig. Eine Beeinflussung der Berichterstattung durch finanzielle Interessen des Journalisten oder des Verlags ist zu vermeiden.
- Der Persönlichkeitsschutz ist zu wahren. Persönliche Diffamierungen, Verunglimpfungen und Verspottungen sollen genauso vermieden werden wie Pauschalverdächtigungen und Pauschalverunglimpfungen und Diskriminierung aus rassistischen, religiösen, nationalen, sexuellen oder sonstigen Gründen.
- Die Intimsphäre jedes Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen ist grundsätzlich zu schützen.
- Bei der Materialbeschaffung und Recherche sind unlautere Methoden wie z. B. Irreführung, Druckausübung, Einschüchterung, brutale Ausnützung emotionaler Stresssituationen und die Verwendung geheimer Abhörgeräte verboten.
- Redaktionelle Spezialbereiche sollen auch über das enge Fachgebiet hinaus auf die sozialen, politischen Rahmenbedingungen hinweisen und nachvollziehbaren Kriterien folgen.
- Das öffentliche Interesse an einer Veröffentlichung oder Nichtveröffentlichung ist abzuwägen. Dies gilt insbesondere, wenn es um die Aufklärung schwerer Verbrechen, den Schutz der öffentlichen Sicherheit oder Gesundheit oder um die Verhinderung einer Irreführung der Öffentlichkeit geht.¹⁵⁶

Die Einhaltung des Ehrenkodex wurde vom Presserat überwacht. Die Träger des Presserats waren der Verband österreichischer Zeitungen (VÖZ), die Journalistengewerkschaft sowie der Presseclub Concordia und der Österreichische Zeitschriften- und Fachmedienverband (ÖZV). Es fanden monatlich alternierend Senatssitzungen mit je zwölf Mitgliedern statt, um über die aktuellen Beschwerden an den Presserat zu entscheiden. Grundsätzlich hatte jeder und jede das Recht den Presserat zu konsultieren. Mit Vorlage und unter Bezugnahme auf die konkrete Berichterstattung konnte man in unkomplizierter Form von diesem Recht Gebrauch machen. Als Grundlage für alle ethische Diskussion galt der Ehrenkodex (vgl. Anhang) für die österreichische Presse. Grundsätzlich wurden Beschwerden so behandelt, dass bei Aufnahme eines Verfahrens, sowohl Beschwerdeführer als auch Vertreter betroffener Medien und Autoren zu Stellungnahmen in Senatssitzungen geladen wurden. Jährlich wurden rund 20 bis maximal 39 Beschwerden behandelt.¹⁵⁷

Aktuell existiert keine Selbstregulierungsinstitution für die Sicherung von Qualität und Ethik im Journalismus und daher auch keine Sanktionsmöglichkeit im Hinblick auf den noch existierenden Ehrenkodex. Zudem wird die uneinheitliche Gesetzeslage als problematisch angesehen. Durch den RTR bzw. den Bundeskommunikationssenat für Medien existieren zwar kontrollierende Einrichtungen, jedoch nur in Bezug auf das Modell der asymmetrischen

¹⁵⁶ Vgl. URL: <http://www.voez.at/download.php?id=165> [Stand: 18.10.2008].

¹⁵⁷ Vgl. Gottwald/Kaltenbrunner/Karmasin, 2006, S.10ff.

Marktregulation und der gesetztesbasierten behördlichen Kontrolle.¹⁵⁸ Einzige Evidenzen für ein Überdenken der momentanen Situation basieren auf aktuellen Überlegungen zur Medienselbstregulierung in der Schriftenreihe des Medienhauses Wien.¹⁵⁹ Basierend auf der Analyse der historischen Entwicklung in Österreich, der derzeitigen kommunikationswissenschaftlichen Debatte und dem Vergleich von anderen internationalen Modellen ergaben sich eine Reihe von Schlussfolgerungen bzw. Handlungsanleitungen:

- Selbstregulierung braucht eine klare Definition der Verantwortlichkeiten und entsprechende Finanzierung.
- Die Selbstkontrolle muss inhaltlich auf jede mediale Darstellungsform ausgeweitet werden (gedruckt, elektronisch und digital), wobei besonders der Bereich der „Sonderwerbformen“ an der Grenze von Public Relations und redaktionellen Inhalten zu berücksichtigen ist.
- Der Ehrenkodex sollte nicht nur für Journalisten, sondern gleichermaßen auch für Medienmanager Gültigkeit haben. Aufgrund von zugrundeliegenden ökonomischen Interessen sind auch in diesem Bereich professionelle Voraussetzungen in Form von medialer Selbstkontrolle notwendig.
- Die Grundlage der Selbstregulierung sollten einerseits gesetzlich, exekutierbare Vorschriften, andererseits eine Erweiterung bzw. Adaptierung des Ehrenkodex bilden.
- Die Wirkung der Selbstkontrolle kann durch Sanktionen oder Qualitätsdiskussionen herbeigerufen bzw. gefördert werden. Zudem sollten in Medienunternehmen diesbezüglich ergänzende Anreizsysteme geschaffen werden, die sich Form von ökonomischen Motivationen und Belohnungen äußern.

2.7.3 Mediengesetz

Allgemeine Grundsätze für publizistische Arbeiten existieren in Form des österreichischen Ehrenkodex für die Presse.¹⁶⁰ Doch wie bereits in Kapitel 2.7.2 erwähnt, wird der Ehrenkodex aufgrund der fehlenden Kontrollinstanz nicht sanktioniert. Auch der aktuelle Stand (21.01.1999) der genannten Grundsätze lässt erahnen, dass in diesem Bereich kaum Aktivität herrscht. Diese prekäre Situation, die sich aus der Absenz jedweder Kontrollinstanz oder -institution ergibt, führt unweigerlich zu einer Betrachtung der gesetzlichen Lage auf diesem Terrain.

Im österreichischen Bundesgesetz über die Presse und andere Publizistische Medien (Mediengesetz) vom 12. Juni 1981, BGBl 314 in der Fassung der Novelle 2005 BGLB 49 und 151 werden die wesentlichen Grundsätze für journalistische Tätigkeit verankert. Neben der inneren Medienfreiheit (Redaktionsstatuten) und dem Schutz der journalistischen Berufsausübung, der den Überzeugungsschutz und den Schutz namentlich gekennzeichnete

¹⁵⁸ Vgl. Gottwald/Kaltenbrunner/Karmasin, 2006, S.138.

¹⁵⁹ Vgl. Gottwald/Kaltenbrunner/Karmasin, 2006.

¹⁶⁰ Vgl. URL: www.voez.at/download.php?id=165 [Stand: 18.10.2008].

Beiträge umfasst, bilden Ausführungen über den Persönlichkeitsschutz einen wesentlichen Bestandteil des Gesetzes. Diese beschreiben das Vorgehen bei übler Nachrede, Beschimpfung, Verspottung und Verleumdung, Verletzungen des höchst persönlichen Lebensbereiches, Identitätsschutz und den Schutz der Unschuldsvermutung. Der vierte Abschnitt beschäftigt sich mit Impressum, Offenlegung und Kennzeichnung von Medien und Beiträgen. Neben den strafrechtlichen Bestimmungen wird auch die Anbietungs- und Ablieferungspflicht bei Druckwerken festgelegt. Die journalistische Sorgfaltspflicht, die sachliche Immunität und der Schutz des Redaktionsgeheimnisses stellen weitere wichtige Säulen des Gesetzes dar.

Bezüglich der bereits in Kapitel 2.5.3 diskutierten Problematik des „Verschwimmens“ von redaktionellen und beeinflussten bzw. bezahlten Inhalten kommt dem Mediengesetz in Form des §26 besondere Bedeutung zu:

„Ankündigungen, Empfehlungen sowie sonstige Beiträge und Berichte, für deren Veröffentlichung ein Entgelt geleistet wird, müssen in periodischen Medien als ‚Anzeige‘, ‚entgeltliche Einschaltung‘ oder ‚Werbung‘ gekennzeichnet sein, es sei denn, dass Zweifel über die Entgeltlichkeit durch Gestaltung oder Anordnung ausgeschlossen werden können.“¹⁶¹

Das Problem besteht darin, dass auch diese Richtlinie, trotz ihrer Rechtsgültigkeit, in der Praxis kaum exekutierbar ist. Es ist nur schwer möglich im Falle einer eventuellen Anzeige dem Medieninhaber die Entgeltlichkeit eines Berichtes nachzuweisen. Zudem definiert das Gesetz nicht, was als redaktioneller Teil und was als Werbung gilt. Allerdings gibt es die Ausweichmöglichkeit auf eine andere gesetzliche Regelung. Von besonderem Interesse für Zeitungen ist der Beispielstatbestand in Pkt. 11 des Anhangs des UWG, wonach als irreführende Geschäftspraktik gilt, wenn *„redaktionelle Inhalte . . . in Medien zu Zwecken der Verkaufsförderung eingesetzt [werden] und das Unternehmen . . . diese Verkaufsförderung bezahlt [hat], ohne dass dies aus dem Inhalt oder aus für den Verbraucher klar erkennbaren Bildern und Tönen eindeutig hervorgehen würde (als Information getarnte Werbung)“¹⁶²*. (siehe auch Erläuterungen zum UWG in Kap. 4.3.3)

Bei der näheren Betrachtung dieser fragwürdigen Berichte oder Artikel taucht die Frage auf, wann ein Zweifel über die Entgeltlichkeit überhaupt ausgeschlossen werden kann? Wie und wo muss die Kennzeichnung platziert werden? Werden Hinweise dieser Art vom Rezipienten überhaupt wahrgenommen? Wie wichtig in diesem Zusammenhang die Einhaltung von diversen Richtlinien ist, belegen auch die Ausführungen von Barbara Baerns:

¹⁶¹ Bundesgesetz vom 12. Juni 1981 über die Presse und andere Publizistische Medien (Mediengesetz - MedienG), BGBl. Nr. 314/1981 idF BGBl. I Nr. 49/2005, Online im WWW unter URL: <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=11995> [Stand: 18.10.2008].

¹⁶² Vgl. Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz gegen den unlauteren Wettbewerb 1984 – UWG geändert wird (UWG-Novelle 2007), Online im WWW unter URL: http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/I/I_00144/fname_080043.pdf [Stand: 13.10.2008].

„Die medienrechtlichen, standesrechtlichen und wettbewerbsrechtlichen Grundsätze zur Trennung von Werbung und Programm, die vorhanden sind, stützen Autonomie und Glaubwürdigkeit der öffentlichen Medien. Sie sichern ihre Unabhängigkeit gegenüber Inserenteneinflüssen, die sich als neutrale redaktionelle Aussagen der Zeitung, der Zeitschrift, des Hörfunks, des Fernsehens tarnen und folglich nicht durchschaut werden können. Sie schützen die Bewerber am Markt vor wettbewerbswidrigen, unlauteren Praktiken unfairer Konkurrenten. Sie könnten so nicht nur den Inserenten, sondern auch den beteiligten Kommunikationsberufen, den Verlegern und Rundfunkveranstaltern, der Werbung, der Öffentlichkeitsarbeit, dem Journalismus - und im Ergebnis uns allen - dienen und nützen.“¹⁶³

Allein das Erkennen des Problemfeldes führt aber nicht zu dessen Lösung, denn das Überschreiten der Grenzen seitens der Öffentlichkeitsarbeit steht auch hier vor dem Problem der fehlenden Kontrolle und Exekutierbarkeit.

¹⁶³ Baerns, 1996, S. 27.

3 Mediziner als Opinion Leader

„Der ist ein Arzt, der das Unsichtbare weiß, das keinen Namen hat, das keine Materie hat und doch Wirkung.“ (Paracelsus)

Seit jeher wurden den Ärzten nahezu übermenschliche Fähigkeiten zugesprochen, was auch das einleitende Zitat sehr treffend beschreibt. Dies impliziert, dass von Ärzten auch eine dementsprechende Leistung erwartet wird. Die Erwartungshaltung in Bezug auf die Berufsausübung des Arztes ist demnach weitaus größer als im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. Dies ist vorwiegend auf existentielle menschliche Grundbedürfnisse zurückzuführen. Das Bild des Arztes wird daher nicht nur durch seine Leistung, sondern auch durch die Abhängigkeit zur Öffentlichkeit geprägt. Zum anderen kann dies auf das Ansehen und den besonderen gesellschaftlichen Status, den Mediziner nach wie vor genießen, zurückgeführt werden. Wie sich das Arztbild nun insgesamt in der Öffentlichkeit beschreiben lässt und welchen Wandel es durch den zunehmenden ökonomischen Druck auf die Ärzte erfahren hat, soll im ersten Teil dieses Kapitels diskutiert werden.

Inwieweit die Ärzte eine tragende Rolle in der Medizinberichterstattung innehaben, soll anhand der Vorstellung des Konzepts des Opinion-Leaders bzw. des Meinungsführers diskutiert werden. Die grundlegende Frage, die dadurch aufgeworfen wird, ist, ob Ärzte nun von den Akteuren erst zu Meinungsführern „gemacht“ werden, oder ob sie von diesen eingesetzt werden, da ihnen dieser Status bereits unterstellt wird. Prozesse im Bereich dieser Fragestellung können unter anderem durch die Diffusionsforschung erklärt werden, die nachfolgend diskutiert werden soll und in diesem Kontext das Beziehungsumfeld von Ärzten näher beschreibt. Neben einer zusammenfassenden Beschreibung der Funktion des Arztes im Netz der Akteure, wird sein komplexes Wirken durch das Aufzeigen der Rahmenbedingungen noch eingehender verdeutlicht.

3.1 Das Bild des Arztes in der Öffentlichkeit

Ärzte genießen immer noch eine ungeschlagene Position in unserer Gesellschaft. Eine Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Market bestätigt das unbestrittene Ansehen der „Götter in Weiß“. Persönliche Interviews mit 501 repräsentativ für die Bevölkerung ab 15 Jahren ausgewählten Personen im November und Dezember 2006 führten zu ähnlichen Ergebnissen wie eine Erhebung aus dem Jahr 2001. Die Ärzte führen nach Meinung der Österreicher mit 89 Prozent vor dem Pflegepersonal mit 86 Prozent das Spitzenfeld der wichtigsten Berufe an.¹⁶⁴ Warum den Ärzten in ihrer Rolle seitens der Öffentlichkeit soviel Vertrauen entgegen kommt, führt man bereits auf geschichtliche Ansätze zurück, wobei die Einheit von ärztlicher Autorität und einem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt beschrieben wird.

¹⁶⁴ Vgl. URL: http://market.at/press/index.php/action.view/entity.press_detail/key.445/ [Stand: 18.10.2008].

Dieses Verhältnis wird in einer „dualen Beziehungsfigur“ erlebt, in der der Arzt die Führungsrolle einnimmt. Da es dem Patienten um die Nachfrage von sehr hoch geschätzten Dienstleistungen geht, ist er gezwungen sich dem Arzt „vertrauensvoll auszuliefern“.¹⁶⁵ Karl Isaak verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff der Mystifizierung, der dem Berufsstand der Ärzte beschreibt. Diese Mystifizierung wurde durch bestimmte Codes, Sprache und Symbole erreicht, die zum Teil aus geschichtlichen Aspekten entstanden. So lässt sich auch der Terminus „Götter in Weiß“ auf historische Gründe zurückführen.¹⁶⁶ Den Ausführungen von Uexküll und Wesiack zufolge waren Ärzte den Göttern immer schon sehr nahe. Der „Priesterarzt“ versuchte somit Tod und Krankheiten durch Gebete und Opfergaben zu heilen.¹⁶⁷

Von welchem enormen Einfluss das Bild des Arztes auch gegenwärtig noch geprägt ist, bestätigen die vorherrschenden Umgangsformen in Zusammenhang mit Medizinern und deren Umfeld. Vor allem in ländlichen Regionen gehört es heute immer noch zu den gängigen Verhaltensregeln eine Arztgattin mit „Frau Doktor“ anzusprechen. Einige lebhaftere Schilderungen im Bezug auf den Elite-Status, den der Arzt auch heute noch genießt, finden sich im Rahmen der Untersuchung von Karl Isaak. Das elitäre Ansehen des Berufsstandes wurde beispielsweise durch einen Bürgermeister folgendermaßen ausgedrückt: „Wissen Sie, Herr Doktor, wir zwei brauchen uns keine Sorgen zu machen, die Bevölkerung braucht uns, alle anderen sind entbehrlich und ersetzbar.“¹⁶⁸ Auch Emil Dovifat schreibt dem Arztbild in der Öffentlichkeit besondere Würde und Ansehen zu, was jedoch auf zwei verschiedene Umstände zurückzuführen ist. Zum einen resultiert dieses Bild aus persönlichen Erfahrungen und individuellen Erlebnissen, die entweder guter oder schlechter Natur sein können und zum anderen erfolgt eine Steuerung durch publizistische Mittel. Auch diese können entweder zu Kritik oder Beifall des Arztbildes beitragen, jedoch spricht auch Dovifat von einer Magie, die das Arztbild umgibt und dem Glauben an seine Kunst, die nahezu unerschütterlich ist. Die Gründe dafür sieht er in einer intimen und persönlichen Mensch-zu-Mensch-Verbindung, die vor allem auf Vertrauen aufbaut. Jedoch vermag die Presse durch das Hervorheben einzelner Sensationsfälle ein schiefes Bild des Arztes im Hinblick auf seine vertrauensbedingte Haltung zu zeichnen. Dovifat fordert daher, dass der Ärztestand dem entgegenwirken müsse, indem das Arztbild in der Öffentlichkeit in seinem Wahrheitsgehalt vom Arzt selbst mitgestaltet werden müsse.¹⁶⁹ Auch Roegele konstatiert, dass in der Öffentlichkeit zunehmend ein schiefes Bild des Arztes konstruiert wird und führt dies vor allem auf die Schweigehaltung der Ärzte zurück. Diese würde gleichsam eine gewisse Scheu vor der Öffentlichkeit implizieren und sie auch dazu veranlassen nicht über ihre Tätigkeiten und Handlungen offen zu sprechen, was in der Öffentlichkeit kontraproduktive Wirkungen nach sich zieht.¹⁷⁰

¹⁶⁵ Vgl. Deneke, 1985, S. 50f.

¹⁶⁶ Vgl. Isak, Karl: Die Götter verlieren ihr Weiß. Der gesellschaftliche Wandel der Ärzte und ihr ökonomisches orientiertes Kommunikationsverhalten. Oder brauchen Ärzte Marketing? Wien: Diss., 2004, S. 38.

¹⁶⁷ Vgl. Uexküll, Thure von/Wesiack, Wolfgang: Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München, Wien, Baltimor: Urban & Schwarzenberg, 1998, S.430.

¹⁶⁸ Isak, 2004, S. 42.

¹⁶⁹ Vgl. Dovifat, Emil: Arztimages in Populärmedien, in: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Publizistikwissenschaftler und Medizinkommunikation im deutschsprachigen Raum. Bochum: Universitätsverlag Brockmeyer, 1990, S. 88ff.

¹⁷⁰ Vgl. Roegele, Otto B.: Medizinerbild und Öffentlichkeit, in: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Publizistikwissenschaftler und Medizinkommunikation im deutschsprachigen Raum. Bochum: Universitätsverlag Brockmeyer, 1990, S. 99f.

Karl Isak hingegen spricht in diesem Zusammenhang von neueren Entwicklungen. Er geht sogar von einem gesellschaftlichen Wandel des Arztbildes aus, da sich dieses zunehmend auch an ökonomischen Faktoren orientieren würde.¹⁷¹ Von diesem steigenden ökonomischen Interesse der Mediziner versprechen sich aber auch andere Akteure einen Zusatznutzen. Im wirtschaftlichen Beziehungsnetzwerk der Ärzte ist neben den Krankenkassen, die pharmazeutische Industrie als engster Bezugspartner zu nennen.

Obwohl die Stellung und das Verhalten von Medizinern in der Öffentlichkeit zunehmend kritisiert wird, ist in Bezug auf deren Popularitätsgrad in der Bevölkerung keineswegs von Einbußen zu sprechen.¹⁷² Der Elitestatus, den Mediziner im Allgemeinen genießen, muss jedoch als ein Konglomerat aus verschiedenen Parametern gesehen werden.

Neben dem geschichtlichen Aspekt müssen auch andere Determinanten berücksichtigt werden, auf Basis derer sich das Bild des Arztes von anderen Berufsgruppen abgrenzt. Mögliche Gründe könnten auch aus den soziodemographischen Gegebenheiten resultieren. Einerseits gibt es im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung nur wenige Ärzte und andererseits heben sich diese auch auf Grund ihres vermuteten höheren Einkommens von anderen Berufsgruppen ab.

Als weiteres Kriterium ist die Verwendung eines gehobenen Sprachjargons und von Fachtermini zu erwähnen, wodurch sich die Mediziner zweifellos vom Rest der Bevölkerung abheben. Diese Problematik äußert sich vor allem in der gegenwärtig immer häufiger kritisierten Arzt-Patienten-Kommunikation. Grundsätzlich lassen sich drei verschiedene Beziehungsmodelle innerhalb dieser Arzt-Patienten-Beziehung identifizieren:

- Im paternalistischen Modell fungiert der Arzt als Autoritätsperson und trifft die Entscheidungen, auf die der Patient einwilligt.
- Das informative Modell überlässt die Entscheidung dem Patienten, nachdem er vom Arzt die erforderlichen Fakten bezogen hat.
- Im Idealfall entscheiden sich Arzt und Patient für das Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung (shared decision making). In dieser Option bietet der Arzt verschiedene Therapiealternativen an und entscheidet sich gemeinsam mit dem Patienten, unter Berücksichtigung dessen psycho-physischen und sozio-ökonomischen Umfeldes, für eine Möglichkeit.¹⁷³

Michael Rosner und Peter Scheer konnten im Rahmen einer Patientenbefragung jedoch eine gegenläufige Entwicklung feststellen. Die Erwartungshaltung der Patienten gegenüber der Tätigkeit des Arztes bezieht sich in erster Linie auf die Erstellung einer Diagnose und die Aufklärung über Krankheit und medikamentöse Behandlung. Das persönliche Gespräch stellt bei der Arztwahl keine große Einflussgröße dar, dieses wurde jedoch als wichtigster Grund bei der Weiterempfehlung genannt. Tendenziell geht es Patienten nicht um die Quantität, sondern um die Qualität. Die Studie ergab, dass auch Ärzte, die kurze Gespräche führten, zufriedene Patienten hatten. Bei der Betrachtung der gesamten Leistung des Arztes zeigt sich der Patient

¹⁷¹ Isak, 2004, S. 85.

¹⁷² Vgl. URL: http://market.at/press/index.php/action.view/entity.press_detail/key.445/ [Stand: 18.10.2008].

¹⁷³ Vgl. Weisbach, Wolf Rüdiger: Das hausärztliche Gespräch mit dem onkologischen Patienten, in: Keseberg, Adalbert (Hrsg.): Arzt und Gesellschaft. Aachen: Shaker, 2004, S. 104.

in seiner Rolle als Konsument doch wieder zufrieden. Dies spiegelte sich auch in den Aussagen über das Arztbild im Allgemeinen wieder: Mehr als die Hälfte der befragten Personen sahen ihren Arzt in erster Linie als Vertrauensperson bzw. als partnerschaftlichen Berater. Als Autoritätsperson wurde der Arzt in dieser Untersuchung nicht bezeichnet, jedoch wurde dessen Sachautorität in Frage gestellt. 25 Prozent der Patienten hatten Zweifel an den Meinungsäußerungen ihrer Ärzte.¹⁷⁴ Ulrich Kropiunigg spricht in diesem Zusammenhang von den zugrundeliegenden „verborgenen Strukturen“ der Medizin, zu denen er auch das Informationsbedürfnis der Patienten zählt:

„Der Arzt kann sicher sein, daß sie (Anm. d. Verf.: die Information) bei weit mehr als drei Viertel seiner Patienten erwünscht ist. Woran liegt es, wenn dieses von den Patienten geforderte Recht so häufig verweigert wird? (...) Auch da liegt die Antwort leider auf der Ebene mangelnder Qualifikation des Arztes, mit den Folgen von Informationsmitteilung in angemessener Weise umzugehen. Seine Medizin würde sich dann unweigerlich auf eine ‚nichtwissenschaftliche‘ kommunikative Ebene verlagern, auf der er sich nicht mehr so sicher fühlen dürfte.“¹⁷⁵

Vor diesem Hintergrund bezeichnet Kropiunigg die immer lauter gewordene Kritik an der Ärzteschaft und das Infrage stellen der Medizin als ein wahres Dilemma, zu dessen Lösung er zwei Modelle entwickelte. Das Kooperationsmodell schlägt für die Behandlung von seelischen und psychosomatischen Krankheiten das Hinzuziehen von Kooperationsärzten vor, die die behandelnden Ärzte auf psychotherapeutischer Ebene unterstützen sollen. Zum anderen sieht er die Möglichkeit, dass einige Ärzte mit entsprechender Fähigkeit und Neigung an einem Integrationsmodell partizipieren könnten, indem sie in psychologischer Gesprächsführung und Psychotherapie ausgebildet werden. Dieses Wissen würde automatisch in das medizinische System integriert werden und so zu einem Wandel beitragen.¹⁷⁶

Zudem schreibt Kropiunigg Ärzten verschiedene Eigenschaften zu und erstellt eine darauf basierende Typologie. Einerseits spricht er vom angesehenen Arzt, der ein hervorragender Diagnostiker ist, aber den psychosozialen Bedingungen von Krankheit keine Aufmerksamkeit schenkt. Demgegenüber steht der ironische Arzt, der sich und die Medizin - meist aus Mangel an Erfolg - abwertet. Darüber hinaus existiert der fortschrittliche und fortschrittsgläubige Arzt, der mit den modernsten technischen und diagnostischen Mitteln arbeitet.¹⁷⁷ Neben der Zuschreibung von bestimmten Eigenschaften werden Ärzte auch in ein bestimmtes Rollenmuster eingeordnet. Nach Michael Peintinger zählen dazu folgende Grundaspekte:

- Ärztliches Handeln soll durch eine neutrale Affektivität gekennzeichnet sein, was persönliche Tendenzen und Gefühle, mit der Ausnahme von Empathie und Anteilnahme, in seinem Handeln ausschließt.

¹⁷⁴ Rosner, Michael/Scheer, Peter: Erwartungen und Zufriedenheit der Patienten beim praktischen Arzt. Eine empirische Studie an niedergelassenen Allgemeinärzten in Wien, in: Rosner, Michael/Scheer, Peter (Hrsg.): *Arztbilder. Wissenschaftliche Überlegungen zum Selbst- und Fremdbild des Arztes*. Wien: Facultas, 1987, S. 67ff.

¹⁷⁵ Kropiunigg, Ulrich: Der Arzt im Netz verborgener Strukturen, in: Rosner, Michael/Scheer, Peter (Hrsg.): *Arztbilder. Wissenschaftliche Überlegungen zum Selbst- und Fremdbild des Arztes*. Wien: Facultas, 1987, S. 117.

¹⁷⁶ ebenda, S. 119.

¹⁷⁷ Kropiunigg, 1987, S. 114.

- Es soll funktional spezifisch sein, d.h. innerhalb klarer vordefinierter gesellschaftlicher Grenzen stattfinden.
- Das Ärztliche Handeln soll durch eine universalistische Einstellung geprägt sein, wobei die eigenen Interessen zu Gunsten des allgemeinen Wohls des Behandelten zurückgestellt werden sollen.¹⁷⁸

Das Bild des Arztes in der Öffentlichkeit wird weitgehend auch von dieser bestimmt. Daher ist es notwendig, die Rolle des Arztes im gesamtgesellschaftlichen Kontext bzw. System zu betrachten:

„Die Krise der Medizin ist eine Krise der Gesellschaft. Die Zeiten des ‚Halbgottes in Weiß‘ gehören der Vergangenheit an, auch wenn die Politik und einige Medien dieses Etikett immer wieder beschwören, um die längst bestehende Partnerschaft zwischen vielen Ärzten und ihren Patienten aus finanziellen Überlegungen zu stören.“¹⁷⁹

Diese Überlegungen eines Arztes und Hochschullehrers geben Anlass zur Fragestellung, ob das positive Image der Ärzteschaft von den Medien oder anderen Unternehmen schlichtweg hochstilisiert wurde. Wird der Bevölkerung dieses - der göttlichen Metapher entsprechende Arztbild - nur vorgegaukelt, um das eigentliche Dilemma, in der sich die Medizin befindet, zu verschleiern? Selbst, wenn dies die Absicht wäre, bleibt die Frage nach der Wirkung dieses Manipulationsversuches beim Patienten oder Rezipienten immer noch offen.

Die Konstruktion des Arztbildes unterliegt in erster Linie der persönlichen Einschätzung, die auf individuellen Erfahrungen basiert. Weitere Einflussfaktoren, die das Arztbild mitbestimmen, sind im Bereich des Erfahrungsaustausches mit anderen Personen und in den Inhalten der Massenmedien zu sehen. In diesem Konnex spricht Michael Peintinger von einer Differenzierung zwischen Nahbild und Fernbild. Analog zu den Untersuchungen von Rosner und Scheer werden die individuellen Beziehungen zum eigenen Hausarzt äußerst positiv bewertet, während die Beurteilung des Fernbildes größtenteils die allgemeine Bewertung von theoretischen Beziehungen beinhaltet und deutlich negativer ausfällt. Dies ist unter anderem auf die Einschränkungen in der Verfügbarkeit, dem ständigen Wechsel der Ansprechpartner und auf ein generelles „Misstrauen“ zurückzuführen.¹⁸⁰

Was den Einfluss der Massenmedien in Bezug auf das Arztbild betrifft, steht unsere Wahrnehmung vor der Herausforderung die relevanten Informationen dementsprechend filtern zu müssen. Die Präsentation von Ärzten und deren Handlungen und Meinungen in den Medien vermag in zweierlei Hinsicht die öffentliche Meinungsbildung zu beeinflussen. Sensationelle Aufmachungen, die vorwiegend in der Laienpresse vorzufinden sind, können beispielsweise durch Hervorheben eines einzigen Falles ein negatives Bild über den gesamten Berufsstand entstehen lassen. Umgekehrt ist der strategische Einsatz von medizinischen Autoritäten als

¹⁷⁸ Vgl. Peintinger, Michael: Ethische Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung, in: Maier, Manfred/Höhrhan, Jürgen (Hrsg.): *Arzt & Ethik*. Wien: Facultas, 2007, S. 56.

¹⁷⁹ Keseberg, Adalbert: *Arzt und Gesellschaft*, in: Keseberg, Adalbert: *Arzt und Gesellschaft*, Aachen, Shaker Verlag, 2004, S. 6.

¹⁸⁰ Vgl. Peintinger, 2007, S. 47ff.

Experten zu bestimmten Themen meist mit positiven Konnotationen behaftet. Der Einsatz dieser Strategie des „Opinion Leading“ ist in den Medien zu einem beliebten Phänomen geworden.

3.2 Zum Konzept des Opinion Leaders

Unumstritten ist die Tatsache, dass Ärzte aufgrund ihres besonderen gesellschaftlichen Status, oftmals als Opinion Leader eingesetzt werden. Aktuelle Befunde dazu liefert uns vor allem die Medizinberichterstattung als Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

In diesem Zusammenhang identifiziert Franzisca Gottwald das Phänomen, dass zu bestimmten Themen immer wieder die gleichen Experten und Wissenschaftler in den Medien auftauchen. Dieser Umstand wurde vor allem in den Laienmedien beobachtet. Die Fachmedien hingegen setzen auf verschiedene Experten. Medizinjournalisten und PR-Fachleute gehen davon aus, dass nur wenige Experten überhaupt in den Medien auftreten wollen und dazu die entsprechende Medienkompetenz besitzen, wobei seitens der PR-Treibenden bestätigt wurde, dass „Stars“ mit einem etablierten Image eher wahrgenommen werden und ein größeres Kontaktnetz haben“.¹⁸¹

„Generell gibt es zu bestimmten Themen ‚eine Koryphäe, die jeder in seinem Beitrag haben will. Da es generell wenig medienstarke Experten gibt, will natürlich jedes Medium genau diesen haben.‘ Hinzu kommt der folgende Punkt: ‚Bei dem Druck unter dem viele Kollegen stehen, viel Stress, wenig Zeit zur Suche, sind die froh, wenn sie jemanden haben, der Ahnung hat und medienkompatibel ist‘. Gesucht sind dabei generell ‚Experten, die sich allgemein verständlich und trotzdem wissenschaftlich korrekt ausdrücken. Fachchinesisch kommt bei den Laien nicht an.‘ Leider sind die meisten Wissenschaftler bzw. Experten ‚entweder 1. kompetent oder 2. geschickt und mediengeil oder 3. beides.‘“¹⁸²

Weiters findet sich in Gottwalds Untersuchungen der Begriff des „Aufmerksamkeitserregers“ „Mediators“ oder „Meinungsführers“, wobei zwischen deren Funktionen streng unterschieden werden muss. Prominenten Personen, die dazu eingesetzt werden Aufmerksamkeit zu erregen, werden die Fähigkeiten zugesprochen, den Erfolg von Medien-Events zu steigern, während Bezugspersonen wie Angehörige und „Nicht-Experten“ als geeignete Meinungsführer und Mediatoren bezeichnet werden.¹⁸³

Dieser aktuelle Versuch einer Definition des Begriffs des Meinungsführers beschränkt sich lediglich auf dessen Eigenschaft als Bezugsperson, während hingegen die ursprüngliche Forschungstradition auf diesem Gebiet ein diffizileres Bild erzeugte. Das Auftauchen des Begriffs des **Meinungsführers bzw. des Opinion Leaders** war in der Kommunikationswissenschaft von enormer Bedeutung, da es die bisherigen Theorien, die von der Allmächtigkeit der Medien ausgehen, in Frage stellte und damit eine neue kommunikationswissenschaftliche

¹⁸¹ Vgl. Gottwald, 2006, S. 231f.

¹⁸² ebenda.

¹⁸³ Vgl. ebenda, S. 270f.

Ära induzierte. Als Wegbereiter für die Erkenntnis über die Wichtigkeit der sozialen Faktoren im Kommunikationsprozess gilt die Studie „The People's Choice“, die im Jahre 1940 von Paul Lazarsfeld und seinen Mitarbeitern durchgeführt wurde. Ausgehend vom damalig vorherrschenden Stimulus-Response-Modell, d.h. vom Einfluss der Massenmedien, war man daran interessiert, welche Faktoren die individuelle Wahlentscheidung beeinflussen. Basierend auf dem Umstand, dass massive Propaganda in den Massenmedien die Entscheidung der Wähler nur minimal mitbestimmte, wurden die Autoren auf eine andere Tatsache aufmerksam. Erstmals wurde festgestellt, dass der interpersonalen Kommunikation mit Familienmitgliedern, Bekannten oder Nachbarn eine höhere Tragweite im Entscheidungsprozess zuteil kam, als der direkte Einfluss der Massenmedien. Im Anschluss daran folgten weitere Untersuchungen von Elihu Katz, in denen die Existenz von einflussreichen Personen, die als „Schaltstellen“ im interpersonalen Kommunikationsfeld fungierten, bestätigt wurde.¹⁸⁴ Der Begriff des Meinungsführers bzw. Opinion Leaders wurde geprägt, der in nahezu alle Bereiche der Kommunikationswissenschaft Einzug gefunden hat. Eine allgemeingültige Definition bzw. Begriffsverwendung scheint jedoch noch immer nicht zu existieren. Dies kann vor allem auch darauf zurückzuführen sein, dass die empirische Überprüfbarkeit nicht gewährleistet ist. Meinungsführer werden nicht aufgrund eines Schemas, sondern vorwiegend auf Basis von individuellen Einschätzungen von befragten Personen identifiziert. Aufgrund der wissenschaftlichen Befunde ergibt sich zusammengefasst das folgende Bild eines Meinungsführers:

1. Jeder Meinungsführer ist Teil einer sozialen Gruppe mit ihren eigenen speziellen Interessen. Gleichzeitig kann sich dieser aber auch auf einem anderen Gebiet von einem anderen Meinungsführer beeinflussen lassen.
2. Meinungsführer sind überdurchschnittlich aktiv in der Beschaffung und Weiterleitung von Informationen. Ihre Sachkenntnisse sind daher auch umfangreicher als die der restlichen Gruppe.
3. Zudem ähneln sich Meinungsführer in ihrem sozialen Gefüge (Verein, Gesellschaft, Familie, Beruf usw.) auch oft den Personen, die von ihnen beeinflusst werden.
4. Meinungsführer lassen sich durch die hohe Anzahl ihrer sozialen Kontakte charakterisieren, vor allem betreiben sie auch mit anderen Meinungsführern regen Austausch.¹⁸⁵

Schenk geht sogar soweit, die Charakterzüge von Meinungsführern zu benennen: *„Durchsetzungsfähigkeit, Standhaftigkeit, Selbstsicherheit, aber auch Verantwortungsbewusstsein. Ferner gute Kenntnisse der sozialen Normen und Werte, die in der näheren sozialen Umgebung maßgeblich sind.“*¹⁸⁶ Burkart ergänzt diese Ausführungen dahingehend, dass Meinungsführer durch die Einnahme von bestimmten Positionen oder Rollen - im Hinblick auf einen bestimmten Themenbereich - zu „Experten“ ernannt werden.¹⁸⁷

¹⁸⁴ Vgl. Burkart, 2002⁴, S. 208.

¹⁸⁵ Vgl. Maletzke, Gerhard: Kommunikationswissenschaft im Überblick. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Opladen/Wiesbaden: Westdt. Verl., 1998, S.114f.

¹⁸⁶ Schenk, 2007³, S. 383.

¹⁸⁷ Vgl. Burkart, 2002, S. 206f.

In diesem Zusammenhang soll auch auf die Bedeutung des Opinion Leaders in der Werbung hingewiesen werden, wobei hier unter anderem der Begriff des „Werbeweiterpflanzers“ verwendet wird.¹⁸⁸ Gelingt es diesen zu erreichen, werden dessen Erfahrungen im eigenen sozialen Netz weitergeben, was wiederum den Einfluss der Massenmedien stärkt. Im Kontext der Werbewirkung wird Meinungsführern somit eine Multiplikatorenrolle zugeschrieben. Schweiger und Schrattenecker ergänzen die Merkmale von Opinion Leadern vor dem Hintergrund von werbetechnischen Überlegungen. Die Autoren betonen, dass die Orientierung größtenteils an Personen mit ähnlichem sozialen Status erfolgt und nicht wie früher angenommen, an sozial höher stehenden Persönlichkeiten. Zudem würde sich deren fachliche Kompetenz eher auf Bereiche von höherwertigen Wirtschaftsgütern beziehen wie z.B. Autos, Elektro- und High-Tech-Geräte und Computer. Unter Umständen kann der Einfluss eines Meinungsführers auch auf mehreren Märkten von Relevanz sein.¹⁸⁹

Außerdem gehen Schweiger und Schrattenecker davon aus, dass Meinungsführer einen höheren Nutzungsgrad im Bezug auf Fachzeitschriften aufweisen als ihre Mitmenschen. Dies stellt vor allem in Hinblick auf die Mediaplanung eine wertvolle Planungsgröße dar.¹⁹⁰ Verfolgt man die werbestrategischen Absichten weiter nimmt der Meinungsführer vor allem bei Kaufentscheidungen eine zentrale Rolle ein. Wesentliches Ziel ist es dabei ihn zu identifizieren, zu überzeugen und mit Schlüsselinformationen¹⁹¹ auszustatten.¹⁹²

Auch aus marketingtechnischer Sicht werden dem Meinungsführer ähnliche Eigenschaften und Funktionen zugeschrieben. Demnach ist es die Aufgabe des Marketers, die Meinungsführer anhand demographischer und psychographischer Merkmale ausfindig zu machen, deren Mediennutzung zu identifizieren, um anschließend entsprechende Werbebotschaften an sie zu richten. Philip Kotler geht in diesem Kontext davon aus, dass sich das Bild des Meinungsführers gewandelt hat und dieser nicht mehr einer sozial höheren Schicht, sondern dem unmittelbaren Umfeld entstammt.¹⁹³ Hinsichtlich der Rolle des Arztes als Meinungsführer wird diese These an späterer Stelle jedoch relativiert:

„(...) Eine dritte Folgerung lautet, daß der Einsatz von Massenkommunikationsmitteln effizienter wäre, wenn die Botschaften auf Meinungsführer zugeschnitten wären, so daß diese sie weitertragen könnten. So versuchen z.B. Unternehmen der Pharma-Industrie, zunächst die einflußreichsten Vertreter der Ärzteschaft für neue Medikamente zu gewinnen. Forschungsberichte neueren Datums weisen darauf hin, daß sowohl die Meinungsführer als auch die breite Öffentlichkeit durch Massenkommunikation beeinflusst werden. Bei den Meinungsführern lösen die Massenmedien die Informationsweitergabe und bei der breiten Öffentlichkeit die Informationssuche bei den Meinungsführern aus.“¹⁹⁴

Die hier beschriebene Taktik wird in diesem Zusammenhang zu den Vorteilen von persönlicher Beeinflussung gezählt. Vorrangiges Ziel ist es dabei, Meinungsführer „aufzubauen“, indem

¹⁸⁸ Vgl. Schweiger, Günter/Schrattenecker, Gertraud: Werbung. Eine Einführung. Stuttgart: Lucius & Lucius, 2005⁶, S. 9.

¹⁸⁹ Vgl. ebenda, S.10.

¹⁹⁰ Vgl. ebenda.

¹⁹¹ Unter Schlüsselinformationen verstehen die Autoren Informationen, die für die Produktbeurteilung besonders wichtig sind und somit zur Kaufentscheidung beitragen, z.B. Testurteile oder Empfehlungen.

¹⁹² Vgl. Schweiger/Schrattenecker, 2005⁶, S. 35.

¹⁹³ Vgl. Kotler, Philip/Bliemel, Friedhelm: Marketing-Management. Analyse, Planung und Verwirklichung. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag, 2001¹⁰, S. 330.

¹⁹⁴ Kotler/Bliemel, 2001¹⁰, S. 907.

bestimmte Personen zu günstigen Konditionen mit den jeweiligen Produkten versorgt werden.¹⁹⁵ Durch eine dementsprechende „Gestaltung der Werbebotschaft“ wird die Verbindung zum Arzt als Meinungsführer im Stil eines „wissenschaftlichen Nachweises“ bestätigt. Als bekanntes Beispiel wird der Auftritt des Zahnarztes in der Zahnpasta-Werbung genannt, der über wissenschaftliche Resultate referiert.¹⁹⁶

Das Konzept des Meinungsführers wurde in der kommunikationswissenschaftlichen Forschung mehrfach adaptiert und weiterentwickelt, wobei unter anderem versucht wurde das Modell direkt auf die Medieninhalte zu übertragen. In diesem Zusammenhang führte Cornelia Eisenstein erste empirische Untersuchungen zur Differenzierung von realen und virtuellen Meinungsführern durch. Virtuelle Meinungsführer sind im Unterschied zu den realen Meinungsführern nicht physisch als personelles Gegenüber präsent, sondern ausschließlich durch die Medien bekannt. Dabei handelt es sich z.B. um Politiker, Wissenschaftler, aber auch um Medienakteure wie Nachrichtensprecher oder Moderatoren.¹⁹⁷ Deren Existenz ist dabei nicht nur den Rezipienten zuzuschreiben, sondern auch dem Wissen um Medienrealität. Der Aufbau von virtuellen bzw. fiktiven Opinion Leadern kann daher als ein bewusst gesteuert Vorgang gesehen werden. Eisenstein ging von der Annahme aus, dass sich vor allem ältere und sozial isolierte Menschen an den Einstellungen und Verhaltensweisen von virtuellen Persönlichkeiten orientieren, da diese für sie „Ersatzbezugspersonen“ darstellen.¹⁹⁸ Die Autorin verwendet zwar nicht explizit die Termini „parasoziale Interaktion“ oder „symbolischer Interaktionismus“, die aufgrund der medienpsychologischen Relevanz des Themas immanent erscheinen, jedoch wird deren Existenz indirekt durch ihre Ausführungen indiziert:

„Mediale Inszenierungen ermöglichen, fehlende Primärkontakte auszugleichen. Der Einfluß der Medien auf die jeweils individuelle Realität wird umso stärker wirken, desto geringfügiger die direkten Sozialkontakte des Rezipienten ausfallen.“¹⁹⁹

Wie auch Schenk konstatierte, sind Glaubwürdigkeit und Kompetenz entscheidende Kriterien für das Verhältnis zu Meinungsführern.²⁰⁰ Eisenstein erwähnt in diesem Zusammenhang ergänzende Eigenschaften wie Vertrauen und eine charismatische Autorität, die sie vor allem generalisierten Meinungsführern zuschreibt. Auch im Hinblick auf die Rolle des Arztes als Meinungsführer kann dieser Terminus zur Anwendung kommen, da diesem ebenfalls meist eine umfassende Kompetenz zugesprochen wird. Dies wird auch auf den sogenannten „Halo-Effekt“ zurückgeführt, wobei einzelne Eigenschaften einer Person einen Gesamteindruck entstehen lassen, der die eigentliche Wahrnehmung der Person in den Hintergrund stellt.²⁰¹ Diese Annahme würde hinsichtlich der in Kapitel 3.1 referierten Darstellungen des Arztbildes einen weiteren Erklärungsansatz liefern.

¹⁹⁵ Vgl. Kotler/Bliemel, 2001¹⁰, S. 907.

¹⁹⁶ Vgl. ebenda, S. 945.

¹⁹⁷ Vgl. Eisenstein, Cornelia: Meinungsbildung in der Mediengesellschaft. Eine theoretische und empirische Analyse zum multi-step flow of communication. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1994. S. 164.

¹⁹⁸ Vgl. ebenda, S. 165 f.

¹⁹⁹ ebenda, S. 165.

²⁰⁰ Vgl. Schenk, Michael/Donnerstag, Joachim/Höflich, Joachim R.: Wirkungen der Werbekommunikation, Wien: Böhlau, 1990, S. 137f.

²⁰¹ Vgl. Eisenstein, 1994, S. 167.

Zudem wird auch der werbewirtschaftliche Einsatz des Meinungsführers von Eisenstein ausführlich diskutiert. Die steigende Relevanz dieses theoretischen Konzeptes lässt sich durch eine Homogenität der Produkte erklären. Um sich durch andere Werte abzugrenzen, verlagern sich auch produktpolitische Überlegungen immer mehr in den Bereich der Kommunikationspolitik. Aufgrund dieser veränderten Marktbedingungen rücken das Konzept der interpersonalen Kommunikation und somit auch die Funktionen des Meinungsführers immer stärker in den Mittelpunkt werbestrategischer Überlegungen. Einen interessanten Aspekt hierzu bietet vor allem die Nutzung des Konzeptes im Hinblick auf die Umgehung von rechtlichen Barrieren. Das Verbot der vergleichenden Werbung, das einen direkten, namentlichen Vergleich mit einem Konkurrenzprodukt untersagt, kann beispielsweise im interpersonalen Prozess der Mund-zu-Mund-Propaganda kaum sanktioniert werden.²⁰²

Hinsichtlich des Forschungsgegenstandes der vorliegenden Arbeit liefern die Untersuchungen von Eisenstein wertvolle Anknüpfungspunkte. Mehr als 1.000 Interviews wurden durchgeführt, um die Rolle von Medien und persönlichen Kontakten hinsichtlich der Informations- und Meinungsbildungsfunktion zu Themen der Gesundheit und der Politik zu bestimmen. Wie bereits im Vorfeld von der Autorin vermutet wurde, spielen Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger aufgrund der Zuschreibungen von Attributen wie Glaubwürdigkeit und Kompetenz eine wichtige Rolle als Informationslieferant und Ratgeber. Durch eine zum Großteil individuelle Orientierung an Problemen im Gesundheitsbereich nimmt die Primärkommunikation einen signifikant höheren Stellenwert ein als die Massenmedien, wobei bei den Primärgruppen Familie und Freundeskreis dominieren.²⁰³

Interessant ist die Umkehrung dieses Verhältnisses im Bereich der Politik. Hier rangieren die Massenmedien vor der interpersonalen Kommunikation. An dieser Stelle sei auf die bisher referierten theoretischen Konzepte zur Bedeutung der Nachrichtenwert-Theorie (vgl. Kap. 2.5.1) und des Agenda-Setting-Ansatzes (Kap. 2.5.2) hingewiesen, die nur auf Phänomene im Bereich Politik Bezug nahmen. Die konträren Resultate in den verschiedenen Themenbereichen Gesundheit und Politik, zu denen Eisenstein kommt, können daher auch indirekt als Beleg dafür angesehen werden, dass verschiedene Themenbereiche verschiedene Konzepte erfordern.

3.2.1 Two-Step Flow vs. Multi-Step Flow of Communication

Folgt man der Entwicklung des Konzeptes des Meinungsführers wurde dessen Thematisierung durch die Einbettung in die bekannte Hypothese des **Two-Step-Flow of Communication** gefördert. Die Grundannahme von der Lazarsfeld et al. dabei ausgingen bezog sich auf die Tatsache, dass sich Meinungsführer stärker den Massenmedien aussetzen als ihre Mitmenschen und somit als eine Art Schnittstelle zwischen den Massenmedien und der weniger medial-aktiven Bevölkerung fungieren. Der Prozess stellt sich in einem ersten Schritt in der

²⁰² Vgl. Eisenstein, 1994, S. 177f.

²⁰³ Vgl. ebenda, S. 248f.

Informationsvermittlung von den Massenmedien zu den Meinungsführern dar und endet im zweiten Schritt, indem die Meinungsführer diese Informationen an die restliche Bevölkerung weitertransportieren.

Im Anschluss an die Originalstudie von Lazarsfeld folgten viele einzelne Studien, die aber niemals den Anspruch erhoben, einen zweistufigen Kommunikationsfluss nachweisen zu können, sondern viel mehr die Richtung und die Beschaffenheit der interpersonalen Kommunikation untersuchten, wobei das Konzept des Meinungsführers immer wieder den zentralen Gegenstand der Untersuchungen bildete. Diesbezüglich lieferte beispielsweise die Rovere-Studie von Merton einen Beitrag zur Identifikation von Meinungsführern. Dabei untersuchte er in einer Kleinstadt (Rovere) den Einfluss von interpersonalen Beziehungen und konnte zwei Typen von Meinungsführern unterscheiden. Während er Personen, die sich vorwiegend für die Stadt und ihre Probleme interessierten als „Locals“ bezeichnete, galt das Interesse von „Cosmopolitans“ nationalen und internationalen Belangen. Beide Typen unterschieden sich sowohl durch das Netzwerk ihrer sozialen Kontakte als auch durch ihr Kommunikationsverhalten. Der Nachweis, dass persönlicher Einfluss wirksamer als Massenkommunikation ist, konnte auch im Rahmen der Decatur-Studie erbracht werden. Lazarsfeld et al. führten dies vor allem darauf zurück, dass persönliche Kommunikation vertrauter und daher auch weniger zweckgerichtet erscheinen würde. Zudem wäre sie durch eine höhere Flexibilität gekennzeichnet, da eine direkte Rückkopplung und auch die sofortige Sanktion einer Meinung möglich wäre.²⁰⁴

Merten kritisiert den Tatbestand, dass trotz zahlreicher empirischer Untersuchungen, das Konzept des „Two-Step-Flow of Communication“ nie verifiziert oder falsifiziert werden konnte. Das Wort „Hypothese“ erklärt er in diesem Zusammenhang für tot. Indes zieht er es vor, von einem theoretischen Konzept auszugehen, das Hypothesen enthält, die für die Kommunikationswissenschaft auch weiterhin von großer Bedeutung sind.²⁰⁵ Ähnlich wie auch Eisenstein²⁰⁶ skizziert Merten ein etwas ausdifferenzierteres **Modell des Mehrstufenflusses**. Dieses ergänzt das Modell des zweistufigen Kommunikationsflusses, bestehend aus Medien, Opinion Leadern und Opinion Followern um die Faktoren „Virtuelle Opinion Leader“ und „Isolierte“. Die Gruppe der „Isolierten“ beschreibt all jene Personen, die weder als Opinion Leader noch als Opinion Follower zu bezeichnen sind und keinen sozialen und kommunikativen Kontakt zu der Gruppe der Opinion Leader halten. Dabei verfolgen beide Autoren die zentrale Annahme, dass das Modell durch einen starken Netzwerkcharakter geprägt ist. Neben einer stringenten Differenzierung der Beteiligten auf der Rezipientenseite herrscht auch eine klare hierarchische Trennung innerhalb der Gruppe der Meinungsführer und der Medien. Dieses Modell indiziert somit die Trennung vom klassischen Modell der Einwegkommunikation im Sinne des überholten Stimulus-Response-Konzeptes. Die Bedeutung des Netzwerkes kommt jedoch größtenteils nur schematisch zum Ausdruck, da durch die Hierarchie die Richtung des Informationsflusses gleichsam vorgegeben wird:

²⁰⁴ Vgl. Schenk, 2007³, S. 351f.

²⁰⁵ Vgl. Merten, Klaus: Aufstieg und Fall des „Two-Step-Flow of Communication“, in: Politische Vierteljahresschrift. Zeitung der Deutschen Vereinigung für Politische Wissenschaft. 29/1988, S. 632.

²⁰⁶ Vgl. Eisenstein, 1994, S.154.

„Der tendenziell hierarchisch von oben nach unten durch die Weitergabe bestimmter Meinungen verlaufende Einfluß kann jedoch bei fehlender Einflußperson auch durch Meinungsbildung über sozialen Konsens ersetzt bzw. unterbrochen sein.“²⁰⁷

3.2.2 Diffusionsforschung

Das Two-Step-Modell der Massenkommunikation wurde neben dem Modell des Mehrstufenflusses vor allem von der **Diffusionsforschung** abgelöst, die sich grundsätzlich mit der Ausbreitung von Innovationen in einem sozialen System unter dem Blickwinkel ihrer zeitlichen Dauer befasst. Die Anhaltspunkte zu diesem Konzept lieferten Untersuchungsergebnisse, in denen Meinungsführer nicht die Massenmedien, sondern andere Personen als Einflussfaktoren für ihre eigene Entscheidungsfindung nannten. Man sprach somit von einem Konzept des „Meinungsführers des Meinungsführers“.²⁰⁸ Die Diffusionsforschung beschäftigt sich demnach auch mit der Frage, welchen Weg ein Kommunikationsinhalt oder eine Innovation zurücklegen muss, um zum Empfänger gelangen zu können. Zudem werden die sozialen Vorgänge innerhalb von Gruppen im Bezug auf die Ausbreitung einer Innovation im Zeitablauf analysiert. Nach Rogers und Shoemaker wird der Begriff der Diffusion folgendermaßen definiert:

„Diffusion is the process by which an innovation is communicated through certain channels over time among the members of a social system. It is a special type of communication, in that the messages are concerned with new ideas.“²⁰⁹

Diese Begriffsklärung beschreibt den stringenten Prozesscharakter der Diffusion, der von Rogers im Hinblick auf die Auswirkungen auf das soziale System um den Faktor „Konsequenzen“ ausgeweitet wurde. Somit ergaben sich aus der Definition von Rogers fünf Teilbereiche hinsichtlich des Diffusionsverlaufes:

1. Innovation
2. Kommunikationskanäle
3. Zeit
4. soziales System
5. Konsequenzen.²¹⁰

Im Hinblick auf die Definition nach Rogers erweist sich vor dem Hintergrund des vorliegenden Forschungsgegenstandes insbesondere die Studie von Coleman, Katz und Menzel als erwähnenswert, wobei diese der Komponente „Kommunikationskanäle“ zuzuordnen ist. Die Einteilung der Kommunikationskanäle in die vier Typen „massenmedial“, „interpersonal“, „kosmopolitisch“ und „lokal“ kann ebenfalls auf die Arbeiten von Coleman et al. zurückgeführt

²⁰⁷ Merten, 1988, S. 631.

²⁰⁸ Vgl. Schenk, 2007³, S. 355f.

²⁰⁹ Rogers, Everett M.: Diffusion of Innovations. New York: Free Press, 1995, S. 5.

²¹⁰ Rogers, 1995, S. 133ff.

werden.²¹¹ Die Studie galt insbesondere für die soziologische Forschung als bahnbrechend, da darin erstmals Netzwerkanalysen angewendet wurden und die Bedeutung der Einbettung in personale Netzwerke thematisiert wurde.

Die Autoren widmen sich als eine der ersten Soziologen der Frage, was Ärzte dazu veranlasst ein neues Medikament zu verschreiben.²¹² Explizit untersuchten sie die Annahmefähigkeit des Ende der vierziger Jahre entdeckten Antibiotikums „Tetracycline“, in der Studie als „Gammanym“ bezeichnet, unter Ärzten in den USA, welches sich innerhalb von 15 Monaten nach seiner Markteinführung etabliert hatte. Unter Gesichtspunkten der Marktforschung wurde analysiert, wie sich das Verschreibungsverhalten von Gammanym bei einer Konkurrenz mehrerer ähnlicher Produkte äußerte. Dabei skizzierte jeder befragte Arzt ein Soziogramm, in dem er die Namen von drei Kollegen angab, mit denen er sich häufiger in Kontakt befand. Der Vorteil dieser Strategie bestand darin, dass das gesamte Netzwerk der Meinungsführer und Gefolgsleute im Hinblick auf deren Interaktionsprozesse untersucht werden konnte. Das zentrale Forschungsinteresse galt somit den sozialen Prozessen, die zwischen der ersten Verwendung des Medikaments und der späteren flächendeckenden Nutzung innerhalb der gesamten medizinischen Fachwelt stattgefunden hatten.²¹³

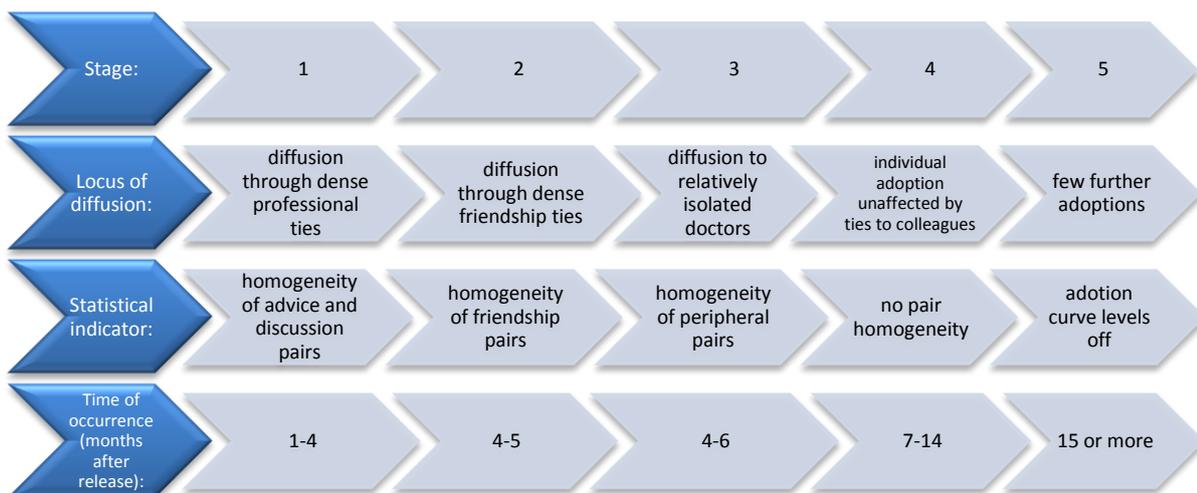


Abbildung 9: Phasen der Diffusion eines neuen Medikaments²¹⁴

Coleman et al. identifizierten im Rahmen der Untersuchung verschiedene Stadien, welche die Diffusion eines Medikaments bestimmen (vgl. Abbildung 9). Indes wurde die Bedeutung der interpersonalen Kommunikation deutlich sichtbar, wobei eine Korrelation zwischen dem Grad der sozialen Interaktion und der Adoption des Medikamentes nachgewiesen werden konnte. Es

²¹¹ Vgl. Coleman, James S./Katz, Elihu/Menzel, Herbert: Medical innovation: a diffusion study. Indianapolis, Ind. [u.a.]: Bobbs-Merrill, 1966.

²¹² Vgl. ebenda, S. 69ff.

²¹³ Vgl. ebenda, S. 253.

²¹⁴ Quelle: modifiziert übernommen aus Coleman/Katz/Menzel, 1966., S. 131.

konnte festgestellt werden, dass immer, wenn ein Arzt das Medikament verschrieben hatte, die Ärzte aus seinem persönlichen soziometrischen Netzwerk kurz darauf folgten.²¹⁵

3.2.3 Der Arzt als Opinion Leader - zum aktuellen Forschungsstand

Wenngleich die Bedeutung der interpersonalen Kommunikation für die Pharmaindustrie spätestens seit den Erkenntnissen von Coleman et al. über die hohe Relevanz der sozialen Integration und Interaktion für die Adoption pharmazeutischer Produkte nachgewiesen ist, scheint die Verteilung der Einflüsse zwischen den Interaktionspartnern nicht ausreichend geklärt.

Mary A. Burke et al. gehen in diesem Zusammenhang von der Annahme aus, dass zwischen prominenten bzw. „Star“-Ärzten und Ärzten mit geringerem Status ein asymmetrischer sozialer Einfluss besteht. Die Ergebnisse ihrer Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Adoption einer Innovation (in diesem Fall eines koronaren Stents) von „Nicht-Star“-Ärzten positiv mit der Anzahl der „Star“-Ärzte im gleichen Krankenhaus korreliert. Daraus ziehen die Autoren folgende Konklusion: das Fehlen von „Star“-Ärzten im unmittelbaren sozialen Umfeld verlangsamt die Adoption der Innovation, andererseits führt ein geballtes Auftreten von „Star“-Ärzten in einer kleinen Anzahl von Krankenhäusern zu höheren Kosten im Sozialwesen. Burke et al. bestätigen zwar die Behauptung, dass Ärzte das Subjekt von sozialen Einflüssen sind, bezweifeln jedoch die Annahme, dass diese Einflüsse, Zeit und Ausdehnung einer Adoption beeinträchtigen können. Vor diesem Hintergrund wird die Dringlichkeit weiterführender Untersuchungen im Hinblick auf die Charakteristika von Meinungsführern und deren Beeinflussten und der Identifizierung der Marketingtechniken der Hersteller betont.²¹⁶ Diese Forderungen finden jedoch kaum Einzug in die aktuellen Untersuchungen auf diesem Gebiet, was sich durch die steigende Komplexität der Informationsbezugsnetzwerke von Ärzten erklären lässt, die einem ständigen Wandel unterliegen.

Die Frage woher und wie die Ärzte ihre Informationen beziehen, scheint in diesem Fall noch immer nicht ausreichend durch empirische Befunde beantwortet zu sein. Dies steht jedoch in enger Relation zu der Frage nach den Marketingtechniken von Herstellern. Einerseits können diese als Teil des Informationsflusses von den verschiedenen Akteuren in den Beziehungsnetzwerken zu den Ärzten gelangen und andererseits können marketingtechnische Überlegungen aufgrund der Identifizierung der Informationsflüsse stattfinden.

Letzt genannten Ansatz versuchte unter anderem **Marcel van Lier** in seiner Untersuchung einzubinden. Dazu wurden über 4000 Fragebögen an das veröffentlichte Mitgliederverzeichnis aller Schweizer Ärzte ausgesandt, wobei 670 Fragebögen ausgewertet wurden. Dies entspricht einer sehr hohen Rücklaufquote von 15,5%. Auch Van Lier führte Analysen zur Bedeutung von

²¹⁵ Vgl. Schenk, 2007³, S. 356f.

²¹⁶ Vgl. Burke, Mary A./Fournier, Gary M./Praad, Kislaya: The Diffusion of a Medical Innovation: Is Success in the Stars? Online im WWW unter URL: http://garnet.acns.fsu.edu/~gfournie/WP_pdfs/Burke_Fournier_Prasad_SEJ07.pdf [Stand: 13.10.2008] [Ursprünglich erschienen in: Southern Economic Journal, 73/2007, No. 3, S. 588–603.]

Opinion Leadern durch, jedoch sowohl aus der Perspektive der Unternehmen als auch der Ärzteschaft. Des Weiteren untersuchte er deren Informationsbezugsnetzwerk auf drei Ebenen.²¹⁷ Zum einen wurde die Einbindung des Arztes in das Gesamtnetzwerk des Gesundheitswesens abgebildet und die Einflüsse der Marktpartner quantifiziert (Makroebene). Zum anderen wurde die Bedeutung des persönlichen Beziehungsumfeldes (Mesoebene) sowie die unterschiedliche Informationsmediennutzung (Mikroebene) untersucht. Dabei konnten auf der Makroebene signifikante Wahrnehmungsunterschiede zwischen der Arzt- und der Unternehmensperspektive identifiziert werden. Während die Unternehmen den Ärzten einen Einfluss von 45 Prozent nachsagten, lag dieser aus der Sicht der Ärzte nur bei 20 Prozent. Auch die Bedeutung der Medien und Institutionen sowie der Patienten und Angehörigen wurde von den Unternehmen deutlich unterschätzt. Lediglich der Einfluss des Handels wurde von beiden gleich hoch mit unter 10 Prozent bewertet. Der Einfluss der Pharmabranche wurde mit 32 Prozent überschätzt, tatsächlich wurde dieser mit 20 Prozent beziffert. Die Gruppe der Patienten und Medien wurde daher aus Arztperspektive mit je 25 und 27 Prozent als einflussreicher beurteilt. Aus der Arztperspektive ergab sich somit eine relativ homogene Einflussverteilung, wobei die Gruppe der Medien mit 27 Prozent als einflussreichster Akteur bezeichnet wurde (vgl. Abbildung 10).

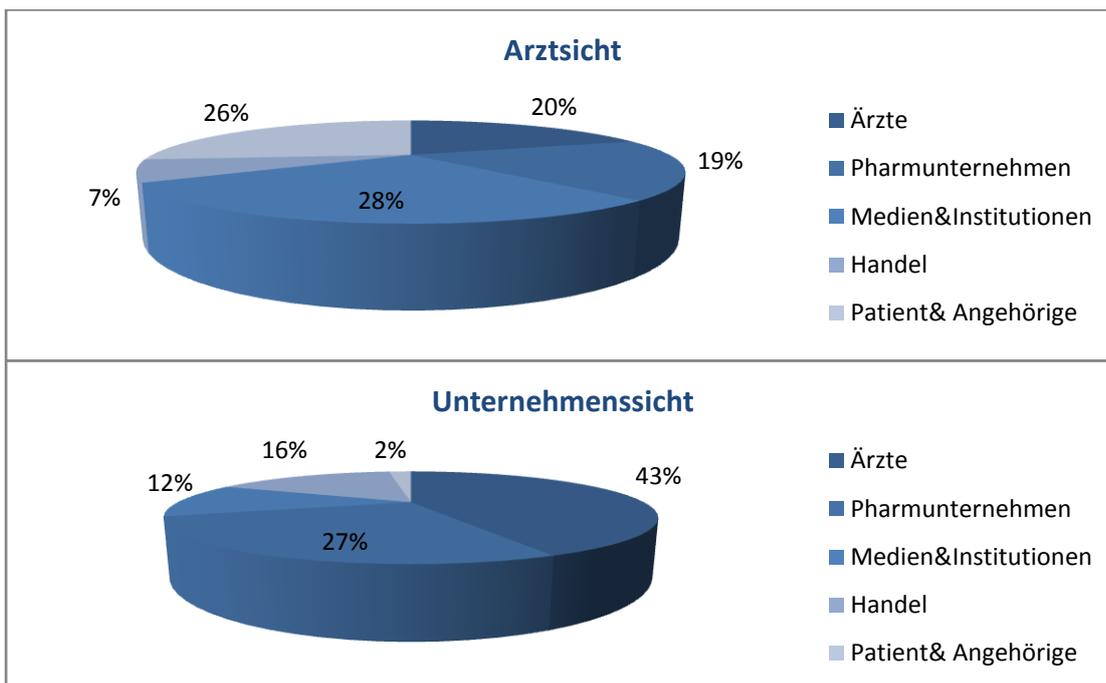


Abbildung 10: Relevanz der Einflusspartner im Informationsnetzwerk der Ärzte²¹⁸

Das persönliche Beziehungsumfeld der befragten Ärzte wird durch eine Einteilung in drei Gruppen charakterisiert, wobei jede Gruppe ein anderes Nutzungsverhalten bezüglich der Informationsmedien aufweist.

²¹⁷ Vgl. Van Lier, Marcel: Excellence im Pharma-Marketing 2005 plus, Universität St. Gallen, 2005.

²¹⁸ Quelle: modifiziert übernommen aus Van Lier, 2005, S. 157.

Van Lier differenziert zwischen isolierten Ärzten, die nur Kontakt zu wenigen Bezugspersonen haben und Informationen aus Kongressen, Fachartikeln und Online-Medien beziehen und dem Arzttyp „Clique“, der sich zwar auch nach außen hin abschottet, jedoch durch einen starken inneren Zusammenhalt gekennzeichnet ist. Diese Abschottung zeigt sich auch in der Mediennutzung, denn die Informationsinstrumente werden von Cliquen am wenigsten genutzt. Der dritte Typ der Interessensgemeinschaft ist sowohl durch eine starke innere Vernetzung als auch durch Offenheit nach außen gekennzeichnet und verfügt über den besten Informationsmix unter den Ärzten. Bezüglich der Mikroebene der Untersuchung konnte neben dem persönlichen Austausch mit den Kollegen eine eindeutige Signifikanz der Nutzung von personenbezogenen Medien wie beispielsweise Kongressen, Besuchen von Pharma-Referenten sowie von pharmaindustriell unterstützten und pharmaindustriell unabhängigen Events festgestellt werden. Die unpersönlichen klassischen Medien wie Fachpresse, -bücher und Publikumsmedien rangieren an zweiter Stelle, während die neuen Informations- und Kommunikationstechnologien noch relativ wenig genutzt werden.

Basierend auf den Ergebnissen dieser Befragung von über 600 Ärzten wurde ein neuartiger Segmentierungsansatz entwickelt, der mit der branchenüblichen ABC-Klassifizierung kompatibel ist. Auch Van Lier kommt zu dem Ergebnis, dass der persönliche Austausch mit den Kollegen der wichtigste Informationsfaktor für den Arzt ist und auch bleiben wird. Im Hinblick auf das heutige Überangebot an Informationen profitieren die Ärzte durch das Einholen von bereits gefilterten Informationen innerhalb ihrer sozialen Netzwerke.

Van Lier lieferte durch seine Untersuchungen zahlreiche Ansätze zu marktstrategischen Überlegungen für die pharmazeutische Industrie während **Peter Glotz et al.** den Fokus des Forschungsinteresses gänzlich auf die Perspektive des Arztes verlegte. Die Autoren beschäftigten sich vor allem mit der Frage welche Informationsquellen Ärzte nutzen und wie man sie bei Informationssuche und -management unterstützen kann.²¹⁹

Den Ausgangspunkt der Untersuchung bildete die Hypothese, dass medizinische Innovationen in der Grundlagenforschung der Universitäten und der Pharmaindustrie ihren Anfang nehmen, von klinischen Marktforschern zur Marktreife gebracht werden und dann von Meinungsführern unter den Ärzten sowohl an die Mehrheit der Ärzte als auch (über Journalisten) an die Öffentlichkeit kommen. Das Projekt versucht daher in der ersten Frage zu klären, über welche Kanäle die Informationen transportiert und dabei inhaltlich verändert werden. Zu diesem Zweck wurden in einer Ärzteumfrage 800 deutsche und 200 Schweizer Ärzte zu ihrem Informations- und Fortbildungsverhalten befragt. Die Ergebnisse der Umfrage wurden Expertengesprächen gegenübergestellt, um Empfehlungen zur Verbesserung des Fortbildungswesens aussprechen und zu einer effizienteren Information und Anwendung neuen Wissens in der Praxis beitragen zu können. Wie auch bereits in den Untersuchungen von Van Lier wurde auch hier die Popularität von personenbezogenen Informationsangeboten bestätigt. Seminare von Universitäten und anderen Veranstaltern, Fachtagungen und Kongresse wurden als die wichtigsten Informationsquellen für medizinische Neuheiten genannt. An zweiter Stelle folgten

²¹⁹ Vgl. Glotz, Peter/Haes, Joachim/Gerhard, Julia/Hermann, Ulrich: Wissensmanagement beim Arzt: Ärztwissen in Deutschland und der Schweiz, Universität St. Gallen, 2006.

bereits die Fachzeitschriften. Einzelne Differenzen ergaben sich in der Länderzugehörigkeit der Befragten. Während die Schweizer dem Gespräch mit Kollegen einen höheren Stellenwert zuwiesen, bewerteten die Deutschen Fortbildungsveranstaltungen der pharmazeutischen Industrie deutlich positiver, ebenso wie den Kontakt mit Pharmareferenten. Die Bedeutung der neuen Medien spielte auch in dieser Untersuchung nur eine untergeordnete Rolle.

3.3 Schnittstellenfunktion: Der Arzt in der Medizinberichterstattung

Die referierten Untersuchungsergebnisse zur Opinion Leader-Funktion des Arztes ergeben in Verbindung mit den Ausführungen zum Medizinjournalismus und den PR- und Marketingstrategien der Pharmabranche zweifellos einige Berührungspunkte. Im Hinblick auf die Vernetzung dieser Faktoren sollen insbesondere die Expertengespräche im empirischen Teil dieser Arbeit Aufschluss geben. Bezüglich der Relationen im Bereich der theoretischen Überlegungen konnten anhand der Literaturanalyse einige Überschneidungen identifiziert und somit die theoretische Fundierung des Forschungsinteresses differenziert werden.

Die Rolle des Arztes in der Medizinberichterstattung muss diesbezüglich aus zwei verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Zum einen kann dieser selbst Informationen generieren und transportieren, indem er sich in die Rolle des Journalisten begibt (vgl. Kap. 2.2). Neben dieser aktiven Rolle kann sein passiver Einsatz in den Medien sowohl durch kommunikationswissenschaftliche Überlegungen als auch durch Markt- bzw. PR-strategische Überlegungen der pharmazeutischen Industrie erklärt werden.

Im Hinblick auf seinen Einsatz in der Medizinberichterstattung kann aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht die Nachrichtenwert-Theorie Aufschluss geben. Dabei sind vor allem die Nachrichtenfaktoren „persönlicher Einfluss“, „Personalisierung“ und „Prominenz“ relevant. Wie wichtig die Personalisierung in der Medizinberichterstattung ist, wurde in der Forschungstradition der Medizinpublizistik mehrmals aufgezeigt. Diesbezüglich wurde auch die anfängliche Publizitätsscheue der Mediziner gegenüber den Medien kritisiert, denn *„die gewollte oder erzwungene Maskierung des Kommunikators lässt in der Regel den Rezipienten nicht auf kompetente, glaubwürdige Information schließen, sondern sorgt für eine Einschätzung der Aussage als ungesicherte Information.(...)“*²²⁰ Grundsätzlich gilt es hier aber auch medienpezifische Trennungen vorzunehmen, denn die Nachrichtenfaktoren bzw. deren Werte verhalten sich in Bezug auf das Zielpublikum nicht homogen. So ergab beispielsweise eine Untersuchung über verschiedene Tageszeitungen, Wochenzeitschriften und Illustrierte ein sehr unterschiedliches Bild im Bereich der „Individualität“ der Berichterstattung. In der Gesamtheit der Artikel spielten zu 30 Prozent bestimmte Personen eine tragende Rolle. Wobei es sich bei den Illustrierten hauptsächlich um unbekannte Einzelpersonen handelte. In den Tageszeitungen und Wochenzeitschriften wurde eine Konzentration auf Prominente, bestimmte Ärzte oder

²²⁰ Roloff, Eckart K.: Ärzte und Medizinjournalismus. In: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Publizistikwissenschaftler und Medizinkommunikation im deutschsprachigen Raum: Funde und Befunde aus 7 Jahrzehnten. Bochum: Brockmeyer, 1990, S. 43f.

unbekannte Einzelpersonen identifiziert, wobei die Summe der beiden erst genannten im Vergleich zu den unbekanntenen Personen, einen deutlich höheren Anteil ergab.²²¹ An dieser Stelle sei auf die Untersuchungen von Jürgen Wilke verwiesen, der anhand einer Modellstudie die Ausprägung der Nachrichtenfaktoren über vier Jahrhunderte beschreibt.

Wilke unternimmt den Versuch das Phänomen der „Personalisierung“ in der Medienberichterstattung näher zu beschreiben. Dabei stellt er sich zunächst die Frage, ob die jeweiligen Nachrichten persönliche oder unpersönliche Vorgänge zum Inhalt haben. Der Anteil der personalisierten Nachrichten belief sich dabei auf 70 bis 80 Prozent und erwies sich über alle Jahrhunderte als ein äußerst stabiler Faktor. Gleichzeitig identifizierte Wilke, dass es sich bei diesen Personen meist um prominente Personen handelte, da deren Handlungen folgenreicher wären und somit „Objekte der Identifikation für jedermann“ darstellen würden.²²² Die Abhängigkeit zwischen dem Grad der Prominenz und der Berichterstattung in den Massenmedien konnte jedoch auch in umgekehrter Richtung festgestellt werden. Die Dominanz der Elitepersonen wurde nicht nur von den Medien gesendet, sondern förmlich von ihnen kreiert. Da die Massenmedien aufgrund ihrer Öffentlichkeitswirkung zunehmend Einfluss üben konnten, vermochten sie auch Personen zu einem bestimmten Nachrichtenwert bzw. zur Prominenz verhelfen. In diesem Zusammenhang überprüft Wilke auch die von Galtung und Ruge postulierte Komplementaritäts-Hypothese (vgl. Kap. 2.5.1), die besagt, dass ein niedriger Nachrichtenwert eines Ereignisses durch einen hohen Nachrichtenwert anderer Faktoren kompensiert werden kann. Wilke ging von der Annahme aus, dass ein geringerer Prominenzgrad des Handlungsträgers einer Nachricht durch ein negatives Geschehen, in das er verwickelt wurde, aufgewogen werden kann. Die Überprüfung der Hypothese bestätigte sich insofern, dass über Personen, die nicht prominent waren aufgrund von Rechts- oder Kriminaldelikten, Sensationen oder Unglücken berichtet wurde.²²³

Das Auftreten einer medizinischen Autorität bzw. eines Arztes besteht daher aus einem Konglomerat aus Nachrichtenfaktoren und den Einflüssen der Akteure. Aufgrund der soeben dargestellten Analyse der Nachrichtenfaktoren „Personalisierung“ und „Prominenz“ in der Medizinberichterstattung kann davon ausgegangen werden, dass die Medien den Einsatz der Ärzte zur Erreichung eines höheren Nachrichtenwertes oder eigener wie auch immer gearteter Interessen wünschen (vgl. Kap. 2.5.1 und 2.5.2: Ausführungen zur „Instrumentellen Aktualisierung“ und der „Agenda-Setting-Theorie“). Selbst wenn der Arzt aktiv keine Rolle im Informationsgeschehen einnimmt, kann seine Stellung durch verschiedene Institutionen „missbraucht“ werden. Dies kann sogar ohne seine Zustimmung und sein Zutun passieren, indem Medien gerne den fachlichen Status von Wissenschaftlern nutzen, um ihre Publikation glaubwürdiger erscheinen zu lassen. Zum anderen kann dessen Einsatz durch marktstrategische Überlegungen der Pharmaindustrie begründet werden.

Im Sinne der möglichen Opinion Leader-Position des Arztes wie beispielsweise Ausführungen im Rahmen der Diffusionsforschung (vgl. Kap. 3.2.2) und in aktuellen Studien zur meinungs-

²²¹ Oette, 2000, S. 128f.

²²² Vgl. Wilke, Jürgen: Nachrichtenauswahl und Medienrealität in vier Jahrhunderten: eine Modellstudie zur Verbindung von historischer und empirischer Publizistikwissenschaft, Berlin: De Gruyter, 1984, S. 140.

²²³ Vgl. ebenda, S. 140ff.

bildenden Funktion von Ärzten zeigen (vgl. Kap. 3.2.3), scheint es nicht ungewöhnlich, dass pharmazeutische Unternehmen Ärzte als Sprachrohr für ihre produktspezifische Informationsvermittlung benutzen. Weitere Ausführungen zu diesen werbestrategischen Überlegung und der Zusammenarbeit der Pharmaindustrie mit Ärzten finden sich an entsprechender Stelle (vgl. Kap. 4.4.2) in der vorliegenden Arbeit.

Im Gegensatz zum passiven Einsatz von Ärzten in den Medien begeben sich einzelne Ärzte auch willentlich in die Abhängigkeit der pharmazeutischen Industrie, wobei dies auf zwei verschiedene Motivationsfaktoren zurückzuführen ist. Einerseits können damit monetäre Anreize verbunden sein und andererseits das Ansehen, das ihnen im Rahmen des Auftritts in der Öffentlichkeit zu Teil kommt. Beides wird dem Arzt unter dem Deckmantel einer vermeintlichen wissenschaftlichen Tätigkeit leicht gemacht.

Die aktive Rolle des Arztes in den Medien ist sicherlich auch auf den grundlegenden Paradigmenwechsel des ärztlichen Berufsbildes zurückzuführen. Der neue Arzt befindet sich im Spannungsfeld verschiedener Interessen: Er ist Dienstleister, d.h. professioneller Berater seiner Patienten und zugleich Unternehmer, der seine Praxis nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten effizient führen muss. Der Arzt hat zwar seine ideellen Werte wie z.B. das Ideal des helfenden Arztes, jedoch werden diesen Werten vielfältige Zwänge an die Seite gestellt. Im Mittelpunkt des Interesses steht der Patient als Kunde, dessen langfristige Bindung der Arzt sichern muss. Der heutige Patient zeigt sich kritisch gegenüber den Therapie-Empfehlungen seines Arztes: Fühlt er sich nicht optimal behandelt, denkt er sehr schnell über einen Arzt-Wechsel nach. Es darf daher nicht verwunderlich erscheinen, dass sich Ärzte immer mehr in irgendeine Form der Abhängigkeit begeben, um dem Druck der Industrie, der Öffentlichkeit und der eigenen Wirtschaftlichkeit entgegenzuwirken.

Eine andere Schnittstellenfunktion und eine weitere aktive Rolle, die der Arzt in Bezug auf die Medien und die Öffentlichkeit einnehmen kann, besteht in der Möglichkeit einer journalistischen Tätigkeit nachzukommen. In dieser Funktion nimmt der Arzt eine klassische Vermittlerrolle ein, die darin besteht die Wissenschaft für die Öffentlichkeit verständlich zu machen. Aber auch hier ist er vor etwaigen wirtschaftlichen Einflüssen nicht gefeit.

Das Dilemma des Arztes in seiner Schnittstellenfunktion zwischen sämtlichen Akteuren im Gesundheitssystem und der Öffentlichkeit besteht vor allem darin, den hohen gesetzlichen und ethischen Ansprüchen seines Berufsbildes gerecht werden zu müssen und dies gleichzeitig mit seinen eigenen steigenden Anforderungen zu vereinbaren.

3.4 Rechtliche und ethische Standards für Mediziner

Der Arzt wird immer wieder mit dem Begriff der Ethik in Verbindung gebracht, was in Bereichen wie z.B. der Stammzellenforschung durchaus angebracht und sinnvoll erscheint. Daneben existieren noch zahlreiche andere Bereiche in der Medizin, die oftmals im Zusammenhang mit der Einhaltung von ethischen Normen genannt werden. Dies betrifft beispielsweise die

biomedizinische Forschung, die Humangenetik, Palliativmedizin und die ethischen Aspekte in der Arzt-Patienten-Beziehung. Historisch gesehen wurden all diese ethischen Anforderungen durch den „**Hippokratischen Eid**“²²⁴ determiniert. Der Eid konnte sich erhalten, auch wenn er inhaltlich ständig modifiziert wurde und sich die Frage aufdrängt, in welcher Weise er heute überhaupt noch von Bedeutung ist. Gerade im Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation ist jedoch das bloße Wissen des Patienten um den „Eid des Hippokrates“, der gleichsam als Synonym für das ärztliche Berufsethos gilt, zu einer wichtigen vertrauensschaffenden Instanz geworden. Auch wenn der Eid keineswegs verpflichtend ist, kann er als elementarer Grundpfeiler im Hinblick auf vertrauensfördernde und –schaffende Maßnahmen im Bereich der Arzt-Patienten-Beziehung gesehen werden.

Das medizinische Handeln und die Arzt-Patienten-Beziehung richten sich derzeit vorwiegend an den Ausführungen von Beauchamp und Childress aus, die die sogenannten „**vier mittleren Medizinethischen Prinzipien**“ postulierten, welche im Laufe der Jahre immer wieder überarbeitet wurden und durch bestimmte Tugenden und Haltungen ergänzt wurden:²²⁵

- Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung des Patienten (Autonomie)
- Prinzip der Schadensvermeidung
- Fürsorgepflicht
- Prinzip der Gerechtigkeit

Insbesondere die Selbstbestimmung stellt einen wesentlichen Teil des Gesundheits- und Heilungsprozesses dar, denn sie impliziert das Recht des Patienten selbstständig zu entscheiden, was mit ihm passieren soll. Zudem ist die Förderung von Autonomie durch einen Wertwiderhall gekennzeichnet, was wiederum zur Förderung der eigenen Selbstbestimmung beiträgt. Die Prinzipien der Schadensvermeidung und der Fürsorgepflicht gehören zum Kernbestand des ärztlichen bzw. medizinischen Ethos und beziehen sich auf Handlungen, die dem Anderen nützen sollen. Das Gerechtigkeitsprinzip versammelt eine Reihe von individuellen und institutionellen Fragen der Gesundheitsversorgung.²²⁶

Der Anwendungsbereich dieser Prinzipien erstreckte sich ursprünglich nach Auffassung der Autoren nur über den Bereich der klinischen, alltäglichen Ethik. Für den heute umstrittenen Bereich der Bioethik hat das hier dargestellte Modell der Prinzipienethik jedoch keine Gültigkeit.²²⁷ Im Normalfall sind beim „gemeinen“ Arzt auch keine Verbindungen in Bezug auf bioethische Fragen herzustellen. Vor dem Hintergrund des vorliegenden Untersuchungsgegenstandes, der die Relation zwischen Medizinern und der pharmazeutischen Industrie untersucht, darf dieser Bereich jedoch nicht außer Acht gelassen werden. An dieser Stelle kommt auch die bereits referierte Prinzipienethik wieder ins Spiel. Begibt sich der Arzt nun in die Rolle des Forschers, kann das ärztliche Ethos ausschließlich im Interesse und Wohle des Patienten zu handeln, nicht immer eingehalten werden. Der grundlegende Konflikt in der

²²⁴ Vgl. Füzsl, Sylvia/Hausreither, Meinhild: Ärztrecht. Kodex des österreichischen Rechts, Wien: LexisNexis, 2006, S. 264.

²²⁵ Vgl. Peintinger, 2007, S. 47ff.

²²⁶ Vgl. ebenda.

²²⁷ Vgl. Wallner, Jürgen: Health Care zwischen Ethik und Recht. Wien: Facultas, 2007, S. 33ff.

medizinischen Forschung besteht darin, dass die Entwicklung neuer Medikamente und Verfahren gleichsam nutzen als auch schaden kann. Letztere Wirkung kommt dadurch zum Ausdruck, dass Menschen im Zuge eines Humanexperiments ein sehr hohes Risiko im Bezug auf das Erleiden eines persönlichen Schadens zu tragen haben. Trotz dieser Risiken für die beteiligten Probanden sind diese Experimente und Studien im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt unerlässlich.²²⁸ Von umso größerer Bedeutung ist daher das sogenannte **Forscherethos**.²²⁹ Dieses umfasst Tugenden wie Unvoreingenommenheit, Ehrlichkeit und Redlichkeit, Umsichtigkeit und Selbstbescheidung. Vor dem Hintergrund der modernen Forschung, die immer mehr zu einem Wirtschafts- und Industriezweig geworden ist, reichen aber weder die genannten ärztlichen Tugenden noch das Forscherethos aus. Es wird daher versucht dieses Manko durch externe Kontrollinstanzen aufzuheben. Dies geschieht durch die staatliche Gesetzeslage und halbstaatliche Organe wie beispielsweise die Ethikkommissionen.

Die Struktur der **Ethikkommissionen** in Österreich ist durch einen föderalistischen Aufbau gekennzeichnet, wobei das Forum der Österreichischen Ethikkommissionen nachhaltig um einen Zusammenschluss aller bundesweiten Kommissionen bemüht ist. Das Forum hat es sich zum Ziel gesetzt, neben dem Erfahrungsaustausch die Arbeitsweise innerhalb der einzelnen Kommissionen zu vereinheitlichen.²³⁰ Derzeit umfasst das Forum 27 Mitglieder, wobei allein zwölf Kommissionen ihren Sitz in der Bundeshauptstadt haben. Die Aufgaben und Zuständigkeiten der Kommissionen erstrecken sich auf die gleichen Bereiche. Auf der Website der Leit-Ethik-Kommission der Medizinischen Universität Wien und des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien-AKH finden sich diesbezüglich folgende Informationen:

„Die Ethik-Kommission der Medizinischen Universität Wien und des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien-AKH wurde auf Basis der einschlägigen Bestimmungen der Deklaration von Helsinki (pdf-Download english | deutsch), der EG-GCP²³¹ Note for Guidance, des österreichischen Arzneimittelgesetzes, des österreichischen Medizinproduktegesetzes, des Wiener Krankenanstaltengesetzes, des Bundeskrankenanstaltengesetzes und des Universitätsorganisationsgesetzes 2002 eingerichtet (Geschäftsordnung). Sie begutachtet klinische Forschungsprojekte, die an der Medizinischen Universität Wien und im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien-AKH durchgeführt werden. Des weiteren nimmt sie zu medizinethischen Fragen Stellung, die ihr von Mitgliedern der Medizinischen Universität Wien oder vom Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien vorgelegt werden.“²³²

Im Hinblick auf die gesetzlichen Grundlagen, auf denen die Ethikkommission aufbaut, die gleichermaßen unter das Ärzterecht fallen, ist die nähere Betrachtung des **Arzneimittelgesetzes** und des **Medizinproduktegesetzes** unerlässlich. Bezüglich der Netzwerkstrukturen der einzelnen Akteure kann auch hier eine wichtige Verbindung zur pharmazeutischen Industrie hergestellt werden. Sowohl Mediziner als auch die Pharmaindustrie haben sich an die gleichen gesetzlichen Rahmenbedingungen zu halten. Beide Gesetze werden daher im Rahmen der

²²⁸ Vgl. Wallner, Jürgen: Health Care zwischen Ethik und Recht. Wien: Facultas, 2007, S.114.

²²⁹ Vgl. ebenda, S.118f.

²³⁰ Vgl. URL: <http://www.ethikkommissionen.at> [Stand: 18.10.2008].

²³¹ Kurz für "Good Clinical Practice"

²³² Vgl. URL: <http://www.meduniwien.ac.at/ethik> [Stand: 18.10.2008].

Richtlinien für die pharmazeutische Industrie an entsprechender Stelle diskutiert (vgl. Kap. 4.3.1).

Überdies wurden im Ärztegesetz noch zahlreiche andere Richtlinien festgelegt, die teilweise auf dem Prinzip der freiwilligen Selbstregulierung aufbauen. Diesbezüglich ist der „**Ärztliche Verhaltenskodex**“ nennenswert, der von der Österreichischen Ärztekammer beschlossen wurde und die Zusammenarbeit mit der Pharma- und Medizinprodukteindustrie regelt.²³³ Bereits in der Präambel wird die zentrale Aussage des Kodex in aller Kürze formuliert:

„Unter Berücksichtigung der Verpflichtung des Arztes/Zahnarztes, jeden von ihm in ärztliche/zahnärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen, ist die Wahrung der ärztlichen/zahnärztlichen Unabhängigkeit gegenüber der Pharma- und Medizinprodukte-Industrie eine der wichtigsten Grundvoraussetzungen für die ärztliche/zahnärztliche Tätigkeit.“²³⁴

Die neue Richtlinie, die diesbezüglich am 24. Juni 2005 beschlossen wurde, enthält verbindliche Verhaltensnormen zu den folgenden Themenbereichen:²³⁵

1. Teilnahme an medizinisch-wissenschaftlichen Veranstaltungen, insbesondere an Kongressen, Symposien, Workshops und Vorträgen
2. Annahme von Geschenken und anderer Vorteile
3. Annahme von Ärztemustern
4. Klinische Prüfung und Forschung
5. Verschreibung von Medikamenten und Anwendungsbeobachtungen
6. Formvorschriften

Ad 1.) Die Teilnahme an von der Pharma- und der Medizinprodukteindustrie organisierten und/oder finanzierten Veranstaltungen ist nur dann zulässig, *„wenn diese wissenschaftlichen Zielen, Zwecken der Fortbildung oder der praxisbezogenen Anwendung ärztlichen Handels bzw. Studienzwecken dienen und der zeitliche Aufwand für die Vermittlung wissenschaftlicher bzw. fachlich-medizinischer Informationen im Vordergrund steht.“²³⁶* Dem Ziel des Informationsgewinns, der dabei eindeutig im Vordergrund zu stehen hat, haben sich Tagungsort, Freizeitprogramm und gesellschaftliche Aspekte eindeutig unterzuordnen. Einladungen zu Veranstaltungen im Ausland dürfen ebenfalls nur angenommen werden, wenn es sich um medizinisch wissenschaftliche Veranstaltungen oder um die Besichtigung wissenschaftlicher oder produktionstechnischer Einrichtungen handelt bzw. wenn sie im Zusammenhang mit der Durchführung medizinischer Studien stehen. Zudem darf eine Übernahme der Kosten für Anreise, Aufenthalt und Einladungen jeglicher Art nur bei der Teilnahme an ausschließlich berufsbezogenen und wissenschaftlichen Veranstaltungen erfolgen.

Ad 2.) Unangemessene Geschenke, Zuwendungen und Vorteile jeglicher Art, mit Ausnahme von dem Anlass entsprechenden Bürohilfsmitteln, dürfen nicht angenommen werden.

²³³ Füzsl/Hausreither, 2006, S. 232.

²³⁴ ebenda.

²³⁵ Der folgende Abschnitt basiert auf der Grundlage von: Füzsl/Hausreither, 2006, S. 232-233.

²³⁶ Füzsl/Hausreither, 2006, S. 232.

Ad 3.) Die Abgabe von Ärztemustern ist nur im Rahmen der im Arzneimittelgesetz (AMG) festgelegten Rahmenbedingungen erlaubt. Im Speziellen wird hier auf den Nachweis seitens des Zulassungsinhabers verwiesen.

Ad 4.) Analog zu den Richtlinien der Ethikkommissionen wird auf die Vorschriften im Rahmen von klinischen Prüfungen und Forschung hingewiesen. Konkret wird das AMG, die Leitlinien für Good Clinical Practice (GCP) und die WMA-Deklaration von Helsinki genannt. Die Bezahlung muss dem Aufwand und der Zeit entsprechen und darf nicht erfolgsabhängig gestaltet werden. Die Ergebnisse dieser von der Pharmaindustrie unterstützten Forschungstätigkeit dürfen nur unter Angabe ihrer Funktion als Sponsor veröffentlicht werden.

Ad 5.) Der Verhaltenskodex hält ausdrücklich fest, dass Ärzte/Zahnärzte und deren Hilfspersonen kein Entgelt dafür annehmen dürfen, dass sie bereit sind, Pharmareferenten zu empfangen oder von anderen Unternehmensangehörigen Informationen entgegenzunehmen.

Ad 6.) Zudem wurde festgelegt, dass Leistungen von Ärzten/Zahnärzten für Unternehmen, gleich welcher Art (z.B. für Vortragstätigkeit, Beratung, klinische Prüfungen, Anwendungsbeobachtungen), nur auf der Grundlage eines schriftlichen Vertrages erbracht werden dürfen, der die Leistungen und Gegenleistungen eindeutig definiert. Es muss sich um eine wissenschaftliche oder fachliche Tätigkeit für das Unternehmen handeln. Diese Regelung impliziert außerdem ein Verbot von Scheinverträgen.

Abschließend wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Verletzung der ärztlichen/zahnärztlichen Pflichten im Sinne der Richtlinie ein Disziplinarvergehen darstellt, das gemäß § 136 Absatz 1 Ärztegesetz 1998 auch als solches zu ahnden ist.

Neben dem Verhaltenskodex fällt auch das **Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)** unter das Ärztegesetz. Das Gesundheitsqualitätsgesetz, das mit 1.1.2005 in Kraft getreten ist, versucht einen neuen und umfassenden Ansatz zum Thema Qualität zu erreichen. Es soll zur Erreichung eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems beitragen.²³⁷ Im Unterschied zu den anderen im Ärztegesetz verankerten Gesetzen knüpft das GQG an die Leistungen des Gesundheitswesens und nicht an Organisationsformen bzw. ausübende Berufe an. Die zentralen Grundprinzipien auf denen das GQG basiert, sind folgende:²³⁸

- Qualität
- Patientinnen- und Patientenorientierung und -sicherheit
- Transparenz
- Effektivität
- Effizienz
- Prozess- und Ergebnisqualität
- Gesundheitsleistung
- Evaluation

²³⁷ Vgl. Füzsl/Hausreither, 2006, S. 349.

²³⁸ Vgl. ebenda.

Mit diesem Gesetz können auch Richtlinien, Leitlinien und Qualitätsindikatoren festgelegt werden. Leitlinien sind im GQG definiert als „Bundesqualitätsleitlinien“. Anzumerken wäre diesbezüglich, dass Leitlinien im Gegensatz zu Richtlinien keine verpflichtenden Vorgaben enthalten, die per Verordnung geregelt sind.

Neben dem Qualitätssystem soll auch eine österreichweite Qualitätsberichterstattung aufgebaut werden. Der administrative Aufwand soll diesbezüglich für die Beteiligten gering gehalten und bestehende Dokumentationen verwertet werden. Im Zuge dessen wurde auch die Veröffentlichung eines Qualitätsberichts in Erwägung gezogen, indem möglichst alle Leistungserbringer und Kostenträger erfasst werden sollen.²³⁹

Der letzte Teil des Gesetzes beschäftigt sich mit der Schaffung einer Qualitätsinstitution. Das „Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen“ soll sich sowohl mit der Erarbeitung der Prinzipien des GQG als auch mit dessen Kontrolle sowie mit Fördermaßnahmen beschäftigen, Qualitätsregister führen und den jährlichen Qualitätsbericht erstellen.²⁴⁰

Die Verpflichtung zur Fortbildung und die Verpflichtung, nach den geltenden Qualitätsstandards des jeweiligen Faches zu behandeln ist laut §49 eine grundlegende Bestimmung des Ärztegesetzes. Die fünfte Novelle des Ärztegesetzes (BGBl. I Nr. 140/2003) brachte hierzu eine bedeutende Neuerung, indem sie Ärzte zur Evaluierung der eigenen Qualität verpflichtet. Dies wurde mit der Implementierung der **Qualitätssicherungs-Verordnung** ausgedrückt.²⁴¹ Die Evaluation soll von einer eigenen Qualitätssicherungsgesellschaft durchgeführt werden. Die zu diesem Zweck errichtete Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement GmbH (ÖQMed) befindet sich im Alleineigentum der Ärztekammer, führt außerdem ein Qualitätsregister und ist zur Qualitätskontrolle ermächtigt. Im Falle einer Verweigerung oder eines bedenklichen Ergebnisses der Evaluation gilt dies als schwerwiegende Berufspflichtverletzung und Kündigungsgrund nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz.²⁴² Kritisch anzumerken ist in diesem Zusammenhang die Beurteilung durch die eigene Standesvertretung. Dadurch birgt auch diese Verordnung die Gefahr, nicht streng und objektiv genug zu sich selbst zu sein.

Aufgrund der Vielzahl der referierten Ausführungen bezüglich der legislativen und ethischen Verpflichtungen, denen Ärzte gerecht werden müssen, fällt es schwer einen Überblick zu bewahren. Überdies - so trivial es auch klingen mag - unterliegt der Arzt als Individuum im Allgemeinen den gleichen ethischen und moralischen Vorstellungen wie der Rest der Bevölkerung. Jedoch liegt es in der Natur von wissenschaftlichen Gesellschaften sich auf traditionelle Handlungsprinzipien, Werte und Verhaltensstandards wie z.B. Ehrlichkeit, Integrität, Ehre, Unparteilichkeit oder Kollegialität und auf allgemeine Ideale im Hinblick auf konkrete Verpflichtungen gegenüber der Gesellschaft zu beziehen. Ob diese Werte durch den einzelnen Arzt weitertransportiert werden, obliegt seiner eigenen Entscheidung. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer Fähigkeit zur gut begründeten Argumentation in ethischen Belangen und

²³⁹ Vgl. Füzsl/Hausreither, 2006, S. 351.

²⁴⁰ Vgl. ebenda, S. 351f.

²⁴¹ Vgl. ebenda, S. 243.

²⁴² Vgl. ebenda, S. 243f.

diese entsprechend der eigenen Verantwortung auszubilden. In diesem Kontext kann ethisches Verständnis als Voraussetzung und notwendige Grundlage für die Akzeptanz von gesetzlichen Vorschriften gesehen werden.

Die gesetzlichen Regelungen sind für den Arzt vorwiegend in Bezug auf etwaige Verbindungen zur Industrie relevant. In diesem Zusammenhang sind vor allem der Ärztliche Verhaltenskodex und das Arzneimittelgesetz von Bedeutung. Generell erweist es sich aber als ein schwieriges Unterfangen die Verbindungen zwischen Industrie und Ärzten transparent zu machen bzw. zu unterbinden (vgl. Kap. 4.4.3). Zudem stehen beide Seiten in einem besonders strukturell angelegten Abhängigkeits- und Näheverhältnis, das die Herausbildung korruptiver Beziehungen förmlich zu begünstigen scheint. Für die Pharmaindustrie nehmen Forschungseinrichtungen die Stellung eines Großkunden ein. Dies wurde anhand einer niederländischen Studie dargelegt, die das vordergründige Motiv der Pharmabranche benennt.²⁴³ Es konnte dabei eindeutig belegt werden, dass die Vergabe von Anwendungsbeobachtungen und Finanzierung von Fortbildungen häufig nur in Zusammenhang mit dem Absatz eines bestimmten Produktes stattfand. Unter dem Deckmantel vermeintlicher altruistischer Förderungen wurden „*primär die sog. Meinungsbildner, also solche Wissenschaftler, die aufgrund ihres Ansehens oder ihrer Position über Vorträge und Veröffentlichungen als Multiplikatoren wirken*“²⁴⁴, gefördert. Aber auch alle anderen Ärzte und Wissenschaftler, die in irgendeiner Weise Einfluss auf Beschaffungsentscheidungen nehmen konnten, wurden in Betracht gezogen. Auf der anderen Seite sind aber auch die Forschungseinrichtungen auf die Drittmittel der Industrie angewiesen und Veranstaltungen im Bereich der Weiter- und Fortbildung, die Größtenteils von der Pharmaindustrie finanziert werden, stellen für Ärzte und Forscher eine willkommene Informationsplattform dar.

Das Abhängigkeitsverhältnis zwischen der Pharmaindustrie und der Ärzteschaft erweist sich daher oftmals als pure Notwendigkeit. Jedoch sind beide Parteien dazu angehalten, vor dem Hintergrund der gesetzlichen Bestimmungen, ihre Formen der Zusammenarbeit zu überprüfen und diese auf ihre Zweck- und Zielgerichtetheit zu hinterfragen. In diesem Kontext untersuchten Robert Rebhahn und Christoph Kiebitz die spezielle Problematik über Sonderzuwendungen von Pharmaunternehmen an hausapothekenführende Ärzte. Die Rechtslage ist dahingehend schwierig zu erkennen und die Problematik sieht sich mit einer Vielzahl von verschiedenen Gesetzen konfrontiert. Die marginalen Differenzen in der Definition des Wettbewerbsrechts, des Arzneimittelrechts und des Ärzterechts erschweren das Bemühen ein allgemeingültiges Urteil zu formulieren.²⁴⁵ Auch in diesem Bereich kann daher durch eine unzureichende Verzahnung der einzelnen Gesetze der erwünschte positive Effekt für den Endverbraucher nicht hergestellt werden.

²⁴³ Vgl. Höltkemeier, Kai: Sponsoring als Straftat. Die Bestechungsdelikte auf dem Prüfstand. Berlin: Duncker&Humbolt, 2005, S. 195f.

²⁴⁴ Vgl. ebenda.

²⁴⁵ Vgl. Rebhahn, Robert/Kiebitz, Christoph: Sonderzuwendungen von Pharmaunternehmen an hausapothekenführende Ärzte. Wien: Manz, 2007, S. 78ff.

Speziell im Hinblick auf diese Problematik findet sich der Arzt in einem Spannungsverhältnis wieder, das einerseits durch seine gesamtgesellschaftliche Verantwortung und andererseits durch ein neu ausgeprägtes unternehmerisches Denken bestimmt wird. Zwar wird nach dem Gemeinschaftsrecht und dem Ärzterecht die wirtschaftliche Unabhängigkeit des Arztes gefordert, jedoch erscheint diese fragwürdig, wenn man davon ausgeht, dass das Preisrecht bzw. ein entsprechender Vertrag keine Weitergabe von Rabatten an die Sozialversicherung verlangt. Natürlich darf dem Arzt sein Unternehmergeist, der auf Gewinnerzielung ausgerichtet ist nicht abgesprochen werden. Dieser darf sich aber nur innerhalb seiner berufs- und standesrechtlichen Grenzen entfalten.²⁴⁶

Vor dem Hintergrund der bislang sehr umfangreichen und dennoch sehr undurchsichtigen Gesetzeslage zur vorliegenden Problematik erweist sich die Zusammenarbeit zwischen der pharmazeutischen Industrie und der Ärzteschaft als besonders schwierig. Gerade deshalb sollten sich Ärzte aufgrund ihrer zusätzlichen berufsrechtlichen Vorschriften bereits im Vorfeld überlegen, inwieweit eine Verbindung mit der Industrie überhaupt notwendig und sinnvoll ist.

²⁴⁶ Vgl. Rebhahn/Kietaibl, 2007, S. 68ff.

4 Die pharmazeutische Industrie im Spannungsfeld von Ökonomie und Recht

Die Pharmawirtschaft zählt weltweit zu den erfolgreichsten Branchen. Diese Tatsache wird auch durch ihre einflussreiche Position im Hinblick auf das eingangs vorgestellte Beziehungsdreieck verdeutlicht. Um die wirtschaftliche Situation der Pharmaindustrie näher zu ergründen, gilt es jedoch zunächst die allgemeinen betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen und Prozessabläufe zu analysieren. Insbesondere der Bereich des Pharmamarketing stellt in diesem Zusammenhang einen zentralen Schwerpunkt der Untersuchung dar. Neben allgemeinen marketingtechnischen Voraussetzungen werden Überlegungen zu Werbestrategien und Markenmanagement sowie PR-theoretische Ansätze im Hinblick auf die Verantwortung der Pharmaindustrie vor der Öffentlichkeit diskutiert. Die breitere Ausdehnung des Forschungsinteresses auf die betriebswirtschaftlichen Prozesse der Pharmaindustrie ist vor allem im Hinblick auf die Hintergründe und Rahmenbedingungen des Problemfeldes relevant.

Auf Grund der Natur ihrer Produkte sieht sich die Pharmabranche mit besonders strengen Regeln konfrontiert. Dies äußert sich in allen Stufen des Produktlebenszyklus eines Arzneimittels. Von der Forschung über die Zulassung, bis hin zum Vertrieb unterliegt die pharmazeutische Industrie strengen Vorschriften und Gesetzen. Inwieweit diese Restriktionen das unternehmerische Handeln einschränken oder sich unter Umständen sogar positiv auf die Unternehmensstrategie auswirken können, soll ebenfalls im Zuge der folgenden Ausführungen näher erläutert werden.

4.1 Entwicklungen und Trends im Überblick

Die rasante Entwicklung im Bereich der pharmazeutischen Industrie setzte Mitte des vergangenen Jahrhunderts ein, indem die Pharmaindustrie ihre Dienste ursprünglich in den Dienst der Forschung stellte. Die Ausgaben für Forschung und Entwicklung in Europa stiegen beispielsweise seit 1980 von 2.331 Millionen Euro auf 22.500 Millionen Euro in 2006 kontinuierlich an.²⁴⁷ Da die Forschung in ihrer Eigenschaft aber immer durch starke Erfolgs- und Ergebnisfaktoren charakterisiert wurde, war mit diesen Ausgaben eine hohe Gewinnorientierung verbunden. Die Schaffung von organisatorischen Strukturen wurde als notwendig erkannt und die Unternehmen begannen zu expandieren.²⁴⁸ Die Entwicklung der Verkaufszahlen bestätigt die stetige Penetration. Gemessen am Umsatz gehört die pharmazeutische

²⁴⁷ Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs: Daten und Fakten kompakt, Ausgabe 2007. Online im WWW unter URL:

http://www.pharmig.at/upload/Publikationen/DF%20kompakt%201%208_Endversion.pdf?&SESS=53947033a63acefb569f67278bdbed9c [Stand: 18.10.2008].

²⁴⁸ Vgl. Keseberg, 2004, S. 56.

Industrie heute zu den größten Industriezweigen der Welt. Im Jahr 2006 erwirtschaftete die Pharma-Industrie einen weltweiten Umsatz von über 500 Milliarden Euro. Die Rangordnung der weltweiten Pharmamärkte stellt sich dabei folgendermaßen dar:

- USA hält fast die Hälfte (45 Prozent) der weltweiten Umsätze,
- 28 Prozent der Umsätze werden von Europa und
- 9 Prozent von Japan generiert.²⁴⁹

Mit der Einführung des Patentrechtes, einem auf zwanzig Jahre begrenzten Alleinvermarktungsrecht, und durch strategische Zusammenschlüsse wurde jedoch der Zugang zum Markt erschwert. Zusammenschlüsse dieser Art entstanden in den 1970er Jahren, indem sich kleinere Unternehmen zusammenschlossen, um mit den multinationalen Firmen im Wettbewerb bestehen zu können. In einer letzten Konsolidierungsphase erfolgte der Zusammenschluss von großen, internationalen Firmen, was die wirtschaftliche Stellung der Pharmaindustrie maßgeblich beeinflusste.²⁵⁰

Durch die zunehmenden Industrialisierung und die Monopolstellung der Pharmafirmen auf dem Arzneimittelmarkt, begann sukzessive das Dilemma für die übrigen beteiligten Akteure. Der Apotheker verlor aufgrund des Einsatzes von Pharmareferenten²⁵¹ seine Beraterfunktion für den Arzt und in weiterer Folge auch für den Patienten. Die Arztpraxen mussten einen regelrechten Ansturm von Pharmareferenten über sich ergehen lassen, während sich die Pharmaindustrie mit deren Einsatz und durch produktbezogene Fortbildungsveranstaltungen ihre Monopolstellung auch auf dem Fortbildungssektor verschaffte. Im Gegensatz dazu traten Pharmafirmen aber nicht nur als Veranstalter auf, sondern wurden auch oftmals als Sponsoren von diversen Universitätsveranstaltungen und wissenschaftlichen Projekten angetroffen.

Im Zuge der Expansion wurde der Markt zunehmend mit neuen Arzneimitteln überflutet, sodass das einzelne Individuum, gleich ob Arzt oder Patient, kaum eine Möglichkeit hatte, die Menge der Präparate zu überblicken bzw. zu beurteilen. Somit entstanden auf der ärztlichen Seite Defizite im Hinblick auf die pharmakologische Wirkung und Aufklärung über die einzelnen Substanzen - nicht zuletzt deshalb, weil die notwendige Information durch produktbezogene und gewinnorientierte Werbung ersetzt wurde.

Aus dieser Medikamentenflut entstand eine Krise, in die sich die Pharmaindustrie selbst hinein katapultiert hatte. Mit der zunehmenden Anzahl von pharmazeutischen Unternehmen stieg auch die Anzahl der Produkte, wobei der bereits übersättigte Markt abermals um eine neue Produktkategorie übertroffen wurde. Sogenannte „Me-too“-Präparate, die sich durch geringe chemische Veränderungen vom Originalpräparat unterschieden, aber die gleiche Wirkung prophezeiten, erschienen auf dem Arzneimittelmarkt. Deren Wirksamkeit wurde jedoch aufgrund fehlender

²⁴⁹ Vgl. Brink, Alfred u.a.: Gabler/ MLP Berufs- und Karriere-planer Life Sciences 2007/2008: Für Studenten und Hochschulabsolventen. Wiesbaden: Gabler Verlag, 2007, S. 92.

²⁵⁰ Vgl. Fischer, Dagmar/Breitenbach, Jörg (Hrsg.): Die Pharmaindustrie. Einblick-Durchblick-Perspektiven. München: Elsevier, 2007, S. 6.

²⁵¹ Gemäß dem österreichischen Arzneimittelgesetz (kurz: AMG) §2 Abs13 sind Pharmareferenten „Personen, die Ärzte, Tierärzte, Dentisten, Apotheker oder im § 59 Abs. 3 genannte Gewerbetreibende aufsuchen, um diese über Arzneimittel fachlich zu informieren.“ Der Zulassungsinhaber hat dabei sicherzustellen, dass dieser im Hinblick auf seine Tätigkeit eine entsprechende Qualifikation nachweisen kann.

wissenschaftlicher Studien angezweifelt. Dennoch beläuft sich beispielweise in Deutschland ein Anteil von rund 13 Prozent auf diese Nachahmererzeugnisse.²⁵²

Ein „Me-too“-Produkt bezeichnet jedoch nur eine der drei Arten der Wettbewerbsstrategien im Hinblick auf die hohe Anzahl der Konkurrenzprodukte. Neben der Nachahmung des Urheberpräparates existiert auch noch die Möglichkeit ein Wettbewerbsprodukt zu erschaffen, das die gleiche Indikation betrifft, aber eine andere Substanzklasse, die beispielsweise weniger Nebenwirkungen hervorruft. Die gefürchtetsten Konkurrenzprodukte entstehen aber aufgrund eines ablaufenden Patenschutzes: Generika beinhalten den exakt gleichen Wirkstoff und unterscheiden sich nur aufgrund des Preises zum Originalpräparat. Sie können aufgrund des Wegfallens von Entwicklungskosten oft um bis zu 60 Prozent günstiger abgegeben werden.²⁵³

Die größten Chancen und Barrieren für die pharmazeutische Industrie liegen somit im Patentablauf eines Arzneimittels. Der aktuelle Trend der sich dahingehend abzeichnet, wird auch als „OTC-Switch“ bezeichnet. Dieser bezeichnet die Entlassung eines Medikaments aus der Verschreibungspflicht. Idealerweise wird dabei noch vor dem Ablauf des Patents das Produkt auf dem sogenannten Over-The-Counter (OTC)-Markt als Selbstmedikation etabliert. Somit können die Umsätze des verschreibungspflichtigen Produktes durch das Einführen des OTC-Produktes gesichert werden. Nicht zuletzt aufgrund dieser starken wettbewerbsrechtlichen Entwicklungen wurden in den letzten Jahrzehnten verstärkte gesetzliche Regelungen bezüglich der Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit von Arzneimitteln implementiert.

Aufgrund der globalen Entwicklungen wird der Pharmamarkt auch zukünftig als größter und aussichtsreichster Wachstumsmarkt bezeichnet:

- Bedingt durch das Wirtschaftswachstum und die zunehmende Industrialisierung wird auch in den Schwellenländern die Nachfrage nach Arzneimitteln ansteigen. Bis jetzt wurden 80 Prozent der Pharmaumsätze in den Industrieländern generiert, d.h. von nur 15 Prozent der Weltbevölkerung.
- Prognosen sagen ein Anwachsen der Weltbevölkerung von 5,3 Milliarden Menschen im Jahr 2000 auf 10,3 Milliarden Menschen im Jahr 2050 voraus.
- Neue Technologien und Innovationen im Bereich der Molekularbiologie, Humangenetik, Bioinformatik oder Biochemie bieten genug Raum und Chancen für die Forschung und die Entwicklung neuer Produkte.
- Im Allgemeinen steigt die Relevanz für das Thema „Gesundheit“ in den westlichen Industrienationen kontinuierlich an. Zum einen ergibt sich dieser Wandel aus der soziodemographischen Tatsache, dass sich die Alterspyramide zusehends nach unten hin ausweitet. Der Anteil von über 60-jährigen in den westlichen Industrieländern lag 1990 noch bei 13 Prozent, im Jahr 2000 waren es bereits 24 Prozent und für das Jahr 2025 wurde ein Anstieg auf 31 Prozent prognostiziert. Immer mehr Menschen werden

²⁵² Vgl. Keseberg, 2004, S. 56ff.

²⁵³ Vgl. Guminski, Werner/Rauland, Marco: Produktlebenszyklus und die Möglichkeiten seiner Gestaltung, in: Schöffski, Oliver u.a. (Hrsg.): Pharmabetriebslehre. Berlin: Springer, 2002, S. 234.

immer älter und benötigen daher auch eine entsprechende Gesundheitsversorgung. Zudem steigt auch in den jüngeren Altersgruppen die Bedeutung der eigenen Gesundheit - nicht zuletzt aufgrund der Möglichkeiten des fortschreitenden Informationszeitalters.²⁵⁴

Die Pharmaindustrie steht vor einer großen Herausforderung. Der Druck durch ökonomische Größen wie Effizienz, Rentabilität und Wettbewerb wird zusätzlich durch die gehobenen Anforderungen des Gesundheitswesens und dessen Akteure verstärkt. Die Industrie reagiert auf diese Ansprüche, indem sie sich zunehmend an die Patienten als Endverbraucher orientiert. Vielfach wird die Pharmaindustrie jedoch wegen mangelnder Erfolgsraten in der Forschung und steigender Ausgaben im Bereich Marketing und Verkauf kritisiert. In dieser Entwicklung wird auch die ausbleibende Versorgung von weniger kaufkräftigen Ländern und Bevölkerungsschichten bemängelt, während zeitgleich die Entwicklung von Lifestyle-Produkten forciert wird.²⁵⁵

4.2 Exkurs: Arzneimittelmarkt in Österreich

Derzeit zählt der Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs (Pharmig) 124 eingetragene Mitglieder, die den Arzneimittelmarkt fast hundertprozentig abdecken. Die **Pharmig** wurde 1954 als freiwillige Interessensvertretung der österreichischen Arzneimittelwirtschaft gegründet. Der Verband bezeichnet sich als eine parteipolitisch unabhängige Institution, deren Funktionäre auf ehrenamtlicher Basis arbeiten. Der Vorstand der Pharmig gilt als oberstes Entscheidungsgremium, der für eine Funktionsperiode von drei Jahren gewählt wird. An der Spitze stehen der Präsident und zwei Vizepräsidenten. Die Mitgliedsunternehmen werden aktiv in die Verbandsarbeit eingebunden und durch sogenannte Landesdelegierte in den einzelnen Bundesländern vertreten. In diesem Sinne versteht sich die Pharmig als zentrale, wettbewerbsneutrale Service-Einrichtung für ihre Mitgliedsunternehmen.²⁵⁶

Durch die Schaffung eines **Pharmig-Verhaltenskodex** unterziehen sich die Mitglieder neben den bereits existierenden bundesgesetzlichen Verordnungen zusätzlich einer Selbstregulierung. Der Kodex wurde zuletzt mit Wirksamkeit des 1. Juli 2007 geändert und bezieht sich größtenteils auf die gesetzlichen Verordnungen, die auch im Rahmen des Arzneimittelgesetzes festgelegt wurden (vgl. Kap.4.3.1). Somit müssen beispielsweise Pharma-Veranstaltungen für Ärzte wie Kongresse, Symposien oder Workshops der wissenschaftlichen Information oder Fortbildung dienen und grundsätzlich im Inland stattfinden. Die Mitnahme von Begleitpersonen ist generell nicht erwünscht bzw. dürfen Pharmafirmen nicht für deren Kosten aufkommen.

²⁵⁴ Vgl. Müller, Michael: Vom Medikament zur Marke, in: Burkard, Ingrid: Praxis des Pharmamarketing. Weinheim: Wiley-VCH, 2002, S. 60.

²⁵⁵ Vgl. Fischer/Breitenbach, 2007, S. 237.

²⁵⁶ Vgl. Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs: Jahresbericht 2007, S. 2. Online im WWW unter URL: http://www.pharmig.at/upload/Publikationen/Jahresbericht_2007.pdf?&SESS=01f3b506cd1297214b6be04a4fa61438 [Stand: 18.11.2008].

Zudem dürfen Mitarbeiter von Pharmig-Mitgliedsfirmen im Zusammenhang mit geschäftlichen Kontakten keinerlei Sach- oder Geldgeschenke anbieten oder annehmen. Im Falle eines schweren Verstoßes sind Sanktionsmöglichkeiten in Form von Geldstrafen in der Höhe von mindestens 5.000 bis höchstens 100.000 Euro vorgesehen.

In einem eigenen Kapitel werden auch entsprechende Maßnahmen in Bezug auf die Werbung für Arzneimittel diskutiert. Diesbezüglich orientierte man sich an die gesetzlichen Verordnungen des AMG. Werbung dürfe beispielsweise nicht verschleiert werden und müsse transparent sein. Die Eigenschaften von Arzneimitteln in der Werbung sollten objektiv und nicht übertrieben dargestellt werden, ohne den Empfänger der Botschaft zu beeinflussen. Zudem müssen insbesondere bezahlte Anzeigen derart gestaltet sein, dass sie nicht mit unabhängigen redaktionellen Beiträgen verwechselt werden können.²⁵⁷

Der österreichische Arzneimittelmarkt erreichte im Jahr 2006 laut Angaben der Pharmig ein wertmäßiges Nettovolumen von 2,54 Milliarden Euro und einen Umfang von 210,2 Millionen Packungen – das bedeutet ein Wachstum von 5,5% des Wertes. Davon wurden rund elf Prozent an Spitäler und rund 89 Prozent an öffentliche Apotheken verkauft.²⁵⁸ Der Umsatz wird größtenteils durch verschreibungspflichtige Medikamente erzielt, wobei der Apotheker keine Substitutionsmöglichkeit hat. Dieser Umstand, dass die Verschreibung des Arztes nicht geändert werden darf, wird nach Ansicht des Branchenverbandes Pharmig in den kommenden Jahren aufgehoben.²⁵⁹

Im europäischen Vergleich zeigt sich Österreich als Produktionsstandort in der pharmazeutischen Industrie unbedeutend. So entfielen 2005 von der gesamten Arzneimittelproduktion in Europa nur 1,1 Prozent auf Österreich, während Deutschland einen Anteil von 13,5 Prozent hält. In Frankreich werden ein Fünftel aller Arzneimittel und somit die meisten in Europa produziert. Trotzdem überstieg 2006 der Wert der Export pharmazeutischer Waren die Importe um 8,4 Prozent.²⁶⁰

Was die Richtlinien für die Herstellung, die Genehmigung, die Kennzeichnung, die Einstufung, den Vertrieb und die Werbung von Humanarzneimitteln betrifft, unterliegt Österreich einer einheitlichen Regelung auf EU-Ebene. Der „Gemeinschaftskodex für Humanarzneimittel“ besagt, dass der Vertrieb eines Medikamentes erst nach der Zulassung durch die zuständige Behörde des Landes oder der Europäischen Arzneimittelagentur (European Agency for the

²⁵⁷ Vgl. Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs (Pharmig): Verhaltenscodex, 05/2008, S. 12ff. Online im WWW unter URL: http://www.pharmig.at/upload/Publikationen/17%20VHC%20Deutsch_v0.8_31Jul2008_freigegeben.pdf?&SESS=01f3b506cd1297214b6be04a4fa61438 [Stand: 18.11.2008].

²⁵⁸ Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs (Pharmig): Arzneimittel und Gesundheitswesen in Österreich. Daten & Fakten 2006, Ausgabe 2008, S. 35ff. Online im WWW unter URL: http://www.pharmig.at/upload/Publikationen/Datenfakten_D_2006_Ausgabe%202008.pdf?&SESS=f33d3bcd4987944b27da32210db2a4b [Stand: 18.11.2008].

²⁵⁹ Arvanakos, Constantin: Bundesagentur für Außenwirtschaft Köln: Europäische Union- Arzneimittel in der EU. Köln: Bfai, 2004, S. 248.

²⁶⁰ Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs (Pharmig): Arzneimittel und Gesundheitswesen in Österreich. Daten & Fakten 2006, Ausgabe 2008, S. 31ff. Online im WWW unter URL: http://www.pharmig.at/upload/Publikationen/Datenfakten_D_2006_Ausgabe%202008.pdf?&SESS=f33d3bcd4987944b27da32210db2a4b [Stand: 18.11.2008].

Evaluation of Medicinal Products, EMEA) erfolgen darf.²⁶¹ Neben dieser Regelung wurde im Bereich der Preisbildung und Erstattung von Arzneimitteln in Österreich eine grundlegende Neuerung eingeführt. Mit 1.1.2005 wurde das Heilmittelverzeichnis durch den **Erstattungskodex (EKO)** abgelöst. Auf der Grundlage des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) wird dieser monatlich vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegeben und enthält die von den österreichischen Krankenkassen bezahlten Arzneimittel und deren Preise. Innerhalb des Kodex erfolgt die Zuordnung der Medikamente nach einem Boxensystem und dem anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ATC-Code). Die Zuordnung der Medikamente zu den entsprechenden Boxen wird nach dem Ampelsystem durchgeführt:

- Der rote Bereich (red box) beinhaltet zeitlich befristet jene Arzneyspezialitäten, die erstmalig am österreichischen Markt lieferbar sind, der „Chefarztpflicht“ und dem kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger unterliegen.²⁶² Der Hersteller darf für eine Arzneyspezialität dieses Bereichs maximal den ermittelten EU-Durchschnittspreis verrechnen.²⁶³
- Der gelbe Bereich (yellow box) umfasst alle Arzneyspezialitäten, die einen wesentlichen therapeutischen Nutzen für PatientInnen aufweisen und aus medizinischen oder gesundheitsökonomischen Gründen nicht in den grünen Bereich aufgenommen werden. Die Medikamente in diesem Bereich unterliegen ebenfalls der Chefarztpflicht, nur die Arzneyspezialitäten beziehen sich auf bestimmte Verwendungen wie beispielsweise bestimmte Krankheiten, Alter von Patienten oder Mengenbegrenzungen.²⁶⁴
- Der grüne Bereich (green box) des Erstattungskodex beinhaltet jene Arzneyspezialitäten, welche entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen in der als frei verschreibbar angegebenen Menge ohne die sonst notwendige ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes abgegeben werden dürfen, weil dies medizinisch und gesundheitsökonomisch sinnvoll und vertretbar ist.²⁶⁵

Vorrangiges Ziel des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen und des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger war es, mit der Einführung des Erstattungskodex die jährlichen Ausgabensteigerungen der Arzneimittel auf drei bis vier Prozent zu reduzieren. Die Entscheidungsträger proklamieren durch die Einführung mehr Transparenz, den raschen Zugang von neuen Produkten und ein faires unkomplizierteres Verfahren für die Antragssteller.²⁶⁶ Vor allem im Bereich der Generika nimmt Österreich eine Sonderstellung ein. Um die Verordnung von Nachahmerprodukten aufgrund des Einsparungspotentials zu fördern, unterliegt die Gruppe der Generika im Erstattungskodex einer besonderen Regelung. Gemäß §351c Abs10 Z1 ASVG und §25 Abs2 Z1 lit. b VO-EKO ist bei Aufnahme des ersten und des

²⁶¹ URL: <http://europa.eu/scadplus/leg/de/lvb/l21230.htm> [Stand: 18.10.2008].

²⁶² § 31 Abs 5 Z 13 ASVG.

²⁶³ § 31 Abs 3 Z 12 lit a ASVG.

²⁶⁴ § 351c Abs 8 ASVG.

²⁶⁵ § 351c Abs 9 Z 1 ASVG.

²⁶⁶ URL: http://www.ots.at/presseaussendung.php?schluessel=OTS_20040525_OT0076&ch=panorama [Stand: 18.10.2008].

dritten Nachfolgeproduktes auch der Preis des Originalproduktes zu senken. Die beträchtlichen Auswirkungen dieser Einsparungsmaßnahmen auf dem Arzneimittelmarkt führen jedoch zu erheblichen Unmut seitens der Pharmaindustrie. „Ein gesundes Wachstum des Medikamenten-Marktes müsste zwischen fünf und sechs Prozent liegen, damit wären wir in Europa in guter Gesellschaft“, betont Jan Oliver Huber, Generalsekretär des Branchenverbandes Pharmig²⁶⁷. Des Weiteren spricht er von einer zusätzlichen "Einsparung" zu Lasten der Pharma-Wirtschaft in der Höhe von rund 50 Millionen Euro, die unter anderem auch durch bürokratische Hürden für die Patienten wie die restriktive Handhabung von Chefarztepflicht und dem Erstattungskodex erreicht wurde.²⁶⁸ Dem entgegen gesetzt wird seitens der Sozialversicherungsträger festgehalten, dass mit der neuen Regelung grundsätzlich alle Versicherten und nicht nur bestimmte Berufs- oder Bevölkerungsgruppen erreicht werden. Zudem sei kein Medikament unumstößlich von der Kostenerstattung ausgeschlossen.²⁶⁹ Der derzeitige öffentliche Diskurs um den Arzneimittelmarkt in Österreich ist daher durch ein ständiges Ringen von gesundheits- und pharmaökonomischen Interessen geprägt.

4.3 Ausgewählte rechtliche Rahmenbedingungen für die Pharmaindustrie

Grundsätzlich hat sich die Pharmaindustrie aufgrund der Natur ihrer hergestellten Produkte mit sehr strengen gesetzlichen Regelungen auseinandersetzen. Von der Forschung bis zur Marktdurchdringung eines Produktes muss sich die Pharmabranche an einem strikten Regelwerk orientieren. Zum einen geht es dabei um den Prozess der Herstellung von Arzneimitteln und zum anderen um deren Vertrieb. In den Bereich der Herstellung fallen beispielsweise das Patentrecht sowie Zulassungs- und Lizenzierungsverfahren, wobei dies in Österreich durch das Arzneimittelgesetz (AMG) geregelt wird. Auch die Rahmenbedingungen im Bereich des Vertriebs werden vorwiegend durch das Arzneimittelgesetz bestimmt. Zudem ist insbesondere im Spannungsfeld der vorliegenden Arbeit auch das Gesetz des Unlauteren Wettbewerbs (UWG) erwähnenswert. Aufgrund der möglichen wirtschaftlichen Auswirkungen und Tragweite ist das Wissen über die Rahmenbedingungen für die Bereiche der Forschung, Entwicklung und dem Marketing der pharmazeutischen Industrie unentbehrlich.

4.3.1 Arzneimittelgesetz

Das Arzneimittelgesetz (AMG) enthält Bestimmungen über die Anforderungen an Arzneimittel, deren Zulassung, Produktion, Vertrieb, Aufmachung und Kennzeichnung. Zudem enthalten die

²⁶⁷ Vgl. URL: http://www.ots.at/presseaussendung.php?schluessel=OTS_20051118_OT0025&ch=wirtschaft [Stand: 18.10.2008].

²⁶⁸ Vgl. ebenda.

²⁶⁹ URL: http://www.ots.at/presseaussendung.php?schluessel=OTS_20050104_OT0040&ch=wirtschaft [Stand: 18.10.2008].

§§50ff des Arzneimittelgesetzes Werbebeschränkungen (z.B. das Verbot der Laienwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel), die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung von besonderer Bedeutung sind.

Gemäß §1 Abs 1 AMG werden Arzneimittel als Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen definiert, die dazu bestimmt sind bei der Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper Krankheiten, Leiden oder krankhafte Beschwerden zu heilen, lindern, verhüten oder zu erkennen. Arzneimittel sollen Krankheitserreger abwehren oder unschädlich machen und ferner vom menschlichen oder tierischen Körper erzeugte Wirkstoffe oder Körperflüssigkeiten ersetzen. Zudem sollen sie Beschaffenheit und Funktion des Körpers oder der seelischen Zustände erkennen lassen bzw. beeinflussen. Je nach Ausgang des Zulassungsverfahrens werden Arzneimittel in zwei Gruppen eingeteilt und entweder als „rezeptpflichtig“ oder „rezeptfrei“ deklariert. Auch nicht rezeptpflichtige Mittel, sogenannte Over-the-Counter-Produkte (OTC-Produkte), haben die Zulassungskriterien zu erfüllen.²⁷⁰

4.3.1.1 Klinische Prüfung

Bis ein Arzneimittel bei der Behörde zur Zulassung eingereicht werden kann, muss es mehrere Phasen der Klinischen Prüfung durchlaufen, in die einige tausend Patienten miteinbezogen werden müssen. Gemäß §37 Abs1 AMG ist ein Prüfplan zu erstellen, der die Auswertbarkeit und Reproduzierbarkeit der Ergebnisse der klinischen Prüfung gewährleistet und alle für die Fragestellung relevanten Kriterien enthält. Ferner muss die Freigabe durch eine anerkannte Ethikkommission erfolgen.²⁷¹ Die klinische Prüfung wird grundsätzlich in vier Phasen unterteilt, wobei diese Einteilung als zu unflexibel und längst überholt gilt. Daraus resultiert die anachronistische Situation, dass sich zwar kaum noch ein Hersteller daran orientiert, die Terminologie aber offiziell weiter beibehalten wird²⁷²:

- Phase 1: Erstanwendung an gesunden Probanden
Nach dem positiven Prüfungsergebnis im Tierversuch wird das Arzneimittel erstmals am Menschen angewandt. Ziel dieser Phase ist die Erarbeitung einer Nutzen/Risiko-Analyse sowie der geeigneten Dosierung. Untersucht werden vor allem die Pharmakokinetik, Wirksamkeit, Dosis/Zeit-Wirkungskurven und Nebenwirkungen. Die Untersuchung findet an 10 bis 50 gesunden Probanden statt und dauert circa 15 bis 20 Monate.
- Phase 2: Ermittlung der Dosierung
In dieser Phase erfolgen erste Kurzanwendungen bzw. langzeittherapeutische Versuchsreihen zur Entwicklung verschiedener Darreichungsformen. Vorrangiges Ziel

²⁷⁰ Vgl. Loibl, Bettina: Ausgewählte rechtliche Rahmenbedingungen der Pharmabranche in Österreich und den USA. Wien: Diss., 2006, S. 37.

²⁷¹ § 37a Abs 2 und 3 AMG.

²⁷² Vgl. Fischer/Breitenbach, 2007, S. 92ff.

besteht im Eruiieren von Dosis-/Wirkungsbeziehungen, der klinischen Relevanz, Kumulation bei Mehrfachgabe und etwaigen Interaktionen und Toleranzentwicklungen. Die Untersuchung besteht aus einer homogenen Stichprobe von 100 bis 500 Patienten und beansprucht einen Zeitraum von 18 bis 24 Monaten.

- Phase 3: Nachweis der therapeutischen Wirksamkeit

Diese Phase zeichnet sich durch die Fortführung der Phase 2 aus. Zu den bereits beobachteten Patienten kommen mehrere tausende Personen hinzu, wobei sich der Untersuchungszeitraum bei einigen auch über Jahre ausdehnen kann. Es wird untersucht, ob seltene unerwünschte Nebenwirkungen, Allergien oder Sensibilisierungen festgestellt werden können und ob die Gleichwertigkeit bzw. Überlegenheit gegenüber einer Standardtherapie gewährleistet ist. Mit Ende dieser Phase werden die Ergebnisse für den Zulassungsantrag zusammengefasst.

- Phase 4: Anwendung nach der Zulassung

Nach erfolgter Zulassung erfolgt in dieser Phase eine umfassendere Beurteilung des Medikaments. Vorrangiges Ziel besteht in einer Analyse der Langzeitverträglichkeit, des Auftretens seltener Nebenwirkungen und dem Vergleich des Nutzen-Risiko-Verhältnisses mit Standardmedikamenten. Die kontinuierliche Überwachung (Pharmakovigilanz) von Arzneimitteln nach ihrer Zulassung ist vor allem aus Sicherheitsgründen auch nach ihrer Zulassung unabdingbar.

4.3.1.2 Zulassung

Der Antrag auf Zulassung eines Medikaments wird in der Regel nach der dritten Phase der klinischen Studien vorbereitet. Dazu werden alle gesammelten Daten nochmals überprüft. Sollte sich der Verdacht eines Risikos bestätigen, werden weitere Sicherheitsstudien durchgeführt. Sobald sich der Hersteller sicher ist, dass die Wirksamkeit und Sicherheit seines neuen Medikaments ausreichend bewiesen ist, dass die Nutzen/Risiko-Abwägung stimmt und alle gewonnenen Daten für das Präparat sprechen, kann er einen Antrag auf Zulassung stellen. Gemäß §18 Abs1 Z1 AMG hat das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen auf Anträge der Genehmigung für das Inverkehrbringen von Arzneispezialitäten entsprechend der gültigen europäischen Standards zu reagieren. Ein Bescheid muss ohne nötigen Aufschub, spätestens aber sieben Monate nach Einlagen des Antrags auf Zulassung erteilt werden.

Seit 1. Jänner 2006 obliegt die Zulassung und Überwachung von Medikamenten und Medizinprodukten in Österreich der neugegründeten PharmMed, die der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) angehört.

Die Zulassungsdauer für eine Arzneispezialität beschränkt sich grundsätzlich auf fünf Jahre, wobei ein Ansuchen auf Verlängerung spätestens sechs Monate vor Ablauf der Frist vom Zulassungsinhaber beim Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen eingereicht werden kann. Nach der Verlängerung der Zulassung gilt diese unbegrenzt bzw. kann sie vom

Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen aus Gründen der Pharmakovigilanz auf weitere fünf Jahre befristet werden.²⁷³

Für die Zulassung gibt es innerhalb der EU vier verschiedene Verfahren:²⁷⁴

- Nationale Zulassung: Das Arzneimittel darf nur im Gebiet des zulassenden Staates in Verkehr gebracht werden. Im Hinblick auf die zunehmende Bedeutung des Binnenmarktes war diese Form unerwünscht und es wurde eine neue Verordnung beschlossen (EWG Nr. 2309/93), die 1995 in Kraft trat. Diese basierte auf zwei getrennten Verfahren:
- Zentrale Zulassung: Die Zulassung wird von der EU-Kommission für alle EU-Staaten ausgesprochen und basiert auf den wissenschaftlichen Beurteilungen der Europäischen Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (EMA). Das Verfahren ist für gentechnologisch hergestellte und bisher in der EU nicht zugelassene Arzneimittel obligatorisch.
- Dezentrale Zulassung: Es liegt eine Erstzulassung in einem EU-Land vor. Auf dieser Grundlage können andere EU-Länder das Arzneimittel in einem vereinfachten Verfahren zulassen. Dieses Verfahren ist verbindlich, wenn das Arzneimittel in mehr als einem EU-Staat in Verkehr gebracht werden soll.
- Verfahren der gegenseitigen Anerkennung: Dieses Verfahren unterscheidet sich im Hinblick auf die dezentrale Zulassung nur dahingehend, dass schon eine EU-Zulassung vorliegt. Der Verfahrensprozess basiert auf der Anerkennung der Beurteilung durch die Mitgliedsstaaten. Falls eine Einigung nicht erzielt werden kann, wird der Fall der EMA übergeben.

Die Zulassung ist außerdem immer vom Grad der Innovation des Arzneimittels abhängig. Nachahmerprodukte, sogenannte Generika, müssen nicht mehr den vollständigen Zulassungsprozess durchlaufen, da auf die bereits vorliegenden Daten des Originalpräparates Bezug genommen werden kann. Zudem muss die erstmalige Zulassung gemäß §10 Abs1 und 2 AMG in einem EWR-Vertragsstaat mindestens acht Jahre zurückliegen oder der Zulassungsinhaber des Referenzarzneimittels hat einer Bezugnahme, auf die der Zulassung zugrundeliegenden Unterlagen, schriftlich und unwiderruflich zugestimmt.

Im Jahr 2006 wurden in Österreich 12.249 Arzneimittel zugelassen, wobei rund 65 Prozent auf rezeptpflichtige Arzneimittel entfallen. Der Status über die Rezeptpflicht wird ebenfalls im Rahmen des Zulassungsverfahrens geregelt.²⁷⁵

²⁷³ §20 Abs1 und 4 AMG.

²⁷⁴ Vgl. Fischer/Breitenbach, 2007, S. 127ff.

²⁷⁵ Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs (Pharmig): Arzneimittel und Gesundheitswesen in Österreich. Daten & Fakten 2006, Ausgabe 2008, S. 28. Online im WWW unter URL: http://www.pharmig.at/upload/Publikationen/Datenfakten_D_2006_Ausgabe%202008.pdf?&SESS=01f3b506cd1297214b6be04a4fa61438 [Stand: 18.11.2008].

4.3.1.3 Werbebeschränkungen

Dieser Abschnitt des AMG umfasst einen besonders sensiblen Bereich, der aufgrund des Spannungsfeldes der Untersuchung eine maßgebliche Rolle im Rahmen der weiteren Analyse einnimmt. Wie in jeder anderen Branche der Konsumgüterindustrie sind Werbemaßnahmen auch in der Pharmaindustrie wichtig und entscheidend für den Verkaufserfolg eines Produktes. Da es sich bei Arzneimitteln um besonders sensible Güter handelt, deren Vertrieb speziellen Bedingungen unterliegt, zeigt sich auch die Möglichkeit zur Bewerbung der Arzneimittel beschränkt. Aufgrund ihrer betriebswirtschaftlichen Natur und der daraus resultierenden Notwendigkeit zur Orientierung an bestimmte Verkaufskennzahlen, muss die Pharmaindustrie auch entsprechende Maßnahmen setzen, um diese zu erreichen. Dies wird oftmals durch eine gezielte Umgehung von Werbebeschränkungen versucht. Welche Methoden bzw. Strategien dabei zur Anwendung kommen, soll in Kapitel 4.4.2.4 ausführlicher diskutiert werden. In Bezug auf die mediale Darstellungsweise wurde dieses Phänomen bereits in Kapitel 2.5.3 thematisiert. In diesem Konnex ist die Abgrenzung der Begriffe laut AMG äußerst bedeutsam. Die Werbung für Arzneimittel umfasst alle Maßnahmen zur Information, zur Marktuntersuchung und -bearbeitung und zur Schaffung von Anreizen, die auf die Förderung der Verschreibung, der Abgabe, des Verkaufs oder des Verbrauchs von Arzneimitteln abzielt. Dies beinhaltet insbesondere die Laienwerbung (Verbraucher), die Fachwerbung (verschreibungs- und abgabeberechtigte Personen), die Arbeit der Pharmareferenten, Abgabe von Ärztemustern, das Versprechen von finanziellen oder materiellen Vorteilen für die Verschreibung oder Abgabe von Arzneimitteln, das Sponsern von Verkaufsförderungsveranstaltungen für Fachleute und die Übernahme von Kosten im Zusammenhang mit berufsbezogenen wissenschaftlichen Veranstaltungen für Personen mit der Berechtigung, Arzneimittel zu verschreiben bzw. abzugeben. Der Schriftwechsel und die Unterlagen, die keinen Werbezwecken dienen und zur Beantwortung einer konkreten Anfrage über ein bestimmtes Arzneimittel erforderlich sind, sowie Verkaufskataloge, Preislisten und Informationen über Gesundheit und Krankheit von Mensch und Tier ohne Bezug zu einem Arzneimittel, stellen keine Werbung für Arzneimittel dar.²⁷⁶

Die §§51, 52 und 53 widmen sich ausschließlich den gesetzlichen Regelungen im Bereich der **Laienwerbung**. Grundsätzlich darf Laienwerbung nicht für Arzneispezialitäten erfolgen, die der Rezeptpflicht unterliegen bzw. die nicht rezeptpflichtig sind, aber deren Namen mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in Verbindung gebracht werden kann oder wenn es sich um registrierte homöopathische Arzneispezialitäten handelt. Dieses Verbot gilt jedoch nicht für von Gebietskörperschaften durchgeführte oder unterstützte Impfkampagnen.²⁷⁷

Hinsichtlich der Darstellung der Laienwerbung sieht die Gesetzgebung eine klare und eindeutige Linie vor: der Werbecharakter muss deutlich erkennbar sein und das Arzneimittel auch eindeutig als solches dargestellt werden. Zudem müssen Werbung und redaktionelle Beiträge deutlich getrennt werden. Bezüglich der inhaltlichen Komponenten müssen mindestens der Name der Arzneispezialität, die wissenschaftlich übliche Bezeichnung des

²⁷⁶ § 50 Abs 1 und 2 AMG.

²⁷⁷ §51 Abs2 AMG.

Wirkstoffes und Informationen im Hinblick auf die sinnvolle Anwendung angeführt werden. Daneben muss deutlich darauf hingewiesen werden, dass Arzneimittel neben Wirkungen auch Nebenwirkungen aufweisen können und daher die Gebrauchsinformation genau zu beachten oder der Rat eines Apothekers einzuholen ist. Wenn es sich um Erinnerungswerbung handelt, d.h. die Werbung ausschließlich aus dem Namen einer Arzneispezialität besteht (außer bei Arzneien, die der sportlichen Leistungssteigerung dienen), sind die genannten Bestimmungen hinsichtlich des Inhaltes für obsolet zu erklären.²⁷⁸

Im Hinblick auf die stilistischen Mittel und Formen der Darstellung untersagt die Laienwerbung eine Reihe von Elementen:

- bildliche Darstellungen im Zusammenhang mit Angehörigen der Heilberufe oder Einrichtungen des Gesundheitswesens,
- das Anbieten einer Diagnose oder Behandlung, die eine ärztliche Behandlung oder einen chirurgischen Eingriff überflüssig erscheinen lässt,
- die Garantie über das Ausbleiben von Nebenwirkungen oder der Überlegenheit der Wirkung gegenüber anderen Arzneimitteln,
- die Verbesserung der Gesundheit durch die Anwendung des Arzneimittels,
- die Beeinträchtigung der Gesundheit im Falle einer Nichtanwendung,
- ausschließlich oder hauptsächlich auf Kinder ausgerichtete Elemente,
- Empfehlungen von Wissenschaftlern bzw. sonstigen im Gesundheitswesen tätigen Personen, die zum Gebrauch eines Arzneimittel animieren könnten,
- die Gleichsetzung eines Arzneimittels mit anderen Gebrauchsgütern, z.B. Lebensmitteln oder kosmetischen Mitteln,
- das Nahelegen, dass ein als „Naturprodukt“ deklariertes Arzneimittel, Sicherheit und Wirkung desselben fördert,
- durch die Darstellung oder Beschreibung der Anamnese zu einer falschen Selbstdiagnose zu verleiten,
- der missbräuchliche, irreführende oder besorgniserregende Bezug auf Genesungsbescheinigungen,
- die missbräuchliche, irreführende oder besorgniserregende Darstellung von Mensch und Tier aufgrund von Krankheiten, Schädigung oder der Wirkung eines Arzneimittels,
- der Hinweis auf den Bezug von Arzneimitteln über den Versandhandel.

Des Weiteren darf Laienwerbung nur einen Hinweis auf die Zulassung enthalten, sofern dieser nicht falsche Vorstellungen im Hinblick auf Sicherheit und Wirksamkeit des Arzneimittels weckt. Zudem dürfen keine Muster, Proben oder Gutscheine für Arzneimittel in Umlauf gebracht werden.²⁷⁹

Gerade der Bereich der Laienwerbung ist durch massive Einschränkungen für die Pharmaindustrie gekennzeichnet. Zugelassen ist demnach nur die Werbung für nicht-

²⁷⁸ §52 Abs1,2 und 4 AMG.

²⁷⁹ § 53 Abs1, 2 und 3.

rezeptpflichtige Produkte (OTC-Produkte), wobei diese nur einen vergleichsweise geringen Anteil am Gesamtmarktvolumen halten. Durch das AMG ist das Verbot von gezielten Werbemaßnahmen, die an den Verbraucher gerichtet werden, im gesamten Bereich der rezeptpflichtigen Medikamente festgelegt. Dieser Sektor umfasst in Österreich derzeit 65 Prozent des Marktanteils (vgl. Kap. 4.3.1.2), der somit durch keine direkte Kommunikationsmaßnahme beim Endverbraucher angepriesen werden darf.

Der Beschluss über das Verbot zur Laienwerbung ist auf die europäische Richtlinie über die Werbung für Humanarzneimittel zurückzuführen, die jedoch von der pharmazeutischen Industrie als „nicht mehr zeitgemäß“ bezeichnet wird.²⁸⁰ Dies bestätigte eine Unternehmenssprecherin der Pharmabranche im Zuge der Experteninterviews der gegenständlichen Untersuchung, indem sie sich ebenfalls gegen diese Richtlinie aussprach, die im Zeitalter von Schlagwörtern wie der „mündige Patient“ nicht mehr adäquat wäre.²⁸¹

Seitens der pharmazeutischen Industrie wurde die Forderung immer größer, die gesetzlichen Bestimmungen im Bereich des Laienwerbverbots aufzulockern. Bereits im Jahre 2003 wurde ein derartiger Einspruch vom Europäischen Parlament abgelehnt. Derzeitig wird erneut versucht eine Entschärfung des Laienwerbverbots zu erreichen. Dies wird nach Ansicht der **Europäischen Konsumentenorganisation (BEUC)** jedoch nicht aufgrund stichhaltiger Einwände, sondern durch den alleinigen Austausch des Wortes „Werbung“ durch „Information“, argumentiert.²⁸²

Die Europäische Kommission hat die wichtige Rolle der Pharmaindustrie im Gesundheitssektor akzeptiert und ist daher auch bemüht sich für Innovationen im Arzneimittelbereich einzusetzen. Die Ziele, die zu beachten sind, beinhalten die Garantie zum Zugang und zu bezahlbaren Kosten sowie die Gewährleistung der Sicherheit und Wirksamkeit der Arzneimittel. Ferner muss die Qualität und Verbreitung von Informationen für Bürger und Bürgerinnen verbessert werden, um bewusste Entscheidungen über deren Behandlungen zu ermöglichen. Dies soll unter anderem durch eine Unterstützung der Wettbewerbsfähigkeit der Pharmaindustrie ausgeglichen werden, sodass Europa nicht mehr der USA hinterherhinkt und über die neuesten Arzneimittel verfügt.²⁸³

Die Europäische Kommission hat sich mit der Implementierung von einigen Initiativen auf eine mögliche Änderung vorbereitet. Diesbezüglich nimmt das 2005 gegründete Arzneimittel-Forum eine Schlüsselrolle ein. Das Forum versteht sich als eine politische Plattform auf höchster Ebene, dessen Ziel es ist, die Wettbewerbsfähigkeit der Pharmaindustrie hinsichtlich ihres Beitrags zu den Zielsetzungen im sozialen Bereich und in der öffentlichen Gesundheit zu verbessern. Das Forum findet jährlich statt und wird von Ministern aus allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, Vertretern des Europäischen Parlaments, Patienten, der Pharmaindustrie, Beschäftigten im Gesundheitswesen und Versicherungen getragen. Indes wurden in

²⁸⁰ Vgl. Loibl, 2006, S. 94.

²⁸¹ Vgl. Aus der im Rahmen der vorliegenden Untersuchung durchgeführten Expertenbefragung (vgl. Kap.6.)

²⁸² Vgl. Schriftverkehr mit Ilaria Passarani, Health policy officer, The European Consumers' Organisation (BEUC), Avenue de Tervueren, 36,1040 Brüssel, 8.10.2007.

²⁸³ Vgl. URL: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/other_policies/pharma_forum_de.htm [Stand: 18.10.2008].

Arbeitsgruppen Fortschritte zu den drei Schlüsselthemen erzielt: Information der Patienten über Arzneimittel, Preispolitik und Beurteilung der relativen Wirksamkeit.²⁸⁴ Zudem existieren Überlegungen zu einem Modell, das der pharmazeutischen Industrie auf Basis von selbst-regulierenden Bestimmungen die Vermittlung von Informationen an Patienten erlaubt. Dabei wird die Pharmaindustrie von der Europäischen Kommission (deren vorrangiges Ziel die Stärkung Wettbewerbsfähigkeit ist), den eigens gesponserten Selbsthilfegruppen und von Medienherausgebern unterstützt.²⁸⁵

An diesem Punkt knüpft die Kritik der Europäischen Konsumentenorganisation (BEUC) an. Verbraucher benötigen zwar mehr und bessere Information über Gesundheit (nicht nur über Arzneimittel), aber dies kann nicht in den Aufgabenbereich der pharmazeutischen Industrie fallen, da diese aufgrund des inhärenten Interessenkonfliktes keine adäquate Quelle darstellen würde. Ferner wäre es in dieser Grauzone unmöglich, eine klare Linie zwischen Information und Werbung zu ziehen. Zudem bestünde die Gefahr, dass sich die negativen Effekte des „Direct to Consumer Advertising“ (DTCA) auch im Bereich der „Direct to Consumer Information“ abzeichnen könnten, was sich in einem zu hohen Medikamentenverbrauch, höheren Gesundheitsausgaben und einer Störung der Arzt-Patienten-Beziehung auswirken könnte.²⁸⁶

Die European Federation of Pharmaceutical Industries & Associations ist dagegen fest entschlossen, weiter für eine Deregulierung zu kämpfen, um auch in Europa im Sinne einer erzieherischen Aufklärung „disease awareness campaigns“ durchführen zu können: *“It is simply wrong to assume that all information coming from companies is promotional by nature.”*²⁸⁷

Die **Fachwerbung** unterscheidet sich zur Laienwerbung dahingehend, dass diese grundsätzlich zulässig ist, sofern sie eine Veröffentlichung der Fachinformationen (Zusammenfassung der Produkteigenschaften-SPC) und wesentliche Informationen über die Arzneispezialität beinhaltet.²⁸⁸ Überdies müssen gemäß §55 Abs1, 2, 3 und 4 alle Unterlagen, die im Rahmen der Verkaufsförderung von Arzneimitteln abgegeben werden, Angaben über Erstellung der Unterlagen aufweisen. Dabei müssen eine korrekte Übernahme von wissenschaftlichen Quellen und genaue und vollständige Darstellungen der Informationen gewährleistet sein.

Ferner ist es verboten, den zur Verschreibung und Abgabe berechtigten Personen, finanzielle oder materielle Vorteile anzubieten, es sei denn, deren Wert ist für die medizinische und pharmazeutische Praxis bedeutungslos. Dieses Verbot gilt auch in die umgekehrte Richtung. Vorteile dieser Art dürfen auch nicht eingefordert werden. Der Repräsentationsaufwand in Verbindung mit Veranstaltungen muss einen verkaufsfördernden oder wissenschaftlichen Zweck fokussieren. Die Übernahme von angemessenen Reise- und Aufenthaltskosten darf nur bei berufsbezogenen und wissenschaftlichen Veranstaltungen übernommen werden und ausschließlich den zur Verschreibung und Abgabe berechtigten Personen zukommen. Nähere

²⁸⁴ Vgl. URL:http://ec.europa.eu/health/ph_overview/other_policies/pharma_forum_de.htm [Stand: 18.10.2008].

²⁸⁵ Vgl. Schriftverkehr mit Ilaria Passarani, Health policy officer, The European Consumers' Organisation (BEUC), Avenue de Tervueren, 36,1040 Brüssel, 8.10.2007.

²⁸⁶ Vgl. Schriftverkehr mit Ilaria Passarani, Health policy officer, The European Consumers' Organisation (BEUC), Avenue de Tervueren, 36,1040 Brüssel, 8.10.2007.

²⁸⁷ Meek, Colin: Europe reconsidering DTCA, in: Canadian Medical Association Journal, Vol.176/2007, No. 10, S. 1405.

²⁸⁸ § 54 Abs1 und 2.

Bestimmungen über die genannten Verordnungen können durch den Bundesminister für Gesundheit und Frauen erlassen werden. Auch das Angebot bzw. das Versprechen von Naturalrabatten (sofern diese als Arzneimittel im Erstattungskodex enthalten sind) sowie deren Forderung und Annahme ist untersagt.²⁸⁹

Gemäß §56a Abs1 und 2 obliegt die Kontrolle der Werbebeschränkungen dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen. Diesem sind auf Aufforderung alle Unterlagen (inklusive der Verkaufsförderungsveranstaltungen und berufsbezogenen wissenschaftlichen Veranstaltungen) zu übermitteln, die zur Kontrolle der Einhaltung dieses Abschnittes erforderlich sind. Die Kontrollen werden von Organen des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen während der Betriebszeiten durchgeführt. Diesen muss uneingeschränkter Zugang und Einsicht in alle Unterlagen gewährt werden. Wird ein Verstoß gegen die Werbebeschränkungen festgestellt, so hat das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen über alle Maßnahmen zu verfügen, die zur Herstellung eines gesetzeskonformen Zustands erforderlich sind.

Eine Übertretung der Werbebeschränkungen stellt gemäß §84 Abs1 AMG eine Verwaltungsübertretung dar (falls die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet) und wird mit einer Geldstrafe von bis zu 25.000 Euro, im Wiederholungsfalle mit bis zu 50.000 Euro sanktioniert.

4.3.1.4 Exkurs: Werberichtlinien in den USA

Der grundlegende Unterschied der sich im Hinblick auf die Werberichtlinien für Arzneimittel zwischen Europa bzw. Österreich und den USA feststellen lässt, liegt im Bereich des Verbotes der Laienwerbung bzw. des Direct-to-Consumer Advertising (DTCA) für rezeptpflichtige Medikamente. Dieses existiert in den USA nicht als solches. Indes wird lediglich „besonderes Augenmerk auf eine mögliche Irreführung gelegt“²⁹⁰. Dies äußert sich vor allem in der Angabe einer Ausgewogenheit von möglichen Wirkungen und Nebenwirkungen bzw. von Vorteilen und Risiken. Die Richtlinien in Bezug auf die Kennzeichnung des Arzneimittels beziehen sich auf die korrekte Positionierung des Handelsnamens und der Marke der Arznei, die Angabe der Formel über die einzelnen Bestandteile sowie eine Zusammenfassung über Nebeneffekte, Wechselwirkungen und Wirkungsweisen des Medikaments.²⁹¹

Jede neue Werbung im Bereich „Direct-to-Consumer“ (DTC) muss der Food and Drug Administration (FDA)²⁹² vor der Veröffentlichung vorgelegt werden. Dies umfasst die Werbung über sämtliche Kommunikationskanäle. Die Behörde überprüft und beurteilt die Werbung und muss über die genauen Daten der ersten Veröffentlichung in Kenntnis gesetzt werden.²⁹³

²⁸⁹ §§ 54, 55, 55a, 55b.

²⁹⁰ Loibl, 2006, S. 96.

²⁹¹ Vgl. Loibl, 2006, S. 96f.

²⁹² Die Food and Drug Administration (FDA) ist die Arzneimittelzulassungsbehörde der Vereinigten Staaten und ist dem Gesundheitsministerium unterstellt.

²⁹³ Vgl. Loibl, 2006, S. 98.

Welche Bedeutung die Laienwerbung in den USA hat, verdeutlicht der immense Anstieg der Gesamtausgaben in diesem Bereich. Dieser kann mit 11,4 Billionen US-Dollar im Jahr 1996 vergleichsweise niedrig beschrieben werden, während er sich 2005 bereits auf 29,9 Billionen US-Dollar belief.²⁹⁴

Grundsätzlich setzen Direct-to-consumer-Kampagnen immer erst ein Jahr nach der Genehmigung eines Produktes von der FDA ein. Bei den Arzneimitteln, für die Laienwerbung betrieben wird, handelt es sich größtenteils um neue Markteinführungen im Bereich von chronischen Krankheiten.²⁹⁵

4.3.2 Patentrecht

Aus wirtschaftlicher Sicht erweist sich das Patentrecht als die wichtigste Komponente im Unternehmensprozess der Pharmaindustrie. Dies lässt sich vor allem auf die kostenintensive Entwicklungsphase zurückführen, als deren erfolgreicher Abschluss und Absicherung die Patentierung des Produktes gesehen werden kann. Die Entwicklung eines Arzneimittels bis zur Patentierung setzt sich durch die Phase der Forschung und der klinischen Entwicklung zusammen, die insgesamt mit einer Investitionssumme von 450 bis 700 Millionen Euro beziffert werden kann. Dabei entfällt der größte Anteil von rund 58 Prozent des gesamten Unternehmensprozesses auf die Forschung.²⁹⁶ Schon allein der enorm hohe Kostenfaktor im Bereich des Entwicklungsprozesses rechtfertigt die Absicherung durch ein Patent. Falls dies versäumt wird, muss das Unternehmen damit rechnen, dass Dritte das Entwicklungsprodukt mit wesentlich geringerem Kostenaufwand übernehmen können.

Schutzrechte sichern daher in erster Linie die Marktrechte des Schutzhabers und stärken überdies dessen Marktposition. Zudem haben Schutzrechte auch Werbewirkung, indem sie den Wert des Produktes durch den Hinweis auf Patente und sonstige alleinige Rechte erheblich steigern können.

Grundsätzlich sichert ein Patent ein zeitlich begrenztes Ausschließlichkeitsrecht zur gewerblichen Benutzung einer technischen Erfindung, wobei dieses territorialen Begrenzungen unterliegt. Die Wirkung gilt nur in dem Land, für das es erteilt wurde, demnach gilt ein US-Patent auch nur in den USA. Ein sogenanntes umfassendes „Weltpatent“ gibt es nicht. Zwar existieren überregionale Patente wie beispielsweise das europäische Patent, wobei dies aber auch nur aus einem Bündel nationaler Patente besteht, das aus gemeinsamen Erteilungsverfahren resultiert.²⁹⁷

Aufgrund einer Analyse der rechtlichen Rahmenbedingungen der Pharmabranche in Österreich und den USA bemerkt Bettina Loibl eine einheitliche Regelung im Bereich der Schutzdauer eines Patents. Diese beläuft sich auf zwanzig Jahre. Das österreichische Patentgesetz regelt,

²⁹⁴ Vgl. Donohue, Julie M./Cevasco, Marisa/Rosenthal, Meredith B.: A Decade of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs, in: New England Medical Journal, Vol. 357/2007, No. 7, S. 673-81.

²⁹⁵ Vgl. ebenda.

²⁹⁶ Vgl. Fischer/Breitenbach, 2007, S. 28f.

²⁹⁷ Vgl. Fischer/Breitenbach, 2007, S. 172.

dass die Schutzdauer entweder nach Ablauf dieser Zeitspanne bei nicht rechtzeitiger Bezahlung der Jahresgebühr oder aufgrund des Verzichts des Patentinhabers erlischt. Zudem besteht durch das „Schutzzertifikat für Arzneimittel“ die Möglichkeit einer Verlängerung der 20-jährigen Schutzdauer, wobei dieses höchstens für einen Zeitraum von fünf Jahren in Anspruch genommen werden kann. Von dieser fünfjährigen „Verlängerungsregelung“ kann unter bestimmten Voraussetzungen auch in den USA Gebrauch gemacht werden.²⁹⁸ Insgesamt lassen sich zwischen beiden patenrechtlichen Systemen keine signifikanten Unterschiede feststellen, was eine internationale Harmonisierung des Patentrechtes fördern könnte.²⁹⁹

4.3.3 Gesetz des Unlauteren Wettbewerbs

Das Gesetz des unlauteren Wettbewerbs (UWG) zählt zum Wettbewerbsrecht und ist im Sinne seiner Definition nicht auf einzelne Branchen beschränkt, sondern richtet sich an sämtliche Unternehmen. Der Zweck des UWG ist der Schutz des "lauteren Wettbewerbes" bzw. die Verhinderung unlauterer Geschäftspraktiken. Als solche sind insbesondere Geschäftspraktiken zu bezeichnen, die gemäß §1 Abs1 und 3 UWG entweder einen aggressiven oder irreführenden Charakter aufweisen. Als unlautere Geschäftspraktik ist entweder die Beeinflussung des Wettbewerbs zum Nachteil von Unternehmen oder des wirtschaftlichen Verhaltens des Durchschnittsverbrauchers bezüglich eines Produkts zu bezeichnen.³⁰⁰

Im Zuge einer europaweiten Harmonisierung des Lauterkeitsrechts wurde am 13. November 2007 in Österreich eine UWG-Novelle beschlossen, die im Wesentlichen die Richtlinie des Rates Nr. 2005/29/EG über unlautere Geschäftspraktiken umsetzt. Neu ist der ausdrückliche Schutz von gewissen Verbrauchergruppen. Direkt an Kinder, Senioren oder körperlich oder geistig behinderte Menschen gerichtete Werbung wird als aggressive Werbung untersagt. Die neue EU-Richtlinie beinhaltet auch eine sogenannte "schwarze Liste" aggressiver, bzw. unlauterer Geschäftspraktiken, die seit der Umsetzung der UWG-Novelle auch in Österreich verboten ist. Darunter fallen beispielsweise auch Praktiken wie das Nichteinhalten von Verpflichtungen, die der Unternehmer bezüglich des Verhaltenskodex eingegangen ist.³⁰¹ Diese Novellierung ist auch für die Pharmaindustrie relevant, da sich diese durch den, von der Pharmig festgelegten Verhaltenskodex (vgl. Kap. 4.2) auch an die verbindlichen Normen im Rahmen des UWG orientieren muss. Aber nicht nur im Hinblick auf den Verhaltenskodex, sondern auch bezüglich des allgemeinen Wettbewerbsrechtes wurden bereits Verstöße der pharmazeutischen Industrie gegen das UWG gemeldet. Dies wurde vor allem durch die verstärkte Konkurrenzsituation, die durch die neuen Generikaanbieter herbeigeführt wurde, ausgelöst. So wurde beispielsweise bereits ein Pharmaunternehmen vom Österreichischen

²⁹⁸ Vgl. Loibl, 2006, S. 21ff.

²⁹⁹ Vgl. ebenda, S. 34.

³⁰⁰ Vgl. Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz gegen den unlauteren Wettbewerb 1984 – UWG geändert wird (UWG-Novelle 2007), Online im WWW unter URL:http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XXIII/I/I_00144/fname_080043.pdf [Stand: 13.10.2008].

³⁰¹ Vgl. ebenda.

Generikaverband (OEGV) auf Unterlassung verklagt, da es durch die Verbreitung von inadäquaten Studien den Eindruck erweckte, dass die Generika, die dem Originalpräparat entsprachen, von schlechter Qualität seien.³⁰²

Im Allgemeinen entsteht im Zuge der EU-Harmonisierung aber auch für den Konsumenten ein verbesserter Schutz, da er sich auf eine gesamteuropäische einheitliche Regelung verlassen kann. Im Hinblick auf die Identität des Klägers wird sich nichts ändern, d.h. dass etwaige Verstöße gegen das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb nur von Konkurrenzfirmen oder Institutionen wie der Arbeiterkammer (AK) oder dem Verein für Konsumenteninformation (VKI), nicht aber von einzelnen Konsumenten eingeklagt werden können. Neu ist jedoch, dass der VKI nicht nur irreführende Verhaltensweisen, sondern auch aggressive Praktiken mit Unterlassungsklagen verfolgen kann.³⁰³

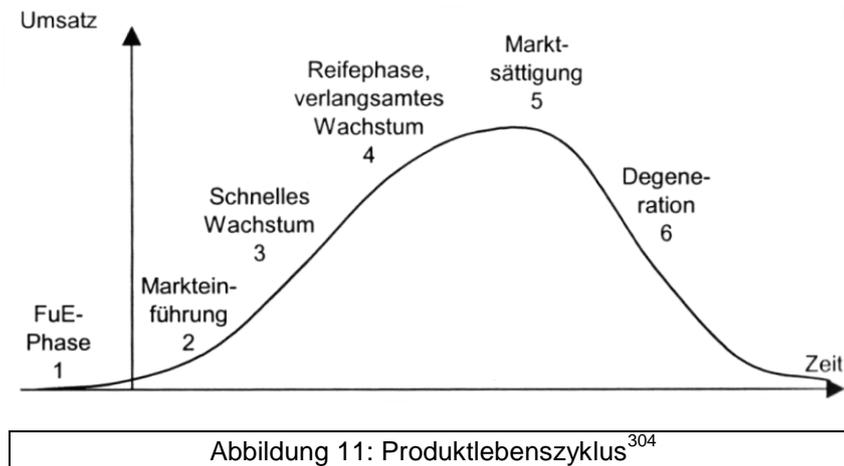
4.4 Pharmamarketing

Um ein näheres Verständnis für die Beweggründe und Zusammenhänge der einzelnen Strategien und Prozesse im Rahmen der Unternehmenskommunikation von Pharmafirmen zu erlangen, ist es zunächst notwendig die wesentlichen Grundzüge des Pharmamarketings näher zu erläutern. Dabei ist es in erster Linie wichtig, das Arzneimittel in seiner Funktion als Produkt und im Hinblick auf seine zahlreichen Facetten und Eigenschaften zu determinieren.

Wie herkömmliche Konsumgüter durchlaufen auch Arzneimittel einen sogenannten **Produktlebenszyklus**. Dabei gilt es von der Idee bis zum Verkauf sechs zeitlich aufeinander folgende Stadien zu trennen (vgl. Abbildung 11), wobei diese in der Darstellung einer s-förmigen Kurve den Idealverlauf beschreiben. Tatsächlich folgt aber nicht jedes Arzneimittel dieser Grundform. Während einige Produkte direkt nach der Einführung verschwinden, verbleiben andere Produkte sehr lange in der Reifephase. Es besteht auch die Möglichkeit, dass ein Produkt, welches sich bereits in der Degenerationsphase befindet, durch verstärkten Werbeeinsatz wieder in die Wachstumsphase gebracht werden kann.

³⁰² Vgl. URL: http://www.ots.at/presseaussendung.php?schluessel=OTS_20060621_OTSO216&ch=wirtschaft [Stand: 18.10.2008].

³⁰³ Vgl. URL: <http://www.verbraucherrecht.at> [Stand: 18.10.2008].



Der Produktlebenszyklus wird von verschiedenen externen Einflüssen bestimmt, wobei die Wahl der gewählten Marketingmaßnahmen, die durchschnittlich mit einer halben Milliarde Euro pro Produkt zu beziffern sind, eine übergeordnete Rolle einnimmt. Ferner ist zu beachten, dass der Produktlebenszyklus von Arzneimitteln im Gegensatz zu anderen Konsumgütern deutlich kürzer ist. Dies ergibt sich vor allem durch einen meist sehr kurzen Alleinvermarktungszeitraum und dem erhöhten Konkurrenzdruck im Bereich der umsatzstarken Marktsegmente wie Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes, Schmerz und Depressionen.³⁰⁵

1) Forschungs- und Entwicklungsphase: Die erste Phase der Forschung und Entwicklung, die bis hin zur Markteinführung reicht, erweist sich als die kosten- und zeitintensivste Phase im gesamten Produktlebenszyklus eines Arzneimittels. Diese kann von der Forschung bis hin zur Markteinführung 15 Jahre in Anspruch nehmen und bedarf Ausgaben von 450 bis 700 Mio. Euro (vgl. Abbildung 12). Verschiedene externe Faktoren führen jedoch dazu, dass Pharmafirmen versuchen Medikamente auf weniger kostspielige und zeitaufwendige Weise zu entwickeln. Zum einen, da seitens der Gesundheitsorganisationen billigere Arzneimittel gefordert werden und zum anderen, da sie im Sinne des wissenschaftlichen Fortschritts schneller wirksamere Medikamente bereitstellen müssen. Zudem bringt jedes Jahr, um das man die Forschungs- und Entwicklungsphase verkürzen kann, Gewinne ein, die die enormen Ausgaben wieder reduzieren können.³⁰⁶

³⁰⁴ Quelle: Guminski/Rauland, 2002, S. 231.

³⁰⁵ Vgl. Guminski/Rauland, 2002, S. 231f.

³⁰⁶ Vgl. Fischer/Breitenbach, 2007, S. 28f.



Abbildung 12: Dauer und Kosten der Entwicklung eines neuen Medikaments

Grundlegendes Ziel ist daher die Zeitspanne bis zum Markteintritt möglichst kurz zu halten, um das zu diesem Zeitpunkt noch bestehende Alleinvermarktungsrecht auszunützen und höhere Gewinne zu generieren. Da jeder Tag bis zur Markteinführung enorme Ausgaben nach sich zieht, versuchen die Pharmafirmen schon während dieser Zeit alle relevanten Dialog- und Zielgruppen zu erreichen. So pflegt man den Kontakt zu Zulassungsbehörden und stellt das neue Produkt im Rahmen von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der ärztlichen Zielgruppe vor.³⁰⁷

2) Markteinführung: Der Erfolg der Markteinführung eines neuen Arzneimittels wird in erster Linie durch das dafür vorgesehene Marketingbudget bestimmt. Ziel dieser Phase ist es, möglichst schnell einen hohen Bekanntheitsgrad (Awareness) des Produktes zu erreichen, was in der Regel mit einer erfolgreichen Marktdurchdringung und einem schnellen Wachstum verbunden ist. Die Ausgaben im Bereich Pharmamarketing haben sich in den letzten Jahren zunehmend gesteigert. Dies kann eindrucksvoll am Beispiel des Bekanntheitsgrades eines neu eingeführten Produktes demonstriert werden. Während vor fünf Jahren ein neues Arzneimittel nach sechs Monaten bei 90 Prozent der Zielgruppe bekannt war, wird dies heute bereits nach einem einzigen Monat erreicht. Die Finanzierung dieser Phase ist sehr stark an das gesamte Produktsortiment eines Unternehmens gekoppelt. Aufgrund von weiteren Produkten, die sich bereits in der Reife- und Sättigungsphase (sogenannte „Stars“ und „Cash-Cows“) befinden, können durch den bereits generierten Umsatz die neuen Produkte vorfinanziert werden. Dies bedeutet für ein Unternehmen, dass die einzelnen Produktlebenszyklen aller Produkte exakt aufeinander abgestimmt werden müssen. Befinden sich zu viele Produkte in der Einführungs-

³⁰⁷ Vgl. Guminski/Rauland, 2002, S. 232f.

phase und zu wenige in den umsatzstärkenden und –generierenden Phasen kann der Bestand eines Unternehmens drastisch gefährdet werden.

Im Hinblick auf die Marketingaktivitäten wird in dieser Phase verstärkt der Außendienst eingesetzt, um einen entsprechenden Awareness-Faktor bei den Ärzten zu erreichen. Zusätzlich werden in der medizinischen Fachpresse Werbeanzeigen geschaltet.³⁰⁸

3) Wachstums-/Reifephase: Nach einer erfolgreichen Markteinführung befindet sich das Produkt in der sogenannten Reifephase, deren Ziel ein möglichst großes Wachstum ist. Dieses kann im Idealfall aber nur auf einem konkurrenzlosen Markt gewährleistet werden. Aufgrund der Beschaffenheit der Konkurrenzprodukte befindet sich der Pharmamarkt unter großem Wettbewerbsdruck. Diese Besonderheiten resultieren vor allem aufgrund der rechtlichen Situation der Zulassungsbedingungen bzw. des Patentrechts. Da der patentrechtliche Schutz nur die chemische Entität betrifft, kann dieser durch eine geringfügige Modifikation des Originalpräparates umgangen werden. In diesem Zusammenhang spricht man von sogenannten „Me-Too“-Produkten. Weitere gefürchtete Konkurrenzprodukte entstammen der Gruppe der Generika, die durch den Ablauf des Patentschutzes eines Originalproduktes diese mit dem exakt gleichen Wirkstoff ablösen können. Der entscheidende Wettbewerbsvorteil ergibt sich aus dem Wegfall sämtlicher Forschungs- und Entwicklungskosten, wodurch das Produkt entsprechend günstiger verkauft werden kann. Zudem gibt es ein weiteres Konkurrenzprodukt, das zwar nicht auf der Basis des gleichen Wirkstoffes anknüpft, dem aber die gleiche Indikation wie dem Originalpräparat zugrunde liegt. Somit können neue Substanzklassen mit beispielsweise weniger Nebenwirkungen die bisherigen „Pionierprodukte“ verdrängen.³⁰⁹

4) Degenerations-/Zerfallsphase: Ein Arzneimittel befindet sich in einer Zerfallsphase, wenn es durch ein überlegenes Konkurrenzprodukt vom Markt verdrängt wird. In dieser Phase ist zumeist auch der Einsatz von diversen Marketingstrategien nicht mehr sinnvoll, da das Pionierprodukt zugunsten des Konkurrenzproduktes seinen Marktanteil kontinuierlich verlieren würde. Die Einstellung von sämtlichen Marketingausgaben für ein degeneriertes Produkt ist daher durchaus in Betracht zu ziehen, da das Konkurrenzprodukt die nötigen Marktanteile kompensiert. Diese sogenannte „Cash cow“-Strategie bietet den Vorteil von minimalem Aufwand bei maximaler Profitabschöpfung. Diese Strategie ist jedoch nur in Erwägung zu ziehen, wenn Konkurrenz- und Pionierprodukt vom gleichen Hersteller sind. Deshalb ist es seitens der Unternehmen auch wichtig, mit dem Eintritt eines Produktes in die Zerfallsphase für ein entsprechendes Nachfolgeprodukt zu sorgen. Falls dieser Zeitpunkt versäumt wird, läuft man auch in dieser Phase Gefahr, große Verluste einzufahren, die sich ohnehin schon aufgrund des Ablaufs des Patentschutzes ergeben. Mit dem Eintritt von Nachahmerprodukten fällt das Preisniveau der jeweiligen Substanzklasse in der Regel um bis zu 60 Prozent unter den Preis des Urheberpräparates.³¹⁰

³⁰⁸ Vgl. Guminski/Rauland, 2002, S. 233.

³⁰⁹ Vgl. ebenda, S. 234.

³¹⁰ Vgl. ebenda.

4.4.1 Marketing Mix

Der Marketing-Mix bildet gemeinsam mit dem Produktlebenszyklus im Bereich der marktstrategischen Planung ein wichtiges Fundament. Er beschreibt „die Kombination aus den Marketinginstrumentarien, die das Unternehmen zur Erreichung seiner Marketingziele auf dem Zielmarkt einsetzt.“³¹¹ Der optimale Marketing-Mix ergibt sich je nach Produkt aus dem Zusammenspiel von mehreren Faktoren bzw. Instrumenten. Diese müssen je nach Bedarf entsprechend ihrer inhärenten und externen Strukturen gewichtet werden. Der Einsatz eines bestimmten Instrumentes ist somit auch eng an die Phase des Produktlebenszyklus gekoppelt, in der sich das Produkt befindet.

Die Bereiche des Marketing-Mix umfassen grundsätzlich vier große Säulen, die nach McCarthy in die sogenannten „vier Ps“ eingeteilt werden können: Product (Produktpositionierung), Price (Preisgestaltung), Place (Distribution) and Promotion (Absatzförderung, Kommunikation).³¹²

Produktpositionierung und -differenzierung

Im Rahmen der Produktpositionierung steht das Produkt selbst im Fokus der Überlegungen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig dem Produkt ein bestimmtes Markenimage zu verleihen und es aufgrund seiner Eigenschaften entsprechend zu positionieren. Dabei ist es notwendig, sich einen Überblick über die Konkurrenzprodukte zu verschaffen und eine mögliche Nische bzw. Lücke zu suchen, die noch nicht besetzt ist. Selbst wenn der Wettbewerb groß ist, können Maßnahmen im Bereich der Produktdifferenzierung ein Abheben des Produktes bewirken. Dies betrifft vor allem äußere Faktoren wie die Packungsgröße, das Produktdesign oder die Anwenderfreundlichkeit. Entscheidendes Ziel in dieser Phase ist es, die sogenannte U.S.P. (Unique Selling Proposition), eine einzigartige Positionierung des Produktes, zu erreichen, wobei oftmals hohe Flexibilität und Kreativität gefragt ist. So können auch schon kleine Modifikationen das gewünschte Ergebnis bringen. Dies erreichte beispielsweise die Firma Merck im Jahr 2000, als sich eines ihrer Diabetes-Mittel aufgrund des Patentablaufs in der Zerfallsphase befand. Kurzerhand wurde ein neues Produkt kreiert, das sich lediglich durch eine neue Dosierungsvorschrift vom Originalpräparat unterschied. Da nur mehr eine Tablette täglich eingenommen werden musste, wurde das Produkt von Ärzten vorgezogen und Merck erschaffte sich dadurch erneut einen Wettbewerbsvorteil. Eine weitere erfolgreiche Modifikation kann die Erweiterung der Produktpalette von orale auf topische Anwendungsmöglichkeiten bieten. Dies erreichte zum Beispiel die Firma Novartis durch ein Produkt im Bereich rheumatischer Erkrankungen. Neben der Differenzierung ist der Wiedererkennungswert eines Produktes ein besonders wichtiger Indikator im Bereich der Produktpositionierung. Hierbei spielen der Name und das Image der Marke eine besonders tragende Rolle.³¹³

³¹¹ Kotler/Bliemel, 2001¹⁰, S. 149.

³¹² Vgl. ebenda, S. 150.

³¹³ Vgl. Guminski/Rauland, 2002, S. 236ff.

Angebots- und Preisgestaltung

Durch die Festlegung des Preises wird der Erfolg des Gesamtunternehmens weitgehend determiniert. Die Preisgestaltung eines Produktes, die auf strategischen Überlegungen basiert, kann den Produktlebenszyklus maßgeblich beeinflussen. Der Prozess der Preisfindung kann durch sieben Stufen beschrieben werden:

- Stufe 1: In dieser Phase werden Trends, Markt-, Wettbewerbs-, und Konsumentendaten ermittelt und gesammelt.
- Stufe 2: Eine sogenannte SWOT-Analyse³¹⁴, die auf Basis der Markt- und Konkurrenzfaktoren durchgeführt wird, gibt Aufschluss über Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Bedrohungen auf dem Markt.
- Stufe 3: Bezüglich der Fremdeinschätzung der Preispolitik werden Interviews mit den relevanten Ziel- und Dialoggruppen geführt.
- Stufe 4: In dieser Phase werden verschiedene Faktoren analysiert, die den Prozess der Preisfindung beeinflussen. Dabei bilden die Preiswahrnehmung der Zielgruppen, die Nachfrage und der Markenwert wichtige Kennzahlen.
- Stufe 5: Mit der Festlegung des Preises wird ein sogenannter Wertausgleich angestrebt, d.h. die Produktvorteile müssen dem Preis entsprechen.
- Stufe 6: Wichtige Schlüsselfaktoren wie die regionalen Gegebenheiten werden berücksichtigt, da eine Ausweitung der Aktivitäten auf europäische bzw. internationale Märkte andere Preisstrategien erfordert. Im Falle einer Homogenisierung, wie sie derzeit auf dem europäischen Markt stattfindet, ist eine Preisstandardisierung sinnvoller, während eine Heterogenisierung der Märkte eine Preisdifferenzierung erfordert.
- Stufe 7: Nach Berücksichtigung aller möglichen Einflussfaktoren erfolgt die Auswahl der Strategie, dabei stellt das oberste Ziel das Erreichen des „return of investment“ (ROI) dar.³¹⁵

Alle diese Stufen im Rahmen der Preisfindung werden von Überlegungen zu diversen Strategiemöglichkeiten begleitet. Eine beliebte Methode stellt dabei die **Preisabschöpfungspolitik** (skimming policy) dar, bei der der Preis zunächst sehr hoch angesetzt wird und anschließend aufgrund der Markt- und Wettbewerbsfaktoren sukzessive herabgesetzt wird. Dabei ist aber die Berücksichtigung des zeitlichen Rahmens entscheidend, da sich zu schnelle Änderungen negativ auf die Glaubwürdigkeit der Marke auswirken könnten.

Eine weitere Methode ist die **Preisdurchdringungspolitik** (penetration policy), wobei man versucht mit einem günstigen Preis die Marktdurchdringung möglichst schnell zu erreichen. Diese Strategie wird vor allem im Bereich der Nachahmerprodukte angewandt. Überdies existiert noch die Methode des „flat pricing“, mit der man versucht, sich über einen Einheitspreis unabhängig von der benötigten Tagesdosis, einen Wettbewerbsvorteil zu verschaffen.³¹⁶

³¹⁴ „SWOT“ stellt ein Akronym für die Begriffe „strength“, „weakness“, „opportunities“ und „threats“ dar.

³¹⁵ Vgl. Fischer/Breitenbach, 2007, S. 166f.

³¹⁶ Vgl. Guminski/Rauland, 2002, S. 239.

Absatzkanäle und Absatzmethoden, Distribution

Die Distribution von Produkten am Arzneimittelmarkt erweist sich im Marketing-Mix als der Bereich, der am wenigsten regulierbar ist. Dies ergibt sich aufgrund der Einschränkung der Distributionswege. Der Absatzweg verläuft im Regelfall von der Pharmaindustrie zu den Apotheken. In Zahlen ausgedrückt beliefern in Österreich mehr als 220 Pharmaunternehmen, wovon 160 Hersteller und Importeure und 60 herstellende Apotheken sind, den Großhandel. Der Großhandel umfasst circa 35 Firmen, wobei die drei größten 80 Prozent des Marktes kontrollieren. Der Handel beliefert zu 76 Prozent öffentliche Apotheken, wobei diese Absatzform in den letzten Jahren zusätzlich durch die Gründung von 164 Apotheken in den Jahren 1993 bis 2002 enorm angestiegen ist.³¹⁷



Abbildung 13: Distributionsweg von Arzneimitteln in Österreich

Im Unterschied zu Deutschland herrscht in Österreich keine Niederlassungsfreiheit für Apotheken. Die Rechte zur Eröffnung einer Apotheke werden aufgrund von bestimmten Entfernungsparametern und Versorgungsbedürfnissen erteilt. Auch die Gründung von Filialen unterliegt strengen Vorschriften, was sich in den bislang erst 20 gegründeten Filialsapotheken widerspiegelt. In dünn besiedelten Gebieten fungiert daher der praktizierende Arzt gleichzeitig als Apotheker. Weitere Einschränkungen bestehen für den Großhandel mit Pharmazeutika in den Einzelhandel einzusteigen, da diese nur Apotheken im Umfang von drei Prozent Marktanteil besitzen dürfen. Im Bereich des OTC-Marktes beziehen die Apotheker einzelne Produkte auch direkt über den Hersteller. Größere Krankenhäuser in Ballungsgebieten bestellen teilweise ebenfalls direkt beim Hersteller. In der Regel werden die rund 51 Anstaltsapotheken auch vom Großhandel beliefert. Diese versorgen ihrerseits die rund 310 Krankenhäuser und Pflegeheime. Zusätzlich wird auch in Österreich zunehmend der Trend zu

³¹⁷ Vgl. Arvanakos, 2004, S. 245ff.

einer europaweiten Belieferung verfolgt, jedoch sind hierbei die landesspezifischen Bestimmungen zu berücksichtigen.³¹⁸

Kommunikationsmaßnahmen und Absatzförderung

Das letzte „P“ im Marketing-Mix steht als Synonym für den Bereich „Promotion“, zu dem sämtliche Maßnahmen im Bereich der Kommunikations- und Absatzförderung zählen wie beispielsweise Werbung, persönlicher Verkauf, Direct-Mail, Online-Marketing, Verkaufsförderung und Public Relations.³¹⁹ Wo nun genau die Grenzen zwischen Marketing, Werbung und PR liegen, ist in den letzten Jahren zu einer kommunikationswissenschaftlichen Gretchenfrage avanciert. Einzelne Autoren im Bereich Pharmamarketing haben die Problematik erkannt und plädieren für eine strikte Trennung von Werbung und PR. Während Marketingpraktiker die Meinung vertreten, dass Werbung *„die gezielte, komplett eigengesteuerte und bezahlte Darstellung des eigenen Produktes ist“* und *„bei PR interessante Themen im Umfeld des Unternehmens oder des Produktes Medien zur redaktionellen Berichterstattung angeboten [werden]. PR ist daher nur begrenzt steuerbar.“*³²⁰

Seit geraumer Zeit setzt die Werbebranche auf Begriffe wie „Gesamtkommunikation“ oder „Integrierte Kommunikation“, was auf Konzepte im Marketingbereich hinweist. Diese werden für die Abstimmung sämtlicher Kommunikationsmaßnahmen eines Unternehmens, Organisation oder sonstigen Einrichtung geschaffen und sollen somit zusätzliche Synergieeffekte schaffen, was wiederum auf PR-Techniken schließen lässt. Innovative Werbeformen wie Sponsoring oder Product Placement runden den Maßnahmen-Katalog ab. Die einzelnen Disziplinen trifft man in ihrer reinen ursprünglichen Form kaum noch an und eine Differenzierung wird durch die konstante Schaffung neuer Synergieeffekte immer schwieriger. Auf der Abnehmerseite lässt sich dieser neue Trend durch das Entstehen von sogenannten Full-Service-Agenturen bestätigen. Eine Vernetzung der Disziplinen scheint also gewollt und nach wie vor die bevorzugte Strategie zu sein. Die scharfe Trennungslinie, die die einzelnen Kommunikationsmaßnahmen einst auseinanderhielt, scheint verschwunden bzw. verblasst zu sein. Ob dieser Zustand nun als positiv oder negativ beschrieben werden kann, richtet sich in diesem Fall immer nach der Perspektive des Fragestellers aus. Die Bedeutung der Werbung und der Public Relations für die pharmazeutische Industrie soll daher nachfolgend ausführlicher diskutiert werden.

4.4.2 Werbung

Die klassische Werbung im Bereich der Arzneimittelindustrie unterscheidet sich durch ein grundlegendes Charakteristikum von der Werbung für herkömmliche Konsumgüter. Die

³¹⁸ Vgl. Arvanakos, 2004, S. 245ff.

³¹⁹ Vgl. Kotler/Bliemel, 2001¹⁰, S. 150.

³²⁰ Vgl. Fröhlich, Annette/Laurich, Frank: Auswahl, Briefing und Steuerung von externen Partnern als Dienstleister in der pharmazeutischen Industrie, in: Burkard, Ingrid: Praxis des Pharmamarketing. Weinheim: Wiley-VCH, 2002. S. 122.

Anstrengung bestimmte Bedürfnisse beim Kunden zu wecken, entfallen in diesem Bereich zur Gänze. Die physischen und psychischen Leiden des Menschen sind latente und stetige Konstanten, die nicht geschaffen werden, sondern verbessert werden müssen. Werbung für Arzneimittel hat daher in erster Linie die Funktion „über neue Präparate oder neue Erkenntnisse zu etablierten Präparaten zu informieren, den Arzt zu überzeugen und dadurch zur Verschreibung zu veranlassen.“³²¹ Entgegen dieser Auffassung steht die pharmazeutische Industrie vor dem Problem, dass viele externe Faktoren den Einsatz von bestimmten Werbestrategien in Frage stellen bzw. als überflüssig erscheinen lassen. Mit zunehmendem Wettbewerb wird der Arzneimittelmarkt durch eine Vielzahl gleichartiger Produkte überschwemmt, wobei aufgrund der enormen Homogenität auch etwaige Werbemaßnahmen nicht zur gewünschten Produktdifferenzierung führen. Zudem wird durch die hohe Konkurrenz der Generika der Preis als wichtigstes Kriterium in der Marketingstrategie angenommen. Aus diesem Dilemma führt nur das Einbeziehen des gesamten Produktumfeldes. Die Werbung für Pharmazeutika kann nicht länger nur auf das Produkt bezogen werden. Wie auch im herkömmlichen Konsumgüterbereich ist das Verhalten des Kunden zu berücksichtigen. Demnach wird in der Pharmabranche der Trend verfolgt, das Verhalten der Kunden zu analysieren um darauf basierend die entsprechende Werbestrategie zu entwickeln. Im Hinblick auf den Distributionsprozess (vgl. Kap. 4.4) ergeben sich für die Pharmaindustrie drei wichtige Zielgruppen: Apotheken, Ärzte und Patienten.

4.4.2.1 Zielgruppenanalyse: Merkmale und Kommunikationsstrategien

Apotheken

Bezüglich der Produktkommunikation stellt der Apotheker neben dem Endverbraucher im Bereich der Selbstmedikations-Produkte, d.h. jener die von der Verschreibungspflicht befreit sind, eine zentrale Zielgruppe dar. Grundsätzlich verhält sich die Produktwerbung dieser Gruppe identisch zur Gruppe der Ärzte und erfolgt somit vornehmlich durch den Besuch des pharmazeutischen Außendienstes. Dabei steht neben der generellen Produktinformation der konkrete Vertragsabschluss im Mittelpunkt des Verkaufsgespräches. Apotheken werden in dieser Hinsicht im Gegensatz zu den einzelnen niedergelassenen Ärzten als Key-Accounts geführt, da diese oftmals Verträge über das gesamte Produktportfolio eines Pharmaherstellers abschließen.³²² Im Hinblick auf den Wandel am Gesundheitsmarkt avanciert der Apotheker jedoch zunehmend zu einer uninteressanten Zielgruppe für die Pharmaindustrie. Apotheken sind nicht mehr als klassische Händlerplattform zu sehen, da diese ihren Einfluss auf die Ärzte und auch auf die Kunden verloren haben. Somit sind diese weder für den potentiellen Kunden als Berater, noch für die pharmazeutische Industrie als Vertriebspartner relevant. Darüber hinaus besteht die Wahrscheinlichkeit, dass Apotheken im Rahmen der derzeitigen E-Commerce-Entwicklungen aufgrund von neuen Logistik-Konzepten einen beträchtlichen Teil

³²¹ Hartmann, Wolfgang: Organisation der Vermarktungsprozesse, in: Schöffski, Oliver u.a. (Hrsg.): Pharmabetriebslehre. Berlin: Springer, 2002, S. 281.

³²² Vgl. Guminski/Rauland, 2002, S. 241.

ihres Marktanteils verlieren könnten.³²³ Derzeit gilt jedoch gemäß dem Beschluss des Europäischen Gerichtshofes vom 11.12.2003, Art. 30 EG, ein Verbot für den Versand von rezeptpflichtigen Medikamenten, wobei rezeptfreie Arzneimittel nicht diesen Bestimmungen unterliegen.

Die Debatte über den Versandhandel von Arzneimitteln bildet immer wieder Grund und Anlass zu heftigen Diskussionen. Insbesondere die Vertreter der Apotheken warnen vor Einbußen im Bereich des Verbraucherschutzes und der Arzneimittelsicherheit. Trotzdem ist der Versandhandel bereits in Deutschland, Schweden, Holland und einigen Kantonen der Schweiz zugelassen und auch in Deutschland wird derzeit über die Zulassung diskutiert. Falls dieser Trend, der in den USA bereits mit circa zwölf Prozent Marktanteil beziffert werden kann, auch in Europa zur Gänze Einzug hält, ist der Verlust der Apotheke als bisheriges Kettenglied mit großer Wahrscheinlichkeit gegeben.³²⁴

Ärzte

Das Informationsverhalten der Ärzte und deren Bedeutung als Zielgruppe sind für die pharmazeutische Industrie nach wie vor von großer Relevanz. Dies ist in erster Linie auf die Tatsache zurückzuführen, dass die Ärzte im Vertriebssystem immer noch eine zentrale Schlüsselrolle einnehmen. Das System besteht zum Großteil aus einer Mischung von Informations- und Lobby-Arbeit von Pharmareferenten bei niedergelassenen Ärzten und Kliniken. Der Hausarzt ist demnach der dominierende Multiplikator, der die Bevölkerung über neue Behandlungsmethoden informiert. Umso wichtiger ist es für die Pharmaindustrie über das **Informations- und Kommunikationsverhalten** der Ärzte ausreichend informiert zu sein. Diesbezüglich existiert laut dem Kommunikationswissenschaftler Peter Glotz im Bereich der Fortbildung der eindeutige Trend, dass Ärzte vorwiegend ihr Wissen aus **Fachzeitschriften** und persönlichen Kontakten in Form von Fortbildungsveranstaltungen beziehen. Unterschiede bestehen dabei in der Wahrnehmung der einzelnen Informationskanäle. Bezugnehmend auf die Wichtigkeit von medizinischen Neuigkeiten werden Seminare von Universitäten und anderen Veranstaltern vor den Fachzeitschriften genannt. Im Hinblick auf die Relevanz und den Zeitaufwand hinsichtlich des Wissenserwerbs wird jedoch den Fachzeitschriften eindeutig der Vorzug gegeben.³²⁵

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch Marcel van Lier, der im Rahmen einer Ärztebefragung auch deren Mediennutzung untersuchte (siehe Ausführungen in Kapitel 3.2.3). Der Nutzungsgrad von fachspezifischen Schulungsveranstaltungen, nationalen Kongressen und pharmainabhängigen lokalen Events beträgt dabei mehr als 50 Prozent. Weniger Anklang finden internationale Fortbildungen und Instrumente mit Pharma-Bezug.³²⁶

Studien, die den Ärzten im Rahmen eines Besuches von Pharmareferenten vorgelegt werden, werden oftmals keine Bedeutung beigemessen, da sie als reines Marketinginstrument

³²³ Vgl. Ewers, Christian L.J./Küppers, Stephan/Weinmann, Hilmar: Pharma Supply Chain. Neue Wege zu einer effizienten Wertschöpfungskette. Aulendorf: ECV, 2002, S. 38.

³²⁴ Vgl. Fischer/Breitenbach, 2007, S. 221.

³²⁵ Vgl. Glotz/Haes/Gerhard/Hermann, 2006, S. 23ff.

³²⁶ Vgl. Van Lier, 2005, S. 74.

klassifiziert werden. Entgegen dieser empfundenen Manipulation stellen laut einer Marktforschungsstudie der Beratungsfirma Noheto unabhängige wissenschaftliche Studien für den Arzt eine der wichtigsten Informationsquellen über Medikamente dar. Dabei zählt die Veröffentlichung in der Fachpresse als die sicherste Quelle. Diese Ergebnisse basieren auf 20 qualitativen Tiefeninterviews mit niedergelassenen Allgemeinmedizinern und Internisten. Die Ärzte wurden zufällig aus offen zugänglichen Daten akquiriert.³²⁷ In diesem Zusammenhang konstatiert auch Van Lier, dass im gleichen Ausmaß wie die bereits genannten personenbezogenen Medien nationale und internationale Fachartikel und Fachbücher rezipiert werden.³²⁸ Im Hinblick auf die **neuen interaktiven Medien** herrscht eine sehr positive Resonanz, dennoch ist der Nutzungsgrad noch sehr gering.³²⁹ Dies lässt sich zum einen auf die Tatsache zurückführen, dass die Affinität zum Internet von vielen älteren Personengruppen noch nicht hergestellt ist, zum anderen hat sich der allgemeine anfängliche Boom, den das Internet anfangs auslöste, allmählich wieder relativiert. Dennoch haben Pharmaunternehmen das Internet als Kommunikationsplattform und Marketinginstrument erkannt. Internetportale für Fachkreise zeichnen sich zunehmend durch serviceorientierte Features aus wie beispielsweise Möglichkeiten zu Musterbestellungen, Verschreibungsinformationen und das Verwenden von E-learning-Tools. Zudem kann unmittelbar in Studienprotokolle oder Patienteninformationen durch den entsprechenden Passwortschutz Einsicht genommen werden. Trotz dieser voranschreitenden Entwicklungen herrscht in Europa eine gewisse Skepsis gegenüber dem neuen Medium. Demnach präsentieren nur 30 Prozent der Pharmafirmen ihr Unternehmen über eine deutsche Website. Auch die Online-Werbung wird im Vergleich zum gesamten Werbemarkt bei weitem nicht in dem Ausmaß genutzt, indem man es vielleicht vermuten würde. Diese hält nur einen Anteil von 0,7 Prozent während die Werbung in Tageszeitungen 28 Prozent ausmacht.³³⁰ Ob sich der Trend in Europa in Richtung des US-Vorbildes entwickelt, ist fraglich. Dort wird das Internet vorrangig genutzt, um virtuelle Communities aufzubauen. In den USA fungieren Pharmaunternehmen nicht nur mehr als bloße Hersteller, sondern bereits als „internetbasierte Therapiedistributoren“.³³¹

Zusammenfassend betrachtet, bildet die Fachpresse - trotz der steigenden Popularität des Internets - immer noch die bevorzugte Informationsquelle für Ärzte. Fachzeitschriften werden daher auch sehr gerne von Pharmafirmen als Kommunikationsplattform genutzt. Bei den Werbemitteln handelt es sich entweder um PR- oder um Anzeigenkampagnen. Im Gegensatz zur Pharma-PR wird der Nutzen bzw. die Werbewirkung von Anzeigen immer wieder konträr diskutiert. Da die Anzeige nur begrenzt Inhalte vermitteln kann, wird sie oft im Rahmen eines Gesamtmarketingkonzeptes eingesetzt. Insbesondere im Zusammenhang mit den Aktivitäten des Außendienstes können Anzeigen als Erinnerungswerbung eingesetzt werden. Im Sinne eines stimmigen Gesamtkonzeptes werden Anzeigenkampagnen zeitgleich durch Maßnahmen im Bereich Public Relations unterstützt. Diesbezüglich kann die parallele Schaltung von

³²⁷ Vgl. Möllers, Nora u.a.: Wie Ärzte entscheiden. Eine Marktforschungsstudie der NOHETO! GmbH, Witten, o.J., S. 14.

³²⁸ Vgl. Van Lier, 2005, S. 74f.

³²⁹ Vgl. ebenda.

³³⁰ Fischer/Breitenbach, 2007, S. 220f.

³³¹ ebenda.

Anzeigen und redaktionellen Beiträgen zu aktuellen Studienergebnissen in der gleichen Ausgabe einer Zeitschrift als eine beliebte Strategie genannt werden. Für diese Form der Pressearbeit werden von Pharmafirmen sehr häufig Mediaagenturen eingesetzt, die die gewünschten Informationen an alle relevanten Medien verteilen.³³² Die Problematik, die sich daraus für die Zielgruppe ergibt, ist, dass somit größtenteils auch der tatsächliche Absender der Nachricht im Verborgenen bleibt. Inwiefern Produkt-PR - trotz ihrer immanenten Intransparenz - den Absatz von pharmazeutischen Produkten überhaupt zu fördern vermag, ist fraglich. Weitere Überlegungen zur Problematik des Schwimmens von PR und Werbung im Bereich der Printmedien wurden bereits in Kapitel 2.5.3 und 2.7 diskutiert.

Neben den genannten Kommunikationsstrategien stellt der Einsatz des **Außendienstes** jedoch nach wie vor eine sehr beliebte Methode zur Erreichung der Zielgruppe dar. Der Außendienst ist demnach einer der Hauptkostenverursacher, denn nur durch einen entsprechend große Anzahl von Mitarbeitern ist eine flächendeckende Besprechung der Produkte bei der jeweiligen ärztlichen Zielgruppe möglich. Eine Untersuchung von pharmazeutischen Unternehmen in Europa ergab, dass für den Außendienst der gleiche Kostenanteil wie für die Werbung aufgewendet wurde. In den Jahren 1998 bis 2001 wurde sogar zum Teil viermal so viel für den Außendienst ausgegeben wie für andere Werbemaßnahmen.³³³ Insbesondere bei Produktneueinführungen wird davon ausgegangen, dass die Anzahl der Außendienstmitarbeiter über die Zeitspanne bis zum Bekanntwerden des Produktes entscheidet. Ob die Besuche der Außendienstmitarbeiter bzw. der sogenannten Pharmareferenten aber wirklich den gewünschten Einfluss auf den Arzt im Hinblick auf sein Verschreibungsverhalten ausüben, steht nach wie vor im Mittelpunkt der marktstrategischen Planung von pharmazeutischen Unternehmen. Vor einigen Jahren war man noch fest davon überzeugt, dass man das Verschreibungsverhalten der Ärzte über die Außendienstmitarbeiter durch gezieltes „Relationship Management“ beeinflussen könne. In einer Studie über den Arzneimittelmarkt in Österreich konnte beispielsweise eine eindeutige Korrelation zwischen Verschreibungsverhalten und Besuch der Pharmareferenten hergestellt werden. Dabei wurden der Grad der Servicequalität und das Auftreten des Außendienstmitarbeiters als Hauptindikatoren für den wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens identifiziert.³³⁴ Indes existieren laut einer amerikanischen Studie auch gegenteilige Befunde, die die Effektivität der Außendienstbesuche anzweifeln, da diese auf das Verschreibungsverhalten keinen signifikanten Einfluss ausüben würden. Darüber hinaus wird in Frage gestellt, ob der damit verbundene enorme Kostenaufwand überhaupt dem „Return of Investment“ entspricht.³³⁵ Hinzu kommt die Problematik, dass Ärzte den Besuch von

³³² Vgl. Trilling, Thomas: Tools für erfolgreiches Pharmamarketing: Anleitungen zur praktischen Durchführung, Checklisten für die tägliche Praxis, in: Trilling, Thomas (Hrsg.): Pharmamarketing. Ein Leitfaden für die tägliche Praxis. Berlin [u.a.]: Springer, 2003, S. 124ff.

³³³ Vgl. Müller, Michael C.: Europäisches Pharmamarketing. Ein Leitfaden für Manager der pharmazeutischen Industrie und Beteiligte des europäischen Gesundheitswesens. Wiesbaden: GWV, 2005, S. 211.

³³⁴ Vgl. Scharitzer, Dieter/Kollarits, Harald C.: Satisfied customers: profitable customer relationships: pharmaceutical marketing: how pharmaceutical sales representatives can achieve economic success through relationship management with settled general practitioners-an empirical study, in: Total Quality Management, Vol.11, No.7, 2000, S. 964.

³³⁵ Jacobson, Robert/Mizik, Natalie: Are Physicians "Easy Marks"? Quantifying the Effects of Detailing and Sampling on New Prescriptions. Pennsylvania State University, October 2003, Online im WWW unter URL: <http://www.smeal.psu.edu/isbm/database/documents/wp03/09-2003.pdf> [Stand: 13.10.2008].

Pharmareferenten schon im Vorfeld ablehnen. Strategien, die diesem Umstand entgegenhalten, basieren darauf dem Arzt abseits der Produktinformation, wertvolle Zusatzinformationen zu vermitteln. Die Taktik, die dabei verfolgt wird, zielt darauf ab, im Vorfeld durch webbasierte Dienste Patienteninformationen über Einstellungen, Meinungen und Nebenwirkungen zu generieren und diese für den Arzt entsprechend aufzubereiten. Die Idee dahinter ist das Interesse des Arztes für die Meinungen und Bedürfnisse des Patienten zu wecken, um damit eine neue Beziehungsform zwischen Medizinern und dem pharmazeutischen Außendienst herzustellen.

Aktuelle Überlegungen gehen davon aus, die enormen Kosten die durch den Besuch von Pharmareferenten entstehen, durch den Einsatz eines zusätzlichen Marketingtools zu minimieren. Aktives Telefonmarketing stellt diesbezüglich eine Strategie dar, die den Einsatz der kostenintensiven Besuche ergänzen oder sogar ersetzen soll.³³⁶ Allerdings muss die Implementierung von Telefonmarketing als eine langfristige Investition gesehen werden, die zwar ein wichtiges Erfolgsmittel im Bereich des Verkaufs von innovativen Leistungen darstellt, aber keineswegs geeignet ist, um schnelle und gezielte Marketingmaßnahmen zu ersetzen.³³⁷

Ferner werden auch Szenarien in Betracht bezogen, die eine komplette Substitution des Außendienstes durch internetbasierte Lösungen vorsehen. Da die Außendienstbesuche von der Zielgruppe zunehmend als störend empfunden werden, steigt das Interesse an den sogenannten „Closed-Doc-Shop-Szenarios“.³³⁸ Der Zielgruppe werden dabei webbasierte Informationssysteme zur Verfügung gestellt, in denen Pharmaunternehmen ihre Produkte darstellen und Serviceleistungen präsentieren. Inwieweit der Besuch des Außendienstmitarbeiters durch neue Internet- und Telefonmarketingstrategien ergänzt oder gar ersetzt werden kann, bleibt vorerst ungewiss. Jedoch ist mit Sicherheit mit zusätzlichem Einsatz von neuen Marketinginstrumenten zu rechnen.

Insbesondere bei der Planung ihrer Werbestrategie müssen pharmazeutische Unternehmen außer den Merkmalen und den Kommunikationsmitteln noch andere wichtige Faktoren berücksichtigen. So grenzt sich die Zielgruppe der Ärzte durch die Besonderheit ihres gesellschaftlichen Status von den anderen Kunden der Pharmabranche ab. Es reicht somit hier nicht über das Informationsverhalten und die Erreichbarkeit der Ärzte Bescheid zu wissen, sondern es muss auch seine gesamtgesellschaftliche Rolle in die Überlegungen miteinbezogen werden. Durch ein grundlegendes Umdenken in den 1990er Jahren wurde das Verhältnis von Ärzten und Pharmaindustrie zunehmend durch eine partnerschaftliche Beziehung geprägt, wobei deren Bedürfnisse als Kunden nicht außer Acht gelassen wurden. Die Strategie, die die Pharmaindustrie dahingehend verfolgt, ist, den Arzt zum „Mitbegründer“ werden zu lassen und ihn frühzeitig in Konzepte einzubinden. Der Arzt wird sozusagen Teil der Strategie, indem er beispielsweise als Prüfarzt für klinische Studien vor deren Zulassung herangezogen wird:

³³⁶ Vgl. Harms, Fred/Rittinghaus, Frank/Lankers, Jürgen: Neue Kommunikationsstrategien, in: Harms, Fred/Drüner, Marc: Pharmamarketing. Innovationsmanagement im 21. Jahrhundert. Stuttgart: Lucius & Lucius, 2003, S. 264f.

³³⁷ Vgl. Robinson, James T.: Changing the Face of Detailing by Motivating Physicians to See Pharmaceutical Sales Reps, in: Product Mangement Today, 11/2003, S. 27.

³³⁸ Vgl. Harms, Fred/Brucksch, Michael: Informationstransfer- Erfolgsfaktor der Zukunft, in: Harms, Fred/Drüner, Marc: Pharmamarketing. Innovationsmanagement im 21. Jahrhundert. Stuttgart: Lucius & Lucius, 2003, S. 247.

„Dadurch gewinnt der Arzt mehr und mehr Stellenwert, nicht nur als Verschreiber einer (sic!) Präparates, sondern viel mehr als Teil der gesamten Konzeption und der Geschichte eines Präparates.“³³⁹

Der Arzt spielt somit für die pharmazeutische Industrie in zweierlei Hinsicht eine tragende Rolle. In seiner aktiven Funktion fungiert er als Multiplikator, der die Produkte an die Patienten weiterverbreitet und passiv wird der Einsatz seiner Person als Teil einer Marketingstrategie gesehen. Warum dem Arzt von der Pharmaindustrie dieser hohe Stellenwert eingeräumt wird, gründet also nicht nur auf seiner Funktion als Verschreiber, sondern auch als Meinungsführer, der Teil einer Marketingstrategie ist (vgl. Kap. 4.4.2.3). Im Zusammenhang mit der Schlüsselrolle des Arztes als Opinion Leader wurde bereits in Kapitel 3 der relevante kommunikationswissenschaftliche Hintergrund und das Gesellschaftsbild des Arztes diskutiert.

Patienten

In Anbetracht der derzeitigen Entwicklungen auf dem Gesundheitssektor und eines damit verbundenen Paradigmenwechsels, ist der Patient nicht nur mehr bloßer Patient, sondern es werden ihm zunehmend Attribute wie „informiert“ oder „mündig“ zugesprochen. Dieser Wandel vom „fremdgesteuerten Patienten zum aktiven Verbraucher“³⁴⁰ resultiert aus einer Reihe von aktuellen äußeren Einflüssen. Zum einen bestimmt der Faktor der Autonomie die Grundeinstellung des Patienten, wenn es um Gesundheitsfragen geht. Hat man früher die Meinung des Arztes schlichtweg akzeptiert, so ist man heute immer mehr daran interessiert selbst in den Prozess einzugreifen. Zum anderen spielen im Bereich der Patienteninformation die Medien und deren Qualität eine besonders große Rolle. Im Gegensatz zur noch anhaltenden Skepsis der Ärzteschaft gegenüber dem Internet, konnte sich das neue Medium bereits in der Bevölkerung und somit bei den potentiellen Patienten als Auskunft- und Informationsplattform erfolgreich etablieren. Bereits 78 Prozent aller Österreicher haben einen Zugang zum Internet und der Anteil an potentiellen Internet-Usern steigt weiterhin an.³⁴¹ Die zunehmende Bedeutung des Internets wurde auch von der pharmazeutischen Industrie erkannt und daher „für das innovative Marketing und die Positionierung neuer Medikamente zum zentralen Element aktiver Kundenbindung“.³⁴² Die rasante Entwicklung von Gesundheitsportalen und interaktiven Informations- und Austauschmöglichkeiten prägen die Internetlandschaft. Die Zielgruppe ist vorwiegend an Informationen zu Produkten und wissenschaftlichen Erkenntnissen zu Befunden und Therapie interessiert, was die pharmazeutische Industrie durch zahlreiche Kontakt- und Informationsmöglichkeiten ermöglicht.³⁴³ Aber nicht nur im Internet, sondern auch in den klassischen Medien nimmt die Gesundheitsinformation einen breiten Raum ein, was sich durch das steigende Potential von interessierten Gesundheitslaien ergibt. Das wachsende Angebot von Special-Interest-Titeln und der Raum, den medizinische Themen in der Berichterstattung

³³⁹ Kesselhut, Jan-Frederic: Besonderheiten des Marketings in der Pharmaindustrie, in: Trilling, Thomas (Hrsg.): Pharmamarketing. Ein Leitfadens für die tägliche Praxis. Berlin [u.a.]: Springer, 2003, S. 57.

³⁴⁰ Vgl. Fischer/Breitenbach, 2007, S. 156.

³⁴¹ Vgl. URL: http://mediaresearch.orf.at/index2.htm?internet/internet_aim.htm [Stand: 13.10.2008].

³⁴² Vgl. Harms/Brucksch, 2003, S. 238.

³⁴³ Vgl. Fischer/Breitenbach, 2007, S. 220.

einnehmen, können ebenfalls als ein Indiz für das gesteigerte Interesse der Bevölkerung gesehen werden. Die Medien können daher neben dem Arzt als gleichwertiger Vermittler von Informationen gesehen werden. *„Denn sie sind es, die die Bevölkerung über bewährte und/oder neue Therapien informieren, Ratschläge geben und Experten sprechen lassen.“*³⁴⁴

In der Tat verhält es sich so, dass Informationen über gesundheitliche Themen vorwiegend zuerst über die Medien die Zielgruppe erreichen und nicht über den Arzt. Da dieser Umstand auch den bestehenden Arzt-Patienten-Dialog beeinflusst, entwickelt sich das entstehende Kommunikationsdefizit für die Pharmabranche zu einem Kommunikationsbenefit. Dies äußert sich, indem patientenbezogene Programme zur Verfügung gestellt werden und die Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfegruppen im Sinne der „Patientenorientierung“³⁴⁵ gefördert wird.

Die Orientierung am Patienten als Kunden stellt für die Pharmaindustrie eine große Herausforderung dar. Durch das geänderte Konsumverhalten und das aktive Interesse am Gesundheitsmarkt ergeben sich für die Pharmabranche bestimmte Kundentypen und – charakteristika:

- Gelegenheitskunden: Diese Kundengruppe wird aufgrund der veränderten Einstellung zum eigenen Gesundheitszustand erheblich abnehmen. Die Erreichung des hohen Wohlstandes in den Industrienationen trägt wesentlich zu dieser Entwicklung bei.
- Vorausschauende Kunden: Eine steigende Anzahl von Menschen kümmert sich um eine bessere Lebensqualität und um eine Erhöhung des Lebenswertes. Aber auch im Akutfall einer Erkrankung müssen die Qualität und das Service rund um das Medikament überzeugen. Für Pharmafirmen ergibt sich dadurch die Möglichkeit eines neuen Geschäftsfeldes. So können sie im Verbund mit anderen Dienstleistern wie beispielsweise mit Krankenhäusern, dem Patienten eine Komplettlösung anbieten.
- Chronisch Kranke: Für die Pharmaunternehmen ergeben sich im Vergleich zur Gruppe der vorausschauenden Kunden einige grundlegende Differenzen. Grundsätzlich begibt sich diese Gruppe nicht auf freiwilliger Basis in den Vertrag mit dem Pharmahersteller, sondern aufgrund eines bestehenden Gesundheitsproblems. Zudem zeigen sich chronisch Kranke kritischer und wechselfreudiger, wenn ein anderer Anbieter ein deutlich besseres Produkt anbietet. Somit wird dieser Kunde insgesamt als service-orientierter erlebt.
- „Life-Style-Drug“-Anwender: Aufgrund des erheblich größeren Anteils von OTC-Produkten am Markt wird dieser Gruppe erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt. Die Herausforderung für Pharmahersteller besteht darin, dass sich diese Kundengruppe als sehr fordernd und schwierig erweist. Mit der Nutzung von Life-Style-Drugs wie beispielsweise Haarwuchs- und Schlankheitsmitteln, Muskel- und Vitaminpräparaten, präsentiert sich dem Pharmaunternehmen ein Patient mit völlig neuen Ansprüchen und

³⁴⁴ Vgl. Hardt, Barbara/Müller, Michael/Schüler, Peter: Patient oder Konsument?- Chancen und Möglichkeiten von DTC im deutschen Markt, in: Burkard, Ingrid: Praxis des Pharmamarketing. Weinheim: Wiley-VCH, 2002, S. 75f.

³⁴⁵ Vgl. Harms, Fred/Kreyher, Volker J., 2003, S. 208f.

Motiven. Dies impliziert auch eine notwendige Anpassung der Pharmaunternehmen in Richtung von Markenartikel-Herstellern.³⁴⁶

Insbesondere durch das verstärkte Aufkommen von Lifestyle-Medikamenten und der Ausrichtung auf den OTC-Markt haben sich die Bedürfnisse des Patienten geändert. Dieser hat sich zunehmend emanzipiert und ist zu einem „informierten Patienten“ geworden. Zusätzlich zur Diagnose des Arztes wird oft in Eigenrecherche eine Meinung über die Medien eingeholt. Daher fordern Patienten zunehmend das Verschreiben von bestimmten Medikamenten, über die sie sich vorab selbst informiert haben. Die Verhältnisse haben sich umgekehrt und lassen den Arzt als Werbeträger für die pharmazeutische Industrie neben dem aktiven Patienten verblassen.

Diese verstärkte Zuwendung zum Patienten als potentiellen Kunden wird durch den Begriff **Direct-To Consumer (DTC)** definiert. DTC ist vor allem im Bereich der Werbung heftig umstritten. Dabei gilt es in erster Linie zu unterscheiden, ob es sich um rezeptpflichtige oder rezeptfreie Arzneimittel handelt. Während in Europa die Laienwerbung für verschreibungspflichtige Medikamente untersagt ist, ist DTCA (Direct-to-Consumer-Advertising) in Amerika erlaubt und stellt einen der wichtigsten Faktoren in Bezug auf deren Verkauf dar. Bereits im Jahr 2001 wurden 2,6 Milliarden US-Dollar in den Bereich DTC investiert.³⁴⁷ Diese Entwicklung wird auch mit Skepsis betrachtet, da derartige Werbung den Verkauf von rezeptpflichtigen Arzneimitteln fördert und möglicherweise zu einer gesteigerten Anwendung führen könnte. Zudem wurde das fehlende bzw. zu schwache Eingreifen der Food and Drug Administration (FDA) bezüglich dieser Werbemaßnahmen kritisiert (vgl. hierzu auch Kap. 4.3.1.4).³⁴⁸

In Europa ist gegenwärtig jegliche Form der Werbung für rezeptpflichtige Arzneimittel untersagt, bei der ein Name eines Medikamentes genannt wird. Werbeaktivitäten, die Informationen über bestimmte Krankheiten beinhalten, werden hingegen grundsätzlich nicht verboten. Pharmazeutische Unternehmen können daher gezielt das Bewusstsein der Zielgruppe für bestimmte Symptome schulen und somit die Indikationen bewerben, die den potentiellen Kunden zum Produkt führen sollen.³⁴⁹ Der Trend führt zu einer steigenden Implementierung von Awareness-Kampagnen, die letztendlich nur Information über eine bestimmte Erkrankungsform transportieren bzw. das Aufmerksam-Machen auf Symptome erzielen. Durch die Verbindung der Information mit dem Namen des jeweiligen Herstellers orientiert sich der Kunde unbewusst an einem bestimmten Produkt. Trotz dieser Werbewirkung plädieren die europäischen Pharmahersteller für die Aufhebung bzw. die Lockerung des Verbotes im Bereich der Laienwerbung (vgl. dazu Kap. 4.3.1.3).

Die eindeutigen Gewinner dieses möglichen Szenarios wären einzig und allein die Hersteller, die durch die gezielten Werbemaßnahmen die Umsätze positiv beeinflussen könnten. Krankenversicherungen und demnach auch alle Patienten, die Arzneimittel selbst kaufen und bezahlen müssen, würden durch die zusätzliche Penetration am Arzneimittelmarkt nicht nur die

³⁴⁶ Vgl. Ewers/Küppers/Weinmann, 2002, S. 38f.

³⁴⁷ Vgl. Fischer/Breitenbach, 2007, S. 228.

³⁴⁸ Vgl. Donohue, Julie M./Cevasco, Marisa/Rosenthal, Meredith B.: A Decade of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs, in: New England Medical Journal, Vol. 357/2007, No. 7, S. 673-81.

³⁴⁹ Vgl. Harms, Fred/Drüner, Marc: Direct-to-Consumer (DTC), in: Harms, Fred/Drüner, Marc: Pharmamarketing. Innovationsmanagement im 21. Jahrhundert. Stuttgart: Lucius & Lucius, 2003, S. 230.

Gesundheits-, sondern auch die Werbe- und Medienindustrie mitfinanzieren. Die Industrieseite proklamiert jedoch, dass die Informationsvermittlung an Patienten positiv zu sehen ist und wird dabei sogar von der Europäischen Kommission, diversen Selbsthilfegruppen und von Medienherausgebern unterstützt.³⁵⁰

Empirische Nachweise im Hinblick auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes durch die verstärkte Informationsvermittlung der Pharmaindustrie konnten im Rahmen der Recherchen zur vorliegenden Arbeit jedoch nicht ermittelt werden.

4.4.2.2 Markenmanagement

Die veränderte Haltung der Kunden gegenüber den Produkten und die zunehmende Bedeutung von OTC-Produkten stellt die Pharmabranche vor die Überlegungen eines gezielten Markenmanagements. Jedoch zögert die große Mehrheit der Branche, die Erkenntnisse aus dem Konsumgüterbereich auf die Pharmaindustrie zu übertragen. Dies wird vor allem auf die Unterschiedlichkeit der Märkte zurückgeführt. Auf dem Arzneimittelmarkt kann nicht mit der gleichen Strategie operiert werden wie sie in der klassischen Werbung angewandt wird. Die Vermittlung eines psychologischen Zusatznutzens, indem die Marke mit sympathischen und emotionalen Werten aufgeladen wird, kann im Bereich der Pharmaindustrie nicht funktionieren. Der Patient oder Kunde ist in erster Linie bestrebt, sein gesundheitliches Problem zu lösen und daher nicht auf der Suche nach Sympathie, sondern nach Kompetenz.³⁵¹ Erfolgreiches Markenmanagement kann nur durch das Schaffen einer hochgradig vernetzten Leistungsstruktur erreicht werden, die

„(...) die spezifische unternehmensinterne und managebare Ursache für den Erfolg und das öffentliche Ansehen einer Marke darstellt. Markentechnik geht davon aus, dass die kollektiven Vorstellungen von einer Marke, ihr Image, oder wie immer man es nennen will, die Folge von konkreten Erfahrungen mit einer Marke sind (...) Markenmanagement ist insoweit das Managen von Fakten, die auf das jeweilige Publikum eine gezielte seelische Wirkung ausüben sollen.“³⁵²

Michael Müller hingegen simplifiziert den Begriff der „Marke“, indem er diese schlichtweg als „ein Phänomen in den Köpfen der Menschen, die sie verwenden oder kennen“³⁵³, bezeichnet. Dadurch besitzen Pharmamarken die gleiche Funktionalität wie herkömmlichen Marken. In diesem Kontext nennt Müller einige Modelle, die es ermöglichen Marken zu beschreiben.

- Kernmodell: Bei diesem Modell wird versucht einen Markenkern zu definieren, der es ermöglicht die Marke in all ihren Eigenschaften und Aspekten prägnant durch ein Wort oder einen Satz darzustellen. Im Falle einer Neupositionierung der Marke erweist sich dieses Modell jedoch als problematisch, da ein bereits etablierter Markenkern aufgrund

³⁵⁰ Vgl. Schriftverkehr mit Ilaria Passarani, Health policy officer, The European Consumers' Organisation (BEUC), Avenue de Tervueren, 36, 1040 Brüssel, 8.10.2007.

³⁵¹ Fischer/Breitenbach, 2007, S. 156f.

³⁵² Brandmeyer, Klaus: Die selbstähnliche Marke, in: Brandmeyer, Klaus (Hrsg.): Pharma trifft Marke. Markentechnik für den Gesundheitsmarkt. München: Urban & Vogel, 2003, S. 16.

³⁵³ Vgl. Müller, 2002, S. 64f.

seiner zentralen Aussagewerte nur schwer modifizierbar ist. Daher wird das Modell in der Praxis oft durch Elemente aus anderen Modellen ergänzt.

- Netzmodell: Das Netzmodell vereint viele verschiedene Assoziationen und Eigenschaften einer Marke in semantischen Netzwerken und Imageprofilen. Dies wird vor allem durch gestalterische Elemente erreicht, die auf den gleichen thematischen Hintergrund abzielen wie beispielsweise „Abenteuer“, „Freundschaft“ oder „Freiheit“. Die Produkte bieten somit Identifikationsgrundlagen für verschiedene Bedürfnisse der Zielgruppe.
- Match-Modell: Das Matchmodell bedarf intensiver Marktforschung, die die Definition eines idealisierten Selbstbildes der Zielgruppe ermöglichen soll. Alle Markenbotschaften werden in Folge auf dieses erstrebenswerte Selbstbild ausgerichtet, um die Markenwahl durch ein Erlangen des Wunsch-Selbstbildes entsprechend zu determinieren.
- Frame-Modell: Das Framemodell ist im metaphorischen Sinn als eine „Markenbrille“ zu bezeichnen. Identische Eigenschaften eines Produktes können daher je nach Marke unterschiedlich wahrgenommen werden.³⁵⁴

Eine erfolgreiche Entwicklung eines Markenkonzeptes lässt sich beispielsweise am Medikament „Viagra“ darstellen. Schon allein die Wahl des Namens verhalf zu seinem durchschlagenden Erfolg. Dieser steht als Synonym für eine kräftigende und belebende Wirkung, was auf das lateinische Wort „Vigor“ zurückgeführt werden kann, das für „Kraft“ steht. Dies beweist auch die Tatsache, dass selbst in Fachkreisen nur selten die generische Bezeichnung verwendet wird, sondern man meistens von „Viagra“ spricht. Das Markendesign stellt ebenfalls ein wichtiges Element im Zuge der Etablierung des Medikaments dar. Als „blauer Diamant“ wurde die rautenförmige Tablette mit dem prägnanten Firmenschriftzug „Pfizer“ in den Medien bekannt. Die Medien verschafften der Marke eine Gratis-PR, lange bevor sie auf dem deutschen Markt zugelassen wurde. Nach der Freigabe des Medikaments startete die Firma zusätzlich mit einer breiten Informations- und Aufklärungskampagne. Auf dem europäischen Markt hatte man von Beginn an mit den gesetzlichen Restriktionen im Bereich der Werbung zu kämpfen. Dies wurde mit zahlreichen „Awareness“-Kampagnen kompensiert. Hilfreich erwies sich auch der Name des Herstellers „Pfizer“, der selbst zur Marke und damit zur kognitiven Brücke für das Produkt „Viagra“ wurde. Analog dazu kann auch die Assoziation des Arzneimittels „Aspirin“ zur Firma „Bayer“ gesehen werden.³⁵⁵

Das Entstehen einer Marke erweist sich als ein hochkomplexer Prozess, der von vielen Faktoren beeinflusst wird. Am Beispiel des Produktes „Viagra“ wird deutlich, dass die Markenbildung nicht nur durch den jeweiligen Produktlebenszyklus bestimmt wird, sondern auch alle Ebenen des Marketing-Mix betrifft. Vor diesem Hintergrund muss die Auswahl der geeignetsten Werbestrategie stattfinden.

³⁵⁴ Vgl. Müller, 2002, S. 64f.

³⁵⁵ Vgl. Pogoda, Andreas: Auch Wunder muss man verkaufen. Wie Viagra wirbt. In: Brandmeyer, Klaus (Hrsg.): Pharma trifft Marke. Markentechnik für den Gesundheitsmarkt. München: Urban & Vogel, 2003, S. 54ff.

4.4.2.3 Werbestrategien

Um eine optimale Strategie im Bereich der Pharmawerbung zu erarbeiten, ist es zwingend notwendig, die Besonderheiten der Pharmakommunikation zu analysieren. Dabei geht die Branche von drei grundsätzlichen Kommunikationsproblemen aus:³⁵⁶

1. Die Produktdifferenzierung im pharmazeutischen Bereich erweist sich als sehr schwierig. Schwer erinnerbare Namen und kaum voneinander zu unterscheidende Produkte erschweren dem Konsumenten das Erlernen einer Markenbotschaft. Zudem sollen Arzneimittel Problemlöser sein und nicht durch emotionale Erlebniswerte überzeugen. Dies behindert zusätzlich den Aufbau und die Kommunikation einer Marke.
2. Entscheidungen zum Kauf von pharmazeutischen Produkten haben eine erheblich größere Tragweite als für andere Produkte des Konsumgüterbereiches. Der Kunde hat zwei mögliche Risiken abzuwägen. Zum einen kann das Produkt nicht die erwünschte Wirkung bringen und zum anderen können dadurch unerwünschte Nebenwirkungen auftreten.
3. Auch die Entscheidungssituation unterscheidet sich wesentlich von herkömmlichen Kaufentscheidungen. In der Regel hat die Zielgruppe das Produkt nicht vor den Augen wie man es beispielsweise von herkömmlichen Konsumgütern gewohnt ist. Der Kauf kann also auch nicht durch einen sogenannten Kaufimpuls zustande kommen.

Basierend auf diesen Überlegungen identifizieren Dagmar Fischer et al. drei essentielle Strategien, mit denen in der Pharmawerbung maximale Effektivität erreicht werden kann: Konditionierung, artifizielle Segmentierung und Vertrauensbildung.³⁵⁷

Konditionierung

Das Prinzip der Konditionierung basiert auf verhaltenspsychologischen Grundsätzen. Im Bereich der Werbung wird darunter die Assoziation eines auslösenden Reizes mit einer bestimmten Marke verbunden. Wendet man dieses Prinzip im Bereich der Pharmawerbung an, geht es um die Verknüpfungen von bestimmten Symptomen und der dazugehörigen Marke. Sobald also ein bestimmtes Symptom auftritt, entscheidet sich die Zielgruppe für das Produkt, dass ihr zuerst einfällt.

Diese Assoziation zu einem bestimmten Produkt kann durch akustische oder visuelle Mittel transportiert werden. Bei der akustischen Variante bieten oftmals sprachrhythmische Beziehungen wie beispielsweise gereimte Verse, die gewünschte Gedächtnisstütze. Im visuellen Bereich werden vorwiegend Schlüsselbilder eingesetzt, die die Indikation in anschaulicher und kreativer Weise umsetzen und gleichzeitig mit dem Markennamen verbinden. Beide Varianten sorgen dafür, dass das Symptom untrennbar mit dem entsprechendem Produktnamen assoziiert wird.

³⁵⁶ Fischer/Breitenbach, 2007, S. 157ff.

³⁵⁷ Vgl. ebenda.

Wie in jeder anderen Konsumgüterindustrie stehen auch Pharmaunternehmen vor der Aufgabe, ihre Produkte an den Endverbraucher zu bringen. Werbung ist dabei der Schlüssel zur Kommunikation mit den Patienten. Jedoch ist die Bewerbung vom Patentstatus des Produkts abhängig: Arzneimittel, die noch durch ein laufendes Patent geschützt sind, haben Monopolstatus, d.h. der Patient kann auf kein anderes Präparat zurückgreifen. Somit ist ein geringer Einsatz von Werbemittel nötig. Arzneimittel, die keinem Patentschutz mehr unterliegen oder konkurrierenden Präparaten gegenüber stehen, benötigen umfassende Marketingmaßnahmen, um im Wettbewerb bestehen zu können.³⁵⁸ An dieser Stelle kommt der Strategie der Konditionierung eine besondere Bedeutung zu, denn diese funktioniert nur unter der Voraussetzung, dass es noch keine anderen starken Markenartikel und Standardlösungen auf dem Markt gibt. Dies impliziert eine besonders große Chance für den bevorstehenden „OTC-Switch“, bei dem die ethischen Produkte in OTC-Produkte umgewandelt werden sollen (vgl. Kap. 4.1).

Artifizielle Segmentierung

Falls sich für ein Symptom ein bestimmtes Produkt bereits am Markt etabliert hat, ist eine Konditionierung aufgrund eines zu hohen Wettbewerbsvorsprunges nicht mehr möglich. In diesem Fall muss eine andere Strategie gewählt werden. Dabei wird versucht, aus spezifischen Eigenschaften des Produktes eine Spezialisierung abzuleiten. Der Zielgruppe wird somit für spezielle Situationen eine zusätzliche Lösungsmöglichkeit geboten. Die Werbemaßnahmen werden nicht auf das gesamte Produkt, sondern nur auf bestimmte Eigenschaften abgestimmt. Damit wird eine gezielte Nische beworben, in der das Produkt als unschlagbar dargestellt wird.

Vertrauensbildung

Der Wortlaut dieser Strategie impliziert bereits die enge Verbindung zum Bereich Public Relations, in dem vertrauensbildende Maßnahmen im Bereich der Öffentlichkeit eine große Rolle spielen. Welche Probleme das Verschwimmen von Public Relations und Werbung für die pharmazeutische Industrie mit sich bringt, wurde bereits anhand des Beispiels der Printmedien dargestellt (vgl. Kap. 2.5.3) Weitere Überlegungen zum Bereich dieser Konfliktsituation finden sich auch in Kapitel 4.4.3.

Die Strategie der Vertrauensbildung kommt immer dann zur Anwendung, wenn der Markt von vielen gleichartigen Produkten überschwemmt wird, die sich höchstens durch den Preis differenzieren lassen. Aufgrund des steigenden Konkurrenzdrucks ist dies auch die am meisten verbreitetste Strategie. Anstatt Merkmale und Eigenschaften zu bewerben, ist es die zentrale Aufgabe der Werbung, Vertrauen aufzubauen. Vertrauen ist grundsätzlich ein Urinstinkt des Menschen und basiert auf Erfahrungen mit dem Produkt und auf Empfehlungen von Menschen oder Medien, denen wir vertrauen. Es besteht aber auch die Möglichkeit, Vertrauen gezielt aufzubauen. In diesem Zusammenhang nimmt die **Forschung** eine Schlüsselrolle ein. Die

³⁵⁸ Vgl. Loibl, 2006, S. 92.

Werbung für bestimmte Produkte ist oft durch sehr eindringliche Hinweise auf den erheblichen Forschungsaufwand oder die innovativen Forschungsmethoden bestimmt. Die Betonung liegt auf der Kooperation mit namhaften Instituten und Wissenschaftlern, die an der Entwicklung des Präparates beteiligt sind oder die es für gut befinden. Durch diese Informationen wird bei der Zielgruppe eine gewisse Sicherheit erzeugt, die sie davon ausgehen lässt, dass das Produkt aufgrund diverser Qualitätsmerkmale anderen überlegen ist. Der Einsatz von Experten aus den Gebieten der Wissenschaft und Forschung kann auch als **Opinion-Leader Marketing** bezeichnet werden. Bezugnehmend auf die klassische Werbelehre bezeichnen Philip Kotler et al. dieses Phänomen als Technik des wissenschaftlichen Nachweises: *„Bei diesem Werbestil will man durch Hinweise auf eine wissenschaftliche Untersuchung den Nachweis führen, dass die Marke gegenüber Konkurrenzmarken Vorzüge aufweist oder überlegene Leistungen bietet. Ein Beispiel hierfür ist bei der Zahnpasta Blend-a-med der einleitende Satz ‚Neues aus der Blend-a-med-Forschung‘ und der anschließend auftretende Zahnarzt, der wissenschaftliche Resultate referiert.“*³⁵⁹ (vgl. Kap. 3.2) Im Unterschied dazu steht die Testimonial-Werbung, bei der das Produkt von einer glaubwürdigen, sympathischen oder kompetenten Person positiv präsentiert wird. Dabei werden entweder prominente Personen oder unbekannte Personen im Sinne der eigenen Identifikation eingesetzt.³⁶⁰ Ulrich F. Schneider beschäftigt sich ebenfalls mit dem breitgefächerten Begriff der „Medienprominenz“. Die Experten oder Unternehmer, die in der Werbung eingesetzt werden, üben auch im realen Leben den dargestellten Beruf aus und erhalten erst durch ihren Werbeauftritt ihre Prominenz.³⁶¹ Dr. Best ist beispielsweise auch im realen Leben Professor für Zahnmedizin. Aber was - außer den monetären Anreizen - veranlasst nun jemanden dazu, sich in der Öffentlichkeit zu einem bestimmten Produkt bzw. einer Dienstleistung zu äußern? Neben dem sogenannten „Werbehonorar“ würde der Prominente quantitativ in Form der Medienpräsenz und qualitativ in der Möglichkeit einer Imagedarstellung profitieren, analysiert Schneider.³⁶² Hier knüpft auch die Theorie der Nachrichtenwerte an, indem Schneider weiter ausführt:

*„Die beiden letztgenannten nichtmonetären Einnahmeformen erreichen aufgrund des Nachrichtenfaktors eine Multiplikation der werbenden Medienpräsenz – durch erneute Medienpräsenz in Form eines redaktionellen Multiplikationseffektes: Die Presse berichtet über den Werbeauftritt und transportiert diesen auf erneute Weise in die Medien.“*³⁶³

Dies verdeutlicht, dass die Strategie des Opinion-Leader-Marketings durchaus eine unkomplizierte und gern angewandte Kooperation von Unternehmen und Experten darstellt, da beide Seiten gleichsam davon profitieren. Sowohl das Unternehmen als auch der Arzt können zu ihrer Imageförderung beitragen. Dies wird auch anhand der Einschätzung von Unternehmen deutlich, die dem Arzt als Opinion Leader im Informationsbezugsnetzwerk einen Einfluss von

³⁵⁹ Kotler/Bliemel, 2001¹⁰, S. 945.

³⁶⁰ Vgl. ebenda.

³⁶¹ Vgl. Schneider, Ulrich F.: Der Januskopf der Prominenz. Zum ambivalenten Verhältnis von Privatheit und Öffentlichkeit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2004.

³⁶² Vgl. ebenda, S. 314.

³⁶³ ebenda, S. 314.

circa 45 Prozent nachsagen, während sich dieser aus der Sicht der Ärzte lediglich auf 20 Prozent beläuft.³⁶⁴

4.4.2.4 Umgehung des Werbeverbots

Das Werbeverbot in Laienmedien für rezeptpflichtige Medikamente stellt nach wie vor eine unwillkommene Einschränkung für die pharmazeutische Industrie im europäischen Raum dar. Daher suchen Unternehmen zunehmend nach Alternativen um ihre Produkte trotzdem bewerben zu können, ohne mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten. In diesem Kontext nennt Bettina Loibl zwei grundsätzliche Strategien. Zum einen wird im Sinne der Unternehmens-PR anstelle des Arzneimittels nur das Unternehmen beworben. Die andere Möglichkeit besteht darin, nur Information über die Indikation bzw. das Krankheitsbild zu verbreiten, für die das Medikament vorgesehen ist. Die Vermittlung dieser Informationen kann entweder durch emotionale Werte wie beispielsweise durch einen Lifestyle-Bezug oder durch rein sachliche und wissenschaftliche begründete Inhalte stattfinden.³⁶⁵

Ein beliebtes Element zur Umgehung des Werbeverbots sind sogenannte „**disease-education ads**“. Diese wurden unter anderem in den USA von der FDA genehmigt und sollen zur Schulung von Symptomen dienen. Im Mittelpunkt des Interesses steht nicht das Arzneimittel, das namentlich auch nicht genannt wird, sondern die Erkrankung. Durch diese Form der Werbung soll das Bewusstsein für bestimmte Symptome im Hinblick auf eine mögliche Erkrankung geweckt werden. Für pharmazeutische Unternehmen, die bezüglich einer bestimmten Indikation eine führende Position innehaben, erweist sich diese Form besonders vielversprechend.³⁶⁶ Auch wenn von der Industrie immer wieder beteuert wird, dass ohne Nennung des Produktnamens nur unabhängige Information verbreitet wird, beweisen sogenannte „**disease awareness campaigns**“, die in breitem Rahmen angelegt werden, das Gegenteil. Durch diese Art der Werbung können ebenfalls erhebliche Marktausweitungen erzielt werden.³⁶⁷

Die Evidenz für gelungene Beispiele von „disease awareness campaigns“, die die gewünschte Wirkung im Bereich der Zielgruppe und somit auch eine Umsatzsteigerung der Produkte mit sich bringen, kann keinesfalls bestritten werden. Auch in diesem Kontext kann die Awareness-Kampagne der Firma Pfizer für das Produkt Viagra als beispielhaft genannt werden. Die paneuropäische Publikumskampagne in den Printmedien zeigte Bilder von Paaren im mittleren Alter, wobei die Headline nach Erektionsproblemen fragte. Zusätzlich wurden weltweit Fernsehspots mit Testimonials wie dem Fußballspieler Pelé ausgestrahlt. Im Internet wurde durch die Website „der-gesunde-mann.de“ zu erektiler Dysfunktion und weiteren Themen

³⁶⁴ Vgl. Van Lier, 2005, S. 148ff.

³⁶⁵ Vgl. Loibl, 2006, S. 123f.

³⁶⁶ Vgl. Harms/Drüner, 2003, S. 221.

³⁶⁷ Vgl. Dyer, Owen: Disease awareness campaigns turn healthy people into patients, in: British Medical Journal, Vol. 332/7546, 2006, S. 871.

informiert und im „Gesunden-Mann“-Truck bat die Firma Pfizer sogar kostenlose Gesundheits-Checks an.³⁶⁸

Auch in Österreich wird versucht durch derartige Kampagnen das Laienwerbeverbot zu umgehen. Als bezeichnend kann in diesem Zusammenhang die Zeckenimpfungskampagne der Firma Baxter genannt werden. Der Erfolg dieser Kampagne zeichnet sich durch eine fast 90-prozentige Durchimpfungsrate der österreichischen Bevölkerung aus.³⁶⁹ Das Kooperationsnetz der beteiligten Akteure erweist sich für den Konsumenten ähnlich undurchsichtig wie im oben genannten Beispiel. Die Arbeitsgemeinschaft des pharmazeutischen Großhandels (ARGE Pharmazeutika) tritt als Sponsor und Aussender der Werbespots auf und verweist jedoch bei etwaigen Anfragen auf eine PR-Agentur. Dort wiederum verweist man auf die Ärztekammer und schließlich wird man an den Pharmahersteller Baxter weitergeleitet, der als Marktführer im Bereich des FSME-Impfstoffes gilt. Von der Pharmafirma wird abermals auf die gleiche PR-Agentur verwiesen, die letztendlich neben Selbsthilfegruppen, Ärztekammer und Apothekerkammer die Firma Baxter als Auftraggeber der Kampagne bekannt gibt. Der tatsächliche Absender der Kampagne lässt sich jedoch auch aufgrund der von der Pharmafirma lancierten Website „zecken.at“ und der Finanzierung von Informationsmaterial zur Unterstützung der Selbsthilfegruppen für Zeckenopfer identifizieren.³⁷⁰ Mit diesen Tatbeständen, die der Journalist Michel Reimon in seinem Bericht zusammenfasste, wurde im Zuge der vorliegenden Arbeit die PR-Verantwortliche der Firma Baxter konfrontiert und um Stellungnahme gebeten. Man bat um Verständnis, dass Baxter den Artikel nicht kommentieren wolle: „Dabei handelt es sich um die Meinungsäußerung eines Autors - und dabei soll es bleiben.“³⁷¹

Der anhaltende Erfolg der Kampagne ist laut den Aussagen des Vereins für Konsumentinformation aber auf andere Faktoren zurückzuführen.³⁷² Diesbezüglich kann ein direkter Zusammenhang zum Arzneimittelgesetz hergestellt werden. Gemäß §51 Abs2 AMG gilt das Laienwerbeverbot nicht für von Gebietskörperschaften durchgeführte oder unterstützte Impfkampagnen³⁷³, wobei der Begriff „Gebietskörperschaft“ Bund, Länder und Gemeinden umfasst.³⁷⁴ Findet eine Pharmafirma nur eine einzige Gemeinde, die sich bereit erklärt, eine Kampagne zu unterstützen, fällt das gesamte Laienwerbeverbot für den Impfstoff. Vom Konsumentenschutz wird diese Tatsache als eine klassische Umgehung des Werbeverbots bezeichnet, denn aufgrund der aktuellen Gesetzeslage können Kampagnen dieser Art nicht eingeklagt werden.³⁷⁵ Im Regelfall geht der Gesetzesgeber davon aus, dass der Patient bzw. der Konsument nicht in der Lage ist zu unterscheiden, ob es sich um Werbung handelt oder nicht. Bezüglich dieses Produktes würde dem Konsumenten diese Fähigkeit aber unterstellt

³⁶⁸ Vgl. Pogoda, 2003, S. 63ff.

³⁶⁹ Vgl. URL: http://www.zecken.at/Zecken.aspx_param_target_is_49687.v.aspx [Stand: 18.10.2008].

³⁷⁰ Zur Veranschaulichung vgl. Reimon, Michel: Wie gefährlich sind Zecken wirklich? In: Der Standard vom 12.04.2007, Online im WWW unter URL: <http://derstandard.at/druck/?id=2839822> [Stand: 13.10.2008].

³⁷¹ Vgl. Schriftverkehr mit Jutta Brenn-Vogt, Manager Communications, Baxter Deutschland GmbH, Edisonstraße 4, 85716 Unterschleißheim, 28.10.2008.

³⁷² Interview mit Dr. Bärbel Klepp, Projektleiterin Gesundheit/Medizin, Verein für Konsumentinformation, Linke Wienzeile 18, 1060 Wien, 26. September 2007.

³⁷³ §51 Abs2 AMG.

³⁷⁴ Vgl. URL: <http://www.help.gv.at/Content.Node/99/Seite.991120.html> [Stand: 18.10.2008].

³⁷⁵ Interview mit Dr. Bärbel Klepp, Projektleiterin Gesundheit/Medizin, Verein für Konsumentinformation, Linke Wienzeile 18, 1060 Wien, 26. September 2007.

werden. Die weitere Problematik die sich daraus ergibt, ist, dass diese Umgehung des Laienwerbverbots alle Impfstoffe betrifft und daher ein Lobbying für weitere Produkte ohne Einschränkung betrieben werden kann.³⁷⁶

Diese Intransparenz bzw. Verschleierung der Absenderinformationen kann grundsätzlich innerhalb aller Kommunikationskanäle beobachtet werden. Generell äußert sich diese Tatsache, indem eine vom Pharmaunternehmen beauftragte Kommunikationsagentur mit dem Verfassen eines produkt- oder konzernfreundlichen Textes beauftragt wird.³⁷⁷ Nachdem ein solcher Ghostwriter einen entsprechenden Fachartikel geschrieben hat, wird zusätzlich ein namhafter Experte des jeweiligen Fachgebietes hinzugezogen, der sich mit seinem Namen dafür ausspricht bzw. diesen Text seiner Publikationsliste hinzufügt. Für den Rezipienten ist es nahezu unmöglich, diese Art der Verschleierung zu erkennen und das dahinterstehende Pharmaunternehmen als Absender der Information zu verifizieren. Zudem erscheint speziell in Fachzeitschriften die Problematik der Trennung von Redaktion und Werbung immer größere Ausmaße anzunehmen. Im Zuge der Inhaltsanalyse der vorliegenden Arbeit konnte festgestellt werden, dass zwar die verpflichtende Kennzeichnung gemäß Mediengesetz §26 zum Großteil vorgenommen wurde, jedoch wurde diese oftmals in einer derart geschickten Weise platziert, dass die relevanten Berichte auf den ersten Blick nicht als Werbung zu identifizieren waren. Die Adaptierung der gestalttechnischen Elemente des redaktionellen Teils trug das Übrige dazu bei. Auch das Internet bietet eine perfekte Werbepattform für die Pharmaindustrie. Bettina Loibl stellt sich in diesem Kontext unter anderem die Frage, ob womöglich das gesamte Informationsangebot der Pharmabranche im Internet als eine Umgehung des Werbeverbots gesehen werden kann.³⁷⁸ Die neuen Werbeformen die das Internet anbietet, eignen sich hervorragend, um mit dem Kunden in Interaktion zu treten, ohne dass es sich dabei um Laienwerbung handelt. Wie auch in den oben genannten Fallbeispielen dargestellt wurde, werden dabei Internetportale zu bestimmten Themenschwerpunkten eröffnet, die aktuelle und aussagekräftige Informationen liefern, sodass ein kontinuierliches Aufsuchen der Website gewährleistet werden kann. Zusätzliche kostenlose Dienste runden das Angebot ab und bewirken eine verstärkte Kundenbindung. In Chats oder Foren können Informationen und Erfahrungen ausgetauscht werden und weitere Services wie beispielsweise Erinnerungsdienste zur Einnahme einer Tablette oder die Möglichkeit zum Versenden einer E-Card bieten zahlreiche Möglichkeiten, um auf ein Unternehmen aufmerksam zu machen.³⁷⁹

Ein weiterer Trend, der sich im Bereich der neuen Medien abzeichnet, ist der Zusammenschluss mit verschiedenen Institutionen oder Unternehmen, mit denen infolge eine gemeinsame Initiative oder Kampagne gegründet wird. Diesbezüglich kann ein Beispiel einer Umgehung des Laienwerbverbots in Zusammenhang mit einem Medienunternehmen genannt werden. In Zusammenarbeit mit der Zeitschrift „News“ wurde die Anti-Rauch-Pille „Champix“ der Firma

³⁷⁶ Interview mit Dr. Bärbel Klepp, Projektleiterin Gesundheit/Medizin, Verein für Konsumenteninformation, Linke Wienzeile 18, 1060 Wien, 26. September 2007.

³⁷⁷ Vgl. Trilling, Thomas: Tools für erfolgreiches Pharmamarketing: Anleitungen zur praktischen Durchführung, Checklisten für die tägliche Praxis, in: Trilling, Thomas (Hrsg.): Pharmamarketing. Ein Leitfaden für die tägliche Praxis. Berlin [u.a.]: Springer, 2003, S. 124ff.

³⁷⁸ Vgl. Loibl, 2006, S. 124.

³⁷⁹ Vgl. ebenda, S. 37.

„Pfizer“ getestet. Dabei wurden die Ergebnisse des Tests auf dem „Redaktionsblog“³⁸⁰ der Zeitschrift veröffentlicht. Die Aktion bildete eine Initiative des Vereins „nosmoking.at“, der einen Zusammenschluss von mehreren Unternehmen bildet und von den Firmen „News“ und „Pfizer“ gesponsert wurde. In diesem Kontext kann auch der Hinweis auf eventuelle Geschäftsbeziehungen zwischen Pharma- und Tabakindustrie genannt werden. Dabei konnte unter anderem nachgewiesen werden, dass sich Pharmafirmen, die Nikotinersatzpräparate verkaufen, wiederholt mit Zigarettenproduzenten arrangierten.³⁸¹

4.4.3 Pharmazeutische Industrie und Öffentlichkeit

Für pharmazeutische Unternehmen wird es aufgrund der zunehmenden Bedeutung der einzelnen Beteiligten am Gesundheitsmarkt immer wichtiger, ihre gesundheitspolitische Position gegenüber der Öffentlichkeit aktiv zu vertreten. Dies ist vor allem notwendig, um die Akzeptanz und Unterstützung von wichtigen Multiplikatoren, Interessensvertretern und Entscheidungsträgern zu erhalten. Daher sind gesellschaftsorientierte Strategien und Kommunikationsinstrumente wie Public Relations, Public Affairs und Lobbying von immer größerer Bedeutung.³⁸²

Öffentlichkeitsarbeit lässt sich in der Pharmaindustrie auf vielfältige Weise betreiben. Konkrete Beispiele und Handlungsanleitungen finden sich in den Ausführungen von Wolfgang Hartmann:

- Werksbesichtigungen
- Unterstützung wissenschaftlicher Arbeiten außer Haus
- Finanzielle Beiträge an medizinische Veranstaltungen
- Durchführung von regionalen Meetings mit Ärzten
- Herausgabe von wissenschaftlichen Büchern
- Information von Medizinjournalisten
- Information von Redaktionen der Fach- und Publikumspressen

Grundsätzlich ist bei der Pharma-PR zwischen Unternehmens- und produktbezogener PR zu unterscheiden, wobei in diesem Kontext auch eine klare Trennung zwischen PR und Werbung vorgenommen werden muss (vgl. Kap. 4.4.1).

Während die Werbung auf bestimmte Eigenschaften und Nutzen des Produktes hinweist, stehen bei der **Produkt-PR** die wissenschaftlichen Informationen und das Indikationsgebiet im Mittelpunkt der Kommunikation. Eindeutige Synergien zwischen Werbung und PR ergeben sich aber aufgrund der Tatsache, dass Anzeigenkampagnen oftmals durch Pressearbeit ergänzt

³⁸⁰ URL: <http://rauchfrei.dubistnews.at/> [Stand: 13.10.2008].

³⁸¹ Shamsunder, Bhavna/Bero, Lisa: Financial ties and conflicts of interest between pharmaceutical and tobacco companies. In: The Journal of the American Medical Association (JAMA), Aug 14, 2002, 288 (6), S.738-744.

³⁸² Vgl. Harms, Fred/Kreyher, Volker J.: Gesundheitsmarketing, in: Harms, Fred/Drüner, Marc: Pharmamarketing. Innovationsmanagement im 21. Jahrhundert. Stuttgart: Lucius & Lucius, 2003. S. 200-217. S. 216.

werden. Dabei wird in höchstem Grad systematisch vorgegangen und je nach Zielgruppe eine entsprechende Mediaplanung festgelegt.³⁸³

Insbesondere im Bereich der Produkt-PR ist in den letzten Jahren eine verstärkte Kooperation mit der Fachpresse zu beobachten. Diese besondere Form der PR zielt darauf ab, das Produkt in irgendeiner Weise den Medizinjournalisten näher zu bringen, damit diese in ihren Medien darüber berichten. Dies kann auch ohne die explizite Nennung des Produktnamens zum gewünschten Erfolg führen.³⁸⁴ Als ein „verdecktes Operieren“ bezeichnete Rainer Flöhl in diesem Zusammenhang die Strategie der pharmazeutischen Industrie, ihre Informationen über medizinische Fachredaktionen zu verbreiten.³⁸⁵

Inwieweit die diskutierten Methoden der sogenannten Produkt-PR von Werbe- bzw. Marketingstrategien abzugrenzen sind, ist fraglich. Zudem erweist sich auch bezüglich der Auffassungen von Röglin und Von Grebmer die Frage nach der notwendigen Transparenz in der Öffentlichkeitsarbeit für obsolet.³⁸⁶ Als transparent kann die oben genannte Strategie nun keinesfalls bezeichnet werden, da es selbst einem Arzt als Rezipienten einer Fachzeitschrift oft nicht möglich ist, diese Art der versteckten, aber dennoch beabsichtigten und gezielten Beeinflussung zu erkennen bzw. wahrzunehmen. Diese Form der Produkt-PR erweist sich daher für die Pharmaindustrie in zweierlei Hinsicht als äußerst kontraproduktiv. Zum einen muss davon ausgegangen werden, dass die Strategie oftmals aufgrund des subversiven Charakters auch nicht im Sinne einer Werbung für das jeweilige Arzneimittel beim Rezipienten ankommt. Hier kann nur auf Basis von werbepsychologischen Überlegungen darauf gehofft werden, dass die Übermittlung der Nachricht über das Unterbewusstsein erfolgt. Falls dies aber nicht der Fall ist, besteht für das Pharmaunternehmen immer noch die Problematik, dass der versteckte Versuch der Beeinflussung durchaus bereits von der Öffentlichkeit durchschaut wird. Dies könnte das Unternehmen in einem negativen Bild erscheinen lassen und zu einer zusätzlichen ablehnenden Unternehmens-PR führen. Ärzte als Rezipienten oder als Journalisten von Fachzeitschriften wissen durchaus über den subtilen Werbecharakter von redaktionellen Artikeln Bescheid. Diese Tatsache wurde auch mehrmals durch die Aussagen der Experten im Rahmen der vorliegenden Untersuchung bestätigt (vgl. Kap. 6).

Im Gegensatz zur Produkt-PR, die durch Kommunikationsprozesse verhältnismäßig gut zu steuern ist, verhält sich die Planung im Bereich der **Unternehmens-PR** weitaus schwieriger. Die zentralen Werte sind hier nur schwer zu quantifizieren und kontrollieren. Insbesondere die Herstellung von Vertrauen zur Zielgruppe bildet im Bereich der Pharmabranche ein wichtiges Fundament im öffentlichen Kommunikationsprozess. Dieses kann aber nur durch eine stringente Trennung von Öffentlichkeitsarbeit und Werbung umgesetzt werden. In diesem Zusammenhang postulieren Röglin und Von Grebmer vier Prinzipien der Öffentlichkeitsarbeit:

³⁸³ Vgl. Trilling, 2003, S. 124ff.

³⁸⁴ Vgl. Hartmann, 2002, S. 282.

³⁸⁵ Flöhl, Rainer: Frankfurter Allgemeine Zeitung, in: Fischer, Heinz-Dietrich (Hg.): Medizinjournalismus in Massenmedien. Ausbildung-Aufgaben-Ansätze. Konstanz: Universitätsverlag, 1992, S. 50.

³⁸⁶ Vgl. Röglin, Hans-Christian/Grebmer, Klaus von: Pharma- Industrie und Öffentlichkeit. Ansätze zu einem neuen Kommunikationskonzept. Basel: Buchverlag Basler Zeitung, 1988, S. 40ff.

- Das Prinzip der personalen Kommunikation bzw. der verhaltensorientierten Öffentlichkeit geht von der Annahme aus, dass nicht die Information als solches, sondern nur der Informant Vertrauen vermitteln kann. Das Verhalten der Mitarbeiter im Unternehmen ist somit entscheidend für die Glaubwürdigkeit, die an die Öffentlichkeit vermittelt wird.
- Das Prinzip der interaktiven Kommunikation bzw. der mitwirkungsorientierten Öffentlichkeitsarbeit verdeutlicht die Bedeutung des Einsatzes von interaktiven Medien. Da die Bevölkerung bereits unter einer quantitativen Überinformation leidet und Informationen nur mehr gezielt selektiert, muss die Informationsqualität verbessert werden. Dies kann vor allem durch den gezielten Einsatz von interaktiven Medien erreicht werden.
- Das Prinzip der totalen Kommunikation bzw. der rückhaltlosen Kommunikation zielt auf die psychologische Komponente im Kommunikationsprozess ab, wobei allein der Faktor der Glaubwürdigkeit den geeigneten Rahmen für Information darstellen kann. Diese beschränkt sich nicht nur auf die positiven Eigenschaften, sondern setzt auch die Akzeptanz des Negativen voraus. Die Öffentlichkeitsarbeit darf daher nicht beschönigt werden, sondern sollte die Öffentlichkeit auch mit negativen Aspekten konfrontieren.
- Das Prinzip der Open-End-Kommunikation bzw. der nicht-akzeptanzorientierten Öffentlichkeitsarbeit sieht in der Schaffung von Transparenz die wichtigste Aufgabe. Die Fakten müssen klar und objektiv dargelegt werden, um einen Entscheidungsprozess in der Öffentlichkeit zu ermöglichen. Keinesfalls darf die Entscheidung durch das Unternehmen vorweggenommen werden, denn wer Akzeptanz will, darf diese nicht einfordern, um nicht unglaubwürdig zu wirken.³⁸⁷

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass pharmazeutische Unternehmen immer häufiger unter öffentlichen Beschuss geraten, muss dem Bereich der Pharma-PR insgesamt eine größere Aufmerksamkeit gewidmet werden. So wurden bereits in den 1980er Jahren brisante Details bezüglich der Desinformationspolitik der pharmazeutischen Industrie durch die Pionierarbeiten des Pharma-Kritikers Kurt Langbein aufgedeckt. Obwohl beispielsweise den Pharmafirmen die Nebenwirkungen der jeweiligen Arzneimittel bekannt waren, wurden diese nicht entsprechend an die Ärzte weiterkommuniziert.³⁸⁸ Dieses Beispiel demonstriert ebenso das viel zitierte Problem der unzureichenden Transparenz in der gesamten Unternehmenskommunikation von Pharmafirmen. In diesem Zusammenhang wurden auch die an Ärzte verteilten Informationsbroschüren aufgrund unzureichender Quellenangaben und fehlerhafter Aussagen als mangelhaft eingestuft.³⁸⁹

Da Begriffe wie Manipulation und Intransparenz zunehmend das Bild der pharmazeutischen Industrie in der Öffentlichkeit bestimmen, fühlten sich auch die entsprechenden Dialoggruppen zur Handlung motiviert. Diesbezüglich wurde 2006 von der internationalen Konsumenten-

³⁸⁷ Vgl. Röglin/Grebmer, 1988, S. 70f.

³⁸⁸ Vgl. Langbein, Kurt u.a.: *Gesunde Geschäfte. Die Praktiken der Pharma-Industrie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1981, S. 157f.

³⁸⁹ Vgl. Grill, Markus: *Kranke Geschäfte. Wie die Pharmaindustrie uns manipuliert*. Reinbek: Rowohlt, 2007, S. 185f.

vereinigung Consumers International eine breit angelegte Untersuchung durchgeführt.³⁹⁰ Indes wurde insbesondere auf die „Corporate Social Responsibility“ (CSR), d.h. auf die gesamtgesellschaftliche Verantwortung denen sich Pharmaunternehmen zu stellen haben, eingegangen. Dabei wurde davon ausgegangen, dass „Transparenz“ einen äußerst wichtigen Teil der CSR darstellt, diese aber auch vorwiegend durch die Medien bestimmt wird. Insbesondere im Falle der Pharmawerbung würde zusehends die Gefahr bestehen, dass durch Intransparenz und unzureichende Information der Dialog im Bereich der gesellschaftlichen Verantwortung gestört werden könnte.³⁹¹ Im Zuge dessen wurden die 20 größten Pharmaunternehmen auf folgende Kriterien überprüft:

- Transparenz im Bezug auf das Marketingbudget,
- Statistiken über Außendienstbesuche und die Abgabe von freien Arzneimustern,
- Geschenke, Zahlungen und sonstige Zuwendungen für medizinisches Personal,
- Angemessener Einsatz von Werbematerial
- Direct-to-Consumer-Advertising
- Disease Awareness Campaigns
- Sponsoring von Selbsthilfegruppen
- Wettbewerb
- Post-marketing-research.³⁹²

Insgesamt wurde eine enorme Intransparenz bei der Bekanntgabe von unternehmensbezogenen Daten festgestellt. Nur eine Firma gab Auskunft über die Verteilung des Marketingbudgets und lediglich zwei Firmen bekannten sich zu Übertritten der gesetzlichen Richtlinien und deren Sanktionierung. Zudem konnte verifiziert werden, dass aufgrund des direkten Werbeverbots für rezeptpflichtige Medikamente zunehmend Alternativen gefunden werden, um die Zielgruppe zu erreichen. Alternativ zur Ärzteschaft werden Patienten-Selbsthilfegruppen, Medizinstudenten und Pharmazeuten mit neuen Werbetechniken konfrontiert. Dabei erfreuen sich Internet-Chat-Gruppen und Websites mit Informationen über Krankheiten oder Arzneimittel steigender Beliebtheit. Zudem werden Informationen zu Gesundheit und Krankheit, ohne dabei ein konkretes Produkt zu benennen, über Broschüren und Medienberichterstattung direkt an den Kunden weiter transportiert. Diese Form des „Nice-and friendly“-Marketing erweist sich vor allem dahingehend problematisch, da es vom Konsumenten oft als eine Form der CSR, also eines gemeinnützigen Services der Pharmafirma interpretiert wird.³⁹³ Verstöße gegen die Marketinggesetze wurden vor allem im Bereich der Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente identifiziert, wobei die gegenwärtige Gesetzeslage als unzureichend im Hinblick auf den Konsumentenschutz bezeichnet wurde. Zudem wurde die schwache Ausprägung im Bereich der Selbstregulierung der Pharmabranche kritisiert. 19 der

³⁹⁰ Vgl. Consumers International: Branding the Cure: A consumer perspective on Corporate Social Responsibility, Drug Promotion and the Pharmaceutical Industry in Europe, June 2006, Online im WWW unter URL: http://www.consumersinternational.org/Shared_ASP_Files/UploadedFiles/ECD91B6F-FE37-45C0-AE34-898BFB39C700_BrandingtheCure-fullreport.pdf [Stand: 18.10.2008].

³⁹¹ Vgl. ebenda, S. 6

³⁹² Vgl. ebenda, S. 6f.

³⁹³ Vgl. ebenda.

20 untersuchten Unternehmen haben sich als Mitglieder der European Federation of Pharmaceutical Industries (EFPIA) verpflichtet, sämtliches Werbematerial prüfen und genehmigen zu lassen. Entgegen dieser Verpflichtung konnten bei nur vier Unternehmen klare Richtlinien zur Genehmigung und Verbreitung von Werbematerial identifiziert werden.³⁹⁴

Eine weitere Initiative, die von Consumer International gestartet wurde, beschäftigt sich ebenfalls mit der Aufdeckung von unlauteren Werbemaßnahmen der Pharmabranche. Die Kampagne mit dem bezeichnenden Namen „Marketing Overdose“ versucht mit einer Serie von Kurzfilmen auf die Marketingtechniken der Pharmahersteller aufmerksam zu machen.³⁹⁵

Vorrangiges Ziel von Consumer International ist es dabei, die Regierung und die Pharmahersteller dazu aufzurufen, Geschenke an Ärzte zu unterlassen, die Transparenz im Bezug auf das Sponsoring von Selbsthilfegruppen zu erhöhen und unabhängige Information bereitzustellen.³⁹⁶

Neben den Patienten bildet die Ärzteschaft im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit eine wichtige Dialoggruppe für die Pharmaindustrie. Eine besonders enge Zusammenarbeit muss daher gewährleistet sein. Als problematisch erweist sich jedoch das dadurch entstehende Spannungsverhältnis zwischen Ärzten und der pharmazeutischen Industrie. Einerseits müssen beide Akteure zusammenarbeiten, um die klinische Forschung und die Entwicklung von Arzneimitteln zu gewährleisten, andererseits wird diese erwünschte Zusammenarbeit aber auch durch klare gesetzliche Trennungslinien behindert. Unter anderem fallen diese Überschreitungen der gesetzlichen Grenzen in den Bereich der „Korruption“.³⁹⁷ Als prominentestes Beispiel kann in diesem Zusammenhang der „Herzklappen-Skandal“ in Deutschland genannt werden, der nicht zuletzt durch die enorme Medienresonanz bzw. Medienbegleitung bekannt wurde. Der Skandal, dessen Ermittlungen 1996 Abschluss fanden, führte zu rund 2.000 Ermittlungen wegen Korruptionstaten. Dabei standen Ärzte deutscher Kliniken unter Verdacht, mit den Herstellern von Herzklappen Preisabsprachen getroffen zu haben und die überhöhten Kosten den Krankenkassen in Rechnung gestellt zu haben. Den angeklagten Herstellerfirmen wurde vorgeworfen, sich auf die Gewinnung der Gunst der verantwortlichen Ärzte als Produktentscheidungssträger konzentriert zu haben. Neben Provisionszahlungen erhielten die Ärzte Zuwendungen in Form von Kongressteilnahmen, oftmals in Begleitung des Partners mit anschließendem Urlaubsaufenthalt, Aktienpakete, Zweit- und Drittwagen und sonstige gewünschte Annehmlichkeiten.³⁹⁸

Bedingt durch den „Herzklappen-Skandal“ häuften sich derlei Anschuldigungen in Bezug auf die Kooperation von Ärzten mit Pharmaunternehmen. Im Zuge dessen wurden eine Reihe interner

³⁹⁴ Vgl. Consumers International: Branding the Cure: A consumer perspective on Corporate Social Responsibility, Drug Promotion and the Pharmaceutical Industry in Europe, June 2006, S.7, Online im WWW unter URL: http://www.consumersinternational.org/Shared_ASP_Files/UploadedFiles/ECD91B6F-FE37-45C0-AE34-898BFB39C700_BrandingtheCure-fullreport.pdf [Stand: 18.10.2008].

³⁹⁵ URL: <http://marketingoverdose.org> [Stand: 18.10.2008].

³⁹⁶ URL: http://consint.live.poptech.coop/shared_asp_files/GFSR.asp?NodeID=97273 [Stand: 18.10.2008].

³⁹⁷ Vgl. Dieners, Peter (Hrsg.): Zusammenarbeit der Pharmaindustrie mit Ärzten. Rechtliches Umfeld, Steuern und Compliance Governance, München: Beck, 2004, S. 6f.

³⁹⁸ Vgl. Albus, Esther: Die Zusammenarbeit zwischen Industrie und Ärzten an medizinischen Hochschuleinrichtungen unter dem Verdacht der Vorteilsannahme und Bestechlichkeit gem. §§221, 332 StGB? Baden-Baden: Nomos, 2007, S. 21ff.

Unternehmensrichtlinien und Kodizes entwickelt. In weiterer Folge führte dies zu einer Aufstellung von essentiellen Prinzipien für die Zusammenarbeit zwischen medizinischer Industrie, Krankenhäusern und Ärzten, die Matthias Runge wie folgt zusammenfasst:

1. Trennungsprinzip: Das Trennungsprinzip sieht eine strikte Trennung zwischen Zuwendungen in jeder Form und einer Entscheidung über Einkauf bzw. Beschaffung vor. Dabei gilt vor allem der zeitliche Abstand zwischen diesen Ereignissen als Indikator.
2. Transparenzprinzip: Dieses Prinzip beinhaltet die Verpflichtung zur Offenlegung von Zuwendungen gegenüber allen direkt und indirekt Beteiligten. Insbesondere in Krankenhäusern sollte die Krankenhausverwaltung über etwaige Verträge der Mitarbeiter mit der Industrie in Kenntnis gesetzt werden.
3. Dokumentationsprinzip: Um die Leistungsbeziehungen nachvollziehbar zu gestalten, ist es notwendig, sämtliche Leistungen an oder von Krankenhäusern und deren Mitarbeitern schriftlich zu erfassen.
4. Wirtschaftlichkeitsprinzip: Das Wirtschaftlichkeitsprinzip fordert die Angemessenheit und Ausgeglichenheit von Leistungen und Gegenleistungen. Bezüglich des Entgelts für klinische Prüfungen und Anwendungsbeobachtungen können die entsprechenden Gebührenschemata Aufschluss geben.

In Verbindung mit firmeninternen Unternehmensrichtlinien sollen die vier Grundsätze Handlungsanweisungen geben und somit eventuelle strafrechtliche Vorwürfe vermeiden. Da Korruptionsvorgänge aber aufgrund des Wettbewerbs und des daraus resultierenden Konkurrenzdrucks stattfinden, erweist sich die Aufstellung von internen Unternehmenskodizes nur als ein Hilfsmittel. Es gestaltet sich als äußerst schwierig das Verhältnis, das sich zwischen der Pharmaindustrie und den Krankenhäusern über die Jahre hinweg aufgebaut hat, mit einem Kodex zu durchbrechen. Nicht zuletzt deshalb bedarf es eines übergreifenden, einheitlichen Regelwerks.³⁹⁹ Auffällig gestaltet sich in diesem Zusammenhang der erneute Hinweis auf unzureichende Transparenz. Unabhängig von der jeweiligen Dialoggruppe der pharmazeutischen Industrie scheint dieses Element ein grundlegendes Problem in der Unternehmenskommunikation darzustellen.

Die Relevanz der einzelnen Dialoggruppen für die pharmazeutische Industrie hat sich einem grundlegenden Wandel unterzogen. Während die Informationspolitik der Pharmabranche in den siebziger Jahren noch durch die ausschließliche Kommunikation im „Experten-System“ geprägt war, erfuhr das System wenig später einen grundlegenden Umbruch. Durch vermehrte Zweifel in der Bevölkerung, dass Experten im Zuge ihrer fachspezifischen Analysen die gesamtgesellschaftlichen Konsequenzen außer Acht lassen würden, bildeten sich immer mehr öffentliche Interessengruppen, die solche Expertenurteile hinterfragten. Das „Experten-System“ wurde dadurch zu einem „offenen System“, das sich bis heute durch eine Kommunikation von

³⁹⁹ Vgl. Runge, Matthias: Korruptionsvorwürfe: Reaktionen und Konzepte der Industrie, in: Forschungsstelle für Pharmarecht der Philipps-Universität Marburg (Hrsg.): Marburger Gespräche zum Pharmarecht: Ärzteschaft und Industrie zwischen Forschungsförderung und Kriminalität. 3. Symposium von Wissenschaft und Praxis. Frankfurt: pmi, 2001, S. 75f.

Experten und Laien auszeichnet. Die öffentlichen Interessensgruppen, Politiker und die Massenmedien wurden somit in das Kommunikationssystem integriert (vgl. Abbildung 14).⁴⁰⁰ Wie unter anderem auch die Ausführungen von Van Trigt (vgl. S. 12, Abbildung 1) und Gottwald (vgl. S. 54, Abbildung 8) aufzeigen, nehmen die Medien in diesem Informationsnetzwerk eine zentrale Rolle ein.

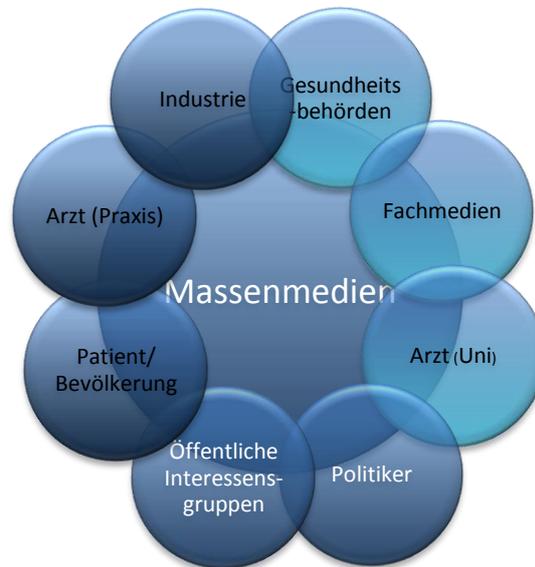


Abbildung 14: Offenes Kommunikationssystem⁴⁰¹

Neben der Funktion als wichtige Kommunikations- und Informationsplattform werden die Massenmedien als Werbeträger für die Produkte der pharmazeutischen Industrie immer wichtiger. Diese Entwicklung ist zweifellos auch auf den Paradigmenwechsel in der Zielgruppenansprache zurückzuführen (vgl. Kap. 4.4.2.1). Da das Bedürfnis der Patienten im Hinblick auf die Information zu gesundheitlichen Themen gestiegen ist, werden auch die Massenmedien in einem höheren Ausmaß frequentiert und stellen daher eine wichtige Schnittstelle zur Zielgruppe dar. Aufgrund des Vollzugs der Kommunikation in einem offenen System, haben die Massenmedien aber nicht nur die Funktion eines Werbeträgers, sondern sind auch im Bereich der PR von äußerst großer Relevanz für die pharmazeutische Industrie. Welche dramatischen Ausmaße die Medienberichterstattung auf die Stellung eines Unternehmens in der Öffentlichkeit nach sich ziehen kann, wurde unter anderem eindrucksvoll am Beispiel des vorher zitierten „Herzklappen-Skandals“ demonstriert. Nicht zuletzt aufgrund des breiten öffentlichen Diskurses, der durch die enorme Medienresonanz ausgelöst wurde, fühlten sich auch andere Dialoggruppen wie die Politik zur Handlung aufgerufen.⁴⁰² Doch neben der Publikation von Negativ-Schlagzeilen gibt es auch die Möglichkeit die Medien im Sinne des

⁴⁰⁰ Vgl. Röglin/Grebmer, 1988, S. 22f.

⁴⁰¹ Quelle: modifiziert übernommen aus Röglin/Grebmer, 1988, S. 20.

⁴⁰² Vgl. Albus, 2007, S. 24f.

Issue-Managements (vgl. Kap. 2.5.2) zu nutzen und auf gegenteilige „Issues“ aufmerksam zu machen. Diese Strategie entstand aus Agenda-Building-Prozessen und geht davon aus, in der Öffentlichkeit aufkommende Trends und Themen frühzeitig zu erkennen und entsprechend darauf zu reagieren. Die Beteiligung am öffentlichen Interaktionsprozess ist somit zwingende Voraussetzung für das Issue-Management, das es zudem einem Unternehmen möglich macht, die Themen selbst zur öffentlichen Diskussion zu bringen. Aufgrund der Doppelrolle, die die Massenmedien für die Pharmabranche einnehmen, müssen die Beziehungen in diesem Bereich von besonderer Sensibilität geprägt sein. Wie sich das Verhältnis zwischen diesen beiden Akteuren konkret darstellt, soll vor allem der empirische Teil der vorliegenden Arbeit aufzeigen.

5 Inhaltsanalyse der österreichischen Pharmaberichterstattung

Im Hinblick auf die zentrale Rolle der pharmazeutischen Industrie innerhalb des vorliegenden Problemfeldes konzentriert sich auch der inhaltsanalytische Teil der Untersuchung ausschließlich auf die Berichterstattung, die mit der Pharmaindustrie in Zusammenhang gebracht werden kann.

Den theoretischen Anstoß zu dieser eher ungewöhnlichen Untersuchungsmethode im Bereich des Medizinjournalismus lieferten die Ausführungen von Friedrich Staab zur Allgemeingültigkeit der Nachrichtenwert-Theorie (vgl. Kap. 2.5.1). Auch im Hinblick auf den Prozess der „instrumentellen Aktualisierung“, der auf die Arbeiten von Matthias Kepplinger et al. zurückgeht und das ökonomische Eigeninteresse der Journalisten thematisiert, erschien die Überprüfung der Nachrichtenwert-Theorie im Rahmen der Medizinberichterstattung zwar als ein ungewöhnlicher, aber möglicherweise richtungsweisender Forschungsansatz.

Ein weiterer Faktor, der die Wahl des vorliegenden Untersuchungsinstrumentes begünstigte, ergab sich durch die Funktion der Ärzte in der Medizinberichterstattung und die diesbezüglich referierten Theorien im Bereich des Opinion-Leadings bzw. der Meinungsführerschaft. Da die Nachrichtenwert-Theorie im speziellen auch Faktoren im Bezug auf die Personalisierung und den Einfluss von Personen auf die Berichterstattung beinhaltet, schien eine Inhaltsanalyse anhand der Nachrichtenfaktoren und deren Ausprägungen die geeignete Untersuchungsform. Zudem gibt die Untersuchung Aufschluss über die allgemeine Praxisrelevanz der Theorie und die Anwendbarkeit auf spezielle Teilgebiete außerhalb der politischen Berichterstattung.

5.1 Methode

Im Hinblick auf die eingangs aufgestellten Forschungsfragen und die Beschaffenheit des Untersuchungsmaterials stellt die Inhaltsanalyse das geeignetste Untersuchungsinstrument dar. Ein weiteres Entscheidungskriterium bildet die kommunikationstheoretische Basis der vorliegenden Arbeit. Untersuchungen mit Bezug zur Nachrichtenwert-Theorie zeichnen sich im Allgemeinen durch einen quantifizierten Beschreibungs- und Analysecharakter aus, der der Natur der Theorie entspricht (vgl. Kap. 2.5.1). Vor diesem Hintergrund fiel auch die Entscheidung auf die Wahl der quantitativen Inhaltsanalyse.

Die Entwicklung der Inhaltsanalyse wurde von einer Grundsatzdiskussion über die Angemessenheit von quantitativen oder qualitativen Verfahren und Forschungsansätzen begleitet. Während dem Verfahren der quantitativen Inhaltsanalyse die reine Beschränkung auf Textelemente und damit eine fehlende Objektivität vorgeworfen wurde, wurden die qualitativen Verfahren durch Subjektivität und unzureichende Generalisierung kritisiert. Peter Atteslander

führt diese Diskussion insbesondere auf die unzureichenden Definitionen der beiden Grundpositionen zurück.⁴⁰³ Grundsätzlich bezeichnet der Begriff der Inhaltsanalyse (auch: Aussagenanalyse oder content analysis) ein empirisches Datenerhebungsverfahren, bei dem Phänomene untersucht werden, die sich auf die Verwendung und nicht den Inhalt von Sprache beziehen. Gegenstand der Untersuchung bilden vorwiegend Texte, wobei beispielsweise auch Bilder und Filme einer Inhaltsanalyse unterzogen werden können.⁴⁰⁴ Klaus Merten galt als der Erste, der in seiner Definition auch die Inferenzen auf Kommunikatoren oder Rezipienten berücksichtigte. Demgemäß definierte er die Inhaltsanalyse als eine „Methode zur Erhebung sozialer Wirklichkeit, bei der von Merkmalen eines manifesten Textes auf Merkmale eines nicht-manifesten Textes geschlossen wird“.⁴⁰⁵ Folglich kann die Inhaltsanalyse auch drei verschiedene Ziele verfolgen, wobei sie Rückschlüsse über die Eigenschaften des Kommunikators, der Kommunikationssituation und des Rezipienten zu ziehen, erlaubt. Im Zuge dessen kann sie sich verschiedener Mittel bzw. semiotischer Ebenen bedienen: Während sich die Syntaktik rein mit dem Zeichen als solches beschäftigt, beschreibt die Semantik die Beziehung zwischen den Zeichen und dem, was sie bezeichnen. Auf der pragmatischen Ebene wird versucht die Relation der Zeichen zu ihren Benutzern zu erfassen. Durch die Zusammenführung von Zielen und Mitteln entwickelte Merten eine Matrix über mögliche inhaltsanalytische Verfahren (vgl. Abbildung 15).⁴⁰⁶

Mittel	Kommunikator	Rezipient	Situation
syntaktisch	Autoren Persönlichkeitsstruktur		
syntaktisch- semantisch	Wort		syntaktische Komplexität
Semantisch- semantisch	Themen Kontingenz Bedeutung		Themen
syntaktisch- pragmatisch	Frequentielle Lesbarkeit Strukturelle Lesbarkeit	Frequentielle Lesbarkeit Strukturelle Lesbarkeit Auffälligkeit	
semantisch- pragmatisch	Wert Einstellung Motiv Persönlichkeitsstruktur Verständlichkeit Objektivität	Verständlichkeit sem. Differential	Symbol-Wirklichkeit
pragmatisch- pragmatisch		Resonanz	Interview

Abbildung 15: Inhaltsanalytische Verfahren nach Merten

⁴⁰³ Vgl. Atteslander, Peter: Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: Erich Schmidt Verlag, 2006¹¹, S. 181.

⁴⁰⁴ Vgl. ebenda, S. 181ff.

⁴⁰⁵ Merten, Klaus: Inhaltsanalyse: Einführung in Theorie, Methode und Praxis. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1995², S. 15.

⁴⁰⁶ Vgl. ebenda, S. 121.

Dieser Einteilung zufolge kann die vorliegende Inhaltsanalyse als eine semantisch-semantische Inhaltsanalyse eingestuft werden, da sie im Sinne der Kommunikatorforschung den Rezipienten in der Analyse nicht berücksichtigt.

Unabhängig vom Ziel der Untersuchung bildet das Kategorienschema das zentrale Element jeder Inhaltsanalyse. Dieses bedingt, dass im Vorfeld die Hypothesenbildung abgeschlossen wurde, deren Dimensionen die Grundlage für die Kategorienbildung darstellen. Die Kategorien stellen den methodologisch wichtigsten Teil der Untersuchung dar. Jede Inhaltsanalyse kann daher nie besser sein als ihre Kategorien da diese die „Substanz der Untersuchung“ abbilden. Die Zerlegung des Problems erfolgt daher in mehrere Kategorien und Unterkategorien (Codes). Im Zuge dessen ist die Einhaltung der Kriterien Ausschließlichkeit, Vollständigkeit und Eindimensionalität von besonders großer Bedeutung.

Das vorrangige Ziel der Kategorienbildung besteht darin, Aussagen über die Struktur des Untersuchungsmaterials zu treffen. Dies geschieht meist durch die Errechnung einfacher Häufigkeiten.⁴⁰⁷ Der Prozess der dieser Häufigkeitsberechnung vorgeschaltet ist, gilt oft als der arbeitsintensivste Teil der Untersuchung. Dabei werden die Zählseinheiten in den Texten gesucht und gemäß dem Kategorienschema in ein Codeblatt eingetragen.

Neben der Bildung der Kategorien muss auch bei der Festlegung der Untersuchungseinheit sehr präzise vorgegangen werden. Dabei erfordern die Auswahl und der Umfang der Stichprobe eine plausible Begründung und die jeweilige Definition der Zählseinheiten. Die Auswertung von quantitativen Inhaltsanalysen bildet das einzige Kriterium, in dem sie sich grundsätzlich von qualitativen Verfahren abgrenzt. Während die qualitative Inhaltsanalyse durch Offenheit, Kommunikativität, Naturalistizität und Interpretativität gekennzeichnet ist, stehen bei der quantitativen Inhaltsanalyse statistische Messverfahren im Vordergrund. Die Auswertung der Daten erfolgt dabei computergestützt. Die Daten werden dazu meist in eine Statistiksoftware übertragen, mittels derer auch die anschließende Auszählung der Häufigkeiten bzw. die weitere statistische Auswertung erfolgt.⁴⁰⁸ Im Falle der vorliegenden Untersuchung wurden die entsprechenden Auswertungen zur Überprüfung der Hypothesen mit dem Softwareprogramm SPSS 15.0 durchgeführt.

5.2 Gegenstand und Einheit der Untersuchung

Den Untersuchungsgegenstand bildeten sämtliche österreichische Printmedien, die medizinische Berichterstattung zum Inhalt haben. Dies kann sich auf das gesamte Medium oder nur auf Teile eines Mediums wie beispielsweise im Falle von Tageszeitungen beziehen. Die Auswahl der Medien stand repräsentativ für die gesamte Zielgruppe des Pharmamarketings und umfasste somit alle relevanten Medien. Um ein möglichst breites Spektrum abzudecken, erfolgte die Einteilung des Untersuchungsgegenstandes in Tagespresse, Fachzeitschriften und

⁴⁰⁷ Vgl. Friedrichs, Jürgen: Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1990¹⁴, S. 314ff.

⁴⁰⁸ Vgl. Atteslander, 2006¹¹, S. 196f.

Publikumszeitschriften. Je nach Medium wurden die relevanten Seiten untersucht. Bei den Tageszeitungen wurden daher jeweils nur das Gesundheitsressort bzw. die Beilagen, die gesundheitsrelevante Themen behandelten, analysiert (vgl. Tabelle 1). Die Auswahl der Publikums- und Fachzeitschriften beruhte in erster Linie auf der Höhe der Auflagenzahl laut den Angaben der österreichischen Auflagenkontrolle (ÖAK)⁴⁰⁹ bzw. der Medien-Auflagenkontrolle (M.A.K.)⁴¹⁰. Zudem wurden auch die Daten der Media-Analyse (MA)⁴¹¹ miteinbezogen. Die Ausnahme bildete die Zeitschrift People, die weder in der ÖAK noch in der MA erfasst wurde. Aufgrund ihrer Funktion als Patientenzeitschrift in den Wiener Allgemeinen Krankenhäusern, bei allen niedergelassenen Ärzten in Österreich sowie bei Kongressen und Veranstaltungen erreicht sie jedoch eine beachtliche Auflage von 70.000 Exemplaren⁴¹² und wurde deshalb ebenfalls in die Analyse aufgenommen.

Tabelle 1: Übersicht des Untersuchungsmaterials

Medium	Erscheinungsweise	Untersuchungszeitraum (Jan-Apr 2007)
<u>Tageszeitungen</u>		
Kronen-Zeitung	täglich	Gesundheitsteil- Mittwoch und Samstag, Beilage: Sonntag
Kurier	täglich	Gesundheitsteil-täglich
Der Standard	täglich	Gesundheitsteil-Montag
Die Presse	täglich	Gesundheitsteil-Montag, Beilage: Meine Medizin
<u>Publikumszeitschriften</u>		
Medizin populär	monatlich	Alle Ausgaben
Gesundheit	11x/Jahr	Alle Ausgaben
People	5x/Jahr	Alle Ausgaben
News LEBEN	11x/Jahr	Alle Ausgaben
<u>Fachzeitschriften</u>		
Ärzte Krone	14-tägig	Alle Ausgaben
Ärzte Woche	wöchentlich	Alle Ausgaben
Medical Tribune	wöchentlich	Alle Ausgaben
Österreichische Ärztezeitung	14-tägig	Alle Ausgaben

Aufgrund des Forschungsinteresses wird der Untersuchungsgegenstand dementsprechend eingegrenzt. Die Inhaltsanalyse bezieht sich nicht auf die gesamte österreichische Medizinberichterstattung, sondern nur auf die Pharmaberichterstattung, d.h. jene Beiträge, die Hinweise auf die Pharmaindustrie enthalten. Es wurden daher nur jene Artikel in die Untersuchung

⁴⁰⁹ Vgl. URL: <http://www.oepak.at> [Stand: 18.10.2008].

⁴¹⁰ Vgl. URL: <http://www.makneu.at> [Stand: 18.10.2008].

⁴¹¹ Vgl. URL: <http://www.media-analyse.at> [Stand: 18.10.2008].

⁴¹² URL: http://www.parlinkom.gv.at/pls/portal/docs/page/PG/DE/XXI/AB/AB_04114/daten_000000.doc [Stand: 18.10.2008].

miteinbezogen, die entweder einen Wirkstoff- bzw. Substanznamen (z.B. Acetylsalicylsäure), einen Arzneimittelnamen (z.B. Aspirin®) oder den Namen eines Pharmaunternehmens (wie z.B. Bayer) beinhalteten. Die Untersuchung bezog sich nur auf den redaktionellen Teil der oben genannten Medien. Von der Untersuchung ausgeschlossen wurden sämtliche Formen der Werbeeinschaltung. Dies beinhaltet sowohl Anzeigen bzw. redaktionelle Beiträge, die als solche eindeutig gekennzeichnet wurden.

Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich dabei vom 1. Jänner 2007 bis 30. April 2007. Die Auswahl des untersuchten Zeitraumes ging von der ursprünglichen Überlegung aus, das erste Quartal des Jahres 2007 zu untersuchen. Da der Monat Jänner aber von vielen Faktoren ungünstig beeinflusst wurde wie beispielsweise durch das Fehlen einer Nummer im Erscheinungszyklus, wurde zum Ausgleich der Monat April in die Analyse miteinbezogen.

Im Sinne einer Input-Output-Analyse wurde ergänzend zur Inhaltsanalyse der Printmedien eine Analyse der APA-Meldungen und somit unter anderem der Pressearbeit der einzelnen Pharmafirmen durchgeführt. Aufgrund der angenommenen Agenda-Setting-Funktion des Pressedienstes wurde der Untersuchungszeitraum für dieses Medium ausgedehnt. Dieser erstreckte sich daher vom 1. Dezember 2006 bis 30. April 2007. Es kamen auch hier die gleichen Auswahlkriterien für die Zählbarkeit wie bei den Printmedien zur Anwendung.

5.3 Hypothesenbildung

Ausgehend von den eingangs formulierten drei zentralen Fragestellungen wurden die jeweiligen Forschungsfragen formuliert. Dazu wurden auch hier die drei Hauptkomponenten Inhalt, Akteure und Rahmenbedingungen des ursprünglichen Forschungsinteresses herangezogen. Darauf erfolgte die Hypothesenbildung. Der Prozess der Hypothesenbildung bzw. die Entwicklung der dahinterstehenden Fragestellungen wird aufgrund der Relevanz für die nachfolgenden Experteninterviews ebenfalls dargestellt. Dabei ist anzumerken, dass sich die Forschungsfrage immer auf die gesamte Untersuchung bezieht und sich die Hypothesen explizit auf die Inhaltsanalyse beschränken. Die Forschungsfragen im Bereich der Rahmenbedingungen der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung werden aufgrund eines besseren Gesamtüberblicks ebenfalls angeführt, jedoch nicht durch Hypothesen im Rahmen der Inhaltsanalyse überprüft. Während sich die Inhaltsanalyse vorwiegend auf die inhaltlichen Kriterien der Pharmaberichterstattung stützt, sollen die Rahmenbedingungen für das gesamte Feld der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung erfasst werden. Zudem schien zur Beantwortung dieser komplexen Fragen ein qualitatives Verfahren geeigneter.

Ebene 1: Inhaltliche Kriterien

Zentrale Fragestellung: Welche inhaltliche Kriterien gelten in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung?

Forschungsfrage 1: Welchen Regeln im Bezug auf das Erscheinen eines bestimmten Themas in den Medien folgt die Gesundheits- bzw. Medizinberichterstattung?

Annahme: Die Gesundheits- bzw. Medizinberichterstattung folgt eigenen Regeln und wird durch andere Ereignisse gesteuert als die politische Berichterstattung, z.B. durch Marktveränderungen und Pressearbeit von Pharmaunternehmen.

- **Hypothese 1:** Im Vergleich zur politischen Berichterstattung sind in der Pharmaberichterstattung nicht alle Nachrichtenfaktoren relevant.
- **Hypothese 2:** Im Vergleich zur politischen Berichterstattung sind in der Pharmaberichterstattung signifikante Unterschiede in der Ausprägung der einzelnen Nachrichtenwerte zu erkennen.

Forschungsfrage 2: Kann die Reformulierung der Nachrichtenwert-Theorie nach Kepplinger auch anhand der Pharmaberichterstattung überprüft werden?

Annahme: Nachrichtenfaktoren und Nachrichtenwerte gelten auch in der Pharmaberichterstattung als eigenständige Variablen.

- **Hypothese 3:** Beim Nachrichtenwert der Nachrichtenfaktoren handelt es sich um eine eigenständige Variable. Daher lässt sich durch die ermittelten Nachrichtenwerte der Nachrichtenfaktoren eine Prognose für den Umfang der Beiträge ableiten.

Ebene 2: Akteure

Zentrale Fragestellung: Welche Funktion haben die einzelnen Akteure (Medien, Mediziner, pharmazeutische Industrie) in der Gesundheits- und Medizinberichterstattung?

Forschungsfrage 3: Weist der Faktor der „Personalisierung“ und der „persönliche Einfluss“ in der Gesundheits- bzw. Medizinberichterstattung eine höhere Ausprägung auf als in der politischen Berichterstattung?

Annahme: Personen nehmen in der Medizinberichterstattung einen höheren Stellenwert ein als in der politischen Berichterstattung.

- **Hypothese 4:** In der Pharmaberichterstattung hat der Nachrichtenfaktor „Personalisierung“ einen signifikanten Einfluss auf den Umfang der Berichte.

- **Hypothese 5:** In der Pharmaberichterstattung hat der Nachrichtenfaktor „persönlicher Einfluss“ einen signifikanten Einfluss auf die Nachrichtenwerte und somit auf den Umfang der Berichte.

Forschungsfrage 4: Welche Personen werden in der Pharmaberichterstattung dargestellt?

Annahme: Medizinische Autoritäten/Ärzte spielen eine bedeutende Rolle im Agenda Building-Prozess und übernehmen die Position eines Meinungsführers bzw. Opinion Leaders.

- **Hypothese 6:** Bei den Akteuren in der Pharmaberichterstattung handelt es sich vorwiegend um medizinische Autoritäten/Ärzte.

Forschungsfrage 5: Lässt sich ein konkreter Zusammenhang zwischen den einzelnen Komponenten der pharmazeutischen Informationen (Wirkstoff, Arzneimittel, Unternehmen) herstellen?

Annahme: Es bestehen Zusammenhänge zwischen den einzelnen Komponenten der pharmazeutischen Informationen. Es wird daher angenommen, dass zur leichteren Assoziation für den Leser zum Produkt möglichst viele Komponenten gemeinsam auftreten.

- **Hypothese 7:** Innerhalb der einzelnen Kategorien, die unter dem Begriff der pharmazeutischen Information summiert wurden, bestehen positive Korrelationen.

Forschungsfrage 6: Lässt sich ein konkreter Zusammenhang zwischen der expliziten Nennung von medizinischen Autoritäten/Ärzten und pharmazeutischen Informationen (Wirkstoff, Arzneimittel, Unternehmen) herstellen?

Annahme: Insbesondere in der Pharmaberichterstattung werden medizinische Autoritäten/Ärzte als Meinungsführer zu Marketingzwecken eingesetzt.

- **Hypothese 8:** In der Pharmaberichterstattung besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Nennung von Arzneimitteln und der namentlichen Nennung von medizinischen Autoritäten/Ärzten.
- **Hypothese 9:** In der Pharmaberichterstattung besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Nennung von Wirkstoffen und der namentlichen Nennung von medizinischen Autoritäten/Ärzten.
- **Hypothese 10:** In der Pharmaberichterstattung besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Nennung von pharmazeutischen Unternehmen und der namentlichen Nennung von medizinischen Autoritäten/Ärzten.

Forschungsfrage 7: Gibt es empirische Befunde zum Agenda-Building/-Setting in der Gesundheits- und Medizinberichterstattung?

Annahme: Pharmafirmen versuchen ihre Marketingaktivitäten anhand von Pressearbeit umzusetzen und daher ein Einbetten der Werbung in den redaktionellen Teil der Gesundheits- und Medizinberichterstattung zu erreichen.

- **Hypothese 11:** Die Rangordnung der Themenbereiche der APA-Meldungen spiegelt sich in den Printmedien wider.
- **Hypothese 12:** Die Nennung von bestimmten Arzneimitteln in den APA-Meldungen spiegelt sich in den Printmedien wider.
- **Hypothese 13:** Die Nennung von bestimmten Wirkstoffen in den APA-Meldungen spiegelt sich in den Printmedien wider.

Ebene 3: Rahmenbedingungen

Zentrale Fragestellung: Werden die gesetzlichen und ethischen Rahmenbedingungen in der Medizin- bzw. Gesundheitsberichterstattung eingehalten?

Forschungsfrage 8: Lässt sich in der Medizin- bzw. Gesundheitsberichterstattung eine Übertretung der gesetzlichen Richtlinien identifizieren?

Forschungsfrage 9: Lässt sich die Einhaltung von ethischen Richtlinien in der Medizin- bzw. Gesundheitsberichterstattung bestätigen?

Forschungsfrage 10: Welche Verantwortung ergibt sich für die Akteure aus den Rahmenbedingungen?

5.4 Kategorienschema

In Anlehnung an die Nachrichtenwert-Theorie als theoretisches Konstrukt der vorliegenden Arbeit und die darauf basierenden Analysen von Matthias Kepplinger und Friedrich Staab wurde für die vorliegende Untersuchung Kepplingers Kategorienschema modifiziert. Wie bereits in Kapitel 2.5.1 referiert wurde, führte Kepplinger eine breit angelegte Studie über die Deutschlandberichterstattung in den Jahren 1951 bis 1995 durch. Diese Daten dienten als Basis zu seinem Versuch der Reformulierung der Nachrichtenwert-Theorie. Der Untersuchung wurde der von Friedrich Staab veröffentlichte Nachrichtenfaktoren-Katalog zugrunde gelegt. Das Ziel Kepplingers war eine Explikation der Theorie, indem er versuchte, den Umfang von Beiträgen aufgrund der Nachrichtenfaktoren und ihrer Werte zu prognostizieren.⁴¹³ Die Voraussetzung für diese Analyse bestand in der Betrachtung von Nachrichtenfaktoren und

⁴¹³ Vgl. Kepplinger/Bastian, 2000, S. 462ff.

Nachrichtenwerten als eigenständige, unabhängige Variablen. Im Gegensatz dazu bildete der Umfang die abhängige Variable.

Da auch in der vorliegenden Untersuchung die Theorie der Nachrichtenwerte überprüft werden sollte, bietet sich das Kategorienschema nach Kepplinger als ein geeignetes Instrument an. Im Gegensatz zu Keppingers Analyse zur politischen Berichterstattung bildet jedoch in dieser Untersuchung die Medizinberichterstattung den Untersuchungsgegenstand. Die Entscheidung zur Auswahl des Untersuchungsgegenstandes schien zum einen durch die Überlegungen Keppingers zur Isolierung der Nachrichtenfaktoren und deren Werte interessant, die er als notwendige Voraussetzung für den Auswahlprozess von Nachrichten sieht. Da die zentrale Hypothese der Arbeit davon ausgeht, dass in der Medizinberichterstattung andere Nachrichtenfaktoren und Nachrichtenwerte und damit auch implizit andere Auswahlprozesse zum Einsatz kommen, galten die Arbeiten von Kepplinger als Anknüpfungspunkt. Zum anderen sollte der Frage nach der Allgemeingültigkeit, d.h. der Praxisrelevanz der Nachrichtenwert-Theorie außerhalb der Politikberichterstattung, die von Staab aufgeworfen wurde, nachgegangen werden (vgl. Kap. 2.5.1).

Das Codebuch, welches Kepplinger zur zitierten Analyse der Deutschlandberichterstattung heranzog⁴¹⁴, zeichnet sich grundsätzlich durch die Trennung von Eigenschaften der Ereignisse und der Darstellung aus. Dem Kategorienschema zufolge bilden die Nachrichtenfaktoren das Bindeglied zwischen beiden Dimensionen (vgl. Abbildung 16).⁴¹⁵

⁴¹⁴ Kepplinger, Hans-Matthias: Codebuch Massenmedien und Politikverdrossenheit. Johannes Gutenberg-Universität: Mainz, Codierfassung Stand: 30. 01.1996.

⁴¹⁵ Quelle: Kepplinger, Hans-Matthias: Die Demontage der Politik in der Informationsgesellschaft, München: Alber, 1998, S. 245.

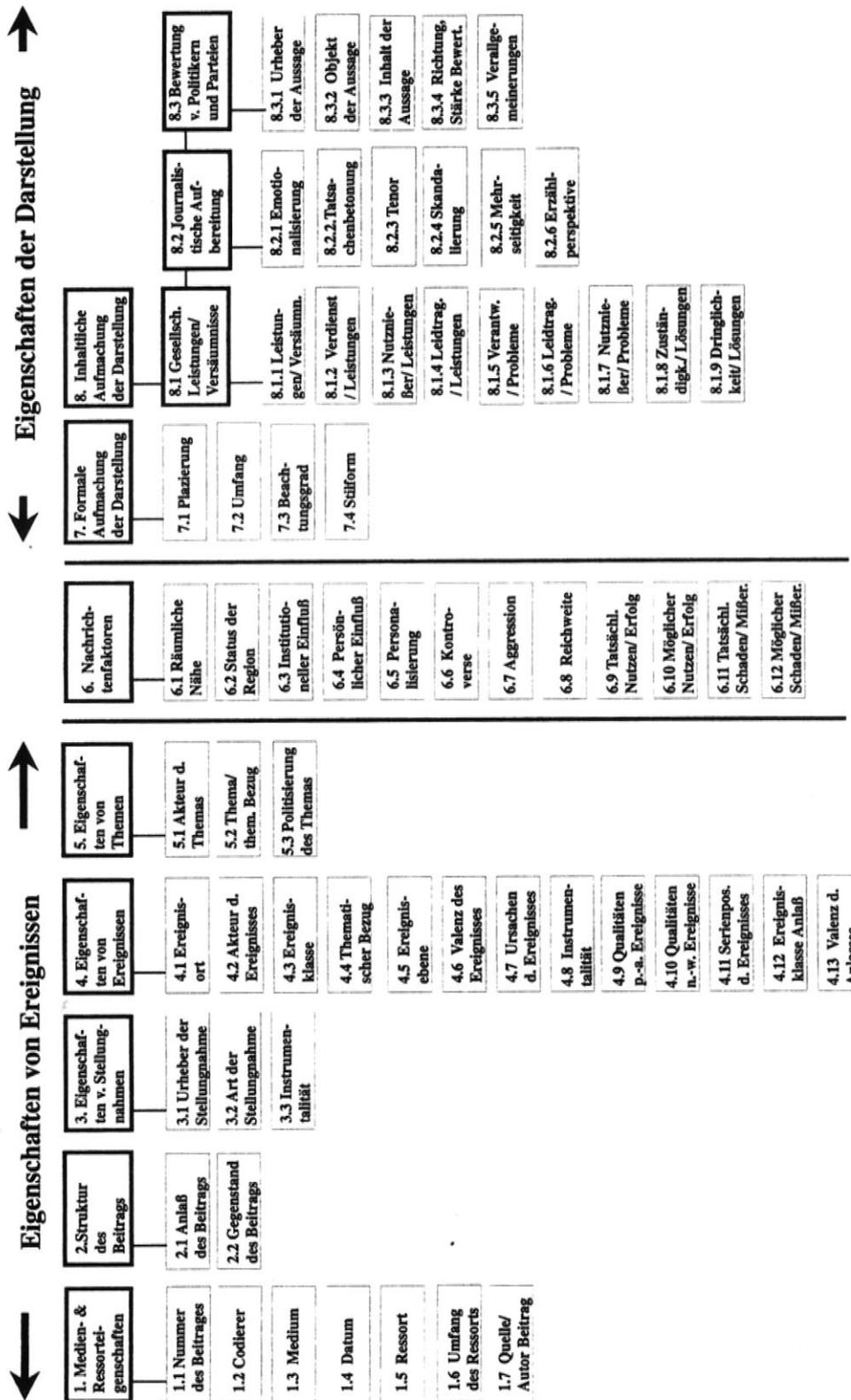


Abbildung 16: Kategorienschema nach Kepplinger zur Deutschlandberichterstattung

Da sich in der vorliegenden Untersuchung teilweise andere Kriterien als ausschlaggebend erwiesen, wurden aus dem Codierbuch nach Kepplinger jeweils die relevanten Kategorien entnommen und durch weitere Hauptkategorien ergänzt. Im Hinblick auf das Forschungsinteresse wurde die Ergänzung des Nachrichtenfaktors der „Prominenz“ zusätzlich zu den Faktoren nach Kepplinger bzw. Staab als opportun erachtet. Aufgrund der Unstimmigkeit im Zuge der Codierung während des Pre-Tests musste dieser Faktor jedoch wieder aus dem Kategorienschema entfernt werden. Die Problematik, die sich daraus ergab, basierte auf der Bestimmung des Grades der Prominenz für Ärzte und medizinische Autoritäten, da diesen aufgrund ihrer gesellschaftlichen Stellung bereits eine gewisse Form der Prominenz anhaftet. Diese Subkategorie wurde daher im Bezug auf das Untersuchungsmaterial als nicht valide eingestuft. Im Zuge des Pre-Tests erwiesen sich auch einige andere Faktoren als inadäquat für die Untersuchung. Die Faktoren „Aggression“ und der „Status der Ereignisregion“ sind im Bereich der Medizinberichterstattung von keinerlei Relevanz. Aus Gründen der Vollständigkeit und der exakten Vorgehensweise zur Überprüfung der Theorie wurden die Faktoren jedoch beibehalten und kodiert, obwohl bereits im Vorfeld davon ausgegangen werden konnte, dass diese im Hinblick auf die Auswertung keinen Einfluss aufweisen würden.

Die Skala zur Ausprägung der Nachrichtenfaktoren wurde sinngemäß von Kepplinger übernommen. Inhaltlich wurden lediglich die Definitionen der einzelnen Ausprägungsgrade an den Untersuchungsgegenstand angepasst. Das der vorliegenden Untersuchung zugrunde liegende Kategoriensystem gestaltet sich somit folgendermaßen:

1. Medienbezogene Eigenschaften

- 1.1. **Laufende Nummer des Beitrags:** Jeder Codebogen und somit jeder untersuchte Beitrag hat eine eigene Nummer. Sie wird bei der Dateneingabe ergänzt.
- 1.2. **Codierer:** Jeder Codierer hat eine eigene Nummer. Diese ist auf dem Codebogen einzutragen.
- 1.3. **Medium:** Hier ist die Zeitung bzw. die Zeitschrift zu verschlüsseln, in der der zu kodierende Beitrag veröffentlicht wurde. Dazu werden die im Kapitel 5.2 definierten Medien kodiert.
- 1.4. **Mediumgruppe:** Die Mediengruppe bezeichnet die Zusammenfassung einer Gruppe von Zeitungen oder Zeitschriften mit verschiedenen Merkmalen. Im vorliegenden Fall betrifft dies die Zuordnung zu den Gruppen Tageszeitungen, Publikumszeitschriften und Fachzeitschriften gemäß Kapitel 5.2.
- 1.5. **Datum:** Das genaue Erscheinungsdatum der Publikation wird zehnstellig in der Reihenfolge Tag/Monat/Jahr kodiert.
- 1.6. **Urheber/Quelle/Autor des Beitrags:** Die Quelle oder der Autor kann gar nicht angegeben sein, namentlich oder durch Kürzel erwähnt werden. Hierbei ist zu unterscheiden, ob es sich um Presseagenturen, Journalisten/Redakteure, Korrespondenten/Mitarbeiter, eigene redaktionelle Berichte, Agenturen und Journalisten, Wissenschaftler/Experten, Prominente, Politiker oder sonstige Quellen handelt.

2. Nachrichtenfaktoren

Die Ausprägung der Nachrichtenfaktoren folgt der Ausprägung bzw. der Einteilung der Codes nach Kepplinger, wobei diese den Einheiten 0, 1, 2, 3 und 9 entspricht. 0 bezeichnet dabei immer die geringste Ausprägung und 3 die höchste. Der Code 9 wird immer dann verwendet, wenn der Faktor nicht zutrifft bzw. der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt. Die Bestimmung der Nachrichtenfaktoren bezieht sich immer auf das Ereignis bzw. das Thema des Beitrags.

2.1. Räumliche Nähe (nur bei Vorkommnissen im Ausland): Als „räumliche Nähe“ wird die Entfernung des Landes, in dem das Ereignis stattfindet, zu Österreich bezeichnet. Dabei kommt eine grobe Einteilung zur Anwendung.

Code 3 beinhaltet beispielsweise alle europäischen Länder, die an Österreich angrenzen.

Code 2 umfasst europäische Länder ohne Grenze zu Österreich.

Code 1 beinhaltet die Länder des Nahen Osten, Iran, Türkei, nordafrikanische Länder.

Code 0 beinhaltet Länder in Asien, Amerika, Pazifik, Australien, afrikanische Länder südlich des Maghreb.

Code 9 ist zu verschlüsseln, wenn der Beitrag Themen und Ereignisse in Österreich behandelt oder wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt.

2.2. Status der Ereignisregion: Der „Status der Region“ bezeichnet die politische und wirtschaftliche Bedeutung von Orten in Österreich. Für diesen Ereignisfaktor konnte bereits im Zuge des Pre-Tests festgestellt werden, dass eine Dreiteilung der Bewertung nicht möglich ist.

Die Bewertung erfolgt daher entweder anhand des Codes 3, der alle Bundeshauptstädte, zusätzlich Ereignisse und Themen in einzelnen Bundesländern und bundesweite Ereignisse und Themen umfasst.

Code 1 hingegen beinhaltet alle Städte und Gemeinden, die nicht unter Code 3 fallen.

Code 9 wird verwendet, wenn es sich um internationale Sachbestände handelt oder wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt.

Grundsätzlich wird dieser Faktor nur zwecks der Vollständigkeit des Faktorenkatalogs erhoben, hat aber keinen Einfluss auf die empirische Überprüfbarkeit der Untersuchung bzw. auf den Umfang der Nachrichten.

2.3. Institutioneller Einfluss: Der „institutionelle Einfluss“ bezeichnet die politische, wirtschaftliche oder kulturelle Macht einer Institution. Im Zweifelsfall ist immer der höchste Einfluss zu kodieren.

Der Code 3 bezeichnet Institutionen mit dem höchsten Einfluss wie beispielsweise internationale Organisationen (WHO, UNO) oder nationale Exekutiven, Legislativen oder Judikativen wie z.B. Bundesministerien oder multinationale Konzerne, internationale Konferenzen und Staatsbesuche.

Code 2 wird für internationale Interessensverbände, exekutive, legislative oder judikative Organe auf Bundesländerebene, Kirche, Polizei, berufsständische

Vereinigungen (z.B. Ärztekammer), bundesweit tätige Behörden und große Wirtschaftsunternehmen bzw. –konzerne verwendet.

Code 1 beinhaltet regional oder sachlich eng begrenzte internationale Organisationen oder Zusammenschlüsse (z.B. Benelux), Gerichte, Vereine, Bürgerinitiativen, Interessensverbände, Universitäten, wissenschaftliche Institutionen, Massenmedien, Botschaften, kleine und mittlere Wirtschaftsunternehmen und Krankenhäuser.

Code 0 wird kodiert, wenn keine Institution erkennbar bzw. sich die erwähnte Institution nicht den Codes 1 bis 3 zuordnen lässt.

Code 9 ist zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt.

- 2.4. **Persönlicher Einfluss:** Der „persönliche Einfluss“ bezeichnet die politische, wirtschaftliche oder kulturelle Macht einer Person innerhalb einer Institution.

Unter Code 3 wird der Einfluss von Staatsoberhäuptern, Parteichefs sozialistischer Länder, Regierungschefs, oberster Repräsentanten supranationaler Organisationen (UNO, UNESCO, NATO, EG, WHO) und von Religionsgemeinschaften (Papst) und von Leitern multinationaler Konzerne verstanden.

Code 2 umfasst Regierungsmitglieder, Bundespolitiker, führende Partei-, Gewerkschafts- und Verbandsfunktionäre, Repräsentanten großer Wirtschaftsunternehmen, den höheren Klerus und Leiter wissenschaftlicher oder medizinischer Einrichtungen oder Institutionen (z.B. Chefarzt).

Code 1 umfasst Landes- und Kommunalpolitiker, mittlere Partei-, Gewerkschafts- oder Verbandsfunktionäre, Repräsentanten mittlerer Wirtschaftsunternehmen, den einfachen Klerus sowie Ärzte ohne gehobenen Rang.

Code 0 wird kodiert, wenn kein Einfluss erkennbar ist oder es sich um Personen ohne Fachkenntnisse und Entscheidungskompetenz handelt.

Code 9 ist zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt.

- 2.5. **Personalisierung:** Unter „Personalisierung“ wird die Bedeutung von Personen für den berichteten Sachverhalt verstanden.

Code 3 bezeichnet die größte Personalisierung. Das Geschehen dreht sich ausschließlich um einige oder wenige, namentlich genannte oder genau bezeichnete Personen.

Beispiel: „Im Zuge eines Gespräch zwischen Gesundheitsministerin Andrea Kdolsky und Ärztekammer-Präsident Walter Dorner wurde eine Arbeitsgruppe eingesetzt.“

Code 2 beschreibt große Personalisierung. Im Mittelpunkt des Geschehens stehen etwa gleichrangig Personen und unpersönliche Sachverhalte. Die Äußerung einer bzw. die Auseinandersetzung zwischen einigen wenigen, namentlich, genannten Personen dreht sich um abstrakte Vorgänge.

Beispiel: Hierunter fallen vor allem die Äußerungen bzw. die direkten Aussagen von namentlich genannten Ärzten.

Code 1 beschreibt eine geringe Personalisierung. Personen werden zwar genannt, sind aber für das Geschehen ohne Bedeutung. Kern des Berichtes sind nüchterne Vorgänge und abstrakte Tatsachen.

Beispiel: „Die Ergebnisse der Studie von Dr. XY werden im Rahmen der Untersuchung berücksichtigt.“

Unter Code 0 wird die geringste bzw. keine Personalisierung verstanden. Personen, Namen und Titel werden nicht genannt. Es handelt sich um eine rein nüchterne Tatsachendarstellung.

Beispiel: „Die Studie gibt Aufschluss über die Nebenwirkungen.“

Code 9 ist zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt.

- 2.6. **Kontroverse:** Als „Kontroverse“ wird die Kontrastierung von Meinungsunterschieden bezeichnet. Verschlüsselt wird die „Kontroverse“ auch dann, wenn in der Meldung nur ausdrücklich eine Meinung erwähnt wird, die Kenntnis der anderen (kontroversen) Meinung jedoch erschlossen werden bzw. als bekannt gelten kann. Es muss sich jedoch um akute Auseinandersetzungen handeln, nicht um die Beschreibung von Dauerkonflikten. Dieser Faktor kommt in der Pharmaberichterstattung vor allem in der Diskussion um Wirkungen und Nebenwirkungen von Therapien, Wirkstoffsubstanzen, Arzneimittel usw. zum Ausdruck.

Code 3 beschreibt die größte Kontroverse (Kritik): stark emotionale Auseinandersetzung, in der dem anderen die Lauterkeit abgesprochen oder die Rechtmäßigkeit des Verhaltens bestritten wird. Hierunter fallen beispielsweise Anschuldigungen von Personen.

Beispiel: „Der Arzt wurde beschuldigt den Patienten über die Nebenwirkungen des Medikaments nicht ausreichend aufgeklärt zu haben.“

Code 2 beschreibt eine heftige Auseinandersetzung mit schwerwiegenden Vorwürfen, ohne dass die Lauterkeit von Personen oder die Rechtmäßigkeit des Verhaltens bestritten wird. Hiermit ist die öffentliche massive Kritikausübung jeglicher Art gemeint.

Beispiel: „Es wurde massiv kritisiert, dass über die Nebenwirkungen des Medikaments nicht ausreichend aufgeklärt wurde.“

Code 1 bezeichnet die gemäßigte Auseinandersetzung bzw. die sachliche Darstellung divergierender Ansichten.

Beispiel: „Die Pharmaunternehmen kritisierten die Einführung des Boxensystems.“

Code 0 steht für die geringste bzw. keine Kontroverse (Kritik). Es ist keine Kontroverse erkennbar.

Code 9 ist zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt.

- 2.7. **Aggression:** Als „Aggression“ wird die Androhung oder Anwendung von Gewalt bezeichnet. Auch dieser Faktor wurde bereits im Vorfeld als inadäquat im Bezug auf das Untersuchungsmaterial eingestuft und wird daher an dieser Stelle nur aus Gründen der Vollständigkeit erwähnt. Im Zuge der Codierung kam es zu keiner

Bewertung für diesen Faktor bzw. konnte diesem durchgehend Code 0 zugeordnet werden.

- 2.8. **Reichweite:** Als „Reichweite“ wird die Anzahl der Personen bezeichnet, die an einem Ereignis teilnehmen bzw. für ein Thema bedeutsam sind oder direkt davon betroffen sind. Es wird nicht die Anzahl der Teilnehmer, sondern die Anzahl der betroffenen Personen verschlüsselt.

Code 3 beschreibt die größte Reichweite. Betroffen sind alle Bürger Österreichs bzw. des jeweiligen Ereignislandes, die Gesellschaft, der Staat insgesamt.

Beispiel: „Die Gesundheit aller Bürger ist durch die Grippeviren gefährdet.“

Code 2 beschreibt eine große Reichweite: Betroffen sind soziale Kategorien wie Berufs- und Interessensgruppen (z.B. Beamte, Studenten, Bürger einer Stadt, Parteimitglieder), alle Frauen, Männer oder Kinder, Arbeiter, Autofahrer, Ausländer, Bürger einer Region, eines Bundeslandes.

Beispiel: „Gebärmutterkrebs betrifft alle Frauen.“

Code 1 beschreibt eine geringe Reichweite. Betroffen ist eine Person oder wenige Personen (Gruppen).

Beispiel: Unfallopfer oder eine an einer bestimmten Erkrankung leidende Gruppe, z.B. an Krebs erkrankte Menschen

Code 0 bezeichnet die geringste Reichweite bzw. keine Reichweite: Es sind keine Personen direkt betroffen, d.h. es ist keine Betroffenheit erkennbar.

Code 9 ist zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt.

- 2.9. **Tatsächlicher Nutzen/Erfolg:** Als „tatsächlicher Nutzen/Erfolg“ werden jene Ereignisse und Themen bezeichnet, die in der allgemeinen Beurteilung als positiv gelten oder als Erfolg gewertet werden. Es kommt dabei nicht auf die subjektive Sichtweise eines Beteiligten an, sondern nur auf das allgemeine Verständnis wie man es einem Durchschnittsleser unterstellen kann.

Code 3 bezeichnet den größten Nutzen/Erfolg. Es handelt sich um einen entscheidenden Durchbruch, eine Innovation oder eine grundlegende Neuerung auf einem wichtigen Gebiet.

Beispiel: Durchbruch in der Krebsforschung-Entdeckung eines wirksamen Mittels gegen Krebs.

Code 2 beschreibt einen großen Fortschritt auf einem wichtigen Gebiet.

Beispiel: Heilung einer Krankheit durch ein Arzneimittel.

Code 1 beschreibt kleine Fortschritte auf einem wichtigen Gebiet, große Fortschritte auf einem unwichtigen Gebiet.

Beispiel: „Die klinischen Studien der Anfangsphase waren erfolgreich.“

Code 0 wird kodiert, wenn kein Nutzen vorhanden oder erkennbar ist.

Code 9 ist zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt.

2.10. **Möglicher Nutzen/Erfolg:** Der „mögliche Nutzen/Erfolg“ bezeichnet die nach allgemeinem Verständnis positiven Folgen von Ereignissen und Themen, die wahrscheinlich oder eventuell eintreten können.

Code 3 beschreibt den größten möglichen Nutzen/Erfolg. Es handelt sich um einen möglichen entscheidenden Durchbruch, eine mögliche Innovation oder eine mögliche grundlegende Neuerung auf einem wichtigen Gebiet.

Beispiel: Möglicher Durchbruch in der Krebsforschung.

Code 2 beschreibt einen möglichen großen Fortschritt auf einem wichtigen Gebiet.

Beispiel: Die prognostizierte Heilung einer Krankheit durch ein Arzneimittel.

Code 1 beschreibt mögliche kleine Fortschritte auf einem wichtigen Gebiet, große Fortschritte auf einem unwichtigen Gebiet.

Beispiel: „Die klinischen Studien befinden sich in der Anfangsphase, versprechen jedoch positive Ergebnisse.“

Code 0 wird kodiert, wenn kein möglicher Nutzen vorhanden oder erkennbar ist.

Code 9 ist zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt.

2.11. **Tatsächlicher Schaden/Misserfolg:** Unter „tatsächlicher Schaden/Misserfolg“ werden Ereignisse und Themen zusammengefasst, die nach allgemeinem Verständnis negativ sind oder bereits negative Folgen haben. Der Schaden bezieht sich immer auf das Handlungsobjekt (Opfer).

Code 3 beschreibt den größten Schaden/Misserfolg, d.h. die Zerstörung menschlichen Lebens.

Code 2 beschreibt einen großen Schaden/Misserfolg. Es handelt sich um die bedeutsame Zerstörung von Pflanzen, Tieren, Umwelt allgemein, Verletzung von Menschen und schwere Krankheiten.

Code 1 beschreibt einen geringen Schaden/Misserfolg. Es wird die Verringerung des Lebensstandards, eine Verletzung oder eine leichte Krankheit thematisiert.

Code 0 wird kodiert, wenn kein Schaden vorhanden oder erkennbar ist.

Code 9 ist zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt.

2.12. **Möglicher Schaden/Misserfolg:** Unter „möglicher Schaden/Misserfolg“ werden die negativen Auswirkungen und Folgen von Ereignissen und Themen zusammengefasst, die wahrscheinlich oder eventuell eintreten können. Der mögliche Schaden wird immer aus der Perspektive des Handlungsobjektes (Opfer) gesehen.

Code 3 beschreibt den größten möglichen Schaden/Misserfolg, d.h. die mögliche Zerstörung menschlichen Lebens.

Code 2 beschreibt einen großen möglichen Schaden/Misserfolg. Es handelt sich um die mögliche bedeutsame Zerstörung von Pflanzen, Tieren, Umwelt allgemein, Verletzung von Menschen und die mögliche Entstehung schwerer Krankheiten.

Code 1 beschreibt einen möglichen geringen Schaden/Misserfolg. Es wird die Verringerung des Lebensstandards, eine eventuelle Verletzung oder eine mögliche Entstehung leichter Krankheiten prognostiziert.

Code 0 wird kodiert, wenn kein möglicher Schaden vorhanden oder erkennbar ist.

Code 9 ist zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt.

3. Formale Darstellung

3.1. **Platzierung:** Die Platzierung erfasst die Seite, auf der der Beitrag platziert ist. Maßgeblich ist die Seite, auf der der Beitrag beginnt.

3.2. **Umfang:** Erfasst wird der gesamte Umfang des Beitrages in cm². Dazu gehören bei zweigeteilten Artikeln auch die Zeilen der Fortsetzung, die sich auf den Folgeseiten befinden können. Angefangene Zeilen werden mitgezählt. Vorspannzeilen, die nicht auf Spaltenformat gebracht sind, bleiben unberücksichtigt. Dies gilt auch für Bildunterschriften sowie für Über-, Unter- und Zwischenüberschriften.

3.3. **Beachtungsgrad:** Es wird verschlüsselt wie prominent der Beitrag durch die Zeitung platziert wurde. Insgesamt werden vier Beachtungsgrade unterschieden. Maßgebend sind die Stellen, wo der Beitrag beginnt. Wird z.B. der auf der Seite 1 platzierte Aufmacher einer Zeitung im Innenteil fortgesetzt, ist „höchster Beachtungsgrad“ (1) zu kodieren.

Code 4 beschreibt den vierthöchsten Beachtungsgrad.

Zeitungen: Einspalter Innenseiten.

Zeitschriften: Kurzbeiträge in Rubriken.

Code 3 beschreibt den dritthöchsten Beachtungsgrad.

Zeitungen: Einspalter Titelseite, Mehrspalter Innenseiten.

Zeitschriften: Eigenständige, im Inhaltsverzeichnis genannte Beiträge.

Code 2 beschreibt den zweithöchsten Beachtungsgrad.

Zeitungen: Mehrspalter auf der Titelseite, Seitenaufmacher auf den Innenseiten.

Zeitschriften: Beiträge, die im Inhaltsverzeichnis ausführlich kommentiert oder mit Photos angekündigt werden.

Code 1 beschreibt den höchsten Beachtungsgrad.

Zeitungen: Aufmacher ist der größte Artikel auf der oberen Hälfte der Titelseite, Kommentare auf der Titelseite.

Zeitschriften: Beiträge, die auf der Titelseite angekündigt werden.

Code 9 ist zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt, d.h. die Seitenzahlen nicht relevant sind. Beispiel: APA-Meldungen.

3.4. **Stilform:** Die Zuordnung zu den verschiedenen Stilformen erfolgt in der Regel aufgrund der Kennzeichnung durch die Redaktion. Eine derartige Kennzeichnung kann durch die Nennung der Stilform in der Artikelüberschrift in einer Unter- oder Zwischenüberschrift oder durch eine besondere Schrifttype für Text oder Überschrift erfolgen. Code 8 bezeichnet die Glosse. Beispiel: Beiträge, die interpretieren und bewerten, darüber hinaus aber mit Stilmitteln der Ironie oder Satire arbeiten oder in einer humoresken Pointe münden.

Code 7 bezeichnet den Kommentar/Leitartikel/Kolumne. Beispiel: Beiträge, die aktuelle Ereignisse interpretieren und bewerten sowie eindeutig die Ansichten der Redaktion oder des Autors widerspiegeln.

Code 6 bezeichnet das Interview/Gespräch. Beispiel: Beiträge, die ausschließlich aus Rede und Gegenrede zwischen dem Autor und dem Befragten bzw. zwischen den Teilnehmern einer Gesprächsrunde bestehen. Als Interview gelten nur Beiträge, in denen die Antworten der Befragten im Wortlaut zitiert werden. Liegen indirekte Rede über längere Passagen und wertende Verknüpfungen von Äußerungen vor, ist zu prüfen, ob unter „Porträt/Personality-Story/Nachruf“ (Code 3) zu kodieren ist.

Code 5 beschreibt eine Notiz in einem Sammelbeitrag oder Sammelrubrik. Ausnahmen sind Interviews in diesen Rubriken. Sie sind als „Interview/Gespräch“ (Code 6) zu klassifizieren.

Code 4 bezeichnet eine Dokumentation. Beispiel: Beiträge, die als Dokumentation gekennzeichnet sind, Positionen von medizinischen Akteuren weitgehend ungekürzt und unkommentiert im Wortlaut wiedergeben, ausschließlich dokumentarische, z.B. chronologische Abrisse der Ereignisse enthalten. Dazu zählen abgedruckte Reden, Programme oder Verträge ebenso wie „Zeittafeln“ oder „Kalendarien“.

Code 3 bezeichnet das Porträt/Personality-Story/Nachruf. Beispiel: Beiträge deren Inhalt sich vorwiegend auf eine Person konzentriert und deren Handeln oder Charakter beschreiben. Dabei können sie auch Wertungen vornehmen.

Code 2 bezeichnet die Reportage/Feature. Beispiel: Beiträge, die tatsachenbetont, aber persönlich gefärbt über aktuelle Geschehnisse oder Erlebnisse des Autors berichten. Sofern sich Beiträge dieser Kategorie mit einer einzelnen Person befassen, sind sie Code 3 zu verschlüsseln.

Code 1 bezeichnet die Nachricht/Bericht. Nachricht und Bericht liefern tatsachenbetonte und aktuelle Informationen über Ereignisse, Sachverhalte und Argumente. Sie informieren - soweit möglich unpersönlich und sachlich über aktuelle Geschehnisse.

Code 9 umfasst alle anderen Stilformen: Hier sind alle Beiträge zu verschlüsseln, die den vorangegangenen Ausprägungen nicht zugeordnet werden können.

Code 11 bezeichnet einen Leserbrief

Code 12 bezeichnet eine Presseaussendung wie beispielsweise bei APA-Meldungen

4. Thematik

4.1. **Thematischer Bezug:** Hier wird das Thema des Beitrages verschlüsselt.

Code 1: Kontrazeption/Verhütung

Code 14: Urologie allg.

Code 2: Erkältung/Grippe/Grippaler

Code 15: Allergie

Infekt/Influenza

Code 16: Rauchen/allg.

Code 3: Schutzimpfung

Lungenerkrankungen (außer „COPD“)

Code 4: Potenz

Code 17: Multiple Sklerose

Code 5: Herz-/Kreislauf/kardiovaskuläre

Code 19: HNO-Erkrankungen

Erkrankungen	Code 21: Schilddrüse/Hormone
Code 6: Osteoporose	Code 22: Schmerzen allg.
Code 7: Diabetes	Code 23: Dermatitis/Neurodermitis/ Psoriasis
Code 8: Übergewicht/Adipositas	Code 24: Galenik allg.
Code 9: Depression/bipolare Störungen	Code 25: Rücken/Rheuma
Code 10: Alzheimer/Demenz	Code 27: Lifestyle Drugs/OTC-Produkte
Code 11: „COPD“	Code 99: Andere
Code 12: Parkinson	
Code 13: Onkologie allg.	

4.2. Akteure des Themas: Es wird verschlüsselt, ob bzw. wie viele Personen in dem Beitrag namentlich genannt werden.

Code 3: Nennung von drei oder mehr Personen.

Code 2: Nennung von zwei Personen.

Code 1: Nennung von einer Person.

Code 0: Es werden keine Personen genannt.

5. Bezug zur pharmazeutischen Industrie

Diese Kategorie bildet die Entscheidung für die Auswahl des Beitrages. Wird in einem Beitrag eine oder mehrere der nachfolgend genannten Kategorien erwähnt, so wird der Beitrag in die Inhaltsanalyse miteinbezogen und kodiert.

5.1. Nennung eines Wirkstoffes: Erfasst werden alle Wirkstoff- bzw. Substanzbezeichnungen im Beitrag. Falls kein Wirkstoff genannt wird, wird die Stelle ausgenullt.

Beispiel: Acetylsalicylsäure

5.2. Nennung eines Arzneimittelnamens: Erfasst werden alle Nennungen von Arzneimitteln im Beitrag. Falls kein Arzneimittel genannt wird, wird die Stelle ausgenullt.

Beispiel: Aspirin®

5.3. Nennung eines Pharmaunternehmens: Erfasst werden alle Nennungen von Arzneimitteln im Beitrag. Falls kein Pharmaunternehmen genannt wird, wird die Stelle ausgenullt.

Beispiel: Bayer

6. Personalisierung

Diese Kategorie kommt nur zur Anwendung, falls Punkt 4.2 mit dem Code 1, 2 oder 3 verschlüsselt wurde.

6.1. Identifikation der Personen: Hierbei wird dem Akteur des Beitrages seine jeweilige Rolle bzw. Position zugewiesen.

Code 6: Pharmazeutisches Personal.

Code 5: Medizinische Autoritäten (MA)/Ärzte .

Code 4: Sprecher von öffentlichen Organisationen und Verbänden. Beispiel: Sprecher der Pharmavereinigung oder der Ärztekammer.

Code 3: Organe bzw. Sprecher von Selbsthilfegruppen.

Code 2: Organe bzw. Sprecher von Pharmaunternehmen.

Code 1: Personen ohne Fachkenntnisse und Entscheidungskompetenz bzw. Patienten.

Code 9: Andere

- 6.2. **Namentliche Nennung:** Der Vor- und Zuname der namentlich genannten Person wird erfasst.
- 6.3. **Abbildung des Akteurs:** Erfasst wird die Abbildung des Akteurs im Zusammenhang mit dem kodierten Beitrag. Dabei wird kodiert, ob die im Beitrag genannte Person abgebildet wurde oder nicht.

5.5 Überprüfung der Gütekriterien der Inhaltsanalyse

Der Vorgang der Codierung ist eng mit den Gütekriterien einer Inhaltsanalyse verbunden. Dabei muss die Validität (Gültigkeit) und Reliabilität (Verlässlichkeit) der Untersuchung stets gewährleistet sein. Diese beiden Kriterien sind eng miteinander verknüpft, wobei Reliabilität eine notwendige Voraussetzung für Validität darstellt. Umgekehrt ist dies jedoch nicht der Fall.⁴¹⁶

Im Falle der Validität geht man der Frage nach, ob mit den Kategorien auch das gemessen wird, was gemessen werden soll, d.h. ob sie zur Überprüfung der Hypothesen überhaupt geeignet sind. Dies hängt davon ab, wie präzise die Kategorien definiert sind. Die Reliabilität zielt auf die Verlässlichkeit der Messung ab. Sie überprüft ob bei gleichem Untersuchungsmaterial und Kategoriensystem auch die Ergebnisse gleich bleiben. Dabei muss zwischen zwei Arten unterschieden werden. Die Intercoderreliabilität beschreibt die Unterschiede, die zwischen zwei verschiedenen Kodierern entstehen, während die Intracoderreliabilität die Unterschiede zwischen derselben kodierenden Person angibt. Hier kann beispielsweise eine Messung zu Beginn und zum Ende einer Untersuchung durchgeführt werden.⁴¹⁷

Da die Reliabilität eine Voraussetzung für alle weiteren Überprüfungen bildet, wurde diese nach der Bildung des Kategoriensystems mittels eines Pretests überprüft. Im Hinblick auf die Überprüfung der Intercoderreliabilität wurde der Pretest auch von einem weiteren Kodierer durchgeführt, der bezüglich des fachlichen und theoretischen Hintergrundes des Untersuchungsgegenstandes als geeignet erschien. Der Pretest umfasste die Codierung aller Exemplare bzw. Meldungen der Tageszeitung „Der Standard“, der Publikumszeitschrift „News Leben“, der Fachzeitschrift „Ärzte Woche“ sowie aller APA-Meldungen des Monats Jänner 2007. Während von der Autorin (Kodierer 1) 24 Beiträge identifiziert und kodiert wurden, kam Kodierer 2 nur auf 22 Beiträge. Alle 22 Beiträge waren in den 24 Beiträgen des ersten Kodierers enthalten. Durch ein anschließendes Gespräch konnte das Fehlen der beiden Berichte auf eine ungenaue Arbeitsweise des Kodierers 2 zurückgeführt werden und nicht auf etwaige Mängel im

⁴¹⁶ Vgl. Atteslander, 2006¹¹, S. 191f.

⁴¹⁷ Vgl. ebenda, S. 192.

Kategoriensystem. Als Maß für die Übereinstimmung der Kodierung bezüglich auf die einzelnen Merkmalsausprägungen wurde ein Reliabilitätskoeffizient nach folgender Formel berechnet⁴¹⁸:

$$KR = 2\ddot{U} / (K1+K2)$$

Dabei bezeichnet \ddot{U} die Anzahl der übereinstimmenden Kodierungen, K1 die Anzahl der Kodierungen von Kodierer 1 und K2 die Anzahl der Kodierungen von Kodierer 2.

Im Hinblick auf die medienbezogenen Kategorien, die Kategorien der Personalisierung, die Thematik und den Bezug zur pharmazeutischen Industrie herrschte hohe Übereinstimmung, was sich durch eine Abweichung von höchstens fünf Prozent, also einem Reliabilitätskoeffizienten von 0,95 darstellte. Bezugnehmend auf die Kategorien der Nachrichtenfaktoren bewegte sich der Unterschied in den Bewertungen zwischen acht und 16 Prozent. Dies lässt aber immer noch auf eine ausreichend gute Interdecoderreliabilität schließen, denn der Reliabilitätskoeffizient lag in jedem Fall über 0,8. Die Kategorien im Bereich der formalen Darstellung erreichten Werte zwischen 0,87 und 0,98.

Auch die Intracoderreliabilität wurde überprüft, indem der Autor das erste Exemplar jedes Mediums des Untersuchungsgegenstandes am Ende der Untersuchung nochmals analysierte und kodierte. Obwohl ein Zeitraum von vier Monaten zwischen den beiden Kodiervorgängen lag, konnten nur minimale Abweichungen festgestellt werden.

Im Hinblick auf die Validität, die angibt ob das Kategoriensystem adäquat im Sinne des Untersuchungsvorhabens bzw. der Forschungsfragen und Hypothesen erscheint, muss darauf hingewiesen werden, dass diese bereits indirekt bestätigt wurde. Da das Kategoriensystem und seine Ausprägungen weitgehend von der bereits durchgeführten Untersuchung Keplingers übernommen wurden, kann die Validität in Bezug auf die Kategorien bis auf weiteres vorausgeschickt werden.

5.6 Auswertung und Interpretation der Inhaltsanalyse

Grundsätzlich ist vorzuschicken, dass die Auswertung der Ergebnisse jeweils getrennt nach Mediengruppen erfolgt. Dies resultiert aus der zusätzlichen Analyse der APA-Meldungen, die innerhalb des Untersuchungsgegenstandes eine Sonderstellung einnehmen. Die Darstellung der Ergebnisse entspricht daher immer nur der Untersuchungseinheit der Printmedien. In den relevanten Fällen wird die Analyse der APA-Meldungen zusätzlich gesondert dargestellt.

Insgesamt wurden in der Untersuchungsgrundgesamtheit 377 Beiträge mit pharmazeutischen Informationen identifiziert und ausgewertet. Rund zwei Drittel der Beiträge konnten der Gruppe der Fachzeitschriften zugeordnet werden. 24,6 Prozent der analysierten Beiträge stammen aus Tageszeitungen. Die analysierten Beiträge in den Publikumszeitschriften sind mit circa zehn Prozent am Gesamtanteil als relativ niedrig einzustufen. Die Ergebnisse dieser Mediengruppe

⁴¹⁸ Vgl. Früh, Werner: Inhaltsanalyse: Theorie und Praxis. Konstanz: UVK, 1998, S. 167.

dürfen daher aufgrund der geringen Fallzahl (n=30) keineswegs als signifikant bezeichnet werden, sondern lassen nur tendenzielle Interpretationsmöglichkeiten zu. Innerhalb der Gruppen verhält sich die Verteilung über die einzelnen Medien weitgehend homogen. Eine Ausnahme bildet in der Gruppe der Tageszeitungen die Kronen-Zeitung, in der ungefähr dreimal so viele Beiträge mit pharmazeutischen Informationen wie in den anderen Tageszeitungen identifiziert wurden. In der Gruppe der Fachzeitschriften ist der vergleichsweise niedrigste Anteil der besagten Beiträge mit rund elf Prozent für die Österreichische Ärztezeitung erwähnenswert. Die APA-Beiträge nehmen mit 18 Prozent eine Sonderstellung innerhalb der Untersuchung ein, da sie einerseits nicht zur Gruppe der Printmedien zu zählen sind und andererseits in erster Linie aufgrund ihrer Agenda-Setting-Funktion in die Untersuchung miteinbezogen wurden.

Tabelle 2: Häufigkeit von Beiträgen mit pharmazeutischen Informationen pro Titel

Medium	Anzahl Artikel	Anteil in %	Anteil in % ohne APA
<u>Tageszeitungen total</u>	76	20,2	24,6
Kronen-Zeitung	38	10,1	12,3
Kurier	14	3,7	4,5
Der Standard	14	3,7	4,5
Die Presse	10	2,7	3,2
<u>Publikumszeitschriften total</u>	30	8,0	9,7
Medizin populär	5	1,3	1,6
Gesundheit	5	1,3	1,6
People	11	2,9	3,6
News LEBEN	9	2,4	2,9
<u>Fachzeitschriften total</u>	203	53,8	65,7
Ärzte Krone	50	13,3	16,2
Ärzte Woche	55	14,6	17,8
Medical Tribune	63	16,7	20,4
Österreichische Ärztezeitung	35	9,3	11,3
<u>APA- Meldungen total</u>	68	18,0	
<u>TOTAL</u>	377	100	100

- **Hypothese 1:** Im Vergleich zur politischen Berichterstattung sind in der Pharmaberichterstattung nicht alle Nachrichtenfaktoren relevant. (++)

Um einen Vergleich der Relevanz der Nachrichtenfaktoren im Hinblick auf die Pharma- und die Politikberichterstattung durchführen zu können, scheint es zunächst notwendig, auf die Bedeutung der einzelnen Nachrichtenfaktoren in der Pharmaberichterstattung näher einzugehen. Dabei ist vor allem die Streuung der Fälle über die einzelnen Codes interessant, da diese in weiterer Folge Aufschluss darüber gibt, ob der einzelne Faktor einen Einfluss auf den Umfang ausüben kann. Ist die Streuung des jeweiligen Faktors zu gering bzw. nicht vorhanden, kann dieser nicht in die Regressionsanalyse miteinbezogen werden und somit auch keinen Einfluss auf den Umfang ausüben.

Tabelle 3: Streuung der Nachrichtenfaktoren in der Pharmaberichterstattung

Nachrichtenfaktoren	Ausprägung der Nachrichtenfaktoren									
	0	In %	1	In %	2	In %	3	In %	9	In %
räumliche Nähe (nur bei Vork. im Ausland)*	6	2%	1	0%	2	1%	38	12%	262	85%
Status der Ereignisregion*	0	0%	209	67%	0	0%	0	0%	100	32%
institutioneller Einfluss	88	28%	157	51%	54	17%	7	2%	3	1%
persönlicher Einfluss	109	35%	105	34%	95	31%	1	0%	0	0%
Personalisierung	109	35%	14	5%	42	14%	144	47%	0	0%
Kontroverse*	256	83%	37	12%	15	5%	0	0%	1	0%
Aggression*	309	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Reichweite	11	4%	232	75%	30	10%	34	11%	2	1%
tatsächlicher Nutzen/Erfolg	8	3%	61	20%	193	62%	2	1%	45	15%
möglicher Nutzen/Erfolg	6	2%	57	18%	224	72%	11	4%	11	4%
tatsächlicher Schaden/Misserfolg	185	60%	22	7%	13	4%	2	1%	87	28%
möglicher Schaden/Misserfolg	185	60%	25	8%	12	4%	2	1%	85	28%
Total	1283	35%	912	25%	676	18%	241	6%	596	16%

*Streuung zu gering, n= 309 (nur Printbeiträge)

Die Ausprägung der Nachrichtenfaktoren folgt grundsätzlich der Ausprägung bzw. der Einteilung der Codes nach Kepplinger, wobei diese den Einheiten 0, 1, 2, 3 und 9 entspricht. 0

bezeichnet dabei immer die geringste Ausprägung und 3 die höchste. Der Code 9 wird immer dann verwendet, wenn der Faktor nicht zutrifft bzw. der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt. Die Bestimmung der Nachrichtenfaktoren bezieht sich immer auf das Ereignis bzw. das Thema des Beitrags.

Insgesamt ist festzuhalten, dass für den Code 0 die meisten Fälle kodiert wurden und für die Codes 1 bis 3 die Anzahl der Fälle sukzessive abnimmt. In 16 Prozent aller Fälle konnte der Nachrichtenfaktor nicht zugeordnet werden.

Betrachtet man die einzelnen Faktoren nun genauer müssen aufgrund der inhomogenen Verteilung bereits einige Faktoren im Hinblick auf die Regressionsanalyse ausgeschlossen werden. Die Faktoren, die für die Pharmaberichterstattung nicht relevant sind, da sie konstante bzw. annähernd konstante Werte aufweisen, sind „Aggression“, „Kontroverse“, „Status der Ereignisregion“ und „Räumliche Nähe“ (vgl. Tabelle 3).

Die ungleichmäßige Verteilung des Nachrichtenfaktors der **„Räumlichen Nähe“** in der österreichischen Pharmaberichterstattung lässt sich dahingehend erklären, dass sich 85 Prozent der untersuchten Artikel auf das Land Österreich beziehen. In diesem Fall entspricht dies dem Code 9, der 85 Prozent aller Fälle enthält. 12 Prozent aller Beiträge wurden mit dem Code 3 versehen, der alle europäischen Länder, die an Österreich angrenzen, beinhaltet. Die Ausprägungen 0 bis 2 wurden kaum kodiert. Der Nachrichtenfaktor weist daher eine zu geringe Streuung auf und kann daher nicht in die Regressionsanalyse miteinbezogen werden.

Der **„Status der Ereignisregion“** bezeichnet die politische und wirtschaftliche Bedeutung von Orten in Österreich. Bereits im Zuge des Pre-Tests konnte festgestellt werden, dass eine Dreiteilung der Bewertung nicht möglich ist. Dies liegt vor allem daran, dass Österreich im Vergleich zu Deutschland⁴¹⁹ nur über wenige Standorte mit politischer und wirtschaftlicher Bedeutung verfügt. Die Bewertung erfolgt daher entweder anhand des Codes 1, der alle österreichischen Bundeshauptstädte und zusätzlich Ereignisse und Themen in einzelnen Bundesländern sowie bundesweite Ereignisse und Themen umfasst. Code 9 wird verwendet, wenn es sich um internationale Sachbestände handelt oder wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt. Aufgrund der zu geringen Streuung bzw. der dichotomen Ausprägung kann auch dieser Faktor nicht in die Regressionsanalyse miteinbezogen werden.

Auch der Faktor der **„Kontroverse“** ist für die Regressionsanalyse nicht relevant. Dieser Faktor kommt in der Pharmaberichterstattung lediglich in der Diskussion um Wirkungen und Nebenwirkungen von Therapien, Wirkstoffsubstanzen, Arzneimitteln usw. zum Ausdruck. In 83 Prozent aller Artikel ist jedoch keine Kontroverse erkennbar (vgl. Tabelle 3). 12 Prozent der Beiträge beinhalten eine gemäßigte Auseinandersetzung bzw. die sachliche Darstellung

⁴¹⁹ Die Ereignisregion bezog sich in Keppingers Untersuchung auf Deutschland

divergierender Ansichten (Code 1) und nur fünf Prozent haben eine massive öffentliche Kritikausübung zum Inhalt (Code 2). Der größte Ausprägungsgrad der Kontroverse konnte im Rahmen dieser Untersuchung nicht festgestellt werden.

Explikation

Große „Kontroverse“ (Code 2): „Impfkosten gegen humane Papillomviren trotzdem zu hoch.“ (Ärzte Woche, 15.2.2007, S. 6)

Geringe „Kontroverse“ (Code 1): Pietsch: „Unser Ziel, die Substitution weiter auszubauen, sehe ich nicht im Widerspruch mit den jetzt vorgenommenen restriktiven Regelungen. Diese wurden von zahlreichen Drogenexperten gewünscht und stellen trotz kontroversieller Diskussionen, einen guten fachlich ausgewogenen Konsens dar.“ Ärzte Woche, 22.2.2007, S. 1)

Der Nachrichtenfaktor der „**Aggression**“ konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht codiert werden, da dabei Gewaltausübung im Vordergrund steht, welche in der Pharmaberichterstattung nicht identifiziert werden konnte.

Alle weiteren Faktoren können im Sinne der Fragestellung als relevante Nachrichtenfaktoren im Hinblick auf die Pharmaberichterstattung bezeichnet werden, da eine Streuung über mehrere Codes zu identifizieren war. Gleichzeitig ist aber auch festzuhalten, dass die Streuung der Variablen nichts über den Einfluss auf den Umfang aussagt. Dieser wird erst anhand der Regressionsanalyse überprüft, welche die folgenden Nachrichtenfaktoren inkludiert:

Der „**institutionelle Einfluss**“ bezeichnet die politische, wirtschaftliche oder kulturelle Macht einer Institution. Der Faktor weist zwar eine Streuung auf, jedoch konzentrieren sich mehr als die Hälfte aller Fälle auf Code 1, da in den meisten Beiträgen Krankenhäuser als Institutionen erwähnt werden. Code 3, der nur für Institutionen mit dem höchsten Einfluss wie beispielsweise internationale Organisationen wie der WHO, Bundesministerien oder multinationale Konzerne verwendet wurde, wurde nur siebenmal kodiert. Code 2 wurde hingegen in 17 Prozent aller Fälle identifiziert und lässt auf internationale Interessensverbände, große Wirtschaftsunternehmen bzw. –konzerne oder berufsständische Vereinigungen wie zum Beispiel die Ärztekammer schließen. Code 0 wird kodiert, wenn keine Institution erkennbar bzw. sich die erwähnte Institution nicht in die Codes 1 bis 3 einordnen lässt. Dies war in immerhin 28 Prozent aller Beiträge der Fall.

Explikation

Größter „institutioneller Einfluss“ (Code 3): Zusammenarbeit der Pharma-Riesen: Novartis hat mit der Bayer Schering AG eine Vereinbarung unterzeichnet, durch die Novartis in der ersten Hälfte des Jahres 2009 Interferon Beta-1b gegen Multiple Sklerose (MS) untere eigenem Namen auf den Markt bringen kann. (Österreichische Ärztezeitung, 25.4.2007, S. 67)

Großer „institutioneller Einfluss“ (Code 2): Im Jahr 2006 publizierte die Europäische Kardiologische Gesellschaft (ESC) neue Guidelines zur Behandlung der stabilen Angina pectoris. (Ärzte-Krone, 6.4.2007, S. 48)

Geringer „institutioneller Einfluss“ (Code 1): „Eine Vielzahl kardio-metabolischer Risikofaktoren wie Typ-2-Diabetes mellitus und kardiovaskuläre Erkrankungen sind wiederum untrennbar miteinander verbunden“, berichtete Prof. Dr. Hermann Toplak, Univ.-Klinik für Innere Medizin, MedUni Graz, im Rahmen eines von sanofi-aventis unterstützten Symposiums bei der 34. Jahrestagung der Österreichischen Diabetes Gesellschaft Mitte November 2006 in Innsbruck. (Ärzte Woche, 22.2.2007, S. 44)

Der **„persönliche Einfluss“** bezeichnet die politische, wirtschaftliche oder kulturelle Macht einer Person innerhalb einer Institution. Dieser Nachrichtenfaktor kann nur dann identifiziert werden, wenn im Beitrag auch Personen genannt werden. Er bestimmt den Grad des Einfluss bzw. den gesellschaftlichen Rang, den die genannte Person inne hat. Unter Code 3 wird der höchste Einfluss wie beispielsweise von Staatsoberhäuptern, oberster Repräsentanten supranationaler Organisationen (UNO, UNESCO, NATO, EG, WHO) und von Leitern multinationaler Konzerne angenommen. Dieser konnte in der Pharmaberichterstattung nur in einem einzigen Fall identifiziert werden. Code 2 umfasst meist Repräsentanten großer Wirtschaftsunternehmen und Leiter wissenschaftlicher oder medizinischer Einrichtungen oder Institutionen wie zum Beispiel Chefarzte. Unter Code 1 werden vor allem Repräsentanten mittlerer Wirtschaftsunternehmen und Ärzte ohne gehobenen Rang zusammenfasst. Code 0 wird kodiert, wenn kein Einfluss erkennbar ist oder es sich um Personen ohne Fachkenntnisse und Entscheidungskompetenz handelt.

Sehr auffällig bei diesem Faktor erweist sich die Homogenität der Streuung. Alle Fälle verteilen sich zu je einem Drittel über die Codes 0 bis 2.

Explikation

Größter „persönlicher Einfluss“ (Code 3): Univ.-Prof. Dr. Karl Dantendorfer, Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek – beide zählen zu den bedeutendsten Psychiatern Österreichs – sowie Stefan Kuntze, Geschäftsführer des amerikanischen Pharmaunternehmens Eli-Lilly, führten die Botschafterin durch das Atelier Sonnensegel. (Ärzte Krone, 23.2.2007, S. 51)

Großer „persönlicher Einfluss“ (Code 2): Das Virologische Institut der Medizinischen Universität Wien (Leiter: Univ. Prof. Franz X. Heinz) hat den Beginn der Grippewelle in Österreich mit 6. Februar 2007 bestätigt. (Medical Tribune, 28.2.2007, S. 6)

Geringer „persönlicher Einfluss“ (Code 1): „Diese so genannten PDE-5-Hemmer wirken, indem sie die Blutgefäße im Penis erweitern und somit die Erektion fördern und stützen“, so erklärt Dr. Astrid Zeitelberger, niedergelassene Fachärztin für Urologie und Andrologie, beim Publikumstag „Sexualität und Gesundheit“ im Wiener Rathaus. (News Leben, 26.1.2007, S.18)

Unter **„Personalisierung“** wird die Bedeutung von Personen für den berichteten Sachverhalt verstanden. Dabei indiziert dieser Faktor auch gleichzeitig, ob in dem Beitrag Personen vorkommen oder nicht. Code 3 bezeichnet die größte Personalisierung, wobei sich das Geschehen ausschließlich um einige oder wenige, namentlich genannte oder genau bezeichnete Personen dreht. In den meisten Fällen handelte es sich um Interviews mit Ärzten bzw. Leitern von

medizinischen Einrichtungen. Dies konnte in 47 Prozent aller Fälle identifiziert werden, das im Vergleich zu allen anderen Faktoren die höchste Anzahl der Fälle für die größte Ausprägung bedeutet. Code 2 beschreibt das Verhältnis von Personen und unpersönliche Sachverhalte zu gleichen Teilen. Hierunter fallen vor allem die Äußerungen bzw. die direkten Aussagen von namentlich genannten Ärzten. Dieser Ausprägung konnten lediglich 14 Prozent der Fälle zugeordnet werden. Wird Code 1 kodiert, werden Personen zwar genannt, sind aber für das Geschehen ohne Bedeutung. Kern des Berichtes sind nüchterne Vorgänge und abstrakte Tatsachen. Auch diesem Code konnten nur fünf Prozent der Fälle zugeordnet werden. Unter Code 0 wird die geringste bzw. keine Personalisierung verstanden. Personen, Namen und Titel werden nicht genannt. Es handelt sich um eine rein nüchterne Tatsachendarstellung.

Explikation

Größte „Personalisierung“ (Code 3): Interview mit Univ. Prof. Elmar Joura vom AKH Wien (Österreichische Ärztezeitung, 25.3.2007, S. 58)

Große „Personalisierung“ (Code 2): Nicht wenige Patienten, die bereits eine Odyssee durch etliche Ärztepraxen, aber auch durch die Lokalitäten diverser „außermedizinischer Abzockspezialisten“ (Graninger) hinter sich haben, ehe überhaupt die richtige Diagnose gestellt wird, gehen davon aus, an einer unheilbaren Krankheit zu leiden. Deshalb ist es wichtig, die Betroffenen zu ermuntern, sich selber um ihre Gesundheit zu kümmern, und wie Fürst es formulierte, „den Blickpunkt nicht auf die Krankheit zu richten, sondern auf die Ressourcen.“ (Ärzte Woche, 25.1.2007, S. 6)

Geringe „Personalisierung“ (Code 1): Im Tiermodell und in vitro wurde die Pathogenität von M. genitalium eindeutig nachgewiesen, schreiben Professor Dr. Jonathan D.C.Ross und Jorgen Skov Jensen in der Zeitschrift „Sexually Transmitted Infections“. (Medical Tribune, 21.2.2007, S.13)

Als „**Reichweite**“ wird die Anzahl der Personen bezeichnet, die an einem Ereignis teilnehmen bzw. für ein Thema bedeutsam sind oder direkt davon betroffen sind. Es wird nicht die Anzahl der Teilnehmer, sondern die Anzahl der betroffenen Personen verschlüsselt. In 75 Prozent aller Fälle wurde hier mit dem Code 1 kodiert, der eine geringe Reichweite beschreibt. Betroffen ist eine Person oder bestimmte Personengruppen, wie beispielsweise an Krebs erkrankte Menschen. Code 2 und 3 wurden jeweils in nur 10 Prozent der Fälle kodiert. Code 2 beschreibt dabei eine große Reichweite, d.h. soziale Kategorien wie alle Frauen oder alle Männer. Code 3 deutet auf die Betroffenheit der Gesamtbevölkerung hin. Code 0 bezeichnet die geringste Reichweite bzw. keine Reichweite: Es sind keine Personen direkt betroffen, d.h. es ist keine Betroffenheit erkennbar, was nur vier Prozent aller Beiträge betrifft.

Explikation

Größte Reichweite (Code 3): Derzeit erreicht die Influenzawelle laut EISS in Österreich wie in den meisten anderen mitteleuropäischen Ländern mittleres Niveau. (Ärzte-Krone, 23.2.2007, S. 56)

Große Reichweite (Code 2): 80 Prozent aller Knochenbrüche bei alten Menschen sind durch verminderte Knochendichte und/oder Stütze bedingt (Medical Tribune, 28.2.2007, S. 24)

Geringe Reichweite (Code 1): Bei Herzinsuffizienz mit ACE-Hemmer oder Betablocker beginnen. (Ärzte-Krone, 26.1.2007, S. 34)

Als „**tatsächlicher Nutzen/Erfolg**“ werden jene Ereignisse und Themen bezeichnet, die in der allgemeinen Beurteilung als positiv gelten oder als Erfolg gewertet werden. Dabei geht es nicht um die subjektive Sichtweise eines Beteiligten, sondern um das allgemeine Verständnis wie man es einem Durchschnittsleser unterstellen kann. Die höchste Anzahl der Fälle (62 Prozent) wurde dabei mit Code 2 kodiert, d.h. ein großer Fortschritt auf einem wichtigen Gebiet wurde beschrieben. Die niedrigste (Code 0) und die höchste Ausprägung (Code 3), die entweder keinen Nutzen oder den größten Nutzen/Erfolg anzeigen, wurden kaum zugeordnet. 20 Prozent entfielen auf Code 1, der entweder kleine Fortschritte auf einem wichtigen Gebiet oder große Fortschritte auf einem unwichtigen Gebiet beschreibt.

Explikation

Größter „tatsächlicher Nutzen/Erfolg“ (Code 3): Britische Ärzte verabreichten einem in der 24. SSW mit 780 Gramm geborenen Frühchen Viagra® und sicherten dadurch sein Überleben. (Österreichische Ärztezeitung, 25.3.2007, S. 34)

Großer „tatsächlicher Nutzen/Erfolg“ (Code 2): Gerade bei neuropathischen Schmerzpatienten mit erfolgloser Vortherapie (u.a. mit Gabapentin und trizyklischen Antidepressiva) bietet Lyrica einen zusätzlichen therapeutischen Vorteil – daher wird Lyrica von zahlreichen Leitlinien als Mittel der ersten Wahl beim neuropathischen Schmerz empfohlen. (Medical Tribune, 4.4.2007, S. 17.)

Geringer „tatsächlicher Nutzen/Erfolg“ (Code 1): Manchmal genügen gezielte Maßnahmen abseits rezeptpflichtiger Medikamente. Zifko: „Gesunde Ernährung kann den Blutzuckerspiegel, die zusätzliche Einnahme von Lecithin den Cholesterinspiegel senken.“ (News Leben, 26.1.2007, S. 20)

Der „**mögliche Nutzen/Erfolg**“ bezeichnet die nach allgemeinem Verständnis positiven Folgen von Ereignissen und Themen, die wahrscheinlich oder eventuell eintreten können. Die Streuung über die einzelnen Codes verhält sich sehr ähnlich zum Faktor „tatsächlicher Nutzen/Erfolg“. Der größte Anteil (72 Prozent aller Fälle) entfällt auch hier auf den Code 2, der die Heilung einer Krankheit durch ein Arzneimittel prognostiziert. 18 Prozent der Beiträge wurden mit Code 1 kodiert, der beispielsweise erste Erfolge in klinischen Studien misst. Die Fallzahlen für Code 0 und Code 9 blieben unter der Fünf-Prozent-Marke und waren damit auch im Hinblick auf diesen Faktor nicht von Bedeutung.

Explikation

Größter „möglicher Nutzen/Erfolg“ (Code 3): Südafrika: Impfstofftests gegen Aids: In Südafrika hat der bisher größte afrikanische Test eines Impfstoffes gegen das HI-Virus begonnen. (Österreichische Ärztezeitung, 10.3.2007, S. 26)

Großer „möglicher Nutzen/Erfolg“ (Code 2): Die EU-Zulassung für einen pandemischen „Prototypen“-Grippeimpfstoff (Mock-up-Impfstoff) soll im Ernstfall die Grundlage für eine schnellere Zulassung und Verfügbarkeit eines spezifischen Pandemie-Impfstoffes bilden. (Medical Tribune, 14.3.2007, S. 8)

Geringer „möglicher Nutzen/Erfolg“ (Code 1): In dieser Studie wurde gezeigt, dass die bei der Therapie der Osteoporose übliche Wochentablette von Alendronat den Knochenmasseverlust hintanhält. (Ärzte Krone, 20.4.2007, S. 66)

Unter **„tatsächlicher Schaden/Misserfolg“** werden Ereignisse und Themen zusammengefasst, die nach allgemeinem Verständnis negativ sind oder bereits negative Folgen haben. Der Schaden bezieht sich immer auf das Handlungsobjekt bzw. das Opfer. Als sehr auffällig bei diesem Faktor erweist sich die hohe Konzentration von 60 Prozent auf den Code 0, der keinen Schaden erkennen lässt. Unter Code 1 wird die Verringerung des Lebensstandards, eine Verletzung oder eine leichte Krankheit thematisiert, was nur in 7 Prozent aller Beiträge identifiziert werden konnte. Code 2 und Code 3 beschreiben schwere Krankheiten bzw. den Tod und haben in beiden Fällen die Fünf-Prozent-Marke nicht überschritten. Nicht unwesentlich ist der Anteil von fast 30 Prozent, der auf Code 9 entfiel, d.h. dass der inhaltliche Bezug zu diesem Faktor nicht vorhanden war.

Explikation

Größter „tatsächlicher Schaden/Misserfolg“ (Code 3): „Das bisher milde Wetter sollte nicht dazu veranlassen, sich nicht impfen zu lassen. Die Grippe kommt bestimmt und wird wieder unnötige Todesopfer fordern“ (People, 1/2007, S. 6)

Großer „tatsächlicher Schaden/Misserfolg“ (Code 2): (...) Denn dann bewirkt die Substanz unkontrollierte Rauschzustände mit Übelkeit und führt sogar zu Suchtverhalten. Den Apothekern ist der zunehmende Konsum bei Drogenabhängigen aufgefallen (Ärzte Woche, 8.2.2007, S. 8)

Geringer „tatsächlicher Schaden/Misserfolg“ (Code 1): Die häufigste Nebenwirkung von Duloxetine ist Übelkeit. Deren Auftreten kann durch die Einnahme zur Mahlzeit reduziert werden. Eine mögliche Nebenwirkung ist auch Mundtrockenheit. (Medical Tribune, 11.4.2007, S. 11)

Unter **„möglicher Schaden/Misserfolg“** werden die negativen Auswirkungen und Folgen von Ereignissen und Themen zusammengefasst, die wahrscheinlich oder eventuell eintreten können. Auch dieser Faktor bezieht sich immer auf die Perspektive des Handlungsobjektes. Wie auch schon bei den Faktoren des Nutzen/Erfolgs deutlich wurde, verhält sich auch hier die Streuung zwischen einem tatsächlichen und einem möglichen Fall sehr ähnlich. Dahingehend konnte auch für diesen Faktor die höchste Fallanzahl mit 60 Prozent für Code 0 gemessen werden. Die Codes 1 bis 3 blieben jeweils mit unter 10 Prozent unter der gesamten Fallanzahl. Code 3 beschreibt dabei die mögliche Zerstörung menschlichen Lebens und unter Code 2 wird die mögliche Entstehung schwerer Krankheiten und Verletzungen zusammengefasst. Code 1 beschreibt eine mögliche Verringerung des Lebensstandards. Auffällig ist auch hier wieder die

relativ hohe Fallzahl (30 Prozent aller Beiträge), die mit Code 9 versehen wurde und daher auf einen fehlenden Bezug schließen lässt.

Explikation

Größter „möglicher Schaden/Misserfolg“ (Code 3): Niemand weiß wann die Grippe kommt. Aber dass sie nicht im Februar kommt, ist ziemlich sicher. Alljährlich drückt sie Zehntausende Österreicher ins Bett und fordert vor allem unter der älteren Bevölkerung mehr als tausend Todesopfer. (News Leben, 26.1.2007, S. 30)

Großer „möglicher Schaden/Misserfolg“ (Code 2): Pathophysiologisch sind Autoantikörper, die sich gegen dem Komplex aus Heparin und Plättchenfaktor 4 richten, maßgeblich beteiligt. Auf der einen Seite kommt es zur Plättchenaktivierung, die im weiteren Verlauf Thrombosen begünstigt. (Medical Tribune 7.3.2007, S. 6.)

Geringer „möglicher Schaden/Misserfolg“ (Code 1): Neben der bekannten erhöhten Häufigkeit von gastrointestinalen Nebenwirkungen und Schwindel (vor allem bei höherer Dosierung) wurden in einigen Fällen auch depressive Verstimmungen registriert. Es bleibt zu klären, wie Rimonabant bei Diabetespatienten mit depressiver Symptomatik oder Angststörungen einzusetzen ist; entsprechende Studien laufen. (Ärzte-Krone, 9.2.2007, S. 54)

Nachdem die Bedeutung und die Ausprägung der einzelnen Faktoren in der Pharmaberichterstattung dargestellt wurde, soll im nächsten Schritt die eigentliche Beantwortung der Hypothese erfolgen. Dazu soll ein Vergleich zu den Untersuchungsergebnissen Matthias Kepplingers zur politischen Berichterstattung in Deutschland von 1951 bis 1995 hergestellt werden. Kepplinger ermittelte anhand einer Teilstichprobe die Nachrichtenwerte der Nachrichtenfaktoren. Dazu wurde der gesamte Untersuchungszeitraum in drei gleich große Perioden geteilt. Für jede Periode wurde mithilfe einer multiplen Regressionsanalyse der Einfluss der elf Nachrichtenfaktoren auf den Umfang der Berichterstattung ermittelt (Vgl. Tabelle 4). Hier ist anzumerken, dass die Untersuchung ursprünglich auf zwölf Faktoren basierte. Der Faktor der „Räumlichen Nähe“ wurde jedoch von Kepplinger in der Reformulierung der Theorie nicht berücksichtigt.

Tabelle 4: Untersuchung Keplingers zur Nachrichtenwert-Theorie anhand der politischen Berichterstattung

	1951-65	1966-80	1981-95
Konstante	B 5,075***	B 4,836***	B 12,643***
Nachrichtenfaktoren			
Status der Ereignisregion	0,443	0,832	2,090*
institutioneller Einfluss	3,834***	2,832***	1,643
persönlicher Einfluss	5,007***	6,127***	8,472***
Personalisierung	2,468***	3,183***	4,071***
Kontroverse	9,952***	12,712***	8,651***
Aggression	0,657	3,856***	-0,743
Reichweite	5,945***	7,490***	5,414***
tatsächlicher Erfolg/Nutzen	2,883***	3,849***	1,345
möglicher Erfolg/Nutzen	4,204***	6,860***	1,843
tatsächlicher Schaden/ Misserfolg	2,358	0,704	1,530
möglicher Schaden/ Misserfolg	1,693**	3,639***	5,103***

Signifikanz: *tendenziell signifikant (p<0.1), **signifikant (p<0,05), *** hoch signifikant (p<0,01)

In Keplingers Untersuchung der politischen Berichterstattung behielten von neun Nachrichtenfaktoren, die in der ersten Periode einen signifikanten Nachrichtenwert besaßen, fünf Faktoren ihren signifikanten Einfluss. Bei diesen Faktoren handelt es sich um den „persönlichen Einfluss“, den Grad der „Personalisierung“, den „möglichen Schaden/Misserfolg“, „Kontroverse“ und „Reichweite“ (vgl. Tabelle 4).⁴²⁰ Bis auf den Faktor des „tatsächlichen Schadens/Misserfolg“ hatte jeder der untersuchten Nachrichtenfaktoren zumindest einmal in den drei Untersuchungsperioden einen signifikanten Einfluss auf den Inhalt. Es kann also vorausgesetzt werden, dass alle untersuchten Nachrichtenfaktoren für die Politikberichterstattung als relevant erachtet wurden. Dies bestätigen auch die signifikanten Ergebnisse bezüglich des Einflusses auf den Umfang.

Im Unterschied zu den Ergebnissen Keplingers konnten im Zuge der Analyse der Streuung der einzelnen Nachrichtenfaktoren für die Pharmaberichterstattung bereits im Vorfeld einige Nachrichtenfaktoren von der Regressionsanalyse ausgeschlossen werden. Unabhängig von der Nachrichtenwert-Theorie gibt eine Betrachtung der Ausprägung der jeweiligen Faktoren zusätzlichen Aufschluss über die inhaltlichen Kriterien der Pharmaberichterstattung (vgl. Abbildung 17). Auf der vierstufigen Skala, die dem Kategorienschema zugrunde liegt, befinden sich lediglich drei Faktoren im oberen Bereich. Hohe Werte weisen nur der Faktor der „Personalisierung“, der „tatsächliche Nutzen/Erfolg“ und der „mögliche Nutzen/Erfolg“ aus.

⁴²⁰ Vgl. Keplinger/Rouwen, 2000, S.466f.

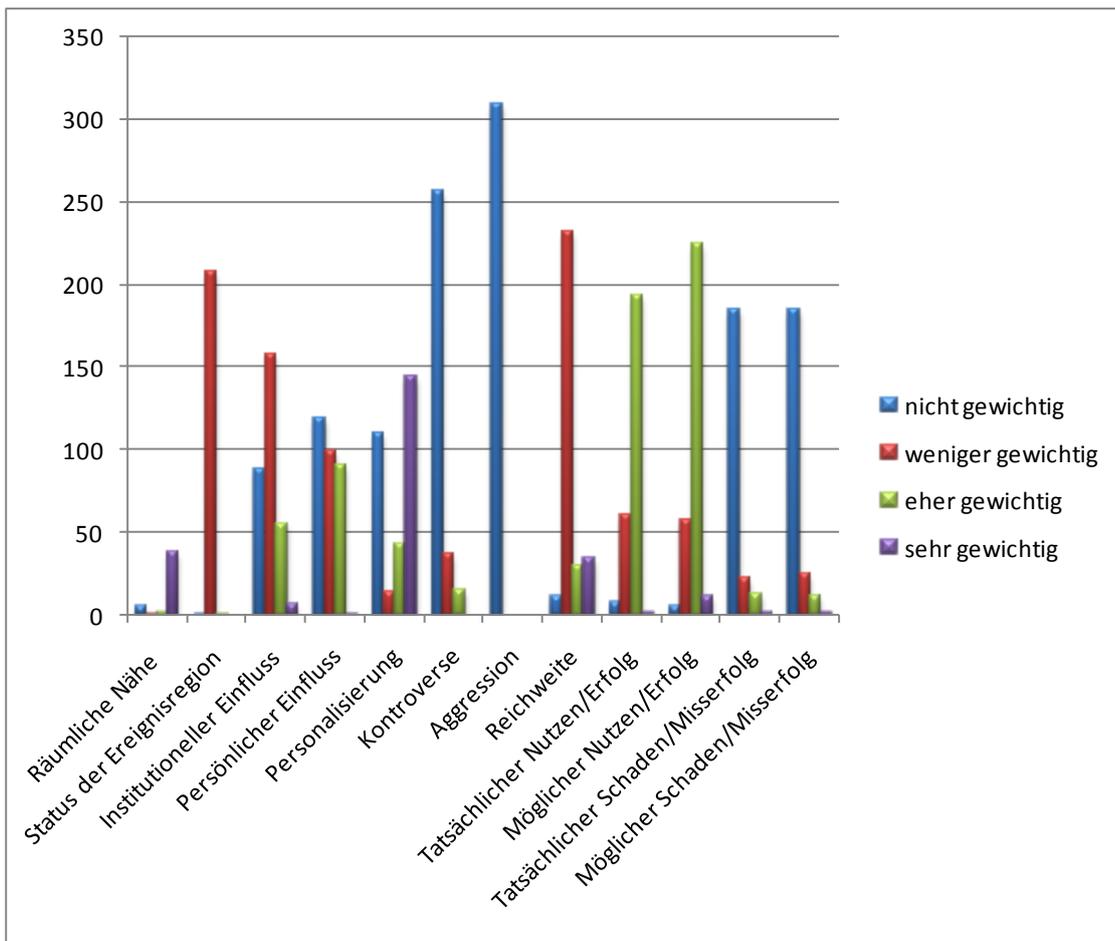


Abbildung 17: Ausprägung der Nachrichtenfaktoren in der Pharmaberichterstattung

Anhand der vorangegangenen Analysen bezüglich der Ausprägung der einzelnen Nachrichtenfaktoren der Pharmaberichterstattung kann festgehalten werden, dass nicht alle Nachrichtenfaktoren, die für die politische Berichterstattung von Bedeutung sind, auch für die Pharmaberichterstattung relevant sind. Die Faktoren „Aggression“, „Kontroverse“, „Status der Ereignisregion“ und „Räumliche Nähe“ haben für die Pharmaberichterstattung keinerlei Relevanz und somit muss die Hypothese verifiziert werden.

- **Hypothese 2:** Im Vergleich zur politischen Berichterstattung sind in der Pharmaberichterstattung signifikante Unterschiede in der Ausprägung der einzelnen Nachrichtenwerte zu erkennen. (++)

Anhand der Nachrichtenfaktoren, die in Bezug auf die Streuung als brauchbar bezeichnet werden können (vgl. Tabelle 3), wurde eine Regressionsanalyse nach dem Modell Keplingers durchgeführt. Im Vergleich zur Untersuchung Keplingers über die politische Berichterstattung konnten für den hier vorliegenden Untersuchungsgegenstand innerhalb der Pharmaberichterstattung nur zwei Faktoren als signifikant identifiziert werden.

Der „persönliche Einfluss“ und der „tatsächliche Nutzen“ sind in diesem Kontext als signifikant im Hinblick auf den Umfang, d.h. auf die Nachrichtenwerte der Pharmaberichterstattung zu bezeichnen (vgl. Tabelle 5). Hierbei ist aber zu berücksichtigen, dass sich der Einfluss des „tatsächlichen Nutzens“ in negativer Richtung auf den Umfang auswirkt. Als „tatsächlicher Nutzen“ werden jene Ereignisse und Themen bezeichnet, die in der allgemeinen Beurteilung als positiv gelten oder als Erfolg gewertet werden. Dies bedeutet, dass der Umfang eines Beitrages geringer wird, je positiver bzw. erfolgreicher ein Ereignis oder ein Thema beurteilt wird. Dieses Ergebnis ist im Hinblick auf das Forschungsinteresse äußerst interessant zu werten, da dieser Nachrichtenfaktor im Vergleich zur politischen Berichterstattung ein völlig entgegengesetztes Korrelationsmaß aufweist.

Tabelle 5: Einfluss der Nachrichtenwertfaktoren auf den Umfang der Pharmaberichterstattung

	1951-65	1966-80	1981-95	Pharmabericht- erstattung- PRINT
Konstante	B 5,075***	B 4,836***	B 12,643***	B 327,327*
Nachrichtenfaktoren				
x1=Status der Ereignisregion	0,443	0,832	2,090*	-
x2=institutioneller Einfluss	3,834***	2,832***	1,643	-29,965
x3=persönlicher Einfluss	5,007***	6,127***	8,472***	192,848***
x4=Personalisierung	2,468***	3,183***	4,071***	-26,069
x5=Kontroverse	9,952***	12,712***	8,651***	-
x6=Aggression	0,657	3,856***	-0,743	-
x7=Reichweite	5,945***	7,490***	5,414***	-2,073
X8=tatsächlicher Erfolg/Nutzen	2,883***	3,849***	1,345	-163,014*
x9=möglicher Erfolg/Nutzen	4,204***	6,860***	1,843	119,139
x10=tatsächlicher Schaden/ Misserfolg	2,358	0,704	1,530	27,789
x11=möglicher Schaden/ Misserfolg	1,693**	3,639***	5,103***	6,232

Signifikanz: *tendenziell signifikant ($p < 0.1$), **signifikant ($p < 0,05$), *** hoch signifikant ($p < 0,01$)

Der „persönliche Einfluss“ beschreibt wie auch in der politischen Berichterstattung die politische, wirtschaftliche oder kulturelle Macht einer Person innerhalb einer Institution. In der Pharmaberichterstattung verhielt sich die Ausprägung dieses Faktors sehr homogen. Lediglich der höchste Grad (Code 3) wurde nicht kodiert. Der „persönliche Einfluss“ wird aufgrund der Position bzw. der Stellung der Person innerhalb einer Institution bzw. im Bezug auf die Öffentlichkeit festgelegt. Ein Artikel, in dem beispielsweise Univ. Prof. Franz X. Heinz, Institutsvorstand des klinischen Instituts für Virologie der medizinischen Universität Wien, namentlich erwähnt wird, wird auf der Skala von null bis drei, die Ausprägung zwei

zugeschrieben. Der hohe Grad des persönlichen Einflusses bedingt in diesem Fall einen positiven Anstieg des Umfangs des Artikels.

Auffällig ist vor allem der eklatante Unterschied der Signifikanz der Nachrichtenwerte zwischen der Politik- und der Pharmaberichterstattung. Während in der Pharmaberichterstattung nur der „persönliche Einfluss“ eine Auswirkung auf den Umfang hatte, übten in der politischen Berichterstattung nahezu alle Nachrichtenfaktoren einen Einfluss auf den Umfang aus. Zwar hat sich der Nachrichtenwert von einigen Nachrichtenfaktoren im Laufe der Jahrzehnte geändert, jedoch besaßen im Laufe der Untersuchungsperiode fünf der elf Nachrichtenfaktoren einen stabilen Nachrichtenwert. Dabei handelte es sich um den „persönlichen Einfluss“, „Personalisierung“, „Kontroverse“, „Reichweite“ und den „möglichen Schaden/Misserfolg“. ⁴²¹

Verglichen mit der Pharmaberichterstattung, in der nahezu alle Nachrichtenfaktoren im Bezug auf den Umfang eine zu geringe bzw. fehlende Signifikanz aufwiesen, kann die Hypothese verifiziert werden.

- **Hypothese 3:** Beim Nachrichtenwert der Nachrichtenfaktoren handelt es sich um eine eigenständige Variable. Daher lässt sich durch die ermittelte Ausprägung der Nachrichtenfaktoren eine Prognose für den Umfang der Beiträge ableiten. **(++)**

Im Hinblick auf die Reformulierung der Nachrichtenwert-Theorie nach Keplingers Modell wurde versucht mit den vorliegenden ermittelten Werten eine Prognose für den Umfang der Beiträge zu erstellen. Diesbezüglich wurden die in Tabelle 5 berechneten B-Werte in die ursprüngliche Regressionsgleichung eingesetzt (vgl. Kap. 2.5.1), wobei die Variablen x für die Nachrichtenfaktoren stehen. Die so ermittelte Gleichung lautet daher:

$$Y = 327,327 - 29,965x_2 + 192,848x_3 - 26,069x_4 - 2,073x_7 - 163,014x_8 + 119,139x_9 + 27,789x_{10} + 6,232x_{11}$$

Zwischen den berechneten und gemessenen Beitragsumfängen besteht eine Korrelation von $r = 0,372$. Wie auch bei Keplinger, der im Vergleich dazu einen Korrelationskoeffizienten von 0,54 erhielt, sind dies durchaus beachtliche Werte und deuten darauf hin, dass sich mithilfe der Nachrichtenwert-Theorie der Umfang von Beiträgen gut vorhersagen lässt. ⁴²² Im vorliegenden Fall kann die Varianz des Umfangs zu 37 Prozent durch die Regressionsgerade erklärt werden. Keplinger weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Nachrichtenwert von Nachrichtenfaktoren daher als auch eigenständige Variable betrachtet werden muss. Dies bestätigt auch die Tatsache, dass gleiche Meldungen für unterschiedliche Medien einen unterschiedlichen Nachrichtenwert besitzen.

⁴²¹ Vgl. Keplinger/Rouwen, 2000, S.469.

⁴²² Vgl. Keplinger/Rouwen, 2000, S.472.

Hinsichtlich der Analyse der APA-Meldungen konnten keine signifikanten Korrelationen festgestellt werden. Ein möglicher Erklärungsansatz dieses Umstandes kann in der Anwendung von journalistischen Selektionskriterien bestehen. Zum einen könnten Journalisten in ihrer Funktion als Gatekeeper, wie sie im Medien-Agenda-Setting-Ansatz diskutiert wurde (vgl. Kap. 2.5.2) nur solche Themen auswählen, die auch entsprechend signifikante Nachrichtenwerte aufweisen. Zum anderen könnte dies auf Entscheidungsprozesse im Sinne der „instrumentellen Aktualisierung“ nach Kepplinger hinweisen (vgl. Kap. 2.5.1), indem Nachrichten mit den entsprechenden Nachrichtenfaktoren bzw. Nachrichtenwerten angereichert werden.

- **Hypothese 4:** In der Pharmaberichterstattung hat der Nachrichtenfaktor „Personalisierung“ einen signifikanten Einfluss auf den Umfang der Berichte. (--)

Wie bereits durch die Verifizierung der Hypothese 2 bestätigt wurde, hatten in der Pharmaberichterstattung nur die Nachrichtenfaktoren „persönlicher Einfluss“ und „tatsächlicher Nutzen/Erfolg“ einen signifikanten Einfluss auf den Inhalt. Der Nachrichtenfaktor der „Personalisierung“ hat keinen signifikanten Einfluss auf den Umfang der Berichte in der Pharmaberichterstattung (vgl. Tabelle 5). Die im Bezug auf das Forschungsinteresse generierte Annahme, dass die „Personalisierung“, d.h. die Bedeutung von Personen für den berichteten Sachverhalt, einen Einfluss auf den Umfang des Beitrages hat, gilt somit als widerlegt und die Hypothese muss falsifiziert werden.

Erwähnenswert erscheint jedoch die Ausprägung dieses Nachrichtenfaktors. Auch wenn dieser keinen signifikanten Einfluss auf den Umfang der Berichte ausübt, konnten immerhin in mehr als der Hälfte (66 Prozent) aller untersuchten Beiträge Personen identifiziert werden (vgl. Tabelle 3). Dabei handelte es sich in 47 Prozent um die größte Personalisierung, d.h. das berichtete Geschehen drehte sich ausschließlich um Personen. Große Personalisierung, d.h. Äußerungen von Personen, die im Mittelpunkt des Geschehens standen, konnten zu 14 Prozent festgestellt werden. In fünf Prozent der untersuchten Artikel wurden Personen zwar genannt, waren aber für das Geschehen ohne Bedeutung.

Im Hinblick auf die einzelnen Mediengruppen ergibt die Ausprägung dieses Faktors ebenfalls ein interessantes Bild:

Tabelle 6: Streuung des Nachrichtenfaktors „Personalisierung“ pro Mediengruppe

Ausprägung Nachrichtenfaktor der Personalisierung"									
Medium	0	in %	1	in %	2	in %	3	in %	Total
Kronen-Zeitung	2	5%	0	0%	0	0%	36	95%	38
Kurier	3	21%	2	14%	2	14%	7	50%	14
Der Standard	1	7%	1	7%	6	43%	6	43%	14
Die Presse	1	10%	0	0%	0	0%	9	90%	10
Tageszeitungen	7	9%	3	4%	8	11%	58	76%	76
Medizin populär	0	0%	0	0%	4	80%	1	20%	5
Gesundheit	1	20%	0	0%	2	40%	2	40%	5
News Leben	1	9%	0	0%	2	18%	8	73%	11
People	2	22%	0	0%	1	11%	6	67%	9
Publikumszeitschriften*	4	13%	0	0%	9	30%	17	57%	30
Ärzte Krone	21	42%	0	0%	7	14%	22	44%	50
Ärzte Woche	26	47%	0	0%	3	5%	26	47%	55
Medical Tribune	32	51%	7	11%	10	16%	14	22%	63
Österreichische Ärztezeitung	19	54%	4	11%	5	14%	7	20%	35
Fachzeitschriften	98	48%	11	5%	25	12%	69	34%	203
APA-Meldungen	15	22%	1	1%	5	7%	47	69%	68
Total	124	33%	15	4%	47	12%	191	51%	377

*n=im Vergleich zur Anzahl der Gesamtstichprobe zu gering, Ergebnisse sind daher nur als Tendenzen zu betrachten

Der insgesamt sehr hohe Anteil der „größten Personalisierung“ (Ausprägung/Code 3) ergibt sich insbesondere durch die hohe Ausprägung dieses Faktors bei Tageszeitungen, Publikumszeitschriften und APA-Meldungen. Im Gegensatz dazu konnte in der Gruppe der Fachzeitschriften eine sehr niedrige Ausprägung an personalisierten Beiträgen identifiziert werden (vgl. Tabelle 6). Hier steht zu 48 Prozent die nüchterne Tatsachendarstellung im Vordergrund.

Auch wenn diese Übersicht tatsächlich nichts über den Nachrichtenwert des Faktors der „Personalisierung“ aussagt, kann die unterschiedliche Streuung dieses Faktors als Indiz dafür gesehen werden, dass jedes Medium die Nachrichtenfaktoren unterschiedlich gewichtet. So kann aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse gesagt werden, dass im Bereich der Pharmaberichterstattung vor allem in der Laienpresse weitaus häufiger Ereignisse und Themen in Verbindung mit Personen dargestellt werden als in der Fachpresse.

- **Hypothese 5:** In der Pharmaberichterstattung hat der Nachrichtenfaktor „persönlicher Einfluss“ einen signifikanten Einfluss auf die Nachrichtenwerte und somit auf den Umfang der Berichte. (++)

Der „persönliche Einfluss“ kann im Hinblick auf den Umfang der Berichte in der Pharmaberichterstattung als hoch signifikant eingestuft werden. Auch wenn die Personen selbst keinen Einfluss auf den Umfang der Berichterstattung ausüben, haben deren Funktionen oder

Tätigkeiten ein vergleichsweise hohes Gewicht. Der Umfang und somit der Nachrichtenwert eines Berichts ist umso höher, je höher der Grad des persönlichen Einflusses der jeweiligen Person ist, die genannt wird. Beispielsweise hat ein Leiter eines medizinischen Instituts oder ein Vorstand einer Krankenhausabteilung mehr Einfluss auf den Umfang als ein der Öffentlichkeit unbekannter, niedergelassener Arzt. Auch in diesem Zusammenhang ist die Betrachtung der Ausprägungen über die einzelnen Medien sehr aufschlussreich (vgl. Tabelle 7). Es darf nicht verwunderlich erscheinen, dass hier die gleiche Anzahl der Fälle für die geringste Ausprägung wie für den Faktor der „Personalisierung“ gemessen wurde. Diese logische Konsequenz ergibt sich aus der Tatsache, dass der „persönliche Einfluss“ nur in jenen Beiträgen kodiert werden kann, in denen auch eine Personalisierung vorliegt.

Tabelle 7: Streuung des Nachrichtenfaktors „Persönlicher Einfluss“ pro Mediengruppe

Medium	Ausprägung Nachrichtenfaktor "Persönlicher Einfluss"								Total
	0	in %	1	in %	2	in %	3	in %	
Kronen-Zeitung	2	5%	28	74%	8	21%	0	0%	38
Kurier	3	21%	9	64%	2	14%	0	0%	14
Der Standard	1	7%	5	36%	8	57%	0	0%	14
Die Presse	1	10%	4	40%	5	50%	0	0%	10
Tageszeitungen	7	9%	46	61%	23	30%	0	0%	76
Medizin populär	0	0%	1	20%	4	80%	0	0%	5
Gesundheit	2	40%	0	0%	3	60%	0	0%	5
News Leben	2	18%	7	64%	2	18%	0	0%	11
People	2	22%	1	11%	6	67%	0	0%	9
Publikumszeitschriften*	6	20%	9	30%	15	50%	0	0%	30
Ärzte Krone	24	48%	16	32%	9	18%	1	2%	50
Ärzte Woche	23	42%	3	5%	29	53%	0	0%	55
Medical Tribune	30	48%	20	32%	13	21%	0	0%	63
Österreichische Ärztezeitung	19	54%	10	29%	6	17%	0	0%	35
Fachzeitschriften	96	47%	49	24%	57	28%	1	0%	203
APA-Meldungen	15	22%	4	6%	46	68%	3	4%	68
Total	124	33%	108	29%	141	37%	4	1%	377

*n=im Vergleich zur Anzahl der Gesamtstichprobe zu gering, Ergebnisse sind daher nur als Tendenzen zu betrachten

Auffällig bezüglich der Streuung dieses Nachrichtenfaktors ist vor allem die homogene Verteilung zwischen den Ausprägungen null bis zwei. Der höchste Grad des „persönlichen Einflusses“ (Code 3), d.h. der Einfluss von Staatsoberhäuptern, oberster Repräsentanten supranationaler Organisationen (UNO, UNESCO, NATO, EG, WHO) und von Leitern multinationaler Konzerne wurde für den Printbereich nur einmal bzw. für die APA-Meldungen nur drei mal kodiert. In 36 Prozent aller Fälle wurde ein hoher persönlicher Einfluss (Code 2) festgestellt. Dabei handelt es sich zum Großteil um Leiter wissenschaftlicher oder medizinischer Einrichtungen. Aber auch Ärzte ohne gehobenen Rang (Code 1) werden in 27 Prozent aller

untersuchten Artikel erwähnt. In mehr als einem Drittel aller Fälle ist kein Einfluss erkennbar oder es handelt sich um Personen ohne Fachkenntnisse und Entscheidungskompetenz.

Auch die Ausprägung innerhalb der einzelnen Medien gestaltet sich als sehr aufschlussreich. Erwähnenswert ist vor allem der geringe Anteil der Fälle ohne „persönlichen Einfluss“ im Bereich der Tageszeitungen. Hingegen wurden in mehr als der Hälfte aller untersuchten Artikel Ärzte ohne gehobenen Rang erwähnt. Ein hoher Grad des persönlichen Einflusses wurde vor allem bei den Publikumszeitschriften (50 Prozent aller Fälle) und bei den APA-Meldungen (68 Prozent) festgestellt. Aufgrund der geringen Anzahl der Fälle bei den Publikumszeitschriften darf dieses Ergebnis jedoch nicht verallgemeinert werden, sondern deutet nur auf eine Tendenz hin.

- **Hypothese 6:** Bei den Akteuren in der Pharmaberichterstattung handelt es sich vorwiegend um medizinische Autoritäten/Ärzte. (++)

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in 253 von 377 untersuchten Berichten Personen erwähnt wurden. Dies entspricht einem Prozentanteil von 67 Prozent, d.h. in circa zwei Drittel der Beiträge kamen Personen vor. Dabei handelte es sich zu 41 Prozent um medizinische Autoritäten/Ärzte (vgl. Tabelle 8), gemessen an den personalisierten Beiträgen sogar um 62 Prozent. (Bezüglich des Anteils der personalisierten Beiträge ist anzumerken, dass der Faktor der „Personalisierung“ in der Pharmaberichterstattung mit einem Anteil von 67 Prozent den Ergebnissen der Regressionsanalyse und somit der Nachrichtenwert-Theorie entgegenzuhalten ist. Der Unterschied entsteht dahingehend, dass die Regressionsanalyse nur den Einfluss der Personalisierung auf den Umfang misst, während hier der Faktor der Personalisierung unabhängig von den Nachrichtenwerten analysiert wurde.)

Tabelle 8: Identifikation der Akteure in Berichten mit pharmazeutischen Informationen

Akteur	Häufigkeit	Prozentanteil Gesamt
Kein Akteur	124	33%
Patient	4	1%
Sprecher/Leiter Pharmaunternehmen	35	9%
Sprecher/Leiter Forschungseinrichtung/andere Organisationen	33	9%
Arzt/Medizinische Autorität	156	41%
Pharmazeut	16	4%
Andere	9	2%
TOTAL	377	100%

18 Prozent der personalisierten Beiträge entfallen zu annähernd gleichen Teilen auf Sprecher oder Leiter von pharmazeutischen Unternehmen und auf Sprecher oder Leiter von Forschungseinrichtungen und anderen Organisationen.

Danach folgt die Gruppe der Pharmazeuten mit insgesamt 16 Nennungen, die sich aufgrund einer Kolumne in einer Tageszeitung ergaben. Auffällig ist der geringe Anteil der Nennung von Patienten mit insgesamt nur vier Nennungen.

Es kann daher zusammengefasst werden, dass die Pharmaberichterstattung zu 67 Prozent aus Berichten mit explizit genannten Personen besteht, von denen 41 Prozent als medizinische Autoritäten bzw. Ärzte identifiziert werden konnten. Die Hypothese gilt somit als verifiziert.

Tabelle 9: Akteure pro Mediengruppe

Akteur	Mediengruppe								Total
	TZ	in %	PZ	in %	FZ	in %	APA	in %	
keine Person	4	5%	5	17%	99	49%	16	24%	124
Patient	3	4%	1	3%	0	0%	0	0%	4
Sprecher/ Leiter Pharmaunternehmen	2	3%	0	0%	3	1%	30	44%	35
Sprecher/Leiter Forschungseinrichtung/ andere Organisationen	12	16%	2	7%	15	7%	4	6%	33
Arzt	37	49%	18	60%	85	42%	16	24%	156
Pharmazeut	16	21%	0	0%	0	0%	0	0%	16
Andere	2	3%	4	13%	1	0%	2	3%	9
Gesamt	76	100%	30	100%	203	100%	68	100%	377

TZ= Tageszeitungen, PZ=Publikumszeitschriften, FZ=Fachzeitschriften, APA=APA-Meldungen

Betrachtet man die verschiedenen Mediengruppen im Einzelnen wird deutlich (vgl. Tabelle 9), dass in der Gruppe der Publikumszeitschriften mehr als die Hälfte der genannten Personen auf die Gruppe der Ärzte entfiel. Auch bei den Fachzeitschriften und den Tageszeitungen konnten knapp die Hälfte aller Personen als Ärzte kodiert werden. Ein völlig entgegengesetztes Bild liefert das Ergebnis der APA-Meldungen. In lediglich 24 Prozent der Fälle wurden Ärzte genannt, stattdessen wurde hier das Verhältnis zu Gunsten der Sprecher bzw. Leiter von Pharmaunternehmen umgekehrt (44 Prozent). Dieses Verhältnis ergibt sich vor allem aus der Tatsache, dass als Aussender der APA-Meldung größtenteils Pharmafirmen bzw. deren PR-Agenturen identifiziert werden konnten.

- **Hypothese 7:** Innerhalb der einzelnen Kategorien, die unter dem Begriff der pharmazeutischen Information summiert wurden, bestehen positive Korrelationen. (+-)

Für jeden Bericht, der in die Untersuchung miteinbezogen wurde, war es eine Grundvoraussetzung zumindest einen Hinweis auf die Pharmaindustrie zum Inhalt zu haben. Als Hinweis auf die Pharmaindustrie gilt entweder die Nennung eines Wirkstoff- bzw. Substanznamen (z.B.

Acetylsalicylsäure), eines Arzneimittelnamens (z.B. Aspirin®) oder die Nennung eines Pharmaunternehmens (wie z.B. Bayer). Die der Hypothese zugrunde liegende Annahme geht davon aus, dass ein einzelner Hinweis selten allein auftritt, da mehrere Hinweise dem Leser eine bessere Assoziation zum Produkt ermöglichen.

Da es sich im Folgenden um die Zusammenhänge von dichotomen Variablen handelt, ist die Methode der Pearson-Korrelation unzulässig. Die Zusammenhänge werden deshalb in Form von Kreuztabellen berechnet, wobei der Chi Quadrat-Test als Signifikanztest herangezogen wird und Kendall-tau b als Zusammenhangsmaß dient.

Tabelle 10: Korrelation der einzelnen Kategorien der pharmazeutischen Informationen

	Tageszeitungen	Publikumszeitschriften+	Fachzeitschriften	APA-Meldungen
Arzneimittel vs. Wirkstoff	-0,378**	-0,333	-0,099	-0,193
Unternehmen vs. Wirkstoff	-0,250**	0,193	-0,263***	-0,103
Unternehmen vs. Arzneimittel	-0,118	0,154	0,313***	-0,029

Korrelationskoeffizient: Kendall-tau b

+n=30: im Vergleich zur Anzahl der Gesamtstichprobe zu gering, Ergebnisse sind daher nur als Tendenzen zu betrachten

Signifikanz: *tendenziell signifikant ($p < 0,1$), **signifikant ($p < 0,05$), ***hoch signifikant ($p < 0,01$)

Arzneimittel vs. Wirkstoff (-)

Der berechnete Korrelationskoeffizient von beiden Variablen weist lediglich im Bereich der Tageszeitungen auf einen signifikanten, negativen Zusammenhang hin. Falls Wirkstoffe explizit genannt werden, werden weniger Arzneimittel genannt. Entweder werden Wirkstoffe oder Arzneimittel genannt, aber in einem Bericht kommen selten beide Variablen gemeinsam vor. Dieses Ergebnis zeigt im Bezug auf die Hypothese ein völlig umgekehrtes Bild. Dies führt zu der Annahme, dass ein Ausbleiben der gemeinsamen Nennung von Arzneimitteln und Wirkstoffen darauf zurückzuführen ist, dass die Assoziation zur fehlenden Komponente eventuell dem Leser bereits unterstellt wird. Denn oftmals kann allein die Nennung eines Substanznamens die gewünschte Assoziation zum Arzneimittel bewirken. Dies zeigt vor allem die Gegenüberstellung der Nennung von Wirkstoffen pro Mediengruppe. In allen Mediengruppen wurden die Wirkstoffe weit häufiger genannt als die Arzneimittel. Im Fall der Fachzeitschriften betrifft dies sogar 86 Prozent aller Artikel (vgl. Tabelle 11)

Tabelle 11: Anzahl der Nennung von Arzneimitteln und Wirkstoffen pro Mediengruppe

	Arznei- mittel	Anteil in %	Wirkstoff	Anteil in %	Anzahl Beiträge
Tageszeitung	48	63%	57	75%	76
Publikumszeitschriften*	23	77%	22	73%	30
Fachzeitschriften	154	76%	174	86%	203
APA-Meldungen	36	53%	49	72%	68

*n=30: im Vergleich zur Anzahl der Gesamtstichprobe zu gering, Ergebnisse sind daher nur als Tendenzen zu betrachten

Aber auch die gezielte Platzierung von Produktwerbung im Umfeld eines redaktionellen Artikels, in dem der dazugehörige Wirkstoff angesprochen wird, erzielt möglicherweise den gewünschten Effekt. Dies verdeutlicht, dass die Ergebnisse der Inhaltsanalyse diesbezüglich durch weitere Untersuchungen ergänzt werden müssen. Analysen im Bezug auf die Gestaltung des redaktionellen und werblichen Umfeldes von Medizinberichterstattung könnten in diesem Zusammenhang äußerst aufschlussreich sein.

Unternehmen vs. Arzneimittel (+)

Es besteht ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen der gemeinsamen Nennung von Unternehmen und Arzneimitteln. Betrachtet man hier die einzelnen Mediengruppen im Vergleich (vgl. Tabelle 10) kann festgestellt werden, dass sich dieser positive Zusammenhang nur auf den Bereich der Fachzeitschriften zurückführen lässt. Die Annahme, die davon ausging, dass ein Hinweis auf die Pharmaindustrie nicht allein auftritt - womöglich um dem Leser eine bessere Assoziation zum Produkt zu ermöglichen - kann für diesen Fall bestätigt werden.

Für alle anderen Mediengruppen konnten keinerlei signifikanten Zusammenhänge nachgewiesen werden. Neben der fehlenden Korrelation kann dies insbesondere im Fall der Publikumszeitschriften an der geringen Fallzahl liegen (n=30).

Unternehmen vs. Wirkstoff (-)

Der Zusammenhang der beiden Variablen „Unternehmen“ und „Wirkstoff“ erwies sich als negativ. Je mehr Unternehmen genannt werden, desto weniger werden Wirkstoffe erwähnt. Daraus lässt sich schließen, dass im Falle einer Nennung von Unternehmen mit der Nennung von Wirkstoffen offenbar vorsichtiger umgegangen wird.

Insgesamt erscheint es auffällig, dass für den Bereich der Publikumszeitschrift und der APA-Meldungen keinerlei signifikante Korrelationen nachgewiesen werden konnten. Im Fall der Publikumszeitschriften kann die geringe Fallanzahl für das Fehlen von Korrelationen angenommen werden. Was die APA-Meldungen betrifft, können die fehlenden Korrelationen auf die nahezu konstante gemeinsame Nennung von Arzneimittel, Wirkstoff und Unternehmen zurückgeführt werden. Dieser Umstand kann durch die Tatsache begründet werden, dass es sich bei den Aussendern dieser Meldungen um Pharmafirmen oder deren PR- oder Kommunikations-

agenturen handelt, die eine bewusste Platzierung von möglichst vielen Hinweisen auf die Pharmaindustrie fördern.

- **Hypothese 8:** In der Pharmaberichterstattung besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Nennung von Arzneimitteln und der namentlichen Nennung von medizinischen Autoritäten/Ärzten. (→)

Ausgehend von der Opinion-Leader-Theorie soll anhand dieser Annahme der Zusammenhang zwischen Meinungsführerschaft und den Interessen der Pharmabranche näher untersucht werden. Da es sich in diesem Fall um die Zusammenhangsmaße von dichotomen Variablen handelt, wird auch hier eine Kendall-tau b-Korrelation berechnet.

Tabelle 12: Korrelation zwischen der Nennung von Arzneimitteln und MA/Ärzten

	Tageszeitungen	Publikums- zeitschriften+	Fach- zeitschriften	APA-Meldungen
Nennung eines Arzneimittels	-0,184	-0,129	-0,361***	-0,037

Korrelationskoeffizient: Kendall-tau b

+n=30: im Vergleich zur Anzahl der Gesamtstichprobe zu gering, Ergebnisse sind daher nur als Tendenzen zu betrachten

Signifikanz: *tendenziell signifikant ($p < 0,1$), **signifikant ($p < 0,05$), ***hoch signifikant ($p < 0,01$)

Eine Korrelation zwischen der Nennung von Hinweisen auf die Pharmaindustrie und der Nennung von Ärzten konnte nur für den Bereich der Fachzeitschriften festgestellt werden. Jedoch wurde diesbezüglich ein negativer Zusammenhang festgestellt, d.h. je mehr Arzneimittel in einem Beitrag erwähnt werden, umso weniger werden Ärzte genannt. Auch für die anderen Mediengruppen konnten keine signifikante Korrelation zwischen der Nennung von Arzneimitteln und Ärzten ermittelt werden.

Da dieses Ergebnis gänzlich der angenommenen Opinion-Leader-Theorie widerspricht, wurde zusätzlich eine Analyse der Häufigkeitsverteilung der genannten Variablen durchgeführt (vgl. Tabelle 13). Dabei wurde deutlich, dass in mehr als der Hälfte aller Beiträge (58 Prozent), in denen Ärzte genannt wurden, auch ein Arzneimittel genannt wurde. Gleichzeitig wurden aber auch in 77 Prozent aller Beiträge, in denen keine Ärzte erwähnt wurden, Arzneimittel genannt. Die Übersicht veranschaulicht, warum die Korrelation negativ ausgefallen ist, obwohl die Häufigkeitsverteilung der Artikel, in denen Ärzte erwähnt wurden, ein anderes Bild liefert.

Da ein kausaler Zusammenhang aber nur bei einer dichotomen Ausprägung der Variablen interpretiert werden kann, muss von der Gesamtstichprobenanzahl ausgegangen werden. Nur jene Artikel zu betrachten, in denen ein Arzt erwähnt wurde, würde das Resultat verfälschen, da anstatt einer Variable eine Konstante verwendet werden würde. Zwischen den beiden untersuchten Variablen lässt sich jedoch kein Zusammenhang erkennen und die Hypothese muss falsifiziert werden.

Tabelle 13: Kreuztabelle: Nennung von Arzt und Arzneimittel

Nennungen pro Artikel		Arzt		
		nein	ja	Gesamt
Arzneimittel	nein	51	65	116
	ja	170	91	261
	Gesamt	221	156	377

Der fehlende Zusammenhang zwischen der Variable „Arzt“ und „Arzneimittel“ könnte sich einerseits daraus ergeben, dass man sich sehr wohl der Restriktionen des Arzneimittelgesetzes bewusst ist und gemeinsame Nennungen dieser Art bewusst vermeidet. Gerade im Bereich der Fachzeitschriften ist die Nennung von Wirkstoffen gegenüber der Nennung von Arzneimitteln höher (vgl. Tabelle 11). Andererseits können einzelne statistische Maße aber nicht als Indikator herangezogen werden um einen möglichen Zusammenhang auszuschließen. In diesem Fall könnte die quantitative Erhebungsform eine tatsächliche Evidenz dieser Zusammenhänge verschleiern. Betrachtet man einzelne Fälle sind durchaus Zusammenhänge zu erkennen. Es ist daher auch notwendig, Einzelfälle zu betrachten und qualitativen Verfahren den Vorzug zu geben. In diesem Kontext sollen insbesondere die Ergebnisse der Experteninterviews Aufschluss geben.

- **Hypothese 9:** In der Pharmaberichterstattung besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Nennung von Wirkstoffen und der namentlichen Nennung von medizinischen Autoritäten/Ärzten. (+-)

Insgesamt konnten bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Nennung von Wirkstoffen und der Nennung von Ärzten wieder nur für den Bereich der Fachzeitschriften signifikante Ergebnisse identifiziert werden (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: Korrelation zwischen der Nennung von Wirkstoffen und MA/Ärzten

	Tageszeitungen	Publikums- zeitschriften+	Fach- zeitschriften	APA-Meldungen
Nennung eines Wirkstoffes	-0,106	0,123	0,147**	0,036

Korrelationskoeffizient: Kendall-tau b

+n=30: im Vergleich zur Anzahl der Gesamtstichprobe zu gering, Ergebnisse sind daher nur als Tendenzen zu betrachten

Signifikanz: *tendenziell signifikant (p<0.1), **signifikant (p<0,05), ***hoch signifikant (p<0,01)

Im Unterschied zur Nennung der Arzneimittel kann der Zusammenhang in diesem Fall positiv interpretiert werden, d.h. je mehr Wirkstoffe in einem Beitrag erwähnt werden, umso mehr Ärzte werden erwähnt. Insbesondere im Fall der Fachzeitschriften ist dieses Ergebnis nicht überraschend, da – wie bereits im Zuge der Betrachtung der Zusammenhänge zwischen der

Nennung von Ärzten und Arzneimittel - die Nennung von Wirkstoffen gegenüber der Nennung von Arzneimitteln eindeutig höher ist (vgl. Tabelle 11). Die Einbettung von gezielter Werbung in den redaktionellen Teil macht hier die Nennung des Arzneimittels oft überflüssig. Aufgrund dieser gestalttechnischen Elemente, die im Zuge der Inhaltsanalyse identifiziert wurden, muss auch in diesem Fall darauf hingewiesen werden, dass statistische Maße nicht die gesamten Eindrücke erfassen können und auch hier weitere qualitative Analysen durchgeführt werden müssten. Dies trifft insbesondere für die Mediengruppen zu, für die kein positiver Zusammenhang im Hinblick auf die Nennung von Arzneimitteln und Ärzten nachgewiesen werden konnte.

Tabelle 15: Kreuztabelle: Nennung von Arzt und Wirkstoffen

Nennungen pro Artikel		Arzt		
		nein	ja	Gesamt
Wirkstoffe	nein	49	26	75
	ja	172	130	302
	Gesamt	221	156	377

Auch die nähere Betrachtung der Häufigkeitsverteilung zeigt, dass in 130 von 156 Beiträgen, in denen Ärzte erwähnt wurden (83 Prozent), auch Wirkstoffe genannt wurden. Zudem konnte im Rahmen der Inhaltsanalyse die Nennung eines Arztes bis zu viermal in Verbindung mit einem konkret genannten Wirkstoff identifiziert werden. Die Anwendung von zusätzlichen qualitativen Verfahren im Hinblick auf die Betrachtung von Einzelfällen wird daher auch bezüglich dieses Zusammenhangsmaßes als unbedingt notwendig erachtet.

- **Hypothese 10:** In der Pharmaberichterstattung besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Nennung von pharmazeutischen Unternehmen und der namentlichen Nennung von medizinischen Autoritäten/Ärzten. (--)

Tabelle 16: Korrelation zwischen der Nennung von Unternehmen und MA/Ärzten

	Tageszeitungen	Publikums- zeitschriften+	Fach- zeitschriften	APA-Meldungen
Nennung eines Unternehmens	-0,061	-0,431**	-0,327***	-0,154

Korrelationskoeffizient: Kendall-tau b

+n=30: im Vergleich zur Anzahl der Gesamtstichprobe zu gering, Ergebnisse sind daher nur als Tendenzen zu betrachten

Signifikanz: *tendenziell signifikant ($p < 0,1$), **signifikant ($p < 0,05$), ***hoch signifikant ($p < 0,01$)

Ähnlich wie der Zusammenhang zwischen der Nennung von Ärzten und Arzneimitteln zeigt sich auch dieses Ergebnis. Die Korrelation zwischen der Nennung von Ärzten und Unternehmen wirkt sich im Bereich der Publikums- und Fachzeitschriften negativ aus, wobei hier anzumerken

ist, dass das Ergebnis der Publikumszeitschriften aufgrund der geringen Fallzahl nicht als signifikant interpretiert werden kann.

In den untersuchten Beiträgen der Tageszeitungen und den APA-Meldungen konnten auch für diese Variablen keine signifikanten Zusammenhänge festgestellt werden. Die Betrachtung der Häufigkeitsverteilung der Variablen wurde daher in diesem Fall ebenfalls als interessant erachtet. Die Übersicht zeigt, dass lediglich in 41 Fällen der Gesamtstichprobenanzahl beide Variablen gemeinsam vorgekommen sind. Hingegen wurde in 92 Fällen keine der beiden Variablen genannt.

Nennungen pro Artikel		Arzt		Gesamt
		nein	ja	
Unter- nehmen	nein	92	115	207
	ja	129	41	170
Gesamt		221	156	377

Wie auch bei der Berechnung der Zusammenhänge der anderen Variablen gilt auch hier, dass Korrelationsmaße und Häufigkeitsverteilungen durch qualitative Analyse gestützt werden müssen und Einzelfälle intensiver beleuchtet werden sollten.

Die Hypothesen 8 bis 10, die im Bezug auf die Gültigkeit der Opinion-Leader-Theorie in der Pharmaberichterstattung generiert wurden, mussten zum Großteil verworfen werden. Nur zwischen der Nennung von Ärzten und Wirkstoffen konnte für den Bereich der Fachzeitschriften eine signifikante Korrelation errechnet werden. Weder die Nennung von Arzneimitteln, noch die Nennung von Unternehmen weist signifikante Zusammenhänge mit der Nennung von Ärzten auf. Es kann daher nicht gänzlich angenommen werden, dass die Ärzte im Rahmen des Pharmamarketings als Opinion Leader herangezogen werden. Aufgrund der Tatsache, dass ein Zusammenhang zwischen der Nennung von Wirkstoffen und Ärzten besteht, ist dies aber auch nicht völlig auszuschließen. Denn wie bereits erwähnt, kann allein die Nennung eines Substanznamens im entsprechenden redaktionellen Umfeld zum gewünschten Werbeeffect führen.

- **Hypothese 11:** Die Rangordnung der Themenbereiche der APA-Meldungen spiegelt sich in den Printmedien wider. (+-)

Im Hinblick auf die Input-Output-Analyse muss bereits im Vorfeld angemerkt werden, dass hier nicht mit Korrelationen gearbeitet werden konnte, da den Berichten der Printmedien zu wenige APA-Meldungen gegenüberstanden. Insgesamt wurden 309 Berichte in Printmedien und 68

APA-Meldungen zur Analyse herangezogen. Jedoch lässt sich anhand der Häufigkeiten der Themen durchaus ein Trend in den unterschiedlichen Medien ablesen. Die Grafik (vgl. Tabelle 18) zeigt, dass alle häufig genannten Themen aus den APA-Meldungen auch in den Printmedien wieder Einzug gefunden haben.

Tabelle 18: Gegenüberstellung der Themengebiete von Printmedien und APA-Meldungen

Print	Häufigkeit	APA	Häufigkeit
Herz-/Kreislauf/kardiovaskuläre Erkrankungen	33	Schutzimpfung	15
Diabetes	25	Onkologie	7
Schmerzen	24	Erkältung/Gripaler Infekt/Influenza	3
Schutzimpfung	23	Osteoporose	3
Rauchen/Lunge allg.	20	Schmerzen	3
Onkologie	19	Galenik	2
Osteoporose	18	Kontrazeption	1
Erkältung/Gripaler Infekt/Influenza	13	Diabetes	1
Multiple Sklerose	11	Depression/Bipolare Störungen	1
Lifestyle Drugs/OTC-Produkte	11	Allergie	1
Potenz	10	HNO	1
Nieren-/Harnleiden/Urologika	10	Total	38
Allergie	8	Andere	30
COPD	7	Total	68
Galenik	7		
Kontrazeption	6		
Alzheimer/Demenz	6		
Depression/Bipolare Störungen	5		
Dermatitis-Neurodermitis/Psoriasis	5		
Schilddrüse/Hormone	4		
Parkinson	3		
Rücken/Rheuma	3		
Übergewicht/Adipositas	2		
HNO	1		
Total	274		
Andere	35		
Total	309		

Auffällig erscheint hier, dass zusätzlich in den Printmedien andere Themenbereiche verstärkt genannt wurden wie beispielsweise Herz-/Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes, die im Bereich der Printmedien den höchsten Anteil ausmachten. Das Thema Rauchen bzw. Lungenerkrankung (außer COPD) wurde ebenfalls verstärkt in den Printmedien behandelt, in den APA-

Meldungen aber weitgehend unberührt gelassen. Umgekehrt ist mit 15 Meldungen in den APA-Meldungen eine sehr ausgeprägte Pressearbeit zum Thema Schutzimpfungen zu beobachten, welches im Bereich der Printmedien nur an vierter Stelle wiederzufinden ist.

Die Häufigkeit der Themenwahl in den einzelnen Medien kann jedoch nicht als eindeutiger Indikator der Übernahme von Nachrichten gesehen werden. In diesem Zusammenhang liefern andere Variablen eindeutigere Ergebnisse.

- **Hypothese 12:** Die Nennung von bestimmten Arzneimitteln in den APA-Meldungen spiegelt sich in den Printmedien wider. (+-)

Die Nennung von konkreten Arzneimitteln und deren Häufigkeiten wurde den APA-Berichten gegenübergestellt. Die Analyse ergab eine Nennung von 33 verschiedenen Arzneimitteln mit unterschiedlicher Ausprägung. Davon fanden sich 14 Nennungen in den Printmedien wieder, was einem Anteil von mehr als einem Drittel der APA-Meldungen entspricht. Die Agenda-Setting-Funktion der Presstexte und somit das indirekte Agenda-Building der Pharmaunternehmen kann daher über weite Teile der Berichterstattung angenommen werden. Zudem bestätigt dies die Multiplikationsfunktion der APA-Meldungen, da diese mehrmals in den Printmedien wieder aufgegriffen wurden.

Tabelle 19: Nennung von Arzneimitteln in Printmedien und APA-Meldungen

Arzneimittel	APA	Print	Arzneimittel	APA	Print
Acomplia	1	4	Novasorb	2	
Aloxi	2		Nuvaring	1	2
AminoStable	1		Olmetec Plus	1	3
Amitizia	1		Pegasys	1	
Anticalin	1		Prevenar	4	
Avastin	1	1	Reolysin	1	
Belara	1	6	Sebivo	2	
Bonviva	3	5	Spiriva	1	3
Champix	1	5	Tacrolimus	1	
Gardasil	4	4	Tamiflu	1	4
Inovelon	1	1	Telaprevir	1	
Ketospray	1	2	Tysabri	1	4
Lice Asphyxiator	1		Vekacia	1	
Lodotra	1		Versatis	1	
Losec	1		Viagra	1	6
Nomexor	1		Xeloda	1	
Nova22007	1		Total Anzahl	33	14

Natürlich kann die Nennung dieser Arzneimittel in den untersuchten Printmedien auch durch andere Umstände hervorgerufen worden sein. Es wird daher auch kein statistischer Zusammenhang zwischen APA-Meldungen und Printmedien angenommen. Um die tatsächliche Übernahme einer APA-Meldung in ein Printmedium zu überprüfen, wäre es zusätzlich not-

wendig, Journalistenbefragungen durchzuführen. Dabei müssten vor allem die entsprechenden Nachrichtenwerte, die zu einer Übernahme führen, ermittelt werden.⁴²³

- **Hypothese 13:** Die Nennung von bestimmten Wirkstoffen in den APA-Meldungen spiegelt sich in den Printmedien wider. (+-)

Bezüglich der Nennung der Wirkstoffe ergibt sich ein ähnliches Verhältnis wie bei der Nennung der Arzneimittel. Von 36 genannten Wirkstoffen in den APA-Meldungen konnten zwölf Nennungen in den Printmedien wiedergefunden werden (vgl. Tabelle 20). Auch für diese Variable kann daher von einer Übernahme der APA-Meldung in einem Drittel aller Fälle gesprochen werden.

Tabelle 20: Nennung von Wirkstoffen in Printmedien und APA-Meldungen

Wirkstoff	APA	Print	Wirkstoff	APA	Print
HPV-Impfstoff	6	11	Interferon alfa-2a, Ribavirin	1	
Ibandronat	3	5	JE Impfstoff	1	
MF59	3	4	Ketoprofen	1	1
MP1021	3		L-Alanyl-L-Glutamin	1	
Rufinamid	3	2	Lapatinib	1	
Telbivudine	2	1	Lubiproston	1	
Adjuvans-IC31TM	1		Omeprazol	1	
Advagraf	1		Palonosetron	1	
Belara	1		PCV-Impfstoff	1	
Bevacizumab	1	2	PK_Impfstoff	1	
Capecitabin	1		Prednison	1	1
Cortison	1	3	SC12267	1	
Cyclosporin A	1		Subunit	1	
Follistim, Puregon, Esmeron, Zemuron, ...	1		Tapentadol	1	
FSME-Impfstoff	6	12	Telaprevir	1	
Hepatitis_Impfstoff	1		Tiotropiumbromid, Telmisartan, Tamsulosin	1	1
IC 41	1		Zyklosporin A	1	
Influenza-Impfstoff	1		Total Anzahl	36	12
Insulin Glargin	1	3			

Zwischen den Printmedien und den APA-Meldungen wird auch in diesem Fall nicht von einem direkten Zusammenhang ausgegangen, sondern lediglich ein Trend abgebildet.

Bezüglich der Resultate dieser Teilanalyse muss besonders auf zwei Wirkstoffgruppen hingewiesen werden, die auffällig oft genannt wurden. Dabei handelt es sich in beiden Fällen um Impfstoffe, die nur vereinzelt mit dem konkreten Wirkstoffnamen bzw. dem Arzneimittelnamen ausgewiesen wurden. Zum einen handelt es sich hierbei um den FSME-Impfstoff, der in den APA-Meldungen sechs Mal und in den Printmedien zwölf Mal genannt wurde. Zum

⁴²³ Vgl. Kepplinger/Rouwen, 2000, S. 474.

anderen handelt es sich um den HPV-Impfstoff, der ebenfalls in den APA-Meldungen sechs Mal und in den Printmedien elf Mal erwähnt wurde. Im Falle des HPV-Impfstoffes muss angemerkt werden, dass dieser auch in Form des Arzneimittels „Gardasil“ in den Printmedien genannt wurde. Wie bereits in Kapitel 4.4.2.4 diskutiert wurde, kann auch dieses Beispiel durch die unzureichende Transparenz als eine Umgehung des Werbeverbots interpretiert werden. Dies wurde insbesondere am Beispiel der Zeckenschutzimpfungskampagne im oben genannten Kapitel ausführlich thematisiert.

6 Perspektiven der Akteure in der Medizinberichterstattung

Neben den theoretischen Ausführungen der vorliegenden Arbeit und den quantifizierbaren Aussagen der Inhaltsanalyse im Bereich der Pharmaberichterstattung bildete die qualitative Komponente innerhalb des Untersuchungsdesigns eine geeignete Ergänzung. Insbesondere im Hinblick auf das Spannungsfeld, die Beziehungen zwischen den Akteuren und die Relevanz sowie die Einhaltung der Rahmenbedingungen erwiesen sich die einzelnen Meinungen der Interviewpartner aufschlussreicher als die Ergebnisse der Inhaltsanalyse.

Primäres Ziel der Durchführung der Leitfadeninterviews, die im Anschluss an die Inhaltsanalyse mit ausgewählten Akteuren geführt wurden, war die Untermauerung bzw. Ergänzung der Ergebnisse der Inhaltsanalyse. Zudem konnten dadurch zusätzliche, wertvolle Hintergrundinformationen in Bezug auf das Netzwerk der Akteure gewonnen werden.

Die Fragen der Interviews wurden weitgehend an die Forschungsfragen (vgl. Kap. 5.3) angelehnt, um die inhaltliche Homogenität der Untersuchung zu gewährleisten. Während sich die Inhaltsanalyse nur auf Beiträge mit pharmazeutischen Informationen beschränkte, sollte diese Einschränkung in den Interviews nicht zum Tragen kommen. Ein weiteres wichtiges Ziel stellte daher die Informationsgewinnung über die allgemeine gesamte österreichische Medizin- und Gesundheitsberichterstattung dar. Sofern sich aus den Gesprächen andere Aspekte ergaben, die für den Untersuchungsgegenstand relevant erschienen, wurden diese ebenfalls miteinbezogen.

Ein weiteres Untersuchungsziel, das mit den Interviews erreicht werden sollte, war der Versuch zur Darstellung eines Beziehungsnetzwerkes der eingangs erwähnten Akteure. Dieser Aspekt konnte mit der Inhaltsanalyse nicht ausreichend abgedeckt werden und erforderte neben der quantitativen auch eine qualitative Interpretation der Ergebnisse.

6.1 Instrument

Als Befragungsmethode wurde das Leitfadengespräch gewählt. Diese Methode wurde gewählt, da die vorliegende Untersuchung nicht auf den Hintergrund der Aussagen abzielte, „sondern deren Inhalte den Forschungsfokus bilden.“⁴²⁴

In der Literatur wird diese Art der Befragung auch als „Experteninterview“, „Tiefeninterview“, „qualitatives Interview“, „zentriertes Interview“ oder „Intensivinterview“ bezeichnet. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf den beteiligten Akteuren des Forschungsfeldes, die aufgrund ihres Wissens über den Forschungsgegenstand als Experten gelten. Den zentralen Gegenstand

⁴²⁴ Froschauer, Ulrike/Lueger, Manfred: Das qualitative Interview. Wien: Facultas Verlag, 2003, S. 91.

eines Experteninterviews stellt nicht die Person des Experten, sondern ihr Wissen über organisatorische und institutionelle Zusammenhänge dar.⁴²⁵ In diesem Kontext spricht Atteslander auch vom „offenen Konzept“, das vorwiegend explorative Ziele verfolgt und zur Klärung von Zusammenhängen herangezogen werden kann. Dabei weist er auf die Einhaltung folgender Punkte hin⁴²⁶:

- Abgrenzung des Problems: Vor der eigentlichen Erhebung ist des Öfteren eine weitere Eingrenzung des Problemgegenstandes erforderlich. Die Anpassung des ursprünglichen Forschungsproblems kann demnach auch eine Adaptierung der Fragestellungen indizieren.
- Abfolge der Fragen: Die entscheidenden Fragen dürfen nicht bereits zu Beginn des Interviews gestellt werden, da zu berücksichtigen ist, dass der Befragte eine entsprechende Anlaufphase benötigt. Einleitungsfragen sollen den Befragten in das Thema einführen und das nötige Vertrauen aufbauen.
- Relevante Antwortkategorien: Die zur Verfügung stehenden Antwortkategorien müssen das gesamte Spektrum des Untersuchungsproblems abdecken. In wenig strukturierten Interviews können diese überprüft und falls notwendig modifiziert werden.
- Reichweite der Antwortkategorien: Auch der qualitative Aspekt der Antwortkategorien muss berücksichtigt werden. Daher sind genaue Information über das Forschungsfeld und die befragten Personen eine grundlegende Voraussetzung.
- Auffinden der richtigen Informanten: Das Auffinden der Informanten, die Träger der relevanten Informationen sind, kann im Vorfeld durch eine Reihe von wenig-strukturierten Interviews erleichtert werden.
- Sprachliche Besonderheiten: Soziale Gruppen, bestimmte Berufsgruppen bzw. gesellschaftliche Schichten zeichnen sich durch den Gebrauch von sprachlichen Besonderheiten bzw. Jargons aus, die Außenstehenden oftmals den Zugang und in Folge auch die Interpretation ihrer Antworten erschweren. Daher erweist es sich bereits im Vorfeld der Untersuchung als sinnvoll, diese „Codes der Abgrenzung und Abschottung“ zu identifizieren und zu entschlüsseln.
- Hemmschwellen der Kommunikation: Oft werden Fragen aufgrund sozialer oder individueller Hemmschwellen bewusst falsch oder gar nicht beantwortet. Je nach Ursache müssen daher Fragen anders formuliert bzw. in eine andere Reihenfolge gebracht werden, um den Befragten langsam zur Problematik hinzuführen.

Im Allgemeinen zeichnet sich dieses „offene Konzept“ durch eine sehr geringe Standardisierung der Fragen und einen ebenso niedrigen Strukturierungsgrad in Bezug auf die Durchführung der Untersuchung aus. In diesem Zusammenhang kann das leitfadengestützte Interview für die vorliegende Problemstellung als eine adäquate Methode genannt werden. Im Interview werden offene Fragen gestellt, wobei sich der Interviewer lediglich an einem grob strukturierten Schema

⁴²⁵ Vgl. Nohl, Arnd-Michael: Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. Wiesbaden: VS Verlag, 2006, S. 20.

⁴²⁶ Vgl. Atteslander, 2006¹¹, S. 129f.

(Leitfaden) orientiert.⁴²⁷ Offene Fragen unterscheiden sich zu geschlossenen Fragen dahingehend, dass sie keine festen Antwortkategorien beinhalten. Die befragte Person kann demnach ihre Antwort vollkommen frei formulieren und unterliegt keiner Restriktion seitens des Fragestellenden.⁴²⁸ Grundsätzlich stellt der Interviewer zwei Arten von Fragen. Schlüsselfragen werden in jedem Fall gestellt. Eventualfragen kommen lediglich zum Einsatz, wenn es der Gesprächsablauf erlaubt.⁴²⁹

Da es sich beim Interview um eine asymmetrische Kommunikationsform handelt, gestalten sich die Anforderungen an den Interviewer als sehr komplex. Er muss versuchen, eine stringente Kongruenz von Zielen, Sprache und Bedeutung zwischen ihm und dem Befragten herzustellen. Friedrichs verwendet in diesem Kontext den Begriff „Rapport“.⁴³⁰ Dieser bezeichnet die Aufrechterhaltung des Gesprächs durch beide Seiten. Dabei ist das Verhalten der Beteiligten auf der jeweiligen Kommunikationsebene für die Qualität des Rapports ausschlaggebend. Die inhaltliche Kommunikationsebene bezeichnet dabei den Ablauf der Fragen und den Inhalt der Antworten, während die Beziehungsebene das affektive Verhalten zwischen Interviewer und Befragten zu erklären versucht. In den meisten Fällen erweist es sich jedoch wichtiger, die Beziehungsebene aufrecht zu erhalten.

Neben einer intensiven Schulung der Interviewer ergibt sich im Vergleich zu standardisierten Interviews eine Reihe weiterer möglicher Fehlerquellen, die bereits im Vorfeld berücksichtigt werden müssen. Zum einen sind nicht-standardisierte Interviews durch stärkere Einflüsse des Interviewers geprägt, wodurch auch die Datenqualität beeinträchtigt werden kann. Zum anderen muss auch die erhöhte Bereitschaft des Befragten zur Mitarbeit berücksichtigt werden. Neben einem höheren zeitlichen Aufwand ist auch der Aspekt der geringen Vergleichbarkeit und der schwierigen Auswertbarkeit zu überdenken.⁴³¹

6.2 Methodisches Vorgehen

Im Rahmen der Untersuchung wurden Experteninterviews mit je drei Personen der relevanten Akteursgruppen geführt. Die Gruppe der Befragten setzte sich aus jeweils drei Medizinern, drei Journalisten bzw. Redakteuren, die in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung tätig sind, und drei Mitarbeitern bzw. ehemaligen Mitarbeitern eines pharmazeutischen Unternehmens zusammen.

Die Auswahl der Interviewteilnehmer erfolgte mittels des Schneeballprinzips und ergab sich größtenteils durch Kontakte über Bekannte und Freunde. Eine große Schwierigkeit bestand jedoch in der Bereitschaft bzw. Verfügbarkeit der Gruppe der Ärzte. Da die Vermutung, dass der Kontakt zu dieser Berufsgruppe schwierig werden würde, bereits im Vorfeld vorlag, wurde

⁴²⁷ Vgl. Friedrichs, 1990¹⁴, S. 224ff.

⁴²⁸ Vgl. Atteslander, 2006¹¹, S. 181ff.

⁴²⁹ Vgl. Friedrichs, 1990¹⁴, S. 227.

⁴³⁰ Vgl. ebenda, S. 228f.

⁴³¹ Vgl. Atteslander, 2006¹¹, S. 132.

zeitgleich eine Email-Anfrage an circa 40 zufällig ausgewählte Ärzte im Umfeld Wien versandt. Es erfolgten zwei Rückmeldungen, davon war eine Alternativmedizinerin zu einem Gespräch bereit. Die Schwierigkeit der Erreichbarkeit dieser Berufsgruppe mag mehreren Ursachen zu Grunde liegen, jedoch wurde in den Interviews erwähnt, dass dies in den meisten Fällen auf den enormen Zeitmangel zurückzuführen sei. In einem zweiten Schritt wurden Ärzte, die aus der Inhaltsanalyse hervorgingen - und somit auch einen gewissen Grad der Prominenz aufwiesen - kontaktiert. Im Gegensatz zu den willkürlich kontaktierten Allgemeinmedizinern, verhielt sich das Antwortverhalten dieser Ärzte sehr konträr. Es wurden insgesamt neun Ärzte kontaktiert, die alle auf die Anfrage antworteten. Insgesamt sieben Ärzte hätten sich problemlos für ein Interview zur Verfügung gestellt. Somit konnte bereits im Vorfeld der Untersuchung ergänzend zur Nachrichtenwert-Theorie ein Zusammenhang zwischen Prominenz und Personalisierung bestätigt werden.

Da es sich bei den Gesprächen um Experteninterviews handelte, konnte aufgrund der gezielten Auswahl der Gesprächspartner ein Mehr-Perspektiven-Ansatz verfolgt werden. Dieser Aspekt wurde auch in der vorliegenden Untersuchung miteinbezogen: Wurde jemand mit einer kritischen und sehr einseitigen Einstellung zum Thema interviewt, wurde gleichzeitig versucht innerhalb der Akteursgruppe eine Person mit gegensätzlicher Meinung oder Einstellung, entgegenzuhalten. Somit können die Zusammenfassungen der verschiedenen Akteursgruppen sowie die Meinungen unter den Akteuren auch besser verglichen werden und es ergibt sich insgesamt ein homogeneres Auswertungsbild. Zudem wurde versucht, aufgrund der Auswahl der Positionen und des Status der Akteure eine Perspektivenvielfalt in den Interviews zu erreichen. In der Gruppe der Redakteure und Journalisten wurde versucht, alle untersuchten Mediengruppen abzudecken. Es wurden Redakteure bzw. Journalisten von Tageszeitschriften, Fachzeitschriften und Publikumszeitschriften interviewt.

Bei den Ärzten wurde die Homogenität der Stichprobe und somit die Perspektivenvielfalt auf zwei Ebenen berücksichtigt. Zum einen wurden Ärzte in verschiedenen Positionen interviewt, d.h. zwischen Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten unterschieden. Des Weiteren wurde ein Arzt interviewt, der im Zuge der Inhaltsanalyse durch seine namentliche Nennung identifiziert wurde. Diesem entgegengesetzt wurde ein Arzt, der diesen Umstand als negativ bewertete, befragt. Um das Gleichgewicht sicher zu stellen, wurde in dieser Gruppe ein dritter unabhängiger Arzt interviewt.

Bei der Gruppe der pharmazeutischen Industrie wurde versucht, sowohl die Position innerhalb des Unternehmens, als auch die verschiedenen Typen der Handlungsexpertisen zu berücksichtigen. Dabei handelt es sich um systeminterne, feldinterne und externe Expertisen.⁴³² In diesem Zusammenhang wurde eine Unternehmenssprecherin als Beispiel für systeminterne Handlungsexpertise und eine Leiterin eines Pharmareferenten-Teams, als Schnittstelle, d.h. als feldinterne Expertin, ausgewählt. Die externe Handlungsexpertin wurde durch eine ehemalige

⁴³² Vgl. Froschauer/Lueger, 2003, S. 37f.

Marketing-Assistentin, die derzeit in der medizinisch-technischen Branche tätig ist, repräsentiert.

Die Wahl des Ortes und der Zeitpunkt der Gespräche wurde den Befragten überlassen, um den Aufwand für sie möglichst gering zu halten. Somit variierte der Ort der Interviews von Arbeitsstätten, über private Wohnzimmer zu Kaffeehäusern, was letztendlich für eine positive Atmosphäre in den Gesprächen sorgte.

Die Gespräche mit den Akteuren fanden zwischen November 2007 und Jänner 2008 statt, meist nach einer Vereinbarung über Email oder Telefon. Die Gespräche dauerten 28 bis 77 Minuten. Im Vorfeld wurde eine Gesprächsdauer von ca. 30-45 Minuten angekündigt. Bei den Interviews waren lediglich die jeweiligen Teilnehmer und die Autorin anwesend. Alle Gespräche wurden mit vorheriger Einwilligung der Interviewpartner auf Tonband aufgezeichnet. Jeder der Befragten war mit der Aufzeichnung einverstanden. Die Anonymität und die Verwendung von Pseudonymen wurde den Ansprechpartnern bereits beim Vereinbaren der Termine zugesichert. Auch diesbezüglich gab es keine Schwierigkeiten, wobei sich zwei Vertreterinnen der Pharmabranche ausdrücklich nochmals rückversicherten, ob die Anonymität auch sicher gewährleistet sei. Umgekehrt betonte der Arzt, der in der Inhaltsanalyse namentlich identifiziert wurde, dass seine Aussagen nicht anonymisiert werden müssen, denn er hätte keine Geheimnisse.

Im Anschluss wurden alle Interviews transkribiert, wobei eine Reduktion nach Mayring zur Anwendung kam.⁴³³ Das Material wurde weder wörtlich abgeschrieben, noch paraphrasiert, sondern durch Auslassung von Füllwörtern und Pausen und der Streichung von wiederholten bzw. bedeutungsgleichen Aussagen, gestrafft. Die Sinnhaftigkeit der einzelnen Sätze wurde somit erhalten und erleichterte die nachfolgende Analyse. Alle Aussagen wurden im Anschluss anonymisiert und pseudonymisiert, d.h. die Namen der Interviewpartner wurden durch die entsprechende Gruppenbezeichnung und eine Zahl verschlüsselt, z.B. Arzt 1 oder Pharma 3.

Der den Interviews zugrunde liegende Leitfaden wurde anhand der Forschungsfragen entwickelt und in einem Pre-Test auf seine Schlüssigkeit und Anwendbarkeit überprüft. Je nach der Gruppe der Akteure wurden eventuelle Zusatzfragen gestellt. Auch Fragen, die nicht direkt an die Forschungsfragen angelehnt wurden, aber diese in irgendeiner Weise unterstützten, wurden je nach Bedarf im Laufe der Gespräche integriert.

Die Abfolge der Fragen orientierte sich zwar weitgehend am vorher definierten Leitfaden, wurde jedoch an den Gesprächsverlauf angepasst und teilweise modifiziert. Häufig wurden Fragen von den Interviewten beantwortet, noch bevor sie gestellt wurden. Ein Interviewpartner wollte bereits im Vorfeld mehr Hintergrundinformationen bzw. die Fragen vorab zugeschickt bekommen.

⁴³³ Vgl. Lange, Bernward: Imagination aus der Sicht von Grundschulkindern. Datenerhebung, Auswertung und Ertrag für die Schulpädagogik, in: Mayring, Philipp/Gläser-Zikuda, Michaela (Hrsg.): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse, Weinheim und Basel: Beltz, 2005, S. 58ff.

Es wurde großen Wert darauf gelegt, offene Fragen zu stellen, wobei die Eingangs- und die Abschlussfrage eine Ausnahme bildeten. Hier wurden die Interviewpartner aufgefordert anhand einer Liste der Nachrichtenfaktoren auf einer vierstufigen Skala (++)sehr wichtig, +eher wichtig, -weniger wichtig, --überhaupt nicht wichtig) die, der Untersuchung zugrunde liegenden, Nachrichtenfaktoren zu bewerten. In der Eingangsfrage sollte eine Bewertung des Ist-Zustandes und in der Abschlussfrage eine Bewertung des Soll-Zustandes abgegeben werden. Dieses quantitative Element diente in erster Linie dazu, dem Interviewpartner einen Überblick über den Untersuchungsgegenstand zu vermitteln und gleichzeitig der näheren Erklärung der einzelnen Faktoren und somit einer Einführung in das Themengebiet. Für die Gesamtauswertung der Interviews stellte diese Komponente ein weiteres Kriterium dar, um die Nachrichtenwert-Theorie auch auf einer qualitativen Ebene zu überprüfen. Zudem wurden die Nachrichtenfaktoren nicht nur - wie in der Inhaltsanalyse - auf Beiträge mit pharmazeutischen Inhalten bezogen, sondern es wurde eine Bewertung für die gesamte österreichische Medizin- und Gesundheitsberichterstattung angestrebt. Zusätzlich wurde der Nachrichtenfaktor „Prominenz“, der in der Inhaltsanalyse aufgrund der Problematik der objektiven Bewertung ausgeschlossen wurde, in dieser Teiluntersuchung wieder integriert.

In Bezug auf die Antwortkategorien ist anzumerken, dass mit Absicht auf das Kategoriensystem von Kepplinger, das der Inhaltsanalyse zugrunde lag, verzichtet wurde. Dies basierte auf der Überlegung, dass durch die dreiteilige Antwortmöglichkeit eine Tendenz der Antwortpositionierung im Mittelfeld vermieden werden sollte. Aus diesem Grund wurde eine vierteilige Skala gewählt, die auch aufgrund der geringeren Komplexität für die kurze Interviewdauer angemessener erschien. Außerdem wurde aufgrund des Verzichtens auf die Antwortkategorie „Nicht Zuzuordnen“ die Tendenz eindeutiger. Falls sich aus den Gesprächen während des Bewertungsvorganges ergab, dass eine Positionierung nicht möglich schien, wurde das Antwortkriterium „+“ als Alternative akzeptiert.

6.3 Auswertungsmethode

Die Auswertung der Interviews erfolgte anhand der Themenanalyse, die vorrangig dazu dient, einen Überblick über die Themen zu schaffen, diese in Kernaussagen zusammenzufassen und den Kontext ihres Auftretens zu bestimmen. Die Anwendung der Themenanalyse ermöglicht es, Meinungen oder Einstellungen von Experten oder bestimmten Personengruppen, zu bestimmten Themen zuzuordnen und zu differenzieren. Die hier angewandte Methode vollzog sich somit auf zwei Ebenen:

In einem ersten Schritt wurden die Interviews innerhalb der Themenanalyse dem **Textreduktionsverfahren** unterzogen. Hierbei wurden die relevanten Themen unter bestimmten Gesichtspunkten zusammengefasst: Vielfalt, Darstellungsweise und Zusammenhänge. Die folgenden Fragestellungen lagen diesem Analyseschritt zu Grunde:

- „Was ist ein wichtiges Thema und in welchen Textstellen kommt dieses zum Ausdruck?“
- Was sind zusammengefasst die wichtigsten Charakteristika eines Themas und in welchen Zusammenhängen taucht es auf?
- In welcher Abfolge werden Themen zur Sprache gebracht?
- Inwiefern tauchen innerhalb oder zwischen den Gesprächen Unterschiede in den Themen auf?
- Wie lassen sich die besonderen Themencharakteristika in den Kontext der Forschungsfrage integrieren?“⁴³⁴

Weitere Kriterien, die bei der Anwendung des Textreduktionsverfahrens zu berücksichtigen sind, betreffen die Relevanz, Zusammenhänge, Abfolge und Unterschiede von Themen.

Ergänzend zur Textreduktion kam das **Codierverfahren** zur Anwendung, wobei der Schwerpunkt auf der Themencodierung lag, d.h. aufgrund des Gesprächsmaterials wurden Themenkategorien gebildet. Die in Folge gebildeten Subkategorien konnten sodann mit den Themenkategorien verbunden werden und dienten zur Interpretation des hierarchischen Kategoriensystems. Thesen zu den Forschungsfragen wurden dabei aus dem Kategoriensystem abgeleitet. Die Analyse der Texte diente daher der Theorienbildung im Sinne einer Hypothesen generierenden Methode.

In einem ersten Schritt wurde jedes einzelne Interview dem Textreduktionsverfahren unterzogen. Nach einer vergleichenden Analyse wurden anhand von Beispielen zu den Themenkategorien Subkategorien gebildet und entsprechend ihrer Relevanz strukturiert.

Ordnet man die hier beschriebenen Vorgehensweisen in einen größeren methodischen Zusammenhang der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring⁴³⁵ ein, so wird die Themenanalyse auch der Methode Langes gerecht. Die einzelnen Analyseschritte lassen sich den drei Grundformen des Interpretierens der qualitativen Inhaltsanalyse wie folgt zuordnen:

1. **Zusammenfassung:** Das Material wird so reduziert, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben. Es soll ein Corpus geschaffen werden, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist. Dies wird in der vorliegenden Untersuchung mit dem Textreduktionsverfahren erreicht.
2. **Explikation:** Zu einzelnen fraglichen Textteilen wird Material herangetragen, das die Textstelle erläutert, erklärt oder ausdeutet. Einzelne Textstellen werden zur Bildung des Kategoriensystems in der Themenanalyse herangezogen und interpretiert. Hier dient die „Explikation“ als Schnittstelle zwischen dem Textreduktionsverfahren und dem Codierverfahren.
3. **Strukturierung:** Unter vorher festgelegten Ordnungskriterien sollen bestimmte Aspekte aus dem Material herausgefiltert werden. Ziel der Analyse ist es, einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen. Die Strukturierung des Textmaterials wird anhand des Codierverfahrens, d.h. der Bildung von Kategorien und deren Subkategorien und letztendlich aufgrund deren Relevanz, vorgenommen.

⁴³⁴ Froschauer/Lueger, 2003, S. 226.

⁴³⁵ Vgl. Lange, 2005, S. 56.

6.4 Auswertung anhand des Textreduktionsverfahrens

Innerhalb der Themenanalyse wird mit dem Textreduktionsverfahren in einem ersten Schritt eine Zusammenfassung aller Gesprächstexte unter bestimmten Kriterien angestrebt. Da diese Kriterien weitgehend durch die forschungsleitenden Fragen vorgegeben wurden, soll auch die Zusammenfassung bereits in den Kontext der Forschungsfragen bzw. der Untersuchungsebenen (vgl. Abbildung 2) integriert werden. Die Kernaussagen der jeweiligen Interviewpartner wurden somit unter folgenden Themenblöcken zusammengefasst:

Ebene 1: [A] Inhaltliche Kriterien in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Ebene 2: [B] Akteure und deren Einflüsse auf die Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Ebene 3: [C] Rahmenbedingungen der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Bezüglich Punkt [A] ist anzumerken, dass es sich bei der Gewichtung der Nachrichtenfaktoren um ein quantitatives Element handelt (vgl. Kap. 6.2), daher wird dieses auch in einer Grafik dargestellt. Um die grafische Darstellung zu ermöglichen, wurde die ursprünglich symbolische Skalierung (++ sehr wichtig, + eher wichtig, - weniger wichtig, --überhaupt nicht wichtig) durch eine numerische Skalierung ersetzt, wobei diese der jeweiligen Legende zu entnehmen ist.

In Bezug auf den Begriff „Akteur“ bzw. „Akteure“ ist anzumerken, dass die dafür vorgesehene Definition im Vorfeld den Befragten erläutert wurde. Dabei handelt es sich um jene Akteure, die auch den Untersuchungsgegenstand determinieren: Mediziner/Ärzte, Redakteure/Journalisten und die pharmazeutische Industrie.

6.4.1 Mitarbeiter pharmazeutischer Unternehmen

Zur Person Pharma 1 (P1)

P1 studierte Publizistik- und Kommunikationswissenschaft und war danach ungefähr zehn Jahre als Journalistin für Tages- und Wochenzeitschriften tätig. Seit vier Jahren ist sie Unternehmenssprecherin eines internationalen Pharmaunternehmens in Wien. P1 kümmert sich um die gesamte externe Kommunikation und unterstützt die Marketing-Abteilung im Bereich der Produkt-PR.

Kernaussagen des Interviews (Interviewdauer: 35 Minuten)

[A] Inhaltliche Kriterien in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

P1 zögerte bei der Bewertung der Nachrichtenfaktoren, da es für sie generell eine große Schwierigkeit darstellte, die Medizinberichterstattung im Allgemeinen zu bewerten. Im Bereich der Medizinmedien war es ihrer Meinung nach notwendig, zwischen Fach- und Laienmedien zu unterscheiden. Dabei wies sie auf die steigende Bedeutung der Publikumsmedien hin. Diese wären weder beeinflussbar, noch objektiv und würden eher einen globalen Überblick schaffen,

indem sie auch kontroverse Themen aufgreifen. Letzt genanntes Kriterium wäre in den Fachmedien nicht zu verorten, da diese stark von den „Stakeholdern“ beeinflusst werden. Der Fokus würde dort im Bereich der Therapie liegen.

Was den Ist-Zustand bezüglich der Ausprägung der Nachrichtenfaktoren in der österreichischen Medizin- und Gesundheitsberichterstattung betrifft, wurden mit Ausnahme der „Aggression“ und „Kontroverse“ alle Nachrichtenfaktoren als hoch bzw. gewichtig eingestuft (vgl. Abbildung 18). Im Bereich des Soll-Zustandes wurde ein geringerer Einfluss der Bedeutung des „persönlichen Einflusses“, der „Prominenz“, des „möglichen Nutzens“ und des „möglichen Schadens“ vorgeschlagen. „Kontroverse“, „tatsächlicher Nutzen“ und „tatsächlicher Schaden“ sollten hingegen mehr Einfluss auf die Medizinberichterstattung ausüben.

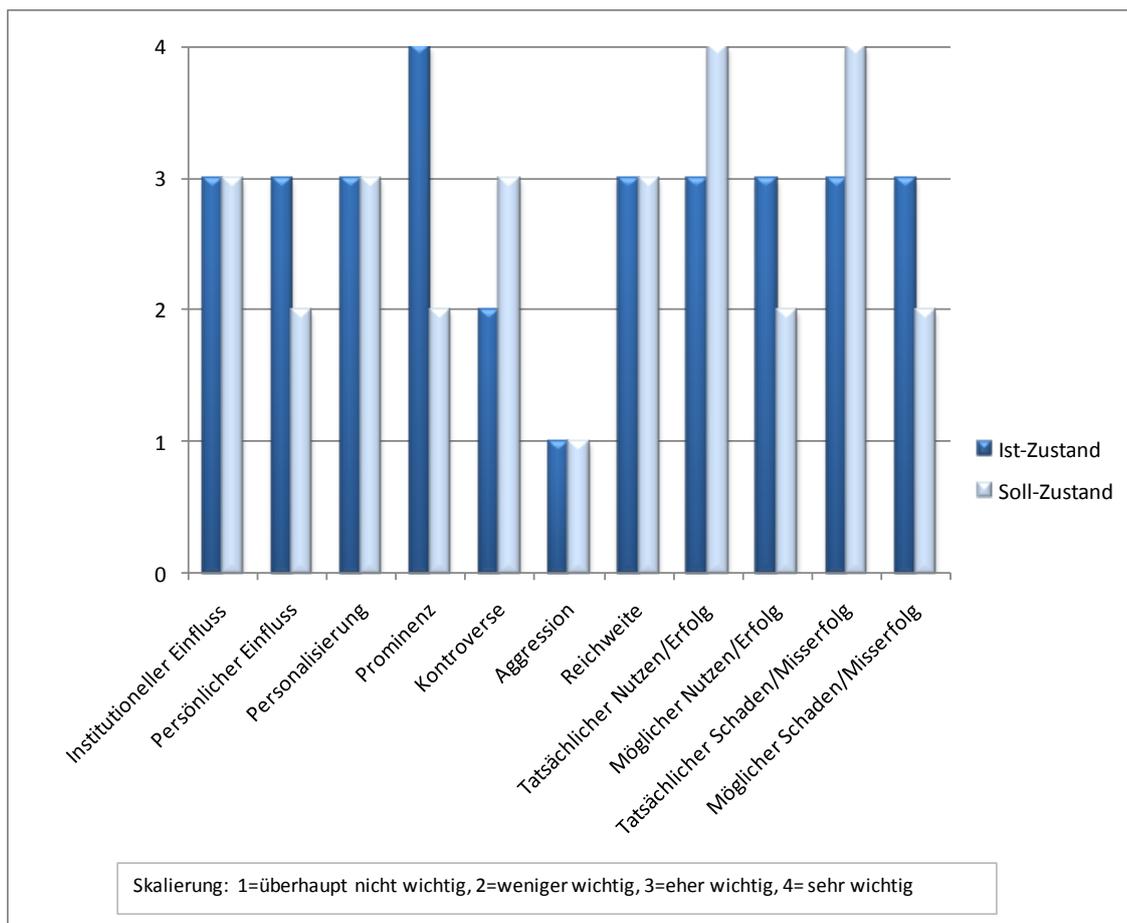


Abbildung 18: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch P1

[B] Akteure und Einflüsse in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Der Faktor der „Personalisierung“ wurde sofort mit dem Faktor der „Prominenz“ in Verbindung gebracht. Dabei würde aber nicht der „Seitenblicke-Faktor“ im Vordergrund stehen, sondern es drehe sich um den „Top-Experten“ zu einem Thema. Dieser Umstand, dass ein Thema immer an Experten „aufgehängt“ wird, wäre jedoch gleichermaßen in den Publikumsmedien vorzufinden. P1 verwendete hierfür den Begriff des „Key Opinion Leaders“. Weitere Zusammen-

hänge wurden zu den Faktoren „tatsächlicher Nutzen/Erfolg“ und „möglicher Nutzen/Erfolg“ hergestellt.

Das Beziehungsnetzwerk zwischen den Akteuren wurde als Dreieck dargestellt, wobei der Kommunikationsfluss von der pharmazeutischen Industrie initiiert werden würde. Auch hier ging P1 von der Differenzierung zwischen Fach- und Publikumsmedien aus. So beschrieb sie den Kommunikationsfluss bei Publikumsmedien wie folgt: *„...ausgehend von der pharmazeutischen Industrie über die Mediziner zu den Medien.“* Was die Fachmedien betrifft, wurden zwei Möglichkeiten der Interaktion angeführt: einerseits von den Medizinerinnen zu den Medien und andererseits von Pharmafirmen direkt zu den Medien bzw. von den Pharmafirmen ausgehend zu den Medizinerinnen.

P1 widersprach dem Ansatz des Agenda-Setting in der Medizinberichterstattung, indem sie dem Ansatz des Agenda-Building den Vorzug gab. Die Themen würden nicht von den Medien „gemacht“ werden, sondern es würde sich meistens um „anlassbezogene Ereignisse“ handeln, die von *„Akteuren im Gesundheitsbereich getriggert“* werden. Die Themen werden nicht von den Medien bestimmt, sondern von anderen Akteuren wie z.B. der Schulmedizin oder Opinion Leaders im Bereich der Medizin bzw. *„oftmals auch ausgehend von Pharma, die hinter vielen Studien steht, die viele Themen mitbeeinflusst.“*

Im Allgemeinen beschrieb P1 die Beziehungen zwischen der pharmazeutischen Industrie und den Medizinerinnen als sehr gut. Es herrsche ein *„prosperierender working-level“*. Man würde daher in dem System von PR-Agenturen und Ärzten, die darin „mitspielen“, sehr gut leben, da sich diese aus Gründen der Eitelkeit sehr gerne in den Medien sehen würden.

[C] Rahmenbedingungen in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Im Hinblick auf die Verantwortung der einzelnen Akteure gegenüber der Öffentlichkeit wurde in Bezug auf die der Gruppe der Medien in erster Linie auf das *„Objektivitätsgebot“* hingewiesen. Im Zusammenhang mit der Gruppe der Mediziner betonte P1, dass diese sich nicht in Abhängigkeit begeben sollten bzw. nicht besonders beeinflusst sein sollten. Was die pharmazeutische Industrie betraf, wurde das Arzneimittelgesetz angesprochen, dass auch eingehalten werden sollte.

Auf die Frage wie wirtschaftliche Interessen trotz diverser Restriktionen durchgesetzt werden, wurde die PR als *„vorrangig oder ein starker Einflussfaktor in der Gesundheitsberichterstattung“* genannt. Medizinjournalisten wären viel mehr der PR-Arbeit ausgesetzt, als z.B. Journalisten in anderen Ressorts: *„...da ist der PR-Faktor in der Innenpolitik ja nahezu null!“* Die Art der Verbreitung dieser PR bezeichnete P1 als „Undercover“, da der Absender nicht ersichtlich wäre, sondern alles immer stärker über PR-Agenturen gesteuert werden würde.

P1 kritisierte die gesetzlichen Beschränkungen, denen die Pharmabranche unterliegt. Die Trennung zwischen rezeptfreien und rezeptpflichtigen Produkten könne *„kein Kriterium sein für das neue Jahrtausend. Wenn ich einerseits sage, es müssen Kosten und Gesundheitsbewusstsein beim Patienten gefördert werden, dann müssen auch die Informations- und Beteiligungsrechte gefördert werden.“* In diesem Zusammenhang wies sie auch auf den Begriff

des „*mündigen Patienten*“ hin, auf den sich die Politik berufen würde. Als Beispiel wurde die Gruppe der HIV-Patienten genannt, die laut P1 die Gruppe mit dem am besten informierten Patienten Klientel sei: *„Das ist eine jüngere Klientel. Das ist meistens eine gebildete Klientel, weil Schuld- und höhere Bildungspflicht, top-informiert, top-vernetzt. Die wissen sehr, sehr schnell - welche Therapieformen gibt es? Das ist in diesem Bereich auch sehr notwendig, weil nach ein, zwei Jahren hat man eine Resistenz gebildet. Man muss sehr rasch zu einer Mehrfachkombination greifen und ist angewiesen auf neue Medikamente. Die sind perfekt organisiert, perfekt informiert und wenn wir uns das Ergebnis dessen anschauen: vor 10 Jahren, vor 15 Jahren war HIV ein Todesurteil. Das ist es heute nicht mehr!“* P1 betonte, dass sie sich diese Art von Informationsfreiheit auch in anderen Bereichen wünschen würde. Auch eine gewisse *„Direct-to-Consumer-Information, d.h. informieren über die Therapie, welche Möglichkeiten, Prävalenz, ...welche Therapiemöglichkeiten es gibt“* bezeichnete P1 als eine sehr wichtige Komponente, deren Ausführung möglich sein sollte.

Zur Person Pharma 2 (P2)

Pharma 2 war nach ihrem Studium der Pharmazie als Universitäts-Assistentin tätig und arbeitete zwei Jahre lang als Apothekerin. Danach wechselte sie in ein internationales pharmazeutisches Unternehmen, wo sie in diversen Abteilungen eingesetzt wurde wie beispielsweise Product Management, Medizinische Forschung und Sales Management. P2 ist insgesamt seit 14 Jahren in der pharmazeutischen Industrie tätig und seit zwei Jahren als Sales Manager beschäftigt.

Kernaussagen des Interviews (Interviewdauer: 59 Minuten)

[A] Inhaltliche Kriterien in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Laut P2 unterscheidet sich die herkömmliche Berichterstattung von der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung, indem letzterer mehr Bedeutung zugesprochen wird. Dabei differenzierte auch diese Befragte zwischen Fach- und Laienmedien. Während Fachmedien einen Informationsgehalt in Bezug auf die ausgeübte Tätigkeit liefern, würden alle anderen Medien der reinen Wissensvermittlung dienen. In Bezug auf die Medizinberichterstattung in Österreich kritisierte P2 eine *„zu wenig griffige Aufbereitung“*. Außerdem würde sie ein gezielteres Behandeln von Schwerpunktthemen, beispielsweise in Sonderheften und –beilagen, befürworten.

In Bezug auf die Bewertung der Nachrichtenfaktoren erschien auffällig, dass der Ist-Zustand kaum Differenzen zum Soll-Zustand aufwies (vgl. Abbildung 19). Lediglich der Faktor „Kontroverse“ sollte nach Meinung von P2 in der österreichischen Medizin- und Gesundheitsberichterstattung stärker hervortreten. „Prominenz“, „tatsächlicher Nutzen“ und „tatsächlicher Schaden“ wurden als die wichtigsten Faktoren identifiziert, dicht gefolgt von den Faktoren „Personalisierung“, „tatsächlicher Nutzen“ und „tatsächlicher Schaden“.

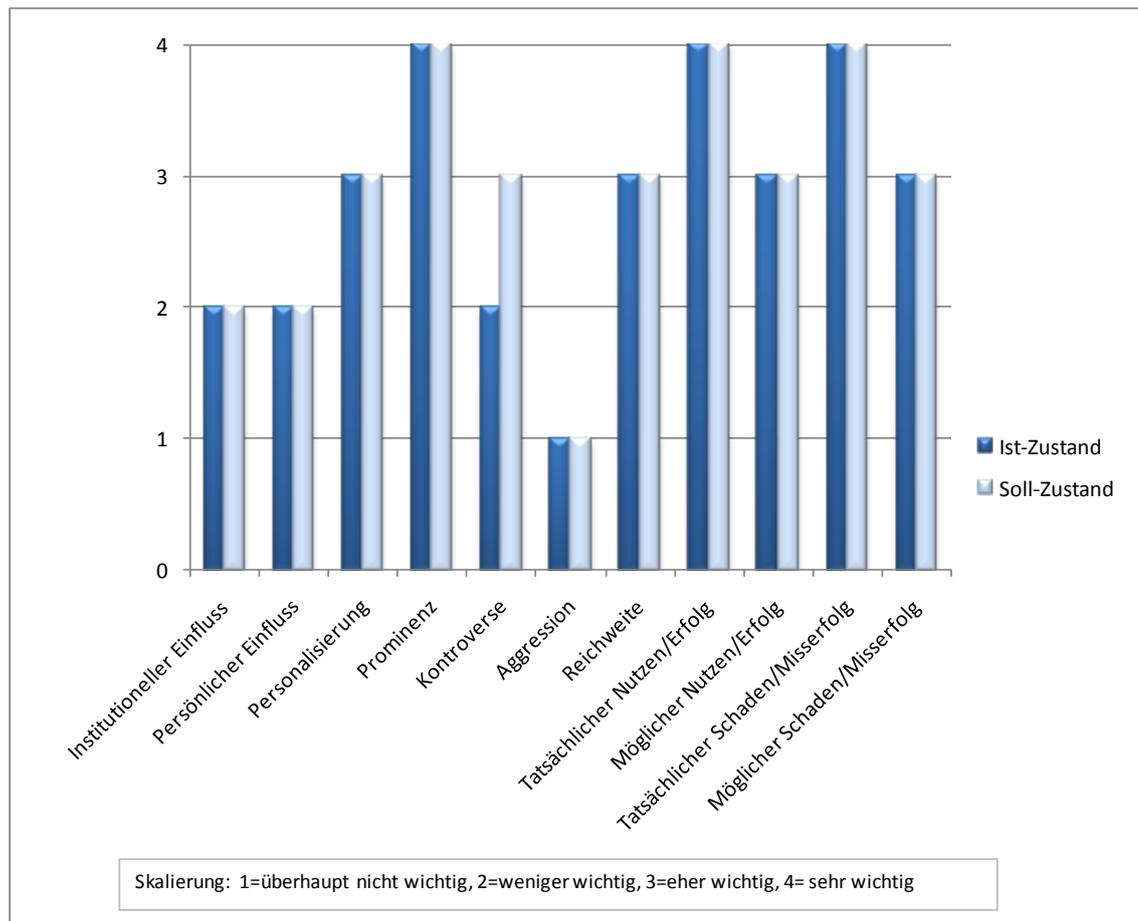


Abbildung 19: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch P2

[B] Akteure und deren Einflüsse auf die Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

P2 schrieb dem Faktor „Personalisierung“ besonders in den Fachmedien eine sehr große Bedeutung zu. Dabei wurden diese Personen als Meinungsbildner bezeichnet, die in der Forschung tätig sind. P2 begründete den Einsatz von Meinungsbildnern mit Schlagwörtern wie Kompetenz, Empfehlung, Erfahrung und Plausibilität. In den Laienmedien wäre die „Personalisierung“ nicht so wichtig, weil den Leuten die einschlägigen Namen sowieso nicht bekannt wären. Hier würde es oft auch reichen, wenn „*der Herr Primarius etwas empfiehlt*“. In der Fachpresse hingegen würde man die Kollegenschaft kennen und daher den Aussagen mehr oder weniger Gewicht verleihen. Grundsätzlich befürwortete P2 den hohen Stellenwert, den Ärzte in der Medizinberichterstattung einnehmen, denn „*die medizinische Information braucht den Fachmann, die kommt glaube ich ohne nicht aus...ich bin mir jedoch nicht sicher über den Gehalt und die Wertigkeit.*“

Auch P2 stellte das Netzwerk zwischen den Akteuren als klassische Dreiecksbeziehung dar, indem sie die Interaktion der pharmazeutischen Industrie mit den Ärzten als die stärkste Verbindung bezeichnete. Dies begründete sie hauptsächlich aufgrund von intensiven persönlichen Kontakten bzw. Gesprächen. Die Verbindung zwischen Medien und der Pharmaindustrie wurde als schwach und ausgehend von den Medien auch als einseitig

beschrieben. Auch die Verbindung zwischen den Medien und den Ärzten sah sie als sehr schwach und nur bedingt ausgehend von den Medien. Obwohl P2 zu Beginn des Interviews die Konstellation der Akteure als ein Dreieck beschrieben hatte, kam sie im Laufe des Gesprächs zu dem Schluss, dass die Medien in diesem System die Rolle eines Außenseiters einnehmen würden. Die Information und das Wissen würde nur von der Pharmaindustrie und den Ärzten generiert werden und an die Öffentlichkeit weiter transportiert werden. P2 veränderte das Beziehungsnetzwerk dahingehend, dass sie die Gruppe der Medien durch das Publikum bzw. die Öffentlichkeit ersetzte. Den Medien schrieb sie die eher unwichtige Aufgabe der Verbreitung und Verteilung der Informationen zu.

Medien würden demnach „*keine Geschichten aufbauen*“ oder Themen generieren. Die Information in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung würde sich durch aktuelle Forschungsergebnisse und Veranstaltungen bzw. Kongresse ergeben. Vor allem im Bereich der Fachmedien würden die Themen auch weitgehend von den „Kunden“, bei denen es sich um unabhängige Gesellschaften handeln würde, vorgegeben werden. Diese wären natürlich daran interessiert, ihre aktuellen Errungenschaften zu präsentieren. In erster Linie sah sie die Themengenerierung ausgehend von der Wissenschaft, dicht gefolgt von der pharmazeutischen Industrie, da diese durch neue Entwicklungen in der Forschung aktuelle Ergebnisse liefern könne.

[C] Rahmenbedingungen der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

P2 schrieb allen Akteuren eine gleich hohe gesellschaftspolitische Verantwortung zu. Damit einhergehend betonte sie die hohen ethischen Standards, die Plausibilität und die Korrektheit, an die sich jeder der Akteure halten müsse.

Der Frage nach den gesetzlichen Beschränkungen und den damit verbundenen Schwierigkeiten wurde selbst nach mehrmaligen Nachfragen immer wieder ausgewichen. Konflikte sah sie grundsätzlich keine, da der Informationsfluss wie er sich derzeit gestaltet, ihrer Meinung nach in Ordnung wäre.

Zur Person Pharma 3 (P3)

P3 war zweieinhalb Jahre als Marketing- und Beschaffungsassistentin in einem internationalen Pharmaunternehmen für den Generikabereich tätig. Danach wechselte sie in die medizintechnische Branche und ist dort auch noch gegenwärtig als Marketing Specialist tätig. Neben ihrer Tätigkeit absolvierte sie den Universitätslehrgang für Werbung und Verkauf.

Kernaussagen des Interviews (Interviewdauer: 34 Minuten)

[A] Inhaltliche Kriterien in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Im Vergleich zur herkömmlichen Berichterstattung wird die Medizinberichterstattung als sachlicher beschrieben. Auch der Hang zur Übertreibung wurde von P3 in der Medizinberichterstattung geringer eingestuft. Im Allgemeinen wurde das Angebot als ausreichend beschrieben, wobei Gesundheit immer mehr zu einem Lifestyle-Thema avancieren würde. Eine

sachliche Darstellung und eine Ausgewogenheit zwischen den Berichten über Erfolge und Misserfolge müsse gewährleistet sein.

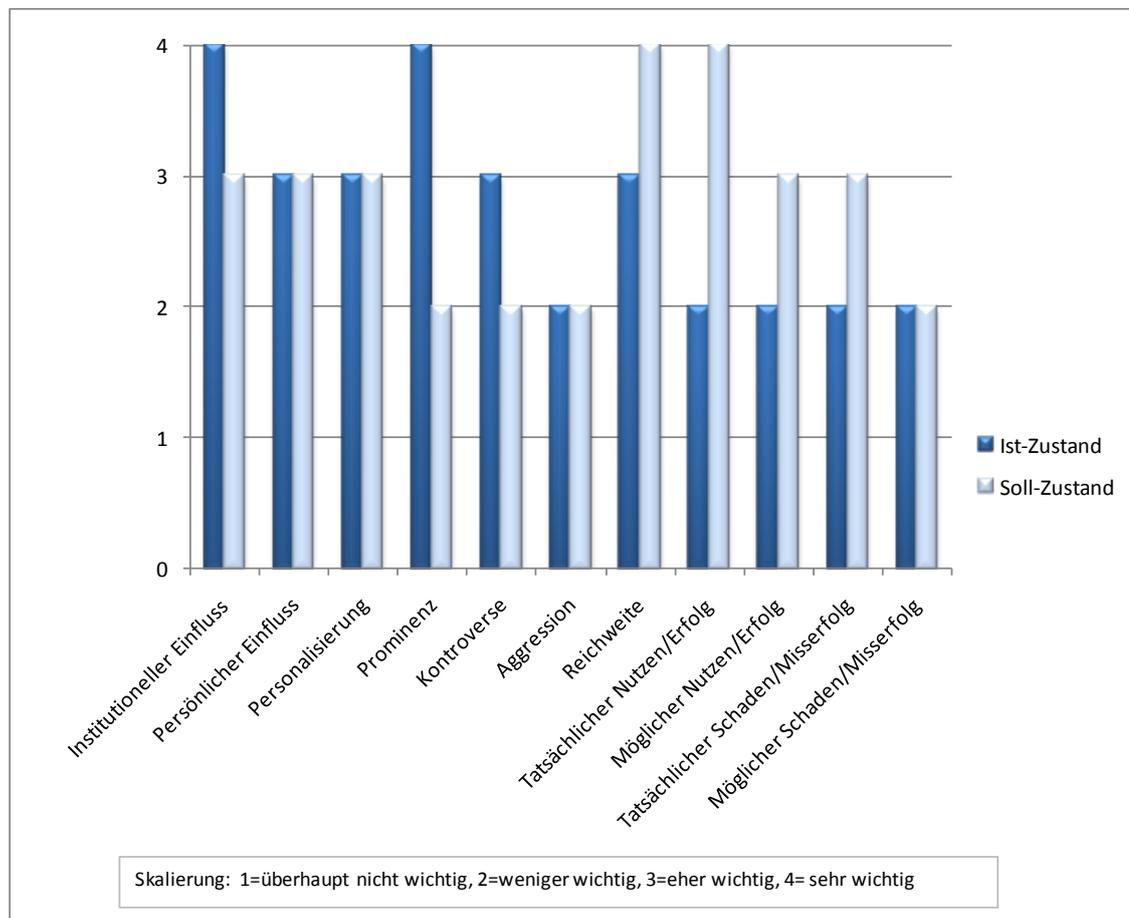


Abbildung 20: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch P3

Die Beurteilung des Ist-Zustandes der Medizinberichterstattung anhand der Nachrichtenfaktoren wies für die Faktoren „institutioneller Einfluss“ und „Prominenz“ die höchste Bewertung auf. „Personalisierung“, „persönlicher Einfluss“, „Kontroverse“ und „Reichweite“ wurden als „eher wichtig“ eingestuft. Im Hinblick auf den Soll-Zustand wurden die Faktoren „Prominenz“, „institutioneller Einfluss“ und „Kontroverse“ als niedriger eingestuft, den Faktoren „Reichweite“ und „tatsächlicher/möglicher Schaden“ und „tatsächlicher/möglicher Nutzen“ sollte hingegen mehr Gewicht eingeräumt werden.

[B] Akteure und deren Einflüsse auf die Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Die Personalisierung in der Medizinberichterstattung würde sich laut Aussagen von P3 in der Regel nur auf prominente Personen konzentrieren, wobei sie diesen Faktor in der Medizinberichterstattung gleichzeitig als unpassend einstufte. Die Nennung von prominenten Ärzten würde oftmals in Verbindung mit neuen Erkenntnissen bzw. innovativen Produkten stehen. Bis zu einem gewissen Grad bezeichnete P3 das Auftreten von Ärzten in den Medien als akzep-

tabel, jedoch sollten andere Personen, beispielsweise Patienten zu Wort kommen, wenn Mediziner nur eingesetzt werden, um ihren offensichtlichen Geltungsdrang zu befriedigen. Grundsätzlich ging P3 davon aus, dass die Mediziner von den Laienmedien erst zu Meinungsbildnern gemacht werden würden.

Die Besonderheit in der Beschreibung des Netzwerks zwischen den Akteuren lag bei dieser Befragten darin, dass sie dieses nicht als Dreieck beschrieb, sondern als einen Zyklus. Dabei würden die Medien sehr eng mit den Pharmafirmen zusammenarbeiten. Die Interaktion würde jedoch verstärkt von der Medienseite ausgehen, da diese an den Einschaltungen der Pharmafirmen, beispielsweise in den Fachzeitschriften, interessiert wären. Die pharmazeutische Industrie würde sich an die Abnehmer ihrer Produkte, d.h. die Ärzte, wenden. Der Kreis schließt sich, indem sich die Medien an diese Ärzte wenden würden, um sie für Interviews zu gewinnen. Die Ärzte würden demnach größtenteils durch die Kontakte der pharmazeutischen Industrie in die Medien kommen, denn diese wären auf einen Sponsor angewiesen. Die stärkste Verbindung wurde daher zwischen Ärzten und der Pharmaindustrie und die schwächste Verbindung zwischen Medien und Ärzten identifiziert.

Die Agenda-Setting-Funktion der Medien wurde grundsätzlich bejaht, indem beschrieben wurde, dass die Medien den Verlauf eines Themas beeinflussen und „pushen“ könnten. Jedoch würde die Themenauswahl nicht allein von den Medien ausgehen. Die Vorgabe der einzelnen medienrelevanten Themen beschrieb P3 als ein Zusammenspiel aus den Bedürfnissen der Rezipienten und den Forschungsergebnissen der Pharmaindustrie.

[C] Rahmenbedingungen der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Laut P3 hat grundsätzlich jeder der Akteure eine große Verantwortung im Hinblick auf die heutige Gesellschaft, da Gesundheit ein Grundbedürfnis darstellt, das immer an oberster Stelle stehen sollte. Es würde daher um ethische Prinzipien gehen, die seitens der Pharmaindustrie sicher eingehalten werden würden. Auch bei den Ärzten war sie sich dessen sicher, wobei sie dies bei den Medien teilweise bezweifelte.

Die Industrie würde sich an das Arzneimittelgesetz bzw. das Medizinproduktegesetz halten und die Ärzte seien ohnehin verpflichtet, den ethischen Kodex zu erfüllen. Für den Bereich der Medien konnte diesbezüglich keine explizite Richtlinie genannt werden.

Der wirtschaftliche Druck auf die pharmazeutische Industrie ist in den letzten Jahren durch die Entwicklungen am Generikamarkt immer größer geworden. Dieser Druck würde sich in weiterer Folge auch auf den Arzt übertragen, auf den indirekt durch die Kassen Druck ausgeübt werden würde. Alle Akteure würden sich daher in Bezug auf die Öffentlichkeit in einer sehr schwierigen Situation sehen. Dies könne nur durch eine gute PR-Arbeit überbrückt werden, wobei hierbei die Einhaltung der ethischen Grenzen ein wichtiges Kriterium darstellen würde. Die wirtschaftlichen und ethischen Interessen sollten sich immer die Waage halten.

Zusammenfassung: Mitarbeiter pharmazeutischer Unternehmen

[A] Inhaltliche Kriterien in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

In Bezug auf die Gesamtbewertung der Nachrichtenfaktoren entstand die Tendenz, dass die „Reichweite“, der „tatsächliche Nutzen“ und der „tatsächliche Schaden“ im Vergleich zum Ist-Zustand mehr Einfluss auf die Medizinberichterstattung haben sollten. Hingegen sollten die Faktoren „institutioneller Einfluss“, „persönlicher Einfluss“, „Prominenz“ und „möglicher Schaden“ an Einfluss verlieren. Grundsätzlich ist zu bemerken, dass bei der Betrachtung der Gesamtheit aller Faktoren dem Faktor „Prominenz“ in der aktuellen Medizinberichterstattung das höchste Gewicht zugesprochen wurde. Hingegen sollte dieses vom „tatsächlichen Nutzen“ ausgeübt werden.

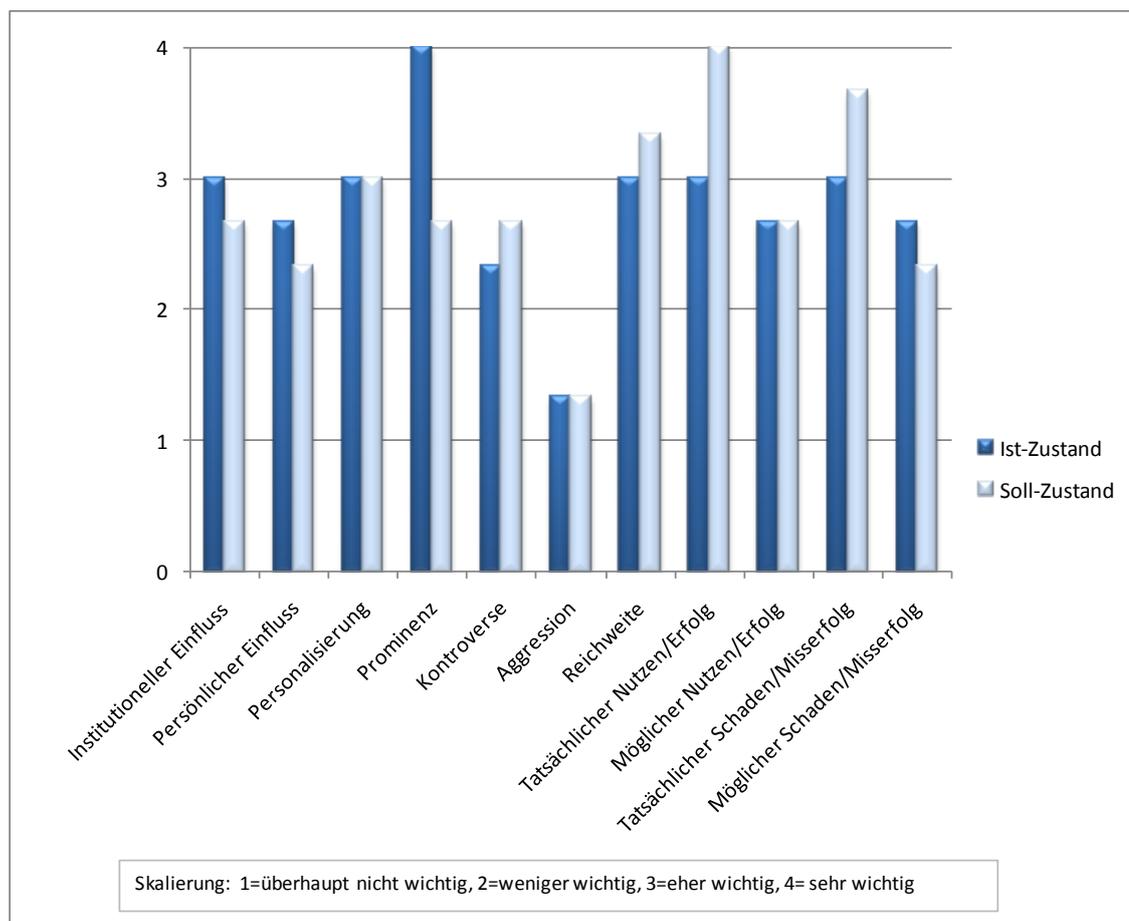


Abbildung 21: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch Mitarbeiter der pharmazeutischen Industrie

[B] Akteure und deren Einflüsse auf die Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Im Hinblick auf die „Personalisierung“ wurde die Höhe der Ausprägung dieses Nachrichtenfaktors in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung generell befürwortet. Unabhängig von der Mediengattung sei „Personalisierung“ in der Medizinberichterstattung sehr wichtig und würde speziell in der Fachberichterstattung ohne Experten oder Meinungsbildner auf dem jeweiligen Gebiet gar nicht auskommen.

Die Agenda-Building-Funktion der pharmazeutischen Industrie wurde in dieser Befragungsgruppe eindeutig bejaht und somit gleichermaßen der Agenda-Setting-Funktion der Medien mehrheitlich widersprochen. Im Beziehungsnetzwerk der Akteure nahmen die Medien, den Aussagen aller drei Befragten zufolge, eine sehr schwache Stellung ein. P3 betonte, dass die Medien zwar Einfluss auf die Verbreitung ausüben und bestimmte Themen hochpushen könnten, aber im Hinblick auf die Bestimmung der Tagesordnung der Rezipienten bezeichnete sie ihn als zu gering. Die Themen würden größtenteils von den anderen beiden Akteuren vorgegeben werden. Als die stärkste Verbindung wurde eindeutig die Verbindung zwischen der pharmazeutischen Industrie und den Ärzten genannt. Die Medien wurden generell als ein sehr schwaches Glied in der Verbindungskette gesehen, da die Interaktionen zu den anderen Akteuren nicht so ausgeprägt wären. Eine Befragte integrierte die Medien auch nicht zur Gänze in das Beziehungsnetzwerk, sondern sah diese eher in einer externen Funktion. Stattdessen ernannte sie die Gruppe der Rezipienten zum dritten Akteur. Die Rolle der Medien beschrieb sie indes als eine Außenseiterposition, die lediglich Informationen distribuieren und versuchen würden, ebenfalls in den Interaktionsradius des Netzwerkes aufgenommen zu werden.

[C] Rahmenbedingungen der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Die Rahmenbedingungen wurden grundsätzlich mit ethischen Regeln bzw. Einstellungen der jeweiligen Berufsgruppe in Verbindung gebracht. Im Bereich der Pharmabranche wurde gezielt das Arzneimittelgesetz angesprochen. Zwei der drei Befragten äußerten sich zum wirtschaftlichen Druck, der auf die Pharmaindustrie ausgeübt werden würde. Die Interessen der Pharmabranche könnten daher nur mittels guter PR-Arbeit in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden. Während sich eine Befragte grundsätzlich der Frage entzog, äußerte sich P1 sehr eindeutig zu den Schwierigkeiten, vor denen die Pharmabranche aufgrund des Arzneimittelgesetzes steht. Eine entsprechende Direct-to-Consumer-Information hielt sie für dringend notwendig, wobei dies aufgrund der gesetzlichen Beschränkungen nicht möglich wäre. Alle Befragten versicherten, dass sich die Pharmabranche auf jeden Fall an die gesetzlichen Regelungen halten würde. Beschränkungen im Bereich der Medien wurden von allen Befragten wenig bis gar nicht thematisiert. Redakteuren und Journalisten wurde lediglich eine gewisse ethische Verantwortung unterstellt. Für die Gruppe der Mediziner wurde der „ethische Kodex“ als verbindliche Richtlinie genannt.

6.4.2 Redakteure/Journalisten

Zur Person Medien 1 (M1)

M1 absolvierte ursprünglich die Ausbildung zur medizinisch-technischen Assistentin im Wiener Allgemeinen Krankenhaus. Anschließend war sie drei Jahre in der Krebsforschung beschäftigt. Nach einer „Auszeit“ begann sie in der Pressestelle der Pharmig als PR-Assistentin und Redakteurin zu arbeiten. Parallel dazu studierte sie Psychologie. 1997 verließ sie aufgrund ihrer

Karenz das Unternehmen, schloss ihr Studium ab und ist seither freiberuflich als Medizinjournalistin für eine Tageszeitung und eine Fachzeitschrift tätig. Zudem ist sie Mitglied der „Initiative für Qualitätsjournalismus“ (vgl. Kap. 2.7.1).

Kernaussagen des Interviews (Interviewdauer: 53 Minuten)

[A] Inhaltliche Kriterien in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Medizinberichterstattung würde sich dahingehend von den anderen Ressorts unterscheiden, indem das Thema Medizin jeden Menschen betrifft und berührt. M1 wies in diesem Zusammenhang auf Mediaanalysen hin, in denen die Themen Medizin und Gesundheit nach wie vor an oberster Stelle stehen würden. Gesundheit wäre ein existenzielles Grundbedürfnis und deshalb auch das Interesse der Rezipienten sehr hoch. Journalisten und Redakteure wären sich dieser Betroffenheit bewusst. Grundsätzlich bezeichnete sie die derzeitigen Entwicklungen in der Medizinberichterstattung in Österreich als positiv, indem sie auch auf den gehobenen Stellenwert dieses Ressorts in den Tageszeitungen verwies. Als negativ wertete sie die thematische Einengung der Journalisten durch das Agenda-Setting. Dies würde sich in immer wiederkehrenden jährlichen Themenzyklen äußern, was die Gelegenheit über etwaige Nischenthemen zu recherchieren bzw. zu berichten, drastisch schmälern würde. Auffällig erschien in der Bewertung der Nachrichtenfaktoren der bereits als sehr hoch eingestufte Ist-Zustand. Dies betraf vor allem die Faktoren des tatsächlichen und möglichen Nutzens und Schadens. Auch die Faktoren „Kontroverse“ und „Reichweite“ wurden auffällig hoch eingestuft. Alle persönlichkeitsbezogenen Faktoren wurden als „weniger wichtig“ eingestuft. Im Gegensatz zum Ist-Zustand verhielt sich die Bewertung des Soll-Zustandes generell niedriger. Eine Verringerung des Einflusses der Faktoren „institutioneller Einfluss“, „persönlicher Einfluss“ und „Prominenz“ sowie der Faktoren im Bereich des Nutzens und Schadens wurde vorgeschlagen.

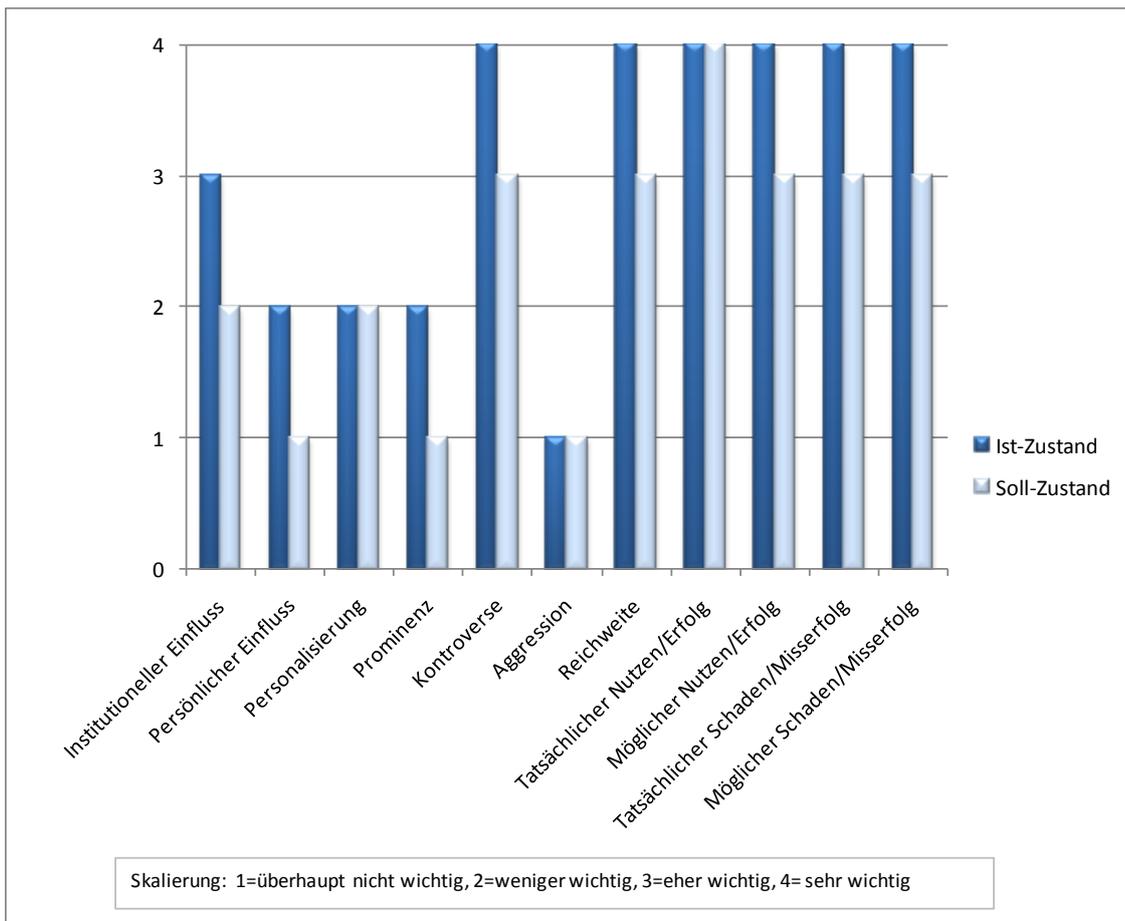


Abbildung 22: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch M1

[B] Akteure und deren Einflüsse auf die Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Mit dem Faktor der Personalisierung verband M1 auf Anhieb prominente Ärzte, wobei sie das Auftreten dieser Personen als medienabhängig einstufte. In Fachmedien würde es sich beispielsweise weitgehend um Experten handeln, die aufgrund ihres Fachwissens und weniger aufgrund ihrer Prominenz als Ansprechpartner gelten. Generell würde es sich einerseits um die „typisch prominenten Ärzte und Klinikvorstände“ handeln und andererseits um Leute, die an vielen Studien beteiligt sind und sich auch schon international einen Ruf gemacht hätten. Aus der Sicht von M1 sind jedoch die Fachexperten wichtiger als prominente Menschen. Grundsätzlich bezeichnete sie den Faktor der „Personalisierung“ auch nicht als den wichtigsten in der Medizinberichterstattung, sondern wies in diesem Kontext auf die Faktoren des Nutzens und Schadens hin.

Die Agenda-Setting-Funktion der Medien hätte laut M1 sicher Gültigkeit, jedoch würde die Entscheidung der Themenwahl nicht alleine bei den Medien liegen. Als entscheidendes Kriterium nannte sie den Einfluss der PR-Arbeit der Pharmaindustrie im Verbund mit den Experten. Die Medien würden die Aufgabe haben, auszuwählen, wobei sich M1 die Frage stellte, in welchem Ausmaß man dem Einfluss der PR-Arbeit unterliegen würde. Als Beispiel nannte sie die Berichterstattung über Kongresse, wobei die Themenwahl schon indirekt durch

den Programmablauf bestimmt wird. Trotz dieses möglichen Einflusses bezeichnete sie die Pharma-PR als ein essentielles Instrument, denn die Medien allein wären nicht mehr imstande, die Fülle des Angebots zu filtern. Die PR würde sich daher als wichtiges Kriterium in der Zusammenarbeit mit den Medien erweisen. Natürlich würde es auch immer noch den umgekehrten Weg der Eigenrecherche geben, wobei versucht wird, etwas zu einem Thema zu finden. Der überwiegende Teil der Berichterstattung von circa 70 Prozent würde jedoch durch Presseinformationen bestimmt werden.

Das Netzwerk der Akteure beschrieb M1 in einem dreidimensionalen Raum, indem sie die Pharmaindustrie als größten Geldgeber hinter bzw. oberhalb der Medien sah. In diesem Kontext verwies sie auf die Tatsache, dass die Pharmaindustrie der einflussreichste Akteur wäre. Gleichzeitig betonte sie auch, dass dies viel Kritik ernten würde, aber dieses Faktum auch offen angesprochen werden müsse. Die Verbindung der Ärzte zur pharmazeutischen Industrie bezeichnete sie als etwas ausgeprägter als zu den Medien, da Ärzte auch finanziell durch die Kooperation über Studien und Sponsoring von den Pharmaunternehmen abhängig wären. Als stärkste Verbindung deutete sie jedoch die Interaktion zwischen Medien und Pharmaindustrie, dicht gefolgt von der Interaktion zwischen Ärzten und Pharmaindustrie. Die schwächste Verbindung sah sie zwischen der Ärzteschaft und den Medien, da hier einerseits viele Kontakte zu den Ärzten über die Pharmaindustrie hergestellt werden würden und sich andererseits der Kontakt zu den Ärzten als schwierig erweisen würde. Es würden sich zwar Ärzte für die Medien zur Verfügung stellen, jedoch würden sich diese Kontakte meist durch persönliche Gespräche ergeben, d.h. hier müsse man schon sein eigenes Netzwerk haben bzw. mitunter auch keine Scheu haben, Kollegen bezüglich geeigneter Ansprechpartner zu kontaktieren.

[C] Rahmenbedingungen der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Die Aufgabe der Medien wäre es, die ethischen Grundprinzipien - die jedoch nirgendwo festgehalten sind - einzuhalten. Jeder, der über Medizin schreibt, sollte sich verpflichtet fühlen, diese einzuhalten. Darunter verstand M1 die Fähigkeit zur Hinterfragung der Wissenschaftlichkeit von gewissen Studien und diese nicht zu verallgemeinern. In diesem Zusammenhang erwähnte sie auch das oftmals „verfrühte Bejubeln von Forschungsergebnissen“, das sie im Zusammenhang mit zwei weiteren wichtigen Aufgaben eines Medizinjournalisten betonte: Dieser soll vor allem keine falschen Hoffnungen wecken, aber auch niemandem die letzte Hoffnung rauben. Ärzte würden sich ohnehin an die wissenschaftlichen Kriterien halten, was aufgrund ihrer wagen Aussagen zu erkennen ist. Griffige Zitate, wie es sich die Medien wünschen würden, würde man beispielsweise aufgrund der ausdrücklichen Hinweise der Ärzte auf die Schwankungsbreite von Studien wenig bis gar nicht finden. Ärzte würden daher lediglich Trends voraussagen und keine stichhaltigen Aussagen liefern. Auch die pharmazeutische Industrie würde ganz klar ihre Verantwortung wahrnehmen. Diese wäre zwar zunehmend durch wirtschaftliche Interessen geprägt (was sich auch in diversen Marketingstrategien abzeichnet), würde sich aber trotzdem noch auf der „ethischen Seite“ bewegen. Die Rigidität gewisser Aussagen und Strategien der Pharmaindustrie müsse jedoch seitens des Journalismus und der

Öffentlichkeit hinterfragt werden. M1 bestätigte, dass Public Relations in diesem Zusammenhang ein wichtiges Instrument für die Pharmafirmen darstellen würde. Die PR-Arbeit würde sich in gesponserten Symposien und bezahlten Artikeln, die redaktionell gestaltet werden, äußern. Neben diesen „Advertorials“ würden auch noch klassische Marketingstrategien zum Zug kommen, indem der direkte Kontakt zu den Ärzten gesucht wird oder aber auch indem man sich durch Schulungen und Seminare für Patienten direkt an die Öffentlichkeit wendet.

Zur Person Medien 2 (M2)

M2 studierte ursprünglich Biologie, wollte aber die damit verbundene Lehrtätigkeit nicht ausüben und wandte sich nach ihrer Karenzpause dem Journalismus zu. Sie begann ihre Karriere im wissenschaftlichen Ressort von zwei Radiosendern und arbeitete danach als Journalistin im entsprechenden Ressort einer Wochenzeitschrift. Während ihrer Tätigkeit erstreckte sich ihre Arbeit auf mehrere Medien. In Zusammenarbeit mit weiteren Medizinjournalisten verfasste sie Bücher und war auch an der Errichtung einer Internetplattform beteiligt.

Kernaussagen des Interviews (Interviewdauer: 77 Minuten)

[A] Inhaltliche Kriterien in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Grundsätzlich sah M2 keinen Unterschied zwischen Medizinberichterstattung und allgemeiner Berichterstattung, denn beide würden der gleichen „Nachrichtenmaschinerie“ folgen. Diesbezüglich sprach sie Themen an, die durch verschiedene Umstände vorgegeben werden würden, die der Journalist in Folge aufgreift und bewertet. Darauf basierend ging sie von zwei Möglichkeiten der Themenwahl aus. Entweder würde auf den Markt reagiert werden oder es kommen Beiträge zustande, die der Journalist selbst generiert. Letzt genannte Form bezeichnete sie als spannender, wobei dazu aber die notwendigen Kenntnisse des Metiers vorhanden sein müssen. Auch M2 wies auf die Notwendigkeit hin, Entwicklungen zu beobachten und kritisch zu hinterfragen und gegebenenfalls auch über Nischenthemen zu berichten. Zudem wäre es wichtig nicht die Medikamente, sondern die jeweiligen Themen in den Vordergrund zu stellen. Abseits der Medikamente sollte mehr auf Themen zur Gesundheitspolitik und dem Lebensstil eingegangen werden. Auch Literaturhinweise wären für den Rezipienten von großem Nutzen.

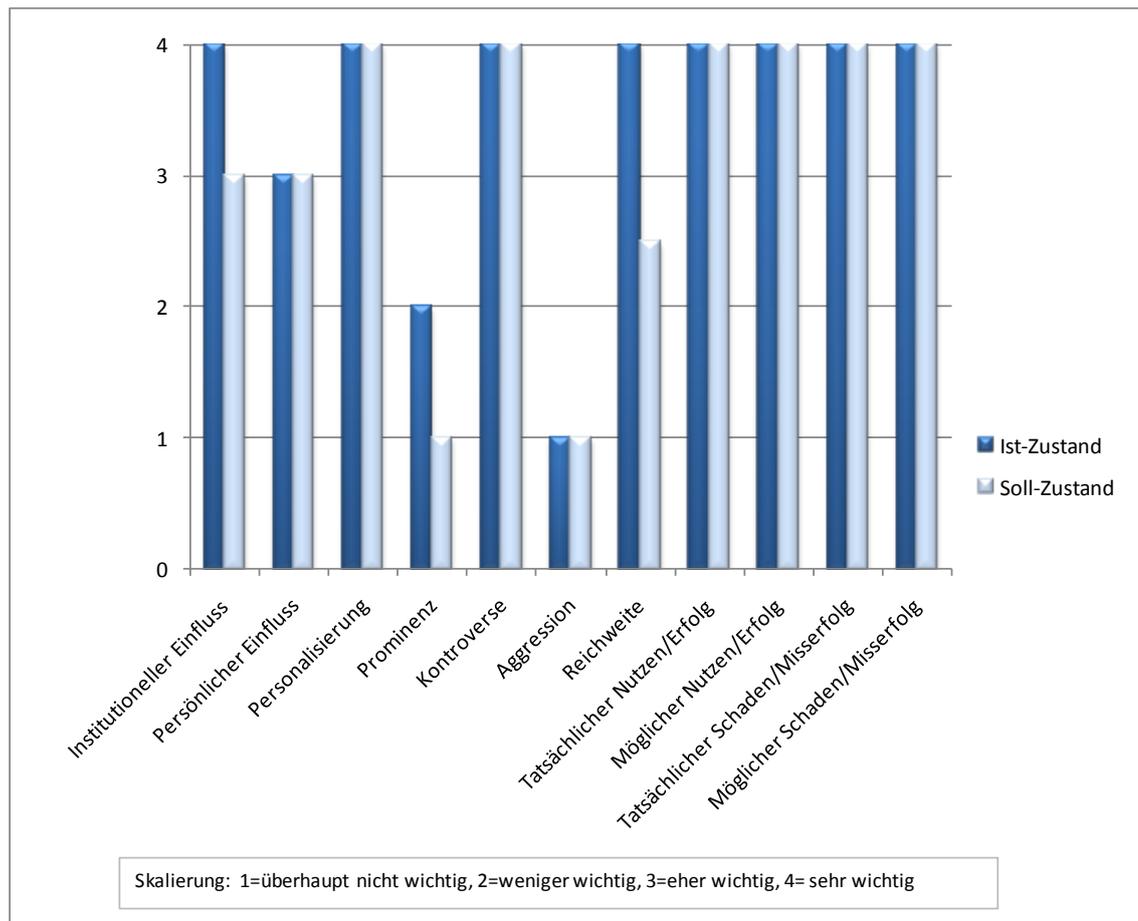


Abbildung 23: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch M2

Die Beurteilung der Nachrichtenfaktoren zeigte auffällige Ähnlichkeiten zur Bewertung von M1. Die Nachrichtenfaktoren, die Nutzen und Schaden behandeln, wurden als äußerst hoch eingestuft. Sowohl für den Ist- als auch für den Soll-Zustand wurde die höchste Bewertung vorgenommen. Die höchste Bewertung in Bezug auf beide Zustände wurde auch den Faktoren der „Kontroverse“ und der „Personalisierung“ zugeschrieben.

[B] Akteure und deren Einflüsse auf die Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Bezüglich der „Personalisierung“ wurden prominente Mediziner genannt, wobei M2 eine Reduzierung des Faktors der „Prominenz“ befürworten würde, um damit die „Meinungsmacher“ abzubremesen und damit einer einseitigen Berichterstattung entgegenzuwirken. Bezüglich der Personen, die in den Medizinmedien auftreten, differenzierte sie zwischen drei Typen. Zum einen würde es sich um Personen handeln, die aufgrund ihres Status, wie beispielsweise Instituts-, Klinikleiter oder Uni-Professor, einen gewissen Grad der Prominenz erlangt hätten und deshalb in die Medien kommen würden. Zum anderen könnte es sich um Personen handeln, die erst durch die Medien bekannt geworden sind. Letztere bezeichnete sie aufgrund ihrer Einstellung schlichtweg als „mediengeil“. Im Hinblick auf die Medienwirkung sprach sie von einem Trend der „Amerikanisierung“. Damit bezeichnete sie die positive Korrelation des Grades

der Prominenz und der Zuweisung von Forschungsgeldern oder sogar der Schaffung von eigenen Lehrstühlen. Dem entgegen gesetzt wies sie auf die wirtschaftliche Bedeutung des Faktors der „Prominenz“ hin, denn prominente Leute würden auch Reichweite schaffen. Die Faktoren der „Personalisierung“ und der „Prominenz“ wären insofern für die Wirkung auf die Rezipienten von großer Relevanz. Beispielsweise würden etwaige Warnungen von unbekannt Personen nicht ernst genommen werden, während man prominenten Medizinern Glauben schenken würde.

Im Hinblick auf die Themenauswahl bzw. das Agenda-Building wies M2 auf die im Hintergrund agierende Industrie hin, die weitgehend die Themen bestimmen würde. Dies würde zum einen aus der finanziellen Abhängigkeit und zum anderen aus den schwachen personalen Ressourcen der Medien resultieren. Zudem würde die Freiheit der Themenwahl des einzelnen Journalisten immer der jeweiligen Chefredaktion obliegen.

Hinsichtlich der Intensität der Verbindungen zwischen den einzelnen Akteuren bezeichnete M2 die Interaktion zwischen den Mediziner und der pharmazeutischen Industrie als die stärkste Verbindung. Dies würde sich als logische Konsequenz aus der Zusammenarbeit im Hinblick auf die klinischen Studien ergeben. Die Medien sah sie in keiner tatsächlichen Interaktion mit den anderen Akteuren. Eine Abhängigkeit würde sich nur in Bezug auf die Öffentlichkeit ergeben, da diese ein Recht auf Wissen hätte. Die Mediziner hätten für die Medien die Funktion des Auskunftgebers bzw. des Erklärers. Auch die pharmazeutische Industrie könne für die Medien diese Funktion einnehmen, wobei M2 hier ein größeres Bedürfnis der Beeinflussung identifizierte.

[C] Rahmenbedingungen der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Die Verbindung von Mediziner und der Pharmaindustrie bezeichnete M2 als ein heikles Thema, da es sich hier zum Großteil um Geldflüsse handeln würde. Diese Abhängigkeiten bezeichnete sie hinsichtlich einer unabhängigen Berichterstattung als äußerst problematisch. Im Hinblick auf die Medien erwähnte M2 den Kodex, der von der Pharmig⁴³⁶ herausgegeben wurde. In ihrem Medium würde man sich an die Richtlinien dieses Kodes halten, der besagt, dass bezahlte Berichte auch dementsprechend gekennzeichnet sein müssen, „*was bei der pharmazeutischen Industrie nicht immer auf Gegenliebe*“ stoßen würde. Gerade in den Medizinmedien wäre dieses „Verschwimmen“ von Werbung und redaktionellen Beiträgen für die Industrie zwar äußerst praktisch, aber auf Dauer eher kontraproduktiv. Wichtig wäre es hier die Konsumentenseite mit einzubeziehen, wobei dies medienunabhängig zu sehen wäre. Auch Ärzte müssten darüber informiert werden, was als unabhängig und was als bezahlt zu lesen bzw. zu werten ist. Wünschenswert wäre daher eine wahrheitsgetreue und offene Politik der pharmazeutischen Industrie. Dazu wäre beispielsweise auch ein Veröffentlichung von unerwünschten Studienergebnissen zu zählen. In Bezug auf die Rahmenbedingungen für die anderen beiden Gruppen betont sie eine ethische und vor allem wahrheitsgemäße Verantwortung. Die Aufgabe der Medien wäre es nicht unzulässigen Einfluss zu nehmen, keine Angst

⁴³⁶ Abk.: Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs, siehe Kap. 4.2

zu verbreiten und im Sinne eines journalistischen Grundkonsenses wahrheitsgemäß und nicht einseitig zu berichten. Der Journalist darf nicht nur als Berichterstatter, sondern muss auch als kritischer Beobachter gesehen werden, der indirekt dafür sorgt, dass sich die Akteure an die Regeln halten. Zudem müssten auch wichtige Themen aufgegriffen werden. Die Gruppe der Mediziner hätte vor allem in Bezug auf die Öffentlichkeit die Verpflichtung diese auch zu informieren und dementsprechend ihr Wissen weiterzutransportieren.

Zur Person Medien 3 (M3)

M3 brach im letzten Studienabschnitt ihr Medizinstudium ab und wandte sich der Krebsforschung zu. Danach wirkte sie bei der Gründung einer medizinischen Fachzeitschrift als freie Mitarbeiterin mit. Innerhalb dieses Mediums wurde sie zur Chefredakteurin befördert. Seit circa einem Jahr ist sie als Chefredakteurin für eine Publikumszeitschrift im Bereich Medizin und Gesundheit tätig.

Kernaussagen des Interviews (Interviewdauer: 28 Minuten)

[A] Inhaltliche Kriterien in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Gerade in der Medizinberichterstattung wäre die fachliche Kompetenz der Journalisten von besonders großer Bedeutung, da es sich um ethische Maßstäbe handeln würde und außerdem die Begehrlichkeiten auf diesem Markt sehr groß wären. Die Gefahr eine „*Story zu machen, wo die Story gar nicht vorhanden ist*“ wäre daher sehr hoch. Im Gegensatz zu den Publikumsmedien würde sich die Berichterstattung in den Fachmedien mehr auf die Medizin beschränken. Die Publikumsmedien würden aber auch Lifestyle-Themen, wie beispielsweise Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit behandeln. M3 zeigte sich hingegen in ihrer Funktion als Chefredakteurin bestrebt, ihr Medium „*ganz bewusst von diesem get-fit und eat-well*“ abzugrenzen.

Die Bewertung der Nachrichtenfaktoren wies insgesamt eine Verringerung des Einflusses der Faktoren im Soll-Bereich auf. Einzig dem Faktor „Kontroverse“ wurde im Soll-Zustand mehr Gewicht zugesprochen. Die Bewertung konnte durchgehend als sehr homogen bezeichnet werden. Die höchste Bewertung im Ist-Zustand wurde für die Faktoren „Personalisierung“, „Reichweite“ und „tatsächlicher Nutzen“ vergeben.

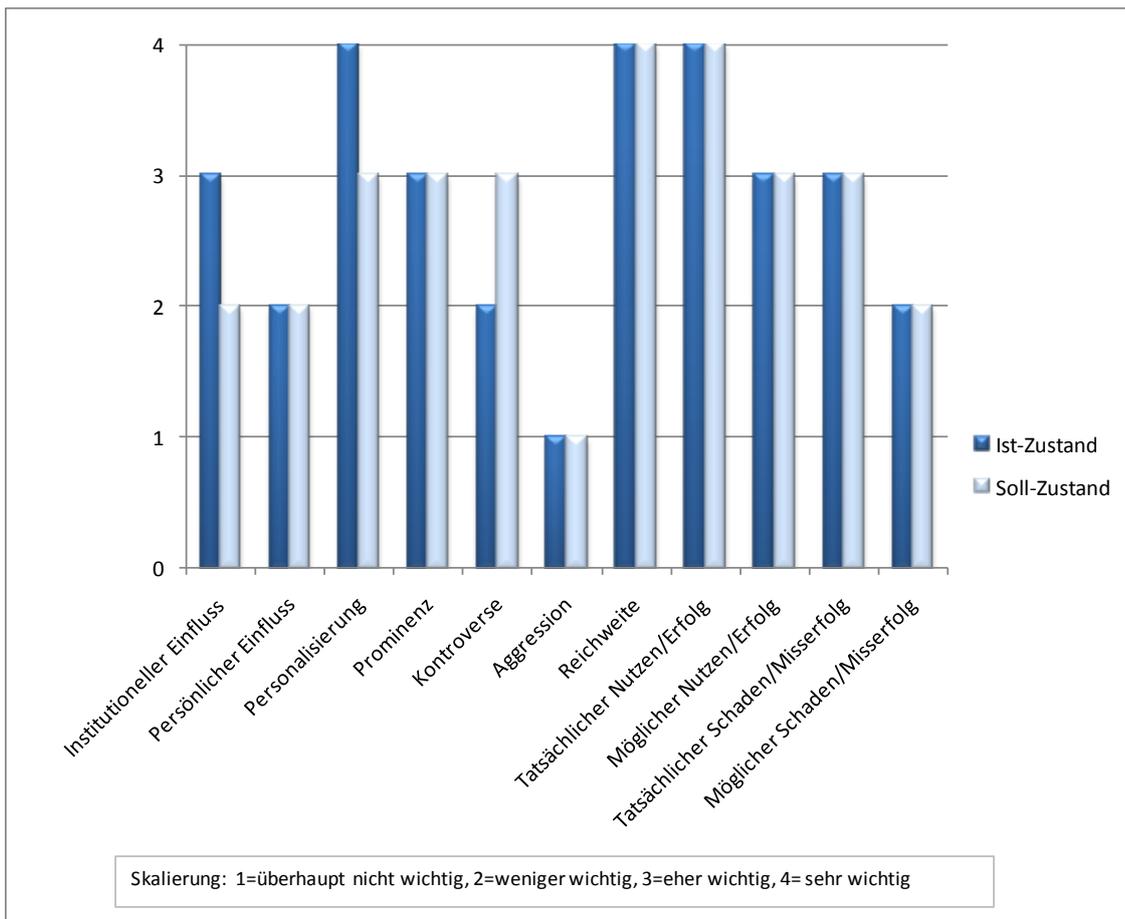


Abbildung 24: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch M3

[B] Akteure und deren Einflüsse auf die Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Der Faktor der „Personalisierung“ wurde als ein wichtiges Kriterium für die Medizinberichterstattung bezeichnet, da es sich in der Medizin immer um Kompetenz handeln würde, die von Opinion Leadern ausgehen würde. Es wäre wichtig zu wissen, für welche medizinische Schule oder für welchen Arbeitsbereich diese Person eintritt, denn darauf würde der Auswahlprozess der Journalisten basieren. Dieser Entscheidungsprozess wäre deshalb so wichtig, da die ausgewählte Person die Wertigkeit der Aussagen für den Leser implizieren würde. Konkret beschrieb M3 die Opinion Leader als Meinungsbildner im Medizinbereich, wobei immer auch deren Image berücksichtigt werden müsse. Auch M3 nahm dahingehend eine Differenzierung vor. Viele Ärzte würde man nie in den Medien sehen und hören, während andere ständig präsent sind. Demnach könne die Wirkung dieser Personen auf die Rezipienten auch abstoßend oder vertrauensbildend sein. Grundsätzlich hätte dieser Faktor aber auch sehr viel mit dem Stil des jeweiligen Mediums zu tun. Das Ziel von M3 ist es, den Faktor „Personalisierung“ mit Sympathie zu besetzen und nicht „abgenützte“ Personen zu Wort kommen zu lassen. Dies würde auch mit dem „institutionellen Einfluss“ und anderen Akteuren korrelieren. Wenn beispielsweise „Professor XY dafür bekannt ist, dass er ständig für die Firma XY auftritt“, dann würde er sich für eine unabhängige Berichterstattung nicht mehr eignen.

Auch M3 bestätigte die Agenda-Setting-Funktion der Medien und betonte zugleich, dass die Wahrnehmung dieser Funktion eine der Hauptaufgaben der Chefredaktion wäre. Man müsse sich dessen bewusst sein, was transportiert wird. Auch M3 beteuerte, dass nicht alle Themen von den Medien vorgegeben werden würden. Dies wäre von vielen Faktoren abhängig, wie beispielsweise Aktualität oder ob das Thema mit dem Themenbogen der jeweiligen Ausgabe zusammenpasst. Als Quellen wurden Pressekonferenzen, neue Forschungsergebnisse, neue Bücher und persönliche Interviews und Recherche genannt.

Auch M3 ging davon aus, dass die pharmazeutische Industrie am meisten Einfluss im Beziehungsnetzwerk der drei Akteure haben könne. Zugleich wies sie darauf hin, dass dies medienabhängig zu sehen wäre, denn in ihrem Medium wäre das nicht der Fall. Die Beziehung zwischen den Medien und der Pharmaindustrie bezeichnete sie als Hassliebe, während sie die Beziehung zwischen Medien und Medizinern viel entspannter und unkomplizierter bewertete. Die Beziehungen, die von der pharmazeutischen Industrie ausgehen, bezeichnete sie allgemein als konfliktreich. Zwischen den Medizinern und der Industrie würde dieses gespannte Verhältnis aufgrund der Geldflüsse entstehen und was die Medien betrifft, wäre dies ebenfalls auf die Wirtschaftlichkeit zurückzuführen. Auch die Medien wären am Geld der Pharmafirmen interessiert, wollen sich gleichzeitig aber auch nichts von ihnen diktieren lassen. Zudem wären die Pharmafirmen zusätzlich durch das Werbeverbot blockiert. M3 bezog in ihre Überlegungen ebenfalls die Öffentlichkeit mit ein, indem sie zu bedenken gab, dass sowohl die Medien als auch die Pharmaindustrie von dieser abhängig wäre.

[C] Rahmenbedingungen der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Die Verantwortung, die bei den Medien liegt, sollte sich vor allem durch die fachliche Kompetenz auszeichnen, Aussagen und Information entsprechend zu bewerten um somit dem Leser eine unabhängige Berichterstattung liefern zu können. Dabei würde man im Medium von M3 insbesondere auf die Einhaltung des Werbeverbots achten, denn „*der Leser soll nicht als blöd verkauft werden*“. In Bezug auf die Mediziner sah sie die Einhaltung des Werbeverbots aber nicht unbedingt als gegeben. Grundsätzlich ging M3 davon aus, dass die Pharmaindustrie immer mehr in die neuen Medien drängt, was sie als besonders problematisch bezeichnete. Dem Rezipienten könne dort nicht geholfen werden und somit wäre er den brutalen Werbemaßnahmen der Pharmaindustrie im Internet völlig allein ausgesetzt. Im Hinblick auf die Einhaltung der Richtlinien nannte sie die Kontrolle durch die Pharmig, wobei sie den Umgang mit dem Werbeverbot in Abhängigkeit von den jeweiligen Firmenphilosophien sieht. Die Aufgabe der Mediziner würde in der Vermittlung ihres Wissens bestehen. Insbesondere müsse dabei auf das Kriterium der Verständlichkeit Rücksicht genommen werden. Einen verstärkten Dialog seitens der Schulmedizin mit der Öffentlichkeit würde sie begrüßen.

Zusammenfassung: Redakteure/Journalisten

[A] Inhaltliche Kriterien in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Im Hinblick auf die Nachrichtenfaktoren herrschte grundsätzlich der einheitliche Tenor, dass Personalisierung zwar wichtig sei, aber dies nicht in Verbindung mit der jeweiligen Prominenz von Personen gesehen werden dürfe. Alle Befragten bezeichneten den Einsatz von prominenten Personen als eine stark medienabhängige Komponente. Zwei Personen gaben an, bewusst keine „prominenten“ Personen in ihren Medien bzw. Berichten einzusetzen. Auffällig ist auch, dass beide Journalistinnen, die für Fachzeitschriften tätig sind, unabhängig voneinander den Wunsch zur Behandlung von mehr Nischenthemen äußerten. Auffällig im Vergleich zur Gruppe der Mitarbeiter der pharmazeutischen Industrie zeigt sich die höhere Bedeutung der Faktoren im letzten Bereich der Grafik (vgl. Abbildung 25). Den Faktoren im Bereich des Nutzens und Schadens wurde insgesamt mehr Einfluss zugesprochen, was auch durch eine entsprechend hohe Beurteilung des Soll-Zustandes bestätigt wurde. Auffällig ist der Unterschied im Vergleich zur ersten Gruppe bezüglich des Faktors der Prominenz. Während dieser von der ersten Gruppe für beide Zustände die höchste Bewertung erhielt, ging man in der Gruppe der Medien von einem weitaus geringeren Einfluss der Prominenz aus.

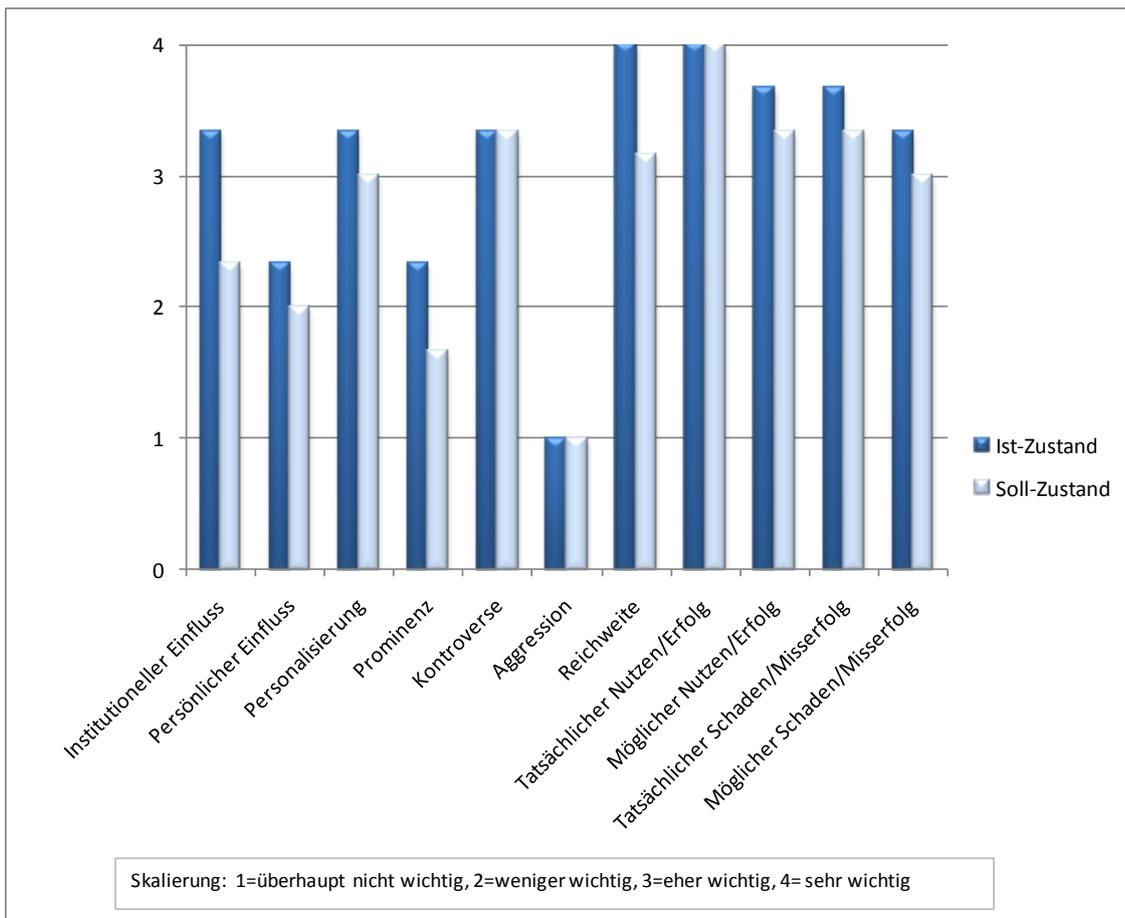


Abbildung 25: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch Redakteure/Journalisten

[B] Akteure und deren Einflüsse auf die Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Einig war man sich auch bei der Identifizierung der Personen in der Medizinberichterstattung. In den meisten Fällen wird diesen gleichzeitig auch ein starker persönlicher und institutioneller Einfluss zugesprochen. Damit wurde auch eine Abhängigkeit der Nachrichtenfaktoren untereinander bestätigt. Zugleich wurde aber auch von allen Interviewten betont, dass Ärzte eine meinungsbildende Funktion in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung übernehmen würden und es daher trotzdem wichtig wäre, welchen Einfluss bzw. welches Image oder welchen Bekanntheitsgrad diese tragen. Zum einen würde man dadurch die wirtschaftlichen Interessen des Mediums bestimmen, denn der Grad der Prominenz würde auch immer mit der Reichweite korrelieren. Zum anderen wäre die Auswahl der entsprechenden Personen für den Leser relevant, denn dies würde die Qualität und die Wertigkeit der Aussagen bestimmen.

Bezüglich der Agenda-Setting-Funktion der Medien war man sich ebenfalls einig. Diese wurde grundsätzlich von allen bejaht, jedoch im Zuge der Gespräche auch wieder etwas relativiert. In Bezug auf das Agenda-Building herrschte Einigkeit, dass die Themen durch die Pharmaindustrie über Pressemeldungen verbreitet werden. Alle Befragten waren sich daher vollends ihrer eigenen Auswahlfunktion bewusst, betonten aber auch, dass die PR-Arbeit der Pharmafirmen wichtig wäre und schon als eine Vorselektion der Themen betrachtet werden kann.

Im Hinblick auf die Akteurskonstellation herrschte auch hier Einstimmigkeit. Die pharmazeutische Industrie wurde in erster Linie aufgrund ihrer finanziellen Macht als die stärkste Einflussgröße im Beziehungsnetzwerk bezeichnet. Dahingehend wurde auch die Beziehung zwischen Ärzten und Pharmaindustrie als sehr eng bzw. heikel bezeichnet, was aber auch auf die Zusammenarbeit im Bereich der klinischen Studien zurückgeführt wurde. Die Beziehungen zwischen Ärzten und Journalisten wurden insgesamt als eher unkompliziert beschrieben, wobei sich die Journalisten über gewisse Probleme der Erreichbarkeit bzw. der Bereitschaft zur Auskunftserteilung äußerten.

[C] Rahmenbedingungen der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Alle Befragten zeigten sich ihrer Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit durchaus bewusst. Es wurden von allen die ethischen Standards in Bezug auf ihre Tätigkeit genannt. Gleichzeitig wies man aber darauf hin, dass diese nur einen immanenten Charakter hätten und deren Einhaltung immer dem einzelnen Journalisten obliegen würde. Auch über die gesetzlichen Vorgaben bezüglich des Laienwerbverbots und der Trennung von redaktionellem Inhalt und Werbung war man sich durchaus bewusst und bestätigte auch einheitlich deren Einhaltung. Fachliche Kompetenz im Bereich des Journalismus wurde mehrmals als eine wichtige Voraussetzung genannt. Im Hinblick auf die Einhaltung der Rahmenbedingungen der pharmazeutischen Industrie äußerten zwei Befragte erhebliche Zweifel. Über den Einfluss der Pharmaindustrie auf die Ärzteschaft äußerte sich jede der Interviewten ungefragt als negativ. Der Journalist hätte dahingehend die Funktionen die Verbindungen der Ärzte zur Industrie zu überprüfen und im Sinne einer unabhängigen Berichterstattung zu verfahren. Insgesamt wurde

auch den Medizinern von dieser Gruppe eine Selbstverständlichkeit bezüglich der Verpflichtung gegenüber der Öffentlichkeit nachgesagt.

6.4.3 Medizinische Autoritäten/Ärzte

Zur Person Arzt 1 (A1)

A1 promovierte 1984 und ist seit 1994 als Fach- und Oberarzt für Radiologie in einem öffentlichen Krankenhaus in Wien tätig.

Kernaussagen des Interviews (Interviewdauer: 43 Minuten)

[A] Inhaltliche Kriterien in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Im Allgemeinen wies der Befragte auf die Besonderheiten in der Medizinberichterstattung hin, die er vor allem durch eine Konzentration auf Standespolitik und wissenschaftliche Themen beschrieb, wobei er den politischen Themen den Vorzug gab. Dies begründete er schon zu Beginn des Gesprächs, indem er die Schwierigkeit der Trennung von Werbung und redaktionellem Inhalt ansprach. Diese Problematik würde es ihm vor allem in der Medizinberichterstattung erschweren, objektive Berichterstattung zu identifizieren.

Bezüglich der Nachrichtenfaktoren ist das umgekehrte Verhältnis der Bewertung der ersten im Vergleich zur zweiten Hälfte zu betonen. Während den Faktoren der „Personalisierung“ und „Prominenz“ gegenwärtig ein relativ hoher Einfluss zugesprochen wurde, wurden die Faktoren, die mit Schaden und Nutzen in Verbindung gebracht werden, sehr niedrig eingestuft. Der Soll-Zustand verhielt sich insgesamt in entgegengesetzter Richtung zur momentanen Einschätzung. Die Faktoren, die den höchsten Einfluss haben sollten, sind die „Kontroverse“, „tatsächlicher Nutzen“ und „tatsächlicher Schaden“.

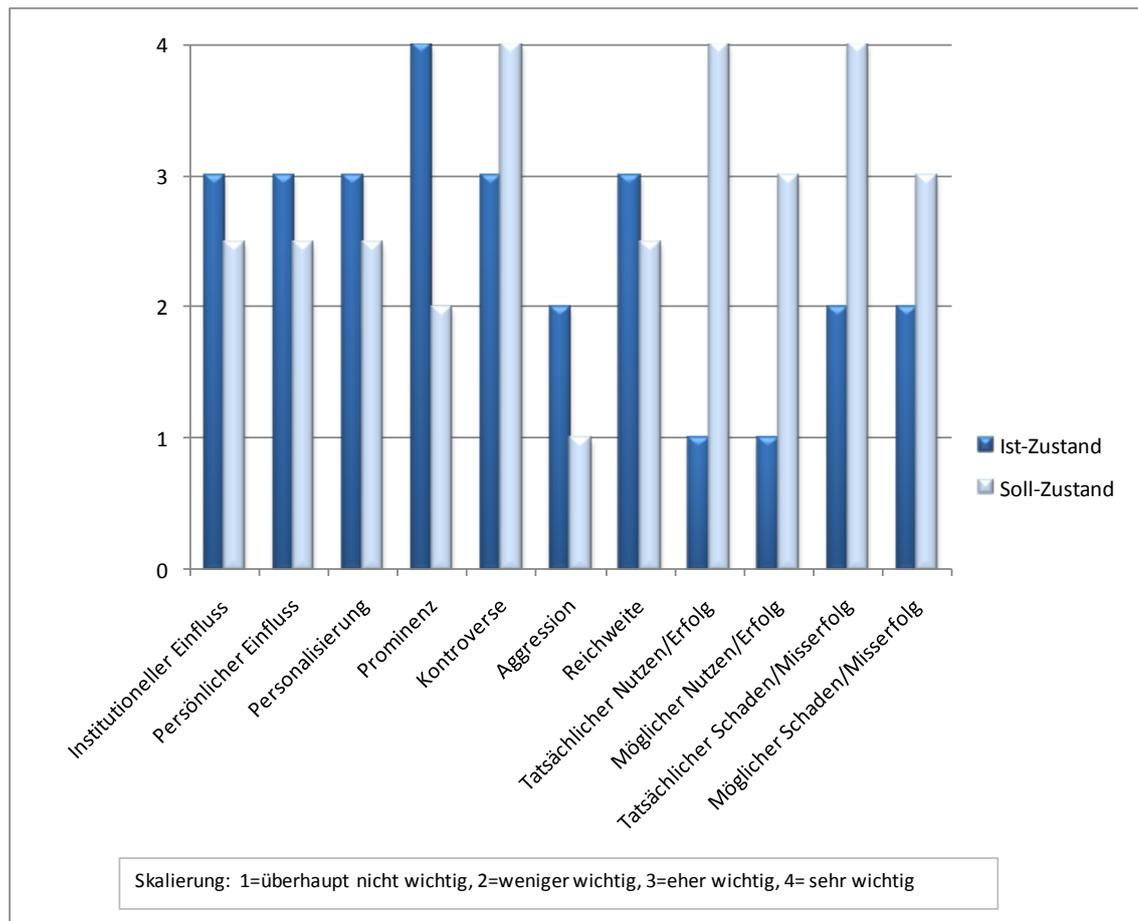


Abbildung 26: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch A1

[B] Akteure und deren Einflüsse auf die Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Den Faktor der Personalisierung brachte A2 sofort mit dem Faktor der Prominenz in Verbindung, denn es würde sich oftmals immer wieder um dieselben Akteure handeln. Zudem führte er das Auftreten von bestimmten prominenten Persönlichkeiten ebenfalls auf verschiedene Gründe zurück. Einerseits würde sich dies durch deren fachliche oder wissenschaftliche Kompetenz begründen lassen und andererseits erwähnte er die Personen, die ständig und überall präsent sind. Während er die erste Variante als „in Ordnung“ bezeichnete, beschrieb er letztere eher als problematisch. Grundsätzlich führte er den gezielten Einsatz von prominenten Personen auf zwei Faktoren zurück. Zum einen würde der Journalismus ständig verzweifelt nach Personen suchen und zum anderen würde es eine indirekte Steuerung der Rezipienten durch eine „tiefe Sehnsucht nach Prominenz“ geben. Trotzdem dürfe man die Personalisierung in der Medizinberichterstattung nicht nur als negativ bewerten, denn für ein Funktionieren des Journalismus wäre die Meinung wichtiger Entscheidungsträger und Meinungsführer notwendig.

Die Agenda-Setting-Theorie der Medien wurde auch von A2 nur „bis zu einem gewissen Grad“ bestätigt, indem er sich sofort selbst die Frage stellte, ob nicht die Pharmaindustrie die Themen vorgeben würde. Die Medien bezeichnete er dahingehend als passiv, indem sie nur auf

bestimmte Fälle reagieren würden. Nicht nur durch die Pharmafirmen, sondern auch durch den Faktor der Aktualität würden gewisse Themen in die Medien Einzug finden. Zusammenfassend sprach er sowohl den Medien als auch den Pharmafirmen die Fähigkeit zu, die Wirklichkeit verzerren zu können. Seitens der Pharmaindustrie würde dies durch Geldflüsse geschehen und seitens der Medien durch das Streben nach Sensationsgehalt und darauf basierend durch die Akzentuierung von bestimmten Themen.

Das Beziehungsnetzwerk beschrieb A2 spontan als einen Zyklus, was er aber wieder relativierte, da sich die Akteure nicht hintereinander anreihen würden. Der pharmazeutischen Industrie sprach er aufgrund ihrer wirtschaftlichen Macht den größten Einflussfaktor zu. Die beiden wichtigsten und stärksten Verbindungen sah er ausgehend von der Pharmaindustrie zu den Ärzten und zu den Medien.

[C] Rahmenbedingungen der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Den Grundkonflikt sah A2 darin, dass die Medizin als Bereich unseres Lebens zu sehr von Marktkräften und Wirtschaftlichkeit beeinflusst werden würde. Eine Form des Marktes würde sich dahingehend äußern, dass der Patient von sich aus die beste Leistung, das beste Produkt oder den besten Arzt sucht. Im Gegensatz dazu würde es aber auch Märkte geben, die für den Patienten geschaffen werden. Dies bezeichnete er als besonders problematisch, da der Patient nicht zum Konsumenten gemacht werden dürfe. Zudem würde es auch begründen, warum die Medizin immer im Spannungsfeld zwischen Markt, Kontrolle und Öffentlichkeit stünde. Externe Regelungen und Kontrollen werden von A2 grundsätzlich befürwortet - jedoch nur bis zu einem gewissen Grad. Es wäre verständlich, dass sich Ärzte gegen externe Kontrollen aussprechen, denn jemand, der keine entsprechende medizinische Ausbildung hat, könne auch nicht ordnungsgemäß die Ärzteschaft kontrollieren. Des Weiteren wären auch Kontrollen durch evidenzbasierte Methoden viel zu aufwendig und kostspielig. Die Medizin müsse daher bis zu einem gewissen Grad eine Kunst bleiben.

Im Bereich der Medizinberichterstattung sollten durch die Erzeugung von erhöhter Transparenz bessere Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dies könnte beispielsweise nach amerikanischem Vorbild geschehen, indem die finanzielle Beteiligung der Akteure durch einen entsprechenden Quellenhinweis offen gelegt wird (Anmerkung: Dieses Beispiel für Quellentransparenz wurde auch von M2 genannt und befürwortet.).

Zur Person Arzt 2 (A2)

A2 ist seit 1995 Vorstand der Abteilung Gastroenterologie und Rheumatologie in einem privaten Krankenhaus in Wien. Zudem ist er außerordentlicher Universitätsprofessor an der Universitätsklinik Wien. Durch seine Mitgliedschaft in diversen wissenschaftlichen Vereinigungen und circa hundert wissenschaftlichen Publikationen in nationalen und internationalen Journalen kann er auf eine breit gefächerte Medienerfahrung zurückgreifen.

Kernaussagen des Interviews (Interviewdauer: 28 Minuten)

[A] Inhaltliche Kriterien in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

A2 bezeichnete den Journalismus metaphorisch als eine Schablone, die man über alle Fachbereiche und Sachthemen legen könne. Somit stellte er keine fundamentalen Unterschiede zwischen Medizinberichterstattung und herkömmlicher Berichterstattung fest. Medizinjournalisten sollten möglichst kritisch sein und im Optimalfall eine medizinische Vorbildung haben. Zudem würden Seriosität und finanzielle Unabhängigkeit wichtige Kriterien darstellen. Die Bewertung der Nachrichtenfaktoren für den aktuellen Zustand wies für die „Personalisierung“, die „Prominenz“, „Aggression“, „tatsächlicher Nutzen“ und „tatsächlicher Schaden“ die höchsten Werte aus. Der Soll-Zustand wurde insgesamt niedriger bewertet, wobei die Faktoren „persönlicher Einfluss“ und „Kontroverse“ die Ausnahme bildeten. Die Faktoren, die den höchsten Einfluss auf die Berichterstattung ausüben sollten, sind die „Kontroverse“ und der „tatsächliche Nutzen“.

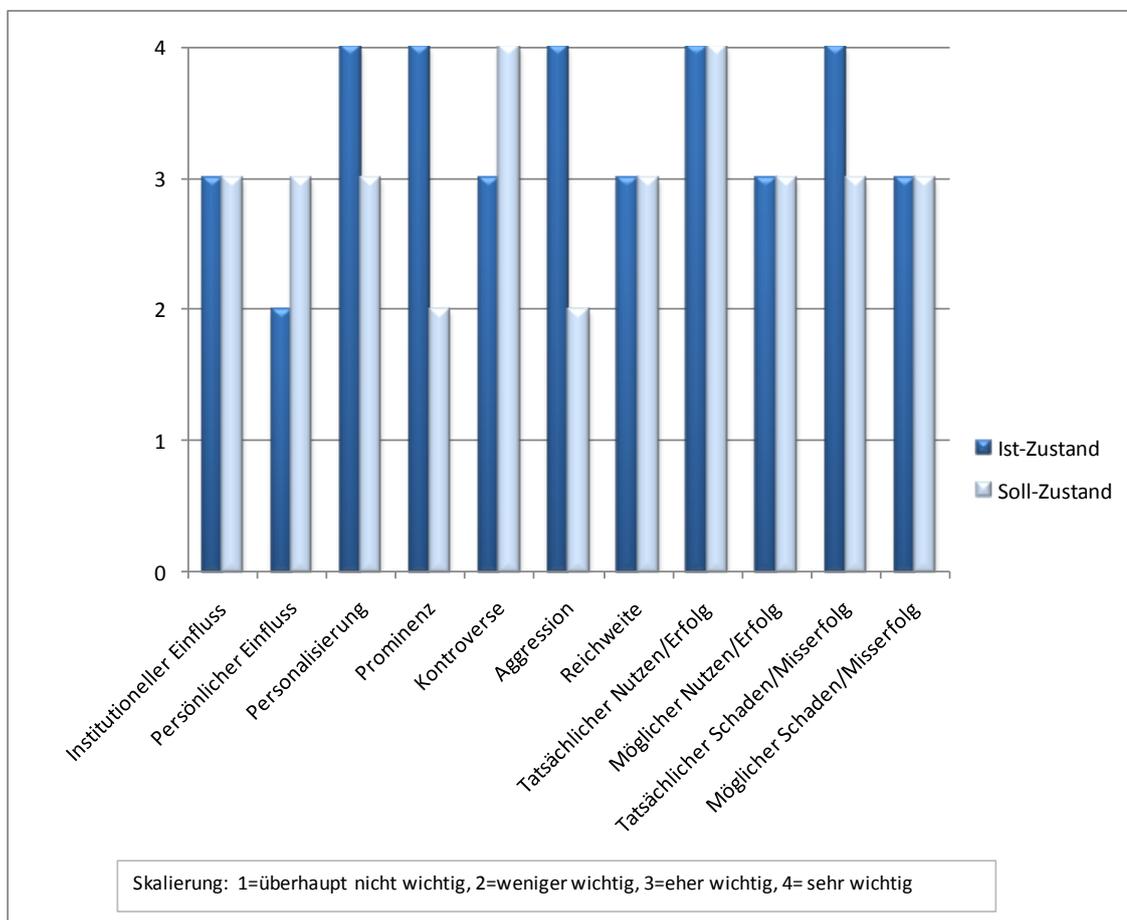


Abbildung 27: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch A2

[B] Akteure und deren Einflüsse auf die Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

A2 bezeichnete die Personalisierung als ein sehr wichtiges Kriterium, denn eine konkrete Person würde mehr Aufmerksamkeit erreichen als eine reine Darstellung von Sachverhalten. Dabei würde es sich in erster Linie um Opinion Leader handeln, denn bekannten Gesichtern

würde man eher zuhören als unbekanntem. A2 bedauerte, dass der Sachjournalismus an zweiter Stelle steht und emotionale Werte den Medien scheinbar wichtiger erscheinen würden. Der Theorie des Agenda-Setting wurde eindeutig zugestimmt. A2 schrieb den Medien die Fähigkeiten zu, sensibilisieren und Themen populär machen zu können. Des Weiteren würden sie wichtige Gefahren aufzeigen. Ob ein Thema als wichtig einzustufen ist, wird nach Meinung von A2 einzig und allein von den Medien bestimmt.

Im Hinblick auf den Netzwerkcharakter der Akteure sah auch A2 alle Verbindungen von der Pharmaindustrie ausgehend. Die pharmazeutische Industrie würde eine immer zentralere Rolle einnehmen, da sie der wichtigste Geldgeber sei und zugleich Forschung betreibe. Durch die Pharmaforschung wäre die universitäre Forschung auch immer unbedeutender geworden. A2 betonte jedoch, dass die heutige Forschung durch die Pharmaindustrie im Gegensatz zu früher schon sehr seriös geworden sei. Jedoch würde die Pharmaindustrie versuchen ihre Interessen indirekt durch „Opinion building“ über Medien und Ärzte weiterzutransportieren. In diesem Zusammenhang sprach er beispielsweise davon, dass den Medien durch Pharmafirmen versprochen werden würde, einen wesentlichen Teil der Auflage zu kaufen, falls diese ein gewisses Thema publizieren. Auch einzelne Personen würden sich von der Industrie kaufen lassen, wobei er dies vom Bekanntheitsgrad der Person abhängig machte. Je bekannter eine Person wäre, desto weniger wäre sie käuflich. Die Geldflüsse würden entweder direkt zum Arzt laufen, der sich für das Medikament in der Öffentlichkeit positiv ausspricht oder auch indirekt über die Förderung seiner Institution. Pharmaunabhängige Berichterstattung würde es nur dann geben, wenn es sich um wahre Sensationen handelt. Die Verbindung von den Medien zu den Ärzten beschrieb er im Gegensatz zur Meinung der befragten Journalistinnen als einseitig. Dies würde sich dahingehend äußern, als der Kontakt durch die Medien gesucht bzw. initiiert werden würde. Umgekehrt würde die Kontaktherstellung aber nicht funktionieren, außer man hätte als Arzt eine wahre Sensation zu berichten.

[C] Rahmenbedingungen der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Laut A2 nehmen die Medien ihre Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit sehr ernst, vor allem die tägliche Berichterstattung in den Standardmedien bezeichnete er als sehr seriös. Insbesondere die auflagenstarken Medien würden Wert auf Kultur legen und Aussagen kritisch hinterfragen. Fachzeitschriften sagte er die Verpflichtung nach, nur Evidenzbasiertes berichten zu dürfen. Es würde natürlich auch „Schmierpresse“ geben, doch diese würde man ohnehin sofort erkennen. Auch die Pharmaindustrie hätte gelernt Verantwortung zu üben, was vielleicht früher nicht der Fall gewesen wäre. Es müsse aber auch zwischen den Pharmafirmen ein gesunder Wettbewerb herrschen. Die Tätigkeit der Ärzte sollte sich weitgehend auf die patientenorientierte Tätigkeit beschränken und nicht auf andere monetäre Einflüsse.

Zur Person Arzt 3 (A3)

A3 ist niedergelassene Ärztin in Wien und hat seit vier Jahren ihre eigene Praxis. Nach ihrem Turnus war sie als freie Mitarbeiterin für eine medizinische Fachzeitschrift tätig und verfasste gelegentlich Artikel zu verschiedenen Themen.

Kernaussagen des Interviews (Interviewdauer: 34 Minuten)

[A] Inhaltliche Kriterien in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Den grundsätzlichen Unterschied zwischen Medizinberichterstattung und herkömmlicher Berichterstattung sah A3 in der Problematik, dass die Medizinberichterstattung durch den Einfluss der Pharmaindustrie unter einem deutlichen Objektivitätsverlust leidet. Insgesamt würde der Medizinjournalismus viel zu wenig auf die Gesundheitspolitik eingehen, während es hingegen für Fachinformationen ein viel zu breites Angebot geben würde.

Im Hinblick auf die Nachrichtenfaktoren wurde der Ist-Zustand sehr homogen eingeschätzt, wobei alle Faktoren, außer „Prominenz“ und „Aggression“, die niedriger eingeschätzt wurden, durchgehend als „eher wichtig“ beurteilt wurden. Die Bewertung des Soll-Zustandes verlief wie auch bei den meisten anderen Befragten in aufsteigender Reihenfolge. Die Faktoren, welche tatsächlichen und möglichen Nutzen und Schaden beschreiben sowie die „Kontroverse“ sollten laut A3 den höchsten Einfluss auf die Berichterstattung ausüben.

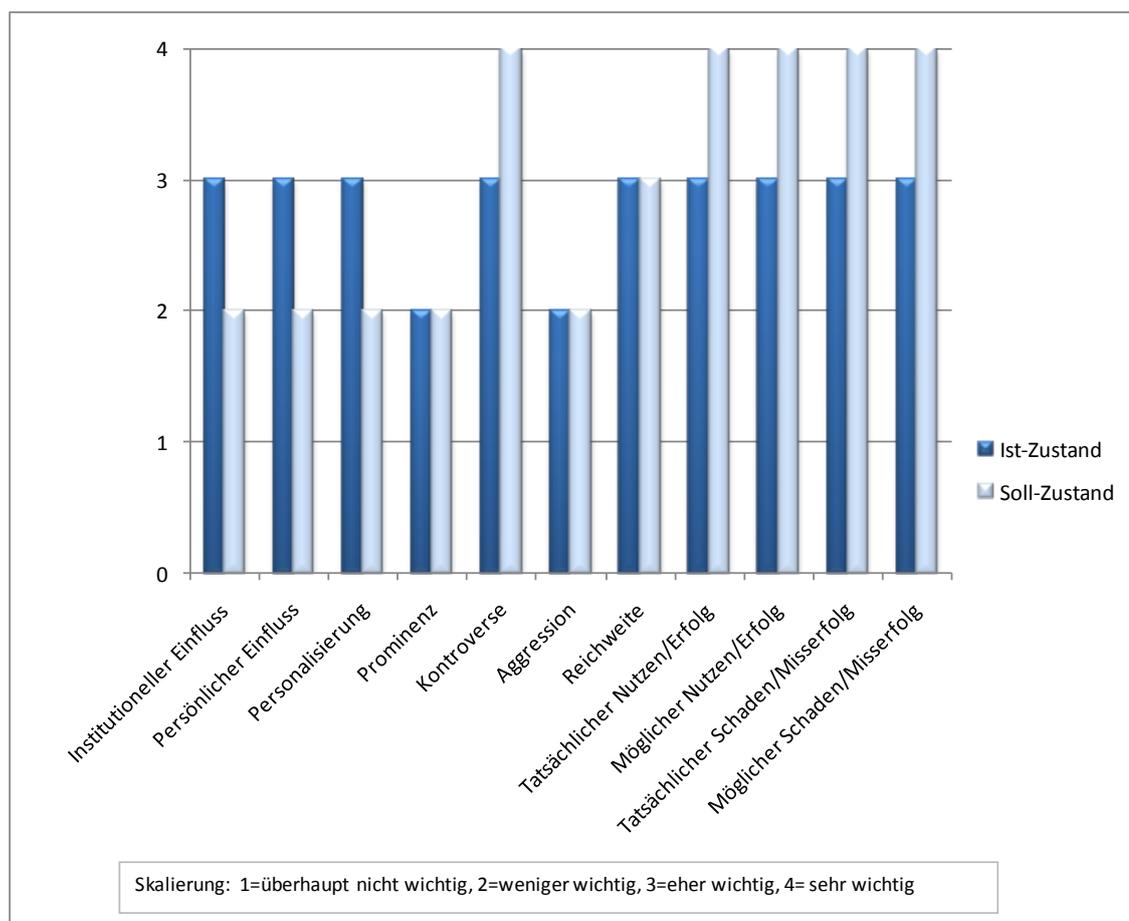


Abbildung 28: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch A3

[B] Akteure und deren Einflüsse auf die Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

„Personalisierung“ und der „persönlichen Einfluss“ bezeichnete A3 dahingehend als wichtige Faktoren, da diese mit Erfahrung gekoppelt wären. Es würde damit versucht werden, Vertrauen und Objektivität herzustellen. Außerdem würde es sich in der Medizinberichterstattung in großem Ausmaß um Produkte handeln, die durch Personalisierung effizienter vermarktet werden könnten.

Die Agenda-Setting-Theorie wurde eindeutig bestätigt, indem A3 Redakteure und Journalisten für die alleinige Themenvorgabe und -auswahl verantwortlich sah.

Im Beziehungsnetzwerk beschrieb A3 die Verbindung zwischen den Medien und der pharmazeutischen Industrie als die stärkste, denn die Medien würden einen wesentlichen Teil ihres Budgets von den Pharmafirmen erhalten. Diese würden die Medien zum einen als Marketing- bzw. Werbeplattform nutzen und zum anderen, um ihre Forschungsergebnisse durch bezahlte Artikel zu präsentieren. Die Verbindung zwischen der Pharmaindustrie und den Ärzten bezeichnete sie als unterschiedlich stark. Staatsmediziner wären weniger beeinflussbar als Landärzte, die häufig mit Hausapotheken zusammenarbeiten würden. Diese würden in einer viel engeren Verbindung zur Industrie stehen. Die Abhängigkeit würde sich daher auch in umgekehrter Richtung vollziehen, denn die Pharmaindustrie wäre auf die Eigenschaft der Ärzte als Verschreiber von Medikamenten angewiesen. Die Verbindung zwischen Medien und Ärzten sah sie eher als schwach. Ärzte würden die Medien als eine Möglichkeit der Fortbildung nutzen, wobei man sich bewusst sein sollte, dass es sich nicht nur um unabhängige Berichterstattung handeln würde.

[C] Rahmenbedingungen der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Allen drei Akteuren würde die Pflicht obliegen, die Bevölkerung nicht zu verunsichern, sie zu informieren und womöglich eine Verbesserung ihres Ist-Zustandes zu ermöglichen. Dabei wäre es auch wichtig, Grenzen einzuhalten, wobei A3 in diesem Kontext das Werbeverbot sowohl für Ärzte als auch für die pharmazeutische Industrie betonte. Jedoch würde dieses durch die Pharmaindustrie mittels diverser Informationskampagnen umgangen werden. Als Beispiel nannte A3 die bereits durch die Inhaltsanalyse identifizierte FSME-Kampagne. Diese Werbungen wären für den Laien nicht erkennbar. Auch die Medien hätten dahingehend die Verantwortung, sich nicht als Marketingplattform benutzen zu lassen, was aber dennoch immer wieder zu Gunsten der eigenen wirtschaftlichen Interessen vernachlässigt werden würde. A3 schilderte in diesem Kontext ein Beispiel aus ihrer eigenen Erfahrung als Medizinerjournalistin, das sie als eine unglaubliche Manipulation seitens der Pharmaindustrie bezeichnete. Dabei sollten Artikel derart verfasst werden, dass der Leser den Eindruck bekommen sollte, dass es sich ausschließlich um unabhängige wissenschaftliche Ergebnisse handeln würde. Tatsächlich wurden den Journalisten die Forschungsergebnisse und Statistiken vorgelegt anhand derer die jeweiligen Artikel verfasst werden sollten.

Zusammenfassung: medizinische Autoritäten/Ärzte

[A] Inhaltliche Kriterien in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Während ein Arzt der Meinung war, dass es keinen Unterschied zwischen der Medizinberichterstattung und der herkömmlichen Berichterstattung geben würde, waren sich die beiden anderen Befragten einig, dass speziell die Medizinberichterstattung aufgrund des Einflusses der Pharmaindustrie zu wenig objektiv wäre. Dagegen divergierten die Meinungen im Bereich der standes- und gesundheitspolitischen Themen. Während sich ein Befragter zu dieser Thematik überhaupt nicht äußerte, waren die anderen Beiden gegensätzlicher Meinung in Bezug auf die Quantität derartiger Themen. A1 und A3 betonten außerdem, dass es notwendig wäre, zwischen den einzelnen Printmedien zu differenzieren, während A2 seine Aussagen auf den gesamten Medizinjournalismus bezog.

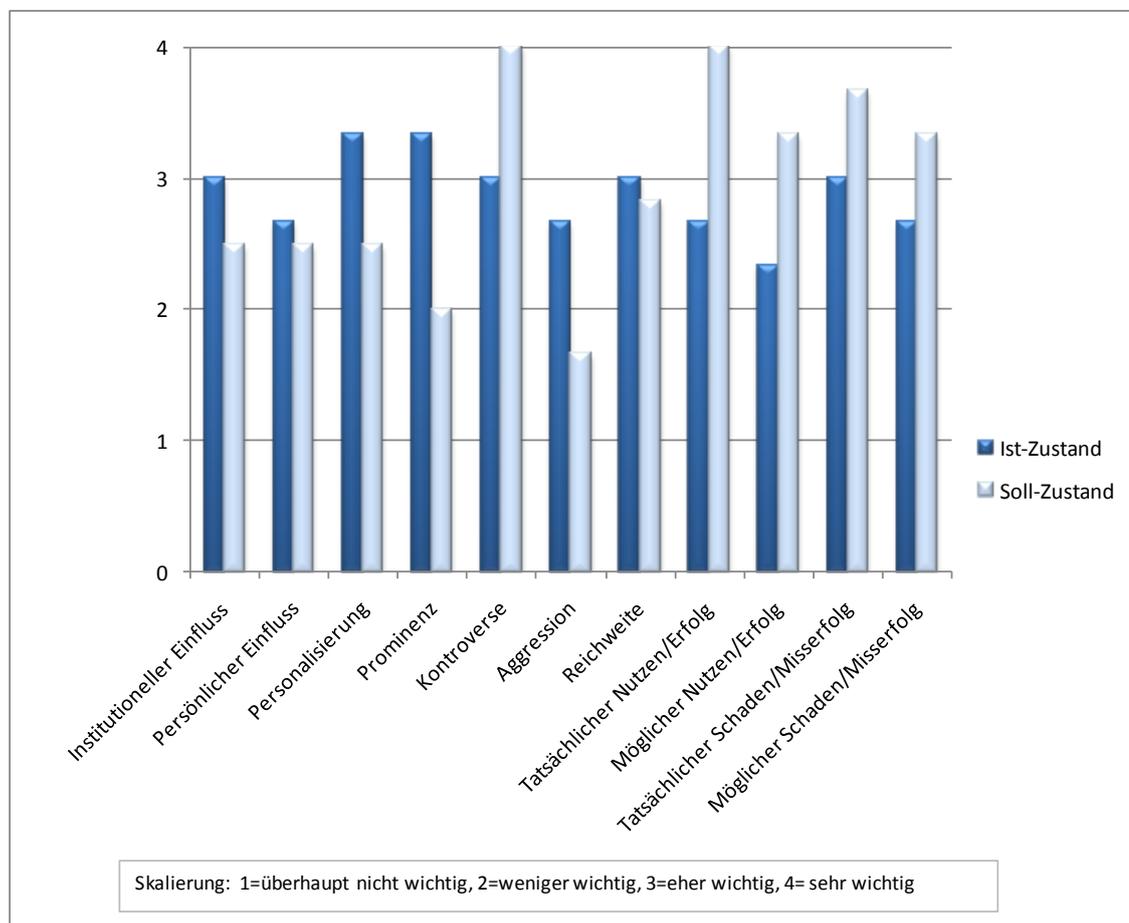


Abbildung 29: Bewertung der Nachrichtenfaktoren durch medizinische Autoritäten/Ärzte

Im Hinblick auf die Bewertung der Nachrichtenfaktoren zeichnete sich auch bei dieser Gruppe der Trend ab, dass die Faktoren in den vorderen Bereichen, die mit dem Auftreten von Personen in Zusammenhang gebracht wurden, an Einfluss verlieren sollten. Hingegen würde man sich für die Bereiche der Thematisierung von Nutzen bzw. Schaden mehr Einfluss

wünschen. Auffällig im Vergleich zu den anderen Gruppen ist hier auch die sehr hohe Bewertung des Faktors „Kontroverse“, der neben dem „tatsächlichen Nutzen“ die höchste Bewertung im Bereich des Soll-Zustandes erhielt.

[B] Akteure und deren Einflüsse auf die Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Den Faktor der „Personalisierung“ in den Medien bezeichneten alle Befragten aus unterschiedlichen Gründen als sehr wichtig. Auch die Faktoren „persönlicher Einfluss“ und „Prominenz“ würden für ein Funktionieren des Medizinjournalismus notwendig sein, wobei diese im Vergleich zur „Personalisierung“ als negativ bezeichnet wurden.

Ein einheitlicher Tenor herrschte vor allem in Bezug auf die Theorie des Agenda-Setting. Eindeutig und ohne Zögern wurde diese von allen bestätigt. Einzig A1 bejahte die Theorie zwar grundsätzlich, sprach aber auch der Pharmaindustrie einen gewissen Einfluss zu.

Einig waren sich alle Befragten bezüglich der Problematik der Trennung von bezahlten und unabhängigen Artikeln. Während zwei Ärzte der Meinung waren, dass diese weder durch Ärzte noch durch Laien vollzogen werden könne, war ein Arzt der Meinung, dass diese sehr wohl als „Schmierpresse“ zu identifizieren wäre.

Im Hinblick auf das Beziehungsnetzwerk wurden auch hier die Verbindungen ausgehend von der Pharmaindustrie, als einflussreichsten Akteur, als die wichtigsten genannt. Diesbezüglich wurde die Interaktion zwischen den Medien und der pharmazeutischen Industrie insgesamt häufiger diskutiert als jene zwischen den Medizinern und der Industrie. Trotzdem wurde eine enge Zusammenarbeit diagnostiziert. Alle Interviewten waren sich einig, dass sich Ärzte sowohl früher wie auch heute von Pharmafirmen „kaufen“ lassen würden. Die Beziehungen zwischen den Medien und den Medizinern wurden generell als eher einseitig und schwach betrachtet. Generell verhielt sich die Gesamtbetrachtung dieser Beziehungen spiegelbildlich zu den Aussagen der Journalistinnen. Zwei der Mediziner meinten sogar, dass die Medien auf der ständigen Suche nach Meinungsführern wären und man umgekehrt aber nicht die Chance hätte, seine Neuigkeiten in den Medien zu verbreiten.

[C] Rahmenbedingungen der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Grundsätzlich bestanden auch in dieser Gruppe erhebliche Zweifel, ob die Verantwortung, die die einzelnen Akteure gegenüber der Öffentlichkeit haben, auch wahrgenommen werden würde. Insgesamt wurde dies nicht im Hinblick auf die eigene Akteursgruppe, sondern eher auf die anderen beiden Akteure im Netzwerk bezogen. Dabei wurde insbesondere die pharmazeutische Industrie von den Befragten kritisiert. Die Verbindungen und Taktiken der Pharmaindustrie zu den anderen Akteuren wurden sogar jeweils mit einzelnen Beispielen untermauert. Hinsichtlich der gesetzlichen Regelungen oder der verbindlichen Richtlinien wurden keine expliziten Aussagen getätigt. Lediglich A2 erwähnte das „Werbeverbot“ für Ärzte und Pharmafirmen.

Während sich A2 in Bezug auf die Rahmenbedingungen nur über die diversen Marketingstrategien der Pharmafirmen äußerte, dies aber gleichzeitig relativierte, indem er meinte, dass

diese dazugelernt hätten, waren die anderen Befragten konträrer Meinung. Beide betonten die Manipulation, die von den Pharmafirmen durch diverse Marketing- und PR-Strategien ausgehen würde, und forderten diesbezüglich mehr Transparenz und Kontrolle. Bezüglich der Rolle der Medien ergab sich ein ähnliches Bild. Während A2, trotz dem Aufzeigen von negativen Einflüssen auf die Medien, grundsätzlich die Medizinberichterstattung als sehr seriös einstufte, äußerten sich A1 und A2 dazu sehr negativ. Es würde aufgrund der Einflüsse der Pharmaindustrie zu einem massiven Objektivitätsverlust kommen und der Rezipient könne auch nicht unterscheiden, ob es sich um Werbung oder redaktionelle Beiträge handeln würde. Diesbezüglich wurde auch hier die Forderung nach erhöhter Transparenz gestellt.

6.5 Codierverfahren

Auf Basis der Auswertung und der Zusammenfassung der Interviews wurde ein weiterer Untersuchungsschritt innerhalb der Themenanalyse vorgenommen. Anhand des Codierverfahrens wurden Kategorien und deren Subkategorien gebildet und folglich anhand ihrer Relevanz strukturiert.

Die Entwicklung des Kategorienschemas basierte weitgehend auf den Forschungsfragen und dem darauf entwickelten Interviewleitfaden. Die Hauptkategorien und somit auch die Schwerpunkte der Untersuchung bildeten die bereits in der Zusammenfassung verwendeten Themenblöcke. Die weitere Entwicklung der Kategorien bzw. der Subkategorien erfolgte durch induktive Kategorienbildung anhand des Textmaterials. Wie bereits in Kapitel 6.3 erwähnt wurde, erfolgte dies anhand der Explikation bzw. des Aufzeigens einzelner Textstellen in den Interviews. Im Folgenden wurden daher die Kernaussagen der Interviews zu Kategorien zusammengefasst und im Sinne der Explikation jeweils durch ein Ankerbeispiel dargestellt. Die Kernaussagen wurden durch mehrmalige Äußerungen von verschiedenen Befragten zum gleichen Thema determiniert. Im Anschluss wurden die Kategorien im Bezug auf ihre Relevanz gereiht.

Die Bewertung der Nachrichtenfaktoren wurde aufgrund des quantitativen Erhebungs- und Datencharakters gesondert betrachtet und fließt daher nicht in die Kategorienbildung mit ein, sondern wurde bereits jeweils unter Punkt [A] im Zuge des Textreduktionsverfahrens thematisiert (vgl. Kap. 6.4).

6.5.1 Bildung der Kategorien

[A] Inhaltliche Kriterien in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

- a) Es gibt Unterschiede zwischen der Medizinberichterstattung und der herkömmlichen Berichterstattung bzw. der Berichterstattung in anderen Ressorts.

Explikation: P2: *„Spontan, liegt der Unterschied glaube ich darin, dass in der medizinischen Berichterstattung, etwas ist, dass ich umsetzen möchte, dass mehr noch der Informations- oder Handlungsbedarf da ist. Während in der normalen Berichterstattung - das liest man, nimmt man zur Kenntnis, aber bei der medizinischen, da will ich etwas rauslesen. Also, da ist, glaube ich die Fachinformation recht wichtig, während das andere Information ist, aber nie so in dem Sinn eine Bedeutung hat.“*

- b) Die Medizinberichterstattung unterliegt einem stärkeren Einfluss der Pressearbeit von Unternehmen.

Explikation: P1: *„...Medizinjournalisten sind viel mehr der PR-Arbeit ausgesetzt, als andere. (...) da ist der PR-Faktor in der Innenpolitik nahezu null. Auch wenn es die Rosams und Co alle gibt, da ist man damit konfrontiert und da weiß man, falls mich ein Rosam anruft: OK, der ist von dem und dem der Auftraggeber. In der Medizinberichterstattung ist das viel mehr Undercover, weil das alles über Agenturen läuft und nicht die Firmen dahinter stehen und viel, viel mehr verbreitet wird.“*

- c) Innerhalb der Medizinberichterstattung muss eine klare Trennung zwischen den einzelnen Medien herrschen.

Explikation: P1: *„(...) man muss trennen in diesem Bereich. Man kann die Medizinberichterstattung nicht als Überbegriff nehmen. Ich glaube man muss hier wirklich generell sehen: Gesundheitsberichterstattung in Publikumsmedien oder Fachmedienberichterstattung. Das sind zwei komplett unterschiedliche Märkte und beide funktionieren nach unterschiedlichen Kriterien.“*

- d) Medizinberichterstattung ist zu wenig objektiv/unabhängig.

Explikation: A3: *„Ich persönlich habe das Gefühl, wenn es wirklich um medizinische Zeitschriften geht, dass die Pharmafirmen einen ganz extremen Einfluss haben und dass die objektive Berichterstattung deutlich im Hintergrund ist, deutlicher als im normalen Alltagsgeschehen.“*

- e) Die Personalisierung ist ein wichtiges Kriterium in der Medizinberichterstattung.

Explikation: A2: *„Ich glaube, dass die Personalisierung etwas ganz Wichtiges ist. Eine konkrete Person in den Medien vermittelt anders als ein weniger greifbarer Kommunikator. Für mich ist das ganz wichtig. Jemandem zuhören, der etwas sagt, ist besser als eine Sachverhaltsdarstellung, eine Zusammenfassung von irgendetwas (...)“*

- f) Aktualität ist ein wichtiges Kriterium in der Medizinberichterstattung.
Explikation: M3: *„Das sind verschiedene Überlegungen. Erstens hat man sein Informationsnetz und informiert sich auch, was sozusagen, die Themen sind, die aktuell sind. Dann gibt es die Dinge, die man einfach wichtig findet für die Kommunikation im Gesundheitsbereich als Thema hebt und damit auch zum Thema macht (...).“*
- g) Sensationalismus ist ein wichtiges Kriterium in der Medizinberichterstattung.
Explikation: A2: *„...Aber diese pharmunabhängige Berichterstattung gibt es natürlich auch, wenn die Sache eine Sensation ist, sonst nicht. Also ich erinnere mich an x Gespräche mit sämtlichen Medien, von ORF bis Kronenzeitung, wo überlegt wird, ist das ein Knüller, ist das was, naja, es ist schon gut, aber...(...)“*
- h) Wahrheit ist ein wichtiges Kriterium in der Medizinberichterstattung.
Explikation: M2: *„Die Wahrheit- also zum Thema Wahrheit. Ich kann natürlich auch etwas vergessen, jetzt also nur aus dem Bauch heraus. Aber wahrheitsgemäß-- es ist natürlich eine Verpflichtung, nach dem bestem Wissen und Gewissen, nicht einseitig zu berichten, sondern ausgewogen...Ja, das ist eigentlich fast das Wichtigste!“*
- i) In der Medizinberichterstattung mangelt es an Nischenthemen.
Explikation: M1: *„Negativ ist eben genau diese Geschichte, dass es eben dann mitunter auch passiert - eben gerade durch diese Agenda-Setting-Geschichten - dass man vielfach thematisch irgendwo eingeengt ist. Denn es kommt automatisch jeden Herbst in allen Medien die Herbst- und Winter-Depression, Schnupfen und die Grippe-Impfung und im Frühjahr dann wieder die Allergien - das sind so diese wiederkehrenden Zyklen. Es ist einerseits klar, weil das eben so vorgegeben ist. Aber ich finde es nur schade, dass man nicht innerhalb dieser vorgegeben Dinge nicht noch ein bisschen mehr Kreativität walten lassen kann. Das würde ich mir da schon wünschen, dass man einmal so Nischenthemen findet und auch die breiter machen kann.“*
- j) Innerhalb der Medizinberichterstattung darf die Gesundheitspolitik nicht zu kurz kommen.
Explikation: A3: *„Ja, wenn es um Gesundheitspolitik geht - in dem Bereich passiert sehr, sehr wenig - also zu wenig Berichterstattung und zu wenig objektiv...Ich glaube, es passiert - was medizinische Aufklärung angeht - wenig und wenn es um die reinen Fachinformationen geht, gibt es ein sehr, sehr breit gefächertes Angebot (lacht) – Pharmaindustrie - in qualitativ sehr unterschiedlichen Ausmaßen: Bildzeitung bis zu hochwertigen Journalen.“*

[B] Akteure und deren Einflüsse auf die Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

Opinion Leading

- a) Bei den Personen handelt es sich vorwiegend um Opinion Leader im medizinischen Bereich.

Explikation: M3: *„Opinion Leader sind z.B. Meinungsbildner aus dem Medizinbereich. Also es gibt viele Ärzte, die Sie nie in den Medien sehen und hören werden und es gibt viele, die Sie immer wieder hören und da ist es dann sozusagen ganz entscheidend was der für ein Image und für einen Ruf hat und wofür der steht.“*

- b) Der Faktor der „Personalisierung“ steht in der Medizinberichterstattung in enger Verbindung zum Faktor der „Prominenz“.

Explikation: A1 (bezieht sich auf die Bewertung der Nachrichtenfaktoren: *„Ich habe das (Anm: „Personalisierung“) schon mit einem Plus beschrieben. Ich glaube das einzige, was ich mit zwei Plus beschrieben habe, war die Prominenz, weil auch in der Medizinberichterstattung dreht sich das ganze immer wieder oft um dieselben Akteure, die einen Prominentheitsgrad haben, aus verschiedenen Gründen (...)“*

- c) Opinion Leadern wird eine entsprechende Erfahrung nachgesagt.

Explikation: P3: *„Ganz konkretisieren, ist schwierig. Es sind sicher natürlich Leute, die große Erfahrung haben, Leute, die wahrscheinlich international tätig sind, die in renommierten Journalen publizieren, die in Fachgruppen tätig sind, die Fachgruppen leiten. Es gibt viele österreichische Gesellschaften. Also ich glaube, dass solche Personen ihre Meinung weitergeben. Also, wenn man sagt der Herr Prof. vertritt die Meinung, hat das sicher sehr viel Gewicht.“*

- d) Opinion Leadern werden konträre Motive in Bezug auf ihren Medienauftritt nachgesagt.

Explikation: M2: *„(...) Ja, die institutionellen Leiter natürlich, also die Kammern. Rein in der Medizin, natürlich die Uni-Chefs, also die Klinikleiter, Professoren, die dann natürlich immer für ihren Bereich sprechen. Es könnte auch ein Herr Zimpfer sein (lacht). Ja, aber es ist schon so, darum kennt man ja die Leute auch, weil die dann natürlich auch sehr oft in den Medien sind. Es gibt natürlich auch dann die, die man als mediengeil abwertend bezeichnet. Die gibt es schon auch, die dann in allen Talk-Shows oder so auch immer herhalten und dann ihren Senf dazugeben, obwohl sie sicherlich nicht in allen Bereichen die Top-Leute sind (...)“*

- e) Der Faktor der Prominenz wird eher als negativ bewertet.

Explikation: P2 (bewertet die Nachrichtenfaktoren): *„Prominenz hat mit Medizin nichts zu tun meines Erachtens. Das wird nur in die Höhe gespielt!“*

- f) Der Faktor der Prominenz ist medienabhängig.
Explikation: P2: *„Personen, d.h. jetzt prominente Ärzte...das ist so medienabhängig, nicht? Als z.B. in der ‚Presse‘ in der Gesundheitsberichterstattung ist das eher nicht wichtig, aber, wenn ich mir dann die ‚News‘ anschau - also, da wird das schon sehr stark an Personen festgemacht (...).“*

Agenda-Setting

- g) Die Theorie des Agenda-Setting gilt nur bedingt für die Medizinberichterstattung.
Explikation: A1: *„Bis zu einem gewissen Grad. Naja, es ist die Frage, ob sie jetzt von den Medien oder von der Pharmaindustrie vorgegeben werden. Ich glaube, dass die Medien da eher der passivere Akteur sind. Das Interesse der Medien liegt jetzt vielleicht nicht rein darin...den Medien ist es wurscht worüber die berichten, Hauptsache sie können über etwas berichten. Natürlich fällt es ihnen leichter, über etwas zu berichten, was gerade aus irgendeinem Grund gehyped wird.“*
- h) Die Pharmafirmen betreiben innerhalb der Medizinberichterstattung Agenda-Building.
Explikation: M1: *„(...) Erstens einmal die Pharmaindustrie, das sind natürlich große internationale Forscher, Forschergemeinschaften, wenn man das jetzt von der medizinisch-wissenschaftlichen Seite her ansieht, was publiziert wird, was veröffentlicht wird. Die Pharmaindustrie, die mit entsprechenden Presseinformationen, entsprechender Pressearbeit dazu an die Öffentlichkeit tritt und natürlich im Verbund mit den Experten auftritt. Natürlich haben die Medien dann die Aufgabe, auszuwählen und, und, und, aber wir wissen ja, dass kann auch aus dem Nachrichtenangebot ausgewählt werden, dass da ist, nicht?--- Aber ich glaube ganz stark, das ist ja auch immer die Frage - wie viel Einfluss hat die PR auf die Medien, das ist es natürlich schon auch (...).“*
- i) Die Wirtschaftlichkeit des Medienunternehmens bestimmt die Themenauswahl.
Explikation: M2: *„...Das kann man auch in der Zeitung, das ist schon auch drinnen, aber es ist eine geringe Menge. Also wir haben dann einmal auch die tolle Geschichte, mehr oder weniger, kämpfen aber darum, dass die auch drinnen ist, weil wir natürlich auch personell schwach besetzt sind und selber schreiben nur bis zu einem gewissen Teil drinnen ist. Wir müssen aber sparen, sodass diese schönen Geschichten, diese recherchierten, immer weniger werden. Da muss man kämpfen, dass wir die auch drinnen haben, damit man in der Qualität nicht zurück geht. Dann bleiben nur mehr diese... das journalistische Umfeld über - nehmen sozusagen einen großen Raum ein, was schade ist. Aber das hängt wieder vom Geld ab, vom Verlag, also das ist schon ein Zusammenspiel.“*

- j) Der Aktualitätsgrad von Ereignissen beeinflusst die Themenauswahl.

Explikation: P3: *„Ich meine, die Medien geben natürlich auch Themen vor, aber nicht nur. Sie müssen auch schauen, was momentan aktuell ist, d.h. was die Leute interessiert (...)“*

Beziehungsnetzwerk

- k) Die pharmazeutische Industrie ist der dominante Akteur im Beziehungsnetzwerk.

Explikation: M3: *„Also ich denke, dass die Pharma am meisten Einfluss haben kann, nur bei mir hat sie es nicht. Das ist immer von der Redaktion abhängig.“*

- l) Die Beziehungen zwischen der pharmazeutischen Industrie und den Medien sind sehr ausgeprägt.

Explikation: A3: *„Fangen wir bei der Pharmaindustrie an. Die Pharmaindustrie nutzt die Möglichkeit des Medizinjournalismus, ihre Produkte zu bewerben. Einerseits im Sinne des wirklichen Marketings und andererseits um Forschungsergebnisse zu präsentieren, die Dinge eben immer wieder zu erklären, bis jedermann oder Arzt sie kennt. Gut, das ist eine wichtige Möglichkeit für die Pharmaindustrie an diejenigen zu kommen, der die Dinge verschreibt. Wenn ich jetzt die Medien hernehme, die erhalten einen ganz wesentlichen Teil ihres Budgets aus der Pharmaindustrie, sei das jetzt über bezahlte Artikel, die nicht immer direkt als Werbung erkennbar sind, also s i c h t b a r für den Leser, oder sei das einfach über die Werbeeinschaltungen.(...)“*

- m) Die Beziehungen zwischen der pharmazeutischen Industrie und den Medizinern sind sehr ausgeprägt.

Explikation: A3: *„Also ich bin ja eine Staatsmedizinerin, da ist das ein bisschen anders. Landärzte, die Hausapotheken dabei haben, die stehen natürlich in einer ganz anderen und viel engeren Verbindung mit der Pharmaindustrie. Mir ist das relativ wurscht, ob das Medikament von der Firma Hexal, Genericon, Pfizer oder sonst was verschrieben wird, weil mir bringt das gar nix. Aber das ist, glaube ich, ein sehr, sehr großer Unterschied.“*

- n) Die Beziehungen zwischen Medizinern und den Medien sind schwächer als die Verbindungen zwischen den anderen beiden Akteuren.

Explikation: M1: *„...Dann ist die Verbindung zwischen Ärzten und Medienunternehmen eigentlich von den dreien die schwächste. Also die stärkste, wäre jetzt die zwischen Medien und Pharma, die zweitstärkste zwischen Ärzten und Pharma und die schwächste zwischen Medien und Ärzten, weil da viele, viele Kontakte zu der Ärzteschaft wieder über die Pharma gehen. Konkret gibt eine Firma einen Auftrag für eine Broschüre, dann schlagen die vor, nehmen sie diesen Experten oder eine Firma veranstaltet ein Symposium zum Thema neue Krebstherapie und ladet dort 5 Top-*

Onkologen ein und Medien berichten darüber. Also, so. Es sind drei verschieden starke Verbindungen.“

- o) Medien „suchen“ Meinungsführer.

Explikation: A1: *„(...) Ich möchte jetzt gar nicht unterstellen, dass diese Person jetzt unbedingt alles daran setzt, aber das ist ein gegenseitiges Funktionieren, weil ja auch der Journalismus nach Schlüsselfunktionen sucht. Das ist nicht nur etwas, was ich ausschließlich als negativ bezeichnen möchte, weil es ja einfach das Funktionieren des Journalismus verlangt, dass man an wichtige Entscheidungsträger und Meinungsträger herankommt. Der letzte Assistenzarzt von links ist natürlich weniger gefragt als der Leiter der größten Anästhesiologischen Abteilung der Welt oder Europas. Das ist bis zu einem gewissen Grad ja verständlich und berechtigt, nur wird es manchmal etwas übertrieben. Manche bekommen eine Lautstärke, die dazu führt, dass andere, die vielleicht auch etwas zu sagen hätten, übertönt werden.“*

[C] Rahmenbedingungen der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung

- a) Die pharmazeutische Industrie hält sich nicht an die ethischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Explikation: A3: *„(...) was vielleicht schon ganz spannend ist, als ich da noch geschrieben habe, war eben, dass man die Artikel so schreiben kann, also die eben bezahlt sind von einer Firma und wo es darum geht - das Produkt wird nur nebenbei genannt - sozusagen über eine Substanz zu berichten, dass der Leser über die gesamte Seite den Eindruck hat, man bringt ausschließlich wissenschaftliche Ergebnisse. Da ist es ganz klar, dass es sich um eine ausschließliche Marketing-Strategie handelt, dass das ganz klar nur diesen einen Fokus haben soll und dass das ganz klar für mich, also den Leser nicht erkennbar wäre. Der Zusammenhang mit der Pharmaindustrie in dem Fall ist eine unglaubliche Manipulation, derer ich mir bis zu diesem Zeitpunkt, wo ich angefangen habe zu schreiben, nicht so bewusst war.“*

- b) Die Medien halten sich nicht an die ethischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Explikation: A2: *„Aber ich sehe es ja bei den schriftlichen Medien, also bei den Printmedien. Die wollen die Auflage verkaufen natürlich und wenn der Pharmakonzern sagt, machen wir das Thema und wir nehmen natürlich dann 20.000 Stück ab, dann kann ich eine Zeitung füllen - auch die beste Zeitung füllen. Das kann ich auch im Lancet und im BMJ machen. Dort ist das ja genau so. Ich meine, Gott sei*

Dank, sind wir aber so weit, dass die Pharmaindustrie davon überzeugt ist, dass das, was sie zu berichten hat, aber seriös ist.(...)“

- c) Die Mediziner halten sich nicht an die ethischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Explikation: M2: *„(...) vielleicht sagt man es ihnen ja nur nach, aber es gibt bei den Mediziner natürlich Leute, die ganz eng mit der pharmazeutischen Industrie zusammenarbeiten, sprich Gelder beziehen. Das können Forschungsgelder sein, kann aber auch direkte Bezahlung sein, glaube ich, weiß ich nicht, egal. Auf jeden Fall, gibt es da Abhängigkeiten, die für eine unabhängige Berichterstattung ein Problem sein können.“*

- d) Der Medizinberichterstattung mangelt es an Quellentransparenz.

Explikation: M2: *„(...) Da muss man einen kritischen Blick bewahren und das entsprechend dann bewerten oder zu jemand anderem gehen, wo ich weiß, der ist eben nicht verbandelt. Bei den wissenschaftlichen Medien (...) ist es ja üblich geworden, dazuzuschreiben, wer ist sozusagen in dieser Richtung befangen, weil er Geld kriegt, von dem und dem oder ist er überhaupt nicht befangen - was ich sehr toll finde, denn das hilft auch.“*

- e) Die Trennung von redaktionellen Beiträgen und bezahlten Beiträgen ist in medizinischen Fachzeitschriften sehr schwer nachzuvollziehen.

Explikation: A1: *„(...) da frag ich mich auch, was sind das für Stakeholder hier in diesem Medium...Also, Medizinberichterstattung - ein irrsinniger Aufwand zu trennen, was ist wie beeinflusst, voneinander zu piekeln, was ist objektiv und was ist von irgendwo wie beeinflusst, weil da gibt es sämtliche Abstufungen.“*

6.5.2 Relevanz der Kategorien

Die Reihung der Kategorien und Subkategorien erfolgte anhand der Anzahl der Zustimmungen der Interviewpartner zu den jeweiligen Kernaussagen. Die Kernaussagen ergaben sich aufgrund der unabhängigen Nennungen der einzelnen Befragten. Die Anzahl der befragten Personen, die der Kernaussage zustimmten, befinden sich jeweils in Klammer.

Tabelle 21: Relevanz der inhaltlichen Kriterien in der Medizinberichterstattung

[A] Inhaltliche Kriterien in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung
1. Die Personalisierung ist ein wichtiges Kriterium in der Medizinberichterstattung (8).
2. Innerhalb der Medizinberichterstattung muss eine klare Trennung zwischen den einzelnen Medien bzw. Zielgruppen herrschen (6).
3. Medizinberichterstattung ist zu wenig objektiv/unabhängig (5).
4. Die Medizinberichterstattung unterliegt einem stärkeren Einfluss der Pressearbeit von Unternehmen (4).
5. Aktualität ist ein wichtiges Kriterium in der Medizinberichterstattung (4).
6. Innerhalb der Medizinberichterstattung darf die Gesundheitspolitik nicht zu kurz kommen (4).
7. Sensationalismus ist ein wichtiges Kriterium in der Medizinberichterstattung (3).
8. Wahrheit ist ein wichtiges Kriterium in der Medizinberichterstattung (3).
9. In der Medizinberichterstattung mangelt es an Nischenthemen (3).

Die Hauptkategorie [A] umfasst vorwiegend allgemein gültige Aussagen zum Bereich der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung, die den anderen beiden Kategorien nicht zugeordnet werden konnten. Einen Schwerpunkt der Befragung bildete der Faktor der „Personalisierung“ in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung. Dieser wurde im Gespräch meist als sehr wichtig eingestuft. Lediglich eine Journalistin betonte, dass die Faktoren „tatsächlicher Nutzen“ und „möglicher Nutzen“ wichtiger wären. Neben den diskutierten Nachrichtenfaktoren wurden „Aktualität“ und „Sensationalismus“ als wichtige Kriterien in der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung genannt.

Die Forderung nach der Trennung von Laien- und Fachmedien zeigt zum einen, dass sich die Medizin- bzw. Gesundheitsberichterstattung facettenreicher zeigt als die herkömmliche Berichterstattung. In anderen Bereichen bzw. Ressorts, wie z.B. in der Politik scheint eine Einteilung nach Zielpublikum nicht notwendig zu sein. Die Differenzierung zwischen den einzelnen Medien wurde daher auch in der Inhaltsanalyse vorgenommen. Zum anderen wurde die Trennung nach Zielgruppen meist in Verbindung mit dem Werbeverbot angesprochen, was zeigt, dass sich die Befragten sehr wohl der Tatsache bewusst waren, dass Medizinberichterstattung im Publikumsbereich anderen Regeln folgt.

Insgesamt gesehen, wurde die Medizinberichterstattung eher kritisiert und durch einen Mangel in den Bereichen Objektivität/Unabhängigkeit, Wahrheit, Eigenrecherche, gesundheitspolitische Themen und Nischenthemen beschrieben.

Tabelle 22: Relevanz der Akteure und deren Einflüssen auf die Medizinberichterstattung

[B] Akteure und deren Einflüsse auf die Medizin- und Gesundheitsberichterstattung	
[B1] Opinion Leading	
1.	Bei den Personen handelt es sich vorwiegend um Opinion Leader im medizinischen Bereich (8).
2.	Der Faktor der „Personalisierung“ steht in der Medizinberichterstattung in enger Verbindung zum Faktor der „Prominenz“ (7).
3.	Der Faktor der Prominenz wird eher als negativ bewertet (6).
4.	Opinion Leadern werden konträre Motive in Bezug auf ihren Medienauftritt nachgesagt (5).
5.	Der Faktor der Prominenz ist medienabhängig (4).
6.	Opinion Leadern wird eine entsprechende Erfahrung nachgesagt (3).
[B2] Agenda-Setting	
1.	Die Pharmafirmen betreiben innerhalb der Medizinberichterstattung Agenda-Building (8).
2.	Die Theorie des Agenda-Setting gilt nur bedingt für die Medizinberichterstattung (7).
3.	Die Wirtschaftlichkeit des Medienunternehmens bestimmt die Themenauswahl (3).
4.	Der Aktualitätsgrad von Ereignissen beeinflusst die Themenauswahl (3).
[B3] Beziehungsnetzwerk	
1.	Die Beziehungen zwischen der pharmazeutischen Industrie und den Medizinern sind sehr ausgeprägt (8).
2.	Die pharmazeutische Industrie ist der dominante Akteur im Beziehungsnetzwerk (6).
3.	Die Beziehungen zwischen der pharmazeutischen Industrie und den Medien sind sehr ausgeprägt (6).
4.	Die Beziehungen zwischen Medizinern und den Medien sind schwächer als die Verbindungen zwischen den anderen beiden Akteuren (5).
5.	Medien „suchen“ Meinungsführer (3).

Der Bereich, der sich mit den Akteuren und deren Einflüssen beschäftigt, wurde für die Kategorienbildung in drei Subkategorien unterteilt, welche auch der Abfolge der Interviews entspricht. Die Kernaussagen, die zur Kategorie des Opinion Leading entstanden, bestätigen weitgehend die bereits referierten theoretischen Konzepte und Annahmen (vgl. Kap. 3.2 und 3.3). Ärzte gelten in der Medizinberichterstattung grundsätzlich als Meinungsführer, wobei diese Tatsache in beinahe allen Fällen mit einer positiven Korrelation des Faktors der „Prominenz“ einherging. Dieser Faktor der „Prominenz“, der mit Meinungsführern verbunden wurde, wurde aber insgesamt in der Medizinberichterstattung als negativ bewertet. Dies bestätigte sich auch

durch die verschiedenen Motive, die Ärzte dazu bewegen bzw. befähigen, in den Medien aufzutreten. Diese wurden zum Großteil nicht im Bereich der Wissensvermittlung gesehen. Nachdem die Theorie des Agenda-Setting den Befragten vorgestellt und weiter expliziert wurde, wurde ihre Gültigkeit im Bereich der Medizinberichterstattung sehr angezweifelt. Nur zwei Personen waren sich absolut sicher, dass allein die Medien die Agenda der Rezipienten bestimmen könnten. Die übrigen Befragten gingen anstatt von einer Agenda-Setting-Funktion der Medien von einer Agenda-Building-Funktion der Pharmaindustrie aus. Dies kann auch auf das Ergebnis unter Kategorie [A] zurückgeführt werden, das im Bereich der Medizinberichterstattung einen größeren Einfluss der Pressearbeit von Unternehmen bestätigt. Neben der pharmazeutischen Industrie würden aber auch Faktoren wie die Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens und die Aktualität die Themenwahl beeinflussen.

Ein eindeutiger Konsens herrschte in der Antwort auf die Frage nach dem Beziehungsnetzwerk der drei Akteure. So wurde die pharmazeutische Industrie als der zentrale und stärkste Akteur beschrieben, von dem die Verbindungen zu den anderen Akteuren ausgehen würden. Die Beziehungen wurden immer durch eine große finanzielle Abhängigkeit beschrieben, da die Pharmaindustrie grundsätzlich als größter Geldgeber beschrieben wurde. Die engste Verbindung wurde zwischen Medizinern und der Pharmaindustrie identifiziert, da diese durch mehrere Formen der Kooperation entstehen könne. Konkret und unabhängig voneinander wurden in diesem Zusammenhang die Zusammenarbeit im Rahmen klinischer Studien, das Sponsoring von Ärzten oder deren Einrichtungen und deren Einsatz als Opinion Leader in Medien genannt. Die Beziehungen zwischen den Medien und den Ärzten wurden als am schwächsten bezeichnet, zumal dies in den meisten Fällen auf die Einseitigkeit der Verbindung zurückgeführt wurde. Der Kontakt zu Ärzten müsse oftmals mühsam hergestellt werden. Zudem wurde beteuert, dass diese oft den Dialog mit der Öffentlichkeit scheuen würden, obwohl sie die Verpflichtung hätten ihr Wissen an die Öffentlichkeit weiterzutransportieren.

Tabelle 23: Relevanz der Rahmenbedingungen der Medizinberichterstattung

[C] Rahmenbedingungen der Medizin- und Gesundheitsberichterstattung	
1.	Die Mediziner halten sich nicht an die ethischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen (6).
2.	Die pharmazeutische Industrie hält sich nicht an die ethischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen (5).
3.	Die Medien halten sich nicht an die ethischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen (5).
4.	Die Trennung von redaktionellen Beiträgen und bezahlten Beiträgen ist in medizinischen Fachzeitschriften sehr schwer nachzuvollziehen (4).
5.	Der Medizinberichterstattung mangelt es an Quellentransparenz (3).

Grundsätzlich wurde die Frage nach den Rahmenbedingungen in der Medizinberichterstattung nicht im erhofften Ausmaß beantwortet. Dieser Umstand kann unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass den Befragten die Beantwortung der Frage unangenehm erschien, weil sie zu wenig über die Rahmenbedingungen Bescheid wussten. Dies äußerte sich darin, dass sich nur zwei Pharmamitarbeiter explizit auf Gesetze beziehen konnten und insgesamt nur vier Befragte das Werbeverbot in Laienmedien ansprachen. Zwei der Journalistinnen erwähnten jedoch das Fehlen einer Richtlinie im Journalismus. Grundsätzlich wurden aber ausnahmslos von jedem Interviewteilnehmer bestimmte „ethische Prinzipien“ genannt, die von jedem Akteur eingehalten werden sollten.

Die Übertretung der ethischen und rechtlichen Grenzen wurde zwar nicht explizit angesprochen, aber durch sämtliche Beispiele im Rahmen der Interviews demonstriert. Somit entstand insgesamt das Bild, das vor allem Mediziner sich nicht an die Einhaltung der Rahmenbedingungen halten würden. Genug Evidenz für das Nichteinhalten der Grenzen gab es jedoch auch im Bereich der pharmazeutischen Industrie und der Medien. In diesem Kontext wurde auch darauf hingewiesen, dass in medizinischen Fachzeitschriften redaktionelle und bezahlte Beiträge sehr schwer auseinander zu halten wären.

7 Fazit: Unabhängiger Medizinjournalismus – zwischen Wunschvorstellung und Notwendigkeit

Die Frage, ob die Gesundheit am Journalismus krankt, beantwortete der Medienwissenschaftler Heinz Starkulla eindeutig mit „Nein!“, denn wie schon im einleitenden Zitat dieser Arbeit erwähnt wurde, wäre die Problematik auf manche Journalisten, Pharma-Produzenten und Apotheker und auf „manchen sonstwo und sonstwie in diesem Gesundheitsbereich Tätigen und Kommunizierenden“ zurückzuführen.⁴³⁷

Auch in der vorliegenden Untersuchung bildete - neben der Analyse der inhaltlichen Kriterien und der notwendigen Rahmenbedingungen im Medizinjournalismus - die Frage nach dem Einfluss der verschiedenen Akteure auf die Medizinberichterstattung das zentrale Erkenntnisinteresse. Während sich viele Studien ausschließlich auf den Effekt der Wirkung der Massenkommunikation beschränken, erscheint es ebenso wichtig, das Umfeld zu analysieren, das die Inhalte im Bereich der Medizinberichterstattung prägt. Im Unterschied zum rezipientenorientierten Ansatz in der Medienforschung lag der Fokus dieser Untersuchung auf der Kommunikatorforschung.

Neben den bereits von Starkulla explizit genannten Akteuren im Medizinjournalismus - den Medien und der Pharmaindustrie - wurde innerhalb des Beziehungsgeflechtes auch die Funktion der Mediziner und Ärzte näher analysiert. Dieser Ansatz wurde auch im Rahmen der Inhaltsanalyse der österreichischen Pharmaberichterstattung, die mehrere Aufschlüsse bezüglich der Rolle der Ärzte in Verbindung zu den anderen genannten Akteuren zuließ, überprüft. Durch die Inhaltsanalyse wurde deutlich, dass mehr als zwei Drittel aller Beiträge personalisiert wurden, wobei es sich in 62 Prozent der Beiträge um medizinische Autoritäten oder Ärzte handelte. Anhand der Analyse der Eigeninteressen und Rahmenbedingungen der einzelnen Akteure und der Integration der kommunikationswissenschaftlichen Theorien konnte das Problemfeld zwischen den Akteuren weitgehend identifiziert und konkretisiert werden. Dabei wurde vor allem deutlich, dass dieses vorwiegend auf die wirtschaftlichen und ökonomischen Interessen der jeweiligen Akteure und die unzureichenden gesetzlichen Rahmenbedingungen zurückgeführt werden kann, was für eine unabhängige Berichterstattung im Bereich der Medizin- und Gesundheitsmedien eine enorme Gefährdung darstellt.

⁴³⁷ Starkulla, 1984, S. 207f.

7.1 Inhaltliche Kriterien

Eine der zentralen Forschungsfragen, die im Rahmen der Untersuchung behandelt wurde, beschäftigt sich mit der Frage nach den inhaltlichen Kriterien von Medizin- und Gesundheitsjournalismus. Die theoretische Grundlage für die gewählte Methode der Inhaltsanalyse bildete die Nachrichtenwert-Theorie, wobei der Nachrichtenfaktorenkatalog nach einer Untersuchung von Matthias Kepplinger als zentrales Analysekriterium herangezogen wurde (vgl. Kap. 5.4). Während das Instrument von Kepplinger adaptiert wurde, wurde das Forschungsinteresse der Untersuchung durch die grundlegenden Arbeiten zur Nachrichtenwert-Theorie von Friedrich Staab bestimmt.

Staab stellte fest, dass das Kausalmodell der Nachrichtenwert-Theorie eine große Erklärungskraft besitzt, d.h. dass sich der Umfang und die Platzierung von Beiträgen auf die Nachrichtenfaktoren zurückführen lassen. Wie bereits Winfried Schulz fand aber auch Staab heraus, dass nur wenige Nachrichtenfaktoren den Umfang von Meldungen beeinflussen. Staab ergänzte daher das Kausalmodell durch das Finalmodell, welches besagt, dass Nachrichtenfaktoren auch durch Journalisten instrumentalisiert werden können. Analog dazu sprach sich auch Kepplinger für die Unabhängigkeit der Nachrichtenfaktoren von den dazugehörigen Nachrichtenwerten aus und versuchte dies im Zuge einer Reformulierung der Theorie zu beweisen (vgl. Kap. 2.5.1)⁴³⁸.

All diese Überlegungen implizieren bereits eine gewisse Kritik, die an der Nachrichtenwert-Theorie geübt wurde. Inwieweit diese Kritik auch im Bereich des Medizinjournalismus Gültigkeit besitzt, konnte vor allem durch die Inhaltsanalyse der österreichischen Pharmaberichterstattung aufgezeigt werden. Im Vergleich zu Keplingers Untersuchungen zur politischen Berichterstattung konnten innerhalb der Pharmaberichterstattung von elf untersuchten Nachrichtenfaktoren nur zwei als signifikant identifiziert werden. Zum einen kann der „persönliche Einfluss“ und zum anderen der „tatsächliche Nutzen/Erfolg“ als signifikant im Hinblick auf den Umfang der Pharmaberichterstattung bezeichnet werden, wobei sich der letzt genannte Faktor sogar negativ auf den Umfang auswirkte (vgl. Tabelle 5). Im Vergleich dazu konnte Kepplinger in seiner letzten Untersuchungsphase fünf Faktoren als signifikant identifizieren. Dabei handelte es sich um den „persönlichen Einfluss“, den Grad der „Personalisierung“, „Reichweite“, „Kontroverse“ und den „möglichen Schaden/Misserfolg“.

Unabhängig vom Einfluss der Nachrichtenfaktoren auf den Umfang konnten bezüglich der Häufigkeiten der Nennungen für die Faktoren „Personalisierung“, „tatsächlicher Nutzen/ Erfolg“ und „möglicher Nutzen/Erfolg“ hohe Ausprägungen nachgewiesen werden. Die schriftliche Bewertung der Nachrichtenfaktoren im Hinblick auf die gesamte Medizinberichterstattung durch die Akteure ergab ein ähnliches Resultat. Zwar wurden die Faktoren, die mit dem Auftreten von Personen in Verbindung gebracht wurden, insgesamt als wichtig eingestuft jedoch wurde den Faktoren im Bereich des Nutzens und Schadens teilweise noch mehr Gewicht beigemessen. Es besteht daher Grund zur Annahme, dass die Medizinberichterstattung auch von anderen Kriterien beeinflusst wird und nicht ausschließlich im Rahmen der Nachrichtenwert-Theorie

⁴³⁸ Vgl. Kepplinger/Bastian, 2000, S. 462ff.

erklärt werden kann. Wie bereits von Staab und Kepplinger postuliert wurde, scheinen auch hier journalistische Selektionskriterien die Berichterstattung zu prägen.⁴³⁹

Im Hinblick auf die Betrachtung der einzelnen Nachrichtenfaktoren konnte der vermutete Einfluss der „Personalisierung“ auf die Pharmaberichterstattung nicht bestätigt werden. Dies betrifft allerdings nur die Überprüfung hinsichtlich der Nachrichtenwerttheorie, d.h. den Einfluss der Nachrichtenfaktoren auf den Umfang. Bei der Betrachtung der Häufigkeitsanalysen der einzelnen Faktoren entsteht ein gänzlich anderes Bild: 67 Prozent aller untersuchten Beiträge wurden personalisiert und auch die Interviewpartner bestätigten anhand der schriftlichen und der mündlichen Bewertung der Faktoren einen hohen Personalisierungsgrad in der Medizinberichterstattung. In beiden Fällen wurden die Personen vorwiegend als Ärzte bzw. medizinische Autoritäten identifiziert. Mit Sicherheit kann bestätigt werden, dass somit gerade auch bei unpolitischen Themen insbesondere der Nachrichtenfaktor „Personalisierung“ den Beachtungsgrad einer Nachricht steigern kann.⁴⁴⁰ Der „persönliche Einfluss“ hingegen hat den Ergebnissen der Inhaltsanalyse zufolge, einen signifikanten Einfluss auf den Umfang. Auch wenn die Personen selbst keinen Einfluss auf den Umfang der Berichterstattung ausüben, haben deren Funktionen oder Tätigkeiten ein vergleichsweise hohes Gewicht. Der Umfang und somit der Nachrichtenwert eines Berichts ist umso höher, je höher der Grad des persönlichen Einflusses der jeweiligen Person ist, die genannt wird. Interessant im Hinblick auf die Faktoren, die mit Personen in Verbindung gebracht werden, ist vor allem das Ergebnis der Experteninterviews. All diese Faktoren weisen nach Meinung der Befragten in der derzeitigen Medizinberichterstattung zu hohe Ausprägungen auf (vgl. Abbildung 30).

Wie bereits erwähnt, sind aber auch die Ergebnisse der Expertenbefragungen im Unterschied zur Inhaltsanalyse für die Faktoren „tatsächlicher Nutzen/Erfolg“ und „möglicher Nutzen/Erfolg“ erwähnenswert. Unabhängig von der Praxisrelevanz der Nachrichtenwert-Theorie - die auch im Bezug auf diese Faktoren nicht bestätigt werden kann - kann davon ausgegangen werden, dass die Faktoren des Nutzens und Erfolgs im Bereich der Pharmaberichterstattung große Bedeutung haben. Im Hinblick auf die Gesamtbewertung anhand der Nachrichtenfaktoren im Zuge der Experteninterviews verhielten sich die Aussagen bezüglich des aktuell eingeschätzten Zustands in der Medizinberichterstattung sehr homogen (vgl. Abbildung 30). Mit Ausnahme des Faktors „Aggression“, der in der Medizinberichterstattung laut den Ergebnissen der Inhaltsanalyse keinen Einfluss ausübt, wurde nur der „persönliche Einfluss“ geringfügig niedriger bewertet als die anderen Faktoren.

Der „persönliche Einfluss“ konnte im Zuge der Inhaltsanalyse als einziger signifikanter Faktor identifiziert werden. Dieser Ist-Zustand wurde auch in den Experteninterviews thematisiert, indem darauf hingewiesen wurde, dass es für den Transport der Nachricht wichtig wäre, welchen Status die jeweilige Person in der Gesellschaft hätte. Jedoch wurde dies eher als negativ - im Sinne einer nicht-objektiven Berichterstattung - empfunden, was die niedrigere Bewertung des Soll-Zustandes verdeutlicht.

⁴³⁹ Vgl. Staab, 1990, S. 96; Kepplinger u.a., 1989, S. 201ff.

⁴⁴⁰ Vgl. Ruhrmann/Göbbel, 2007, S. 23.

Hinsichtlich des gewünschten Einflusses der Nachrichtenfaktoren zeigt sich ein eindeutiger Trend in der höheren Bewertung der Faktoren im Bereich des Nutzens und Schadens. Vor allem die Faktoren „tatsächlicher Schaden/Misserfolg“ und „möglicher Schaden/Misserfolg“ sollten nach Meinung der Befragten in der Medizinberichterstattung höhere Ausprägungen aufweisen. Den Ergebnissen der Inhaltsanalyse zu Folge ist dies in 60 Prozent der Berichte nicht der Fall. Auch der Faktor „Kontroverse“ sollte an Bedeutung zunehmen, während der Einfluss der Faktoren „institutioneller Einfluss“, „persönlicher Einfluss“, „Personalisierung“ und „Prominenz“⁴⁴¹ abnehmen sollte.

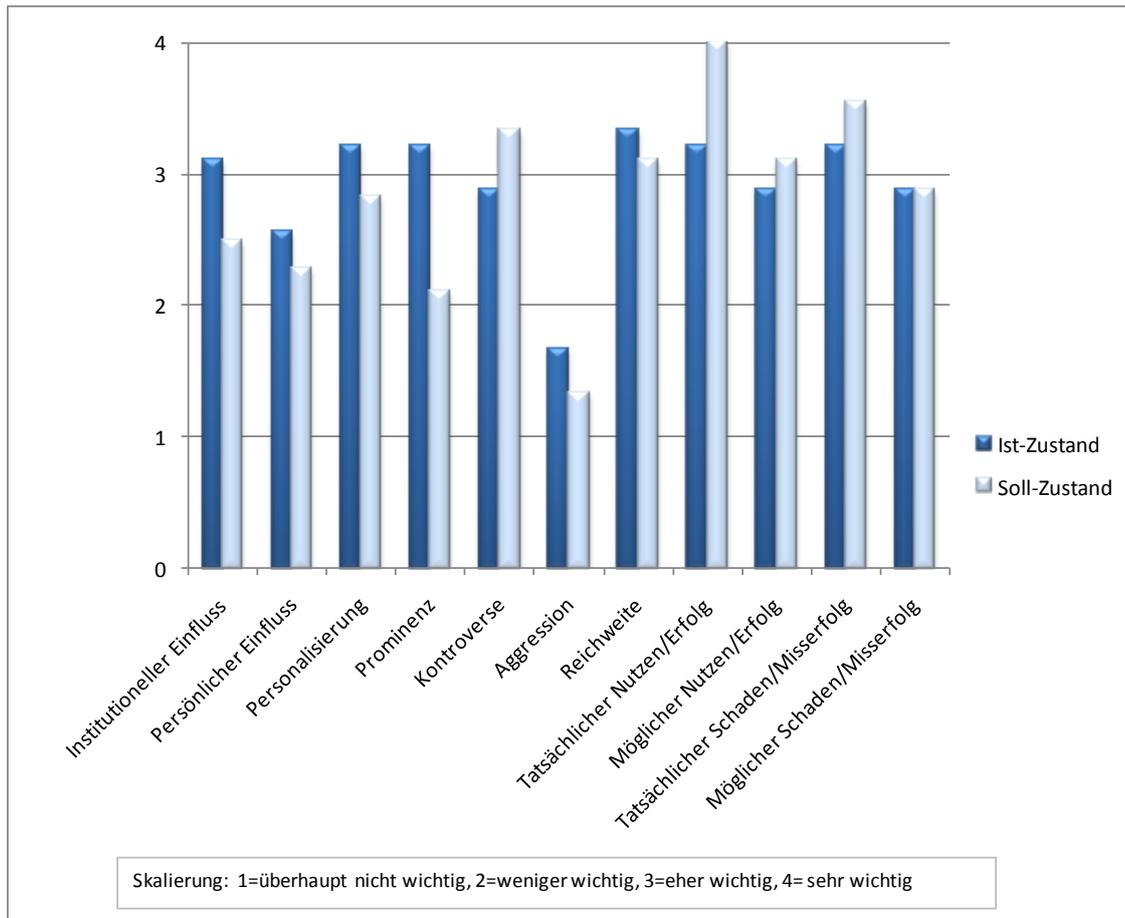


Abbildung 30: Gesamtbewertung der Nachrichtenfaktoren im Rahmen der Interviews

Neben den fehlenden Korrelationen der Nachrichtenfaktoren auf den Umfang ergab sich vor allem im Rahmen der Experteninterviews ein weiterer Kritikpunkt an der Nachrichtenwert-Theorie: Die Faktoren „Aktualität“ und „Sensationalismus“ wurden als zusätzliche Einflussgrößen genannt. Im Hinblick auf die historische Entwicklung der Nachrichtenfaktoren (vgl. Kap. 2.5.1, Abbildung 4) wurde der „Sensationalismus“ durch die Faktoren „tatsächlicher Schaden/Misserfolg“ und „möglicher Schaden/Misserfolg“ abgelöst. Der Faktor „Aktualität“ kann jedoch nicht ausreichend durch den Nachrichtenfaktorenkatalog nach Staab erklärt werden. Was daher

⁴⁴¹ Aus methodischen Gründen wurde der Faktor „Prominenz“ im Rahmen der Inhaltsanalyse nicht untersucht, sondern nur im Rahmen der Experteninterviews behandelt.

durch diese Untersuchung deutlich wurde, ist, dass eine Anpassung des Nachrichtenfaktorenkatalogs entsprechend des Untersuchungsmaterials vorgenommen werden müsste. Da in der vorliegenden Arbeit ein Vergleich zur politischen Berichterstattung hergestellt werden sollte, wurden die entsprechenden Nachrichtenfaktoren adaptiert. Diese können jedoch im Hinblick auf die Untersuchungsergebnisse und die Aussagen der Expertenbefragung nicht als adäquate Faktoren für die Medizinberichterstattung angesehen werden. Der Nachrichtenfaktorenkatalog müsste zumindest um den Faktor der „Prominenz“ und der „Aktualität“ ergänzt und um den Faktor der „Aggression“ (der bereits im Vorfeld der Regressionsanalyse ausgeschlossen wurde) reduziert werden. Die Faktoren „Räumliche Nähe“, „Status der Ereignisregion“ und „Kontroverse“ dürften zwar nicht exkludiert werden, müssten aber im Hinblick auf die Codierung bzw. die Ausprägungsgrade grundlegend überarbeitet werden.

In diesem Zusammenhang scheinen die Ausführungen zur Praxisrelevanz der Nachrichtenfaktoren des Journalisten Walther von La Roche erwähnenswert, der vor allem drei relevante Kriterien einer Nachricht betont: Aktualität, Objektivität und allgemeines Interesse.⁴⁴² Analog zu La Roche beschäftigt sich auch Siegfried Weischenberg weniger mit den ursprünglichen Theorien als mit dem Praxisbezug und der Anwendbarkeit der Nachrichtenfaktoren im journalistischen Alltag. Dabei geht er von zwei zentralen Nachrichtenfaktoren aus, die er in weiterer Folge differenziert. Zum einen handelt es sich dabei um die „Bedeutung“, die das Ausmaß und die Konsequenzen einer Nachricht beschreibt und zum anderen um das „Publikumsinteresse“, das die menschlichen und emotionalen Aspekte eines Ereignisses definiert. Zu diesen sogenannten „Human Interest-Faktoren“ sind beispielsweise Humor, Romantik, Sympathie, Alter, Sex/Liebe, Wissenschaft/Fortschritt oder Tragödie zu zählen. Zwar können die Ausführungen und Adaptionen der Nachrichtenfaktoren durch Praktiker wie La Roche und Weischenberg nicht direkt mit den ursprünglichen kommunikationswissenschaftlichen Theorien in Beziehung gesetzt werden, jedoch bestehen Evidenzen, dass den meisten Journalisten die praxisrelevanten Ausführungen und somit die Nachrichtenfaktoren, die von Praktikern empfohlen wurden, bekannt sind.⁴⁴³ Die Theorie der Nachrichtenwerte ist daher im Hinblick auf die Praxisrelevanz nicht mehr in ihrer ursprünglichen Form haltbar und bedarf weiterer Ausdifferenzierungen und Analysen, die auch das redaktionelle und personelle Umfeld miteinbeziehen. Dies wurde bereits durch Kepplinger postuliert, der vor allem den Mangel der Untersuchungen des Inputs, also der in den Redaktionen vorhandenen Meldungen, kritisierte.⁴⁴⁴ Ruhrmann spricht in diesem Zusammenhang ebenfalls von der Notwendigkeit den Blick auf den gesamten Nachrichtenprozess zu richten und Selektionsprozesse nicht allein durch systematische Inhaltsanalysen erklären zu können.⁴⁴⁵ Zudem wurde diese Problematik auch im Rahmen der Experteninterviews bestätigt, indem mehrmals verdeutlicht wurde, dass die Pressearbeit von Unternehmen einen starken Einfluss auf den Inhalt der Medizinberichterstattung hätte.

⁴⁴² La Roche, Walther von: Einführung in den praktischen Journalismus, Berlin: List, 2006, S. 74.

⁴⁴³ Vgl. Ruhrmann/Göbbel, 2007, S. 23.

⁴⁴⁴ Vgl. Kepplinger/Bastian, 2000, S. 462.

⁴⁴⁵ Vgl. ebenda, S. 17.

Die Reduktion der Bedeutung der Nachrichtenfaktoren und die vergleichsweise zunehmende Thematisierung der Einflüsse der Akteure als Auswahlkriterium zeigen, dass insbesondere in der Medizinberichterstattung von einem verstärkten Einfluss des Umfeldes ausgegangen werden muss. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, sich auf das gesamte Mediensystem zu beziehen und somit auch die Nachrichtenwert-Theorie in einen größeren Zusammenhang einzuordnen. Im Hinblick auf zukünftige Untersuchungen im Bereich der Nachrichtenwert-Theorie sollten zusätzliche, qualitative Analysen einen festen Bestandteil im Untersuchungsdesign haben.

Die von Staab diskutierte Allgemeingültigkeit der Nachrichtenwert-Theorie⁴⁴⁶ und die Adäquatheit der Methode muss im Hinblick auf die Ergebnisse der Inhaltsanalyse und der Experteninterviews im Bereich der Medizinberichterstattung angezweifelt werden. Die bereits referierte Problematik einer fehlenden Korrelation zwischen den Nachrichtenfaktoren und dem Umfang der Berichte bestätigt diese Annahme. Jedoch konnte unabhängig von der fehlenden Gültigkeit und Praxisrelevanz der Nachrichtenwert-Theorie im Hinblick auf den Medizinjournalismus die Adäquatheit und Aussagekraft einzelner Nachrichtenfaktoren bestätigt werden. Insgesamt konnte auch das von Kepplinger postulierte Modell bekräftigt werden, das besagt, dass es sich bei den Nachrichtenfaktoren und den dazugehörigen Nachrichtenwerten jeweils um eigenständige Variablen handelt. Dies eröffnet wiederum ein eigenes Forschungsfeld. Dadurch könnte beispielsweise erklärt werden, warum gleiche Meldungen für unterschiedliche Medien einen unterschiedlichen Nachrichtenwert besitzen.⁴⁴⁷ Unweigerlich führen diese Überlegungen wieder zu den Einflüssen der Akteure, wobei in diesem Zusammenhang einmal mehr die individuellen journalistischen Selektionskriterien eine tragende Rolle einnehmen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Praxisrelevanz der Nachrichtenwert-Theorie im Hinblick auf die Medizin- und Gesundheitsberichterstattung und im speziellen im Bereich der Pharmaberichterstattung nicht gegeben ist. Dies zeigte sich vor allem dadurch, dass gewisse Faktoren bereits vor der Untersuchung ausgeschlossen werden mussten. Weiters wiesen gewisse Nachrichtenfaktoren auch in Bezug auf den Einfluss auf den Umfang keine Signifikanzen auf. Überraschenderweise ergab die Befragung zur Beurteilung der Nachrichtenfaktoren im Hinblick auf die Medizin- und Gesundheitsberichterstattung ein abweichendes Resultat. Hier erwies sich vor allem der Faktor „Prominenz“, der in der Inhaltsanalyse aufgrund der Problematik der Abstufung der einzelnen Werte exkludiert werden musste, als äußerst einflussreich. Auch der hohe Einfluss der Faktoren „Personalisierung“ und „persönlicher Einfluss“ wurde im Gesprächsverlauf auf den Faktor „Prominenz“ zurückgeführt. Dies bestätigt unter anderem die Notwendigkeit der Abgrenzung bzw. der Ermittlung der einzelnen Nachrichtenwerte durch quasi-experimentelle Journalisten-Befragungen. Anhand dieser Daten sollte laut Kepplinger auch die Publikations-Chance einer Nachricht prognostiziert werden können.⁴⁴⁸ Des Weiteren wurden den Faktoren „Kontroverse“, „Reichweite“ und „tatsächlicher

⁴⁴⁶ Vgl. Staab, 1990, S. 112f.

⁴⁴⁷ Vgl. Kepplinger/Bastian, 2000, S. 473.

⁴⁴⁸ Vgl. ebenda, s. 474.

Schaden/Misserfolg“ und „möglicher Schaden/Misserfolg“ im Vergleich zu den Ergebnissen der Inhaltsanalyse weitaus mehr Bedeutung eingeräumt. Eine Übereinstimmung der Ergebnisse beider Methoden erfolgte daher nur im Hinblick auf die Relevanz des Faktors der „Personalisierung“. Zwar können die Resultate beider Methoden aufgrund der Abweichung des Untersuchungsgegenstandes nicht konkret miteinander in Beziehung gesetzt werden, jedoch können die Experteninterviews als wertvolle Ergänzung gesehen werden, die die Schwachstellen der Inhaltsanalyse aufzeigen. Dies entspricht auch der Forderung Keplingers, der die Notwendigkeit von Untersuchungen im Input-Bereich der Nachrichtenwertforschung betont. Output-Untersuchungen, die beispielsweise in Form von Inhaltsanalysen durchgeführt werden, würden dahingehend nur eine eingeschränkte Validität besitzen.⁴⁴⁹

Vor dem Hintergrund des vorliegenden Spannungsfeldes ist somit deutlich geworden, dass die Nachrichtenwert-Theorie nicht unabhängig von anderen theoretischen Ansätzen betrachtet werden und die alleinige Basis für journalistische Selektionskriterien darstellen kann. Zwar können die Nachrichtenfaktoren über bestimmte Inhalte und Zusammenhänge wertvollen Aufschluss geben, jedoch muss die Nachrichtenwert-Theorie dahingehend erweitert werden, auch äußere Einflüsse zu berücksichtigen. Diesbezüglich müsste die Theorie in einem größeren Zusammenhang gesehen werden und in ein Modell eingebettet werden, das den gesamten Nachrichtenprozess umfasst. Die Analyseebenen, die die Untersuchungsbasis der vorliegenden Untersuchung bildeten, könnten dahingehend einen ersten Anstoß zur Integration der Nachrichtenwert-Theorie in ein entsprechendes Evaluierungsmodell geben (vgl. Abbildung 31), wobei die Ebenen gemäß dem Untersuchungsfeld erweitert oder adaptiert werden sollten. Dahingehend würde die Gewährleistung einer unabhängigen und objektiven Berichterstattung eine eingehende Analyse aller Ebenen erfordern um Zusammenhänge transparenter zu machen und etwaige Problemfelder zu identifizieren.

⁴⁴⁹ Vgl. Keplinger/Bastian, 2000, S. 473.

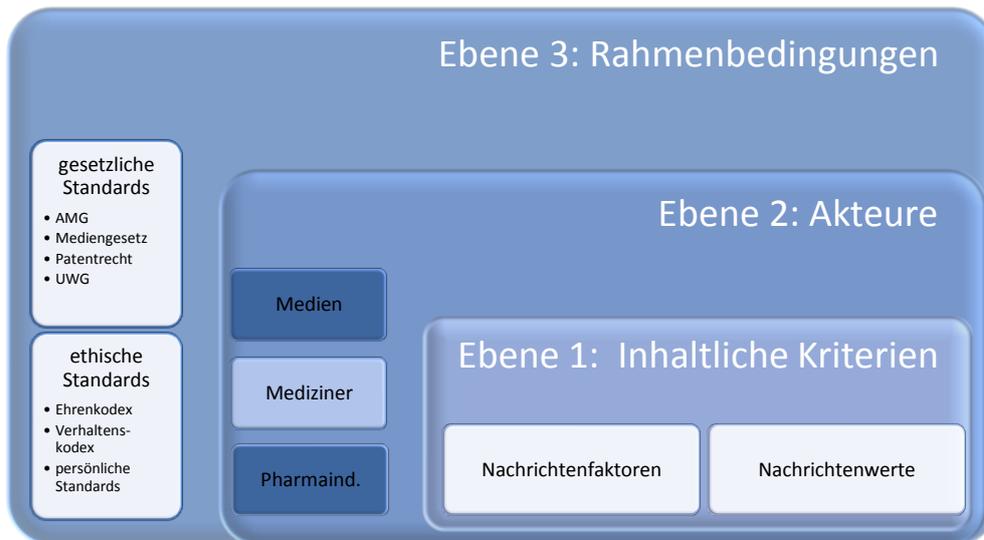


Abbildung 31: Evaluierungsebenen des Nachrichtenprozesses in der Medizinberichterstattung

7.2 Konstellation und Einflüsse der Akteure

Im Zuge der vorliegenden Untersuchung konnten mehrmals Verbindungen zu den verschiedensten theoretischen Ansätzen identifiziert werden. In den meisten Fällen konnte dies auf den Einfluss der Akteure zurückgeführt werden, was sich zum einen auf die Personalisierung innerhalb der Medizinberichterstattung und zum anderen auf die Einflüsse der externen Personen zurückführen lässt.

Um die Beziehungen zwischen den einzelnen Akteuren im Medizinjournalismus zu erklären, ist es zunächst wichtig, die Position der einzelnen Akteure genauer zu analysieren. Insbesondere hinsichtlich der Häufigkeit des Faktors der „Personalisierung“ in der Medizinberichterstattung muss zuerst auf die inhaltliche Rolle der Akteure näher eingegangen werden. Diesbezüglich konnten die Ergebnisse der Inhaltsanalyse auch durch die Experteninterviews untermauert werden. In 67 Prozent der untersuchten Beiträge der Pharmaberichterstattung wurden explizit Personen genannt, von denen 62 Prozent als medizinische Autoritäten bzw. Ärzte identifiziert werden konnten. Auffällig im Zuge der Expertenbefragungen erschien die Tatsache, dass mit der Frage nach den Personen in der Medizinberichterstattung in den meisten Fällen eine unmittelbare Assoziation zu Meinungsführern bzw. Opinion Leaders und dem Prominenzgrad der jeweiligen Akteure ausgelöst wurde. Den Personen, die in der Medizinberichterstattung auftreten, wurde automatisch ein bestimmter Bekanntheitsgrad unterstellt, was grundsätzlich insgesamt als negativ bewertet wurde. Dies wurde vor allem dadurch begründet, dass es sich immer wieder um dieselben Personen handeln würde. Diesbezüglich wurden auch mehrmals ambig Motive im Hinblick auf das Auftreten von bestimmten Personen in den Medien diskutiert. Grundsätzlich wurde zwischen der reinen Vermittlung von Fach- und Expertenwissen im Dienste der Öffentlichkeit und der Durchsetzung von eigenen ökonomischen oder persönlichen Interessen unterschieden.

Wie mannigfaltig sich die Rolle des Arztes in der Medizinberichterstattung äußern kann, zeigten die Überlegungen zur Theorie des Opinion Leadings und der Diffusionsforschung (vgl. Kap. 3.2). In seiner Funktion als Meinungsführer kann ein Arzt durch seinen Auftritt in den Medien eine entscheidende Multiplikatorrolle einnehmen und somit auch Botschaften dementsprechend glaubhaft transportieren. Dies ist vor allem auf gewisse Merkmale zurückzuführen, die Meinungsführern zugeschrieben werden. Wie von Schenk und Eisenstein analysiert wurde, sind dies vor allem Glaubwürdigkeit, Kompetenz und Vertrauen.⁴⁵⁰ Diese Merkmale wurden den Ärzten in der Medizinberichterstattung ebenso im Zuge der Experteninterviews nachgesagt. Aber auch Prozesse, die im Rahmen der Diffusionsforschung als Nachfolger des Two-Step-Modells der Massenkommunikation diskutiert wurden, wurden durch die Interviewpartner bestätigt. Katz, Menzel und Coleman widmeten sich in diesem Zusammenhang der Frage, was Ärzte dazu veranlasst ein neues Medikament zu verschreiben.⁴⁵¹ Diesbezüglich konnte die Bedeutung der interpersonalen Kommunikation aufgezeigt werden, wobei eine deutliche Korrelation zwischen dem Grad der sozialen Interaktion und der Adoption des Medikamentes festgestellt wurde.⁴⁵² Die Meinungsführerschaft ist daher auch innerhalb der Gruppe der Ärzte von Bedeutung, was auch in den Experteninterviews zum Ausdruck kam, indem zwei von drei interviewten Ärzten betonten, dass sie die Meinung und das Fachwissen von kompetenten Kollegen sehr schätzen würden.

Im Hinblick auf die Agenda-Setting-Prozesse in der Medizinberichterstattung, die bereits im Zusammenhang mit der Diskussion der Nachrichtenfaktoren implizit angesprochen wurden (vgl. Kap. 2.5.2), führten die Ergebnisse der Inhaltsanalyse und der Experteninterviews zum gleichen Resultat. Insbesondere unter den befragten Experten herrschte ein einheitlicher Konsens im Bezug auf die Gültigkeit der Agenda-Setting-Theorie im Medizinjournalismus. Sieben von neun Befragten zweifelten die Agenda-Setting-Funktion der Medien an, wobei dies in allen Fällen auf eine Agenda-Building-Funktion der pharmazeutischen Industrie zurückgeführt wurde.

Der Einfluss der pharmazeutischen Industrie wurde im Rahmen der Inhaltsanalyse auch durch eine ergänzende Input-Output-Analyse der Pharmaberichterstattung untersucht. Die Gegenüberstellung von Presstexten und Beiträgen in den Printmedien ergab keine eindeutigen Synergien im Bereich der Themenwahl, jedoch wurden diese im Bezug auf die Nennung von konkreten Arzneimitteln und Wirkstoffen deutlicher. Die Analyse ergab eine Nennung von 33 verschiedenen Arzneimitteln mit unterschiedlicher Ausprägung. Davon fanden sich 14 Nennungen in den Printmedien wieder, was einem Anteil von mehr als einem Drittel der APA-Meldungen entspricht. Die Agenda-Setting-Funktion der Presstexte und somit das indirekte Agenda-Building der Pharmaunternehmen kann daher über Teile der Berichterstattung angenommen werden. Aufgrund der Aussagen der Pharmamitarbeiter und der Journalisten im Zuge der gegenständlichen Untersuchung, kann davon ausgegangen werden, dass sich die

⁴⁵⁰ Vgl. Schenk, 1990, S. 137f; Eisenstein, 1994, S. 167.

⁴⁵¹ Vgl. Coleman/Katz/Menzel, 1966.

⁴⁵² Vgl. Schenk, 2007³, S. 356f.

Pharmabranche dieser medialen Prozesse durchaus bewusst ist und demnach auch verstärkt auf Mittel der Public Relations setzt. Informationen über Ereignisse oder Produkte können durch die Verleihung von bestimmten Nachrichtenwerten von Public Relations-Fachleuten derart aufbereitet oder inszeniert werden, sodass sie die journalistischen Selektionsbarrieren überwinden können.⁴⁵³ Aber auch die Herausarbeitung von bestimmten Faktoren kann zum gewünschten Ergebnis der Publikation führen. Diesbezüglich stellt der Faktor „Personalisierung“ eine wichtige Komponente dar, wobei der Einsatz von bestimmten Ärzten als Opinion Leader den Nachrichtenwert und somit auch die Publikationschance einer Nachricht erhöhen kann. Im Zuge der Interviews wurde mehrmals bestätigt, dass der Kontakt zu den Ärzten weniger seitens der Medien, sondern über die Pharmabranche hergestellt werden würde. Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse der Pharmaberichterstattung ergaben jedoch keine positiven Korrelationen im Hinblick auf die Nennung von Ärzten und die Nennung von Arzneimitteln. Die Divergenz, die sich hier durch die verschiedenen Untersuchungsmethoden ergibt, könnte auf die nicht adäquate Anwendung von statistischen Verfahren für diesen Bereich zurückzuführen sein bzw. auf die Unterschiede der Pharmaberichterstattung im Vergleich zur gesamten Medizinberichterstattung. Die Evidenz des Zusammenhanges des Auftretens von Ärzten und der Nennung von Informationen, die explizit auf die Pharmabranche hinweisen, konnte eindeutig im Rahmen der Interviews und auch in Einzelfällen in der Inhaltsanalyse nachgewiesen werden. Ein statistisches Zusammenhangsmaß konnte jedoch aufgrund der zu niedrigen Fallzahl nicht berechnet werden.

Im Hinblick auf die Themenwahl und Themengenerierung verhielt es sich auffällig, dass hinsichtlich der Quellenherkunft die Fachliteratur nie angesprochen wurde. Im Gegensatz zu Van Trigts Ergebnissen zum Agenda-Setting in der Medizin-Berichterstattung, in der die Fachliteratur bzw. die Fachzeitschriften die meist genutzte Quelle darstellten⁴⁵⁴, wurde diese in der vorliegenden Untersuchung nicht erwähnt. Auf die Frage nach der Herkunft der Quellen wurden aktuelle Veranstaltungen und Nachrichtendienste als zentrale Informationslieferanten genannt.

Nicht nur die pharmazeutische Industrie, sondern auch andere Kommunikatoren können durch diverse Agenda-Setting-Prozesse ihre eigenen Interessen durchsetzen. Dies wurde vor allem durch die Ergänzung der Nachrichtenwert-Theorie um das Finalmodell bzw. durch die Diskussion der „instrumentellen Aktualisierung“ beschrieben (vgl. Kap. 2.5.1). Kepplinger und Staab gehen dabei davon aus, dass die Eigenschaften von Ereignissen nicht die Selektion oder Konstruktion durch die Journalisten steuern, sondern die Journalisten reichern die von ihnen zum Zweck der „instrumentellen Aktualisierung“ ausgewählten Nachrichten mit den entsprechenden Faktoren an.⁴⁵⁵ Diesbezüglich wurde auch in den Interviews zum Ausdruck ge-

⁴⁵³ Vgl. ebenda, S. 445.

⁴⁵⁴ Vgl. Van Trigt, 1995, S. 28.

⁴⁵⁵ Vgl. Staab, 1990, S. 96.

bracht, dass die Objektivität und Unabhängigkeit in der Medizinberichterstattung auf wirtschaftliche oder persönliche Interessen der Medienteilnehmer zurückzuführen sei.

Weitere Ansätze im Rahmen der kommunikationswissenschaftlichen Forschung lassen insgesamt Zweifel an der journalistischen Objektivität und Unabhängigkeit in der Pharmaberichterstattung aufkommen. In diesem Zusammenhang sind die referierten Forschungsergebnisse aus dem Bereich der Public Relations von großer Bedeutung (vgl. Kap. 2.6), wobei vorwiegend auf die Instrumentalisierungsprozesse Bezug genommen wurde. Als wichtigste Theorie in diesem Zusammenhang kann die Determinationsthese genannt werden. Barbara Baerns als Vertreterin dieser These beschreibt dahingehend die Öffentlichkeitsarbeit als „... *Selbstdarstellung partikulärer Interessen und speziellen Wissens durch Information*“ und im Gegensatz dazu den Journalismus als eine „... *Fremddarstellung sowie als Funktion des Gesamtinteresses und des allgemeinen Wissens*“⁴⁵⁶. Das herrschende Ideal der Journalisten als neutrale Vermittler wird somit hinterfragt und gleichzeitig die Mechanismen der Berichterstattung kritisiert. Im Gegensatz zum einseitigen Ansatz von Baerns geht das Intereffikationsmodell von einer Wechselwirkung zwischen PR und Journalismus aus, wobei aber auch hier eine Orientierung des Journalismus an PR-Themen im Sinne des Agenda-Building thematisiert wird. Ähnlich wie Roland Burkart zwar den Einfluss der PR auf den Journalismus bestätigt, sich jedoch gegen ein einseitiges Determinierungsverhältnis ausspricht⁴⁵⁷, kommen die Autoren Susanne Fengler und Stephan Ruß-Mohl zu dem Schluss, dass die Beziehungen zwischen PR und Journalismus durch Tauschbeziehungen beschrieben werden können, die durch „symbiotische-intereffikative Win-Win-Situationen“ geprägt sind.⁴⁵⁸

An dieser Stelle könnte die Beantwortung der wahrscheinlich wichtigsten Frage im Bereich der Agenda-Building-Forschung – wer die Medienagenda setzt? – aufschlussreich sein, um weitere Beziehungen zwischen den Akteuren zu klären. Während Lang und Lang davon ausgingen, dass es sich bei Agenda-Building-Prozessen um zyklische Prozesse handelt, verweisen aktuellere Untersuchungen von Wanta et al. auf lineare Zusammenhänge zwischen den Akteuren (vgl. Kap. 2.5.2.). Agenda-Building-Prozesse wurden bisher zwar immer nur auf Basis von politischer Berichterstattung gemessen, jedoch kann im Bereich der Medizinberichterstattung ebenfalls eine Tendenz in Richtung eines linearen Modells festgestellt werden. Auch die zitierte Netzwerkbeschreibung nach Van Trigt, in der die Medizinmedien die zentrale Rolle einnehmen (vgl. Kap. 1.1, Abbildung 1) muss nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung dementsprechend modifiziert werden. Die Konstellation der Akteure zeichnet sich eher durch eine ausgeprägte, zentrale Position der pharmazeutischen Industrie aus, die als Aus-sender von Informationen und monetären Mitteln die restlichen Akteure „bedient“ und somit auch ein weiteres Agieren der Akteure untereinander überflüssig macht (vgl. Abbildung 32). Diese Beziehungen zwischen den einzelnen Akteuren entsprechen auch weitgehend dem linearen Modell des Agenda-Building nach Wanta et al. (vgl. Abbildung 6), in dem sich die

⁴⁵⁶ Vgl. Baerns, 1991, S. 1.

⁴⁵⁷ Vgl. Burkart, 2002⁴, S. 294.

⁴⁵⁸ Fengler/Ruß-Mohl, 2005, S. 163.

Issues zuerst von der realen Welt zu den Medien und der Öffentlichkeit, danach von den Medien zur Öffentlichkeit und schließlich von der Öffentlichkeit zum Präsidenten bewegen (Vgl. Kap. 2.5.2)

In diesem Kontext wäre anzumerken, dass sich die vorliegende Untersuchung ausschließlich auf die Kommunikatoren im Medizinjournalismus konzentrierte und daher eine bewusste Ausgrenzung der Rezipienten bzw. Patienten erfolgte. Im Hinblick auf die Ergründung der zugrundeliegenden Agenda-Building-Prozesse der hier vorliegenden Konstellation sollte diese Gruppe in zukünftige Analysen inkludiert werden.

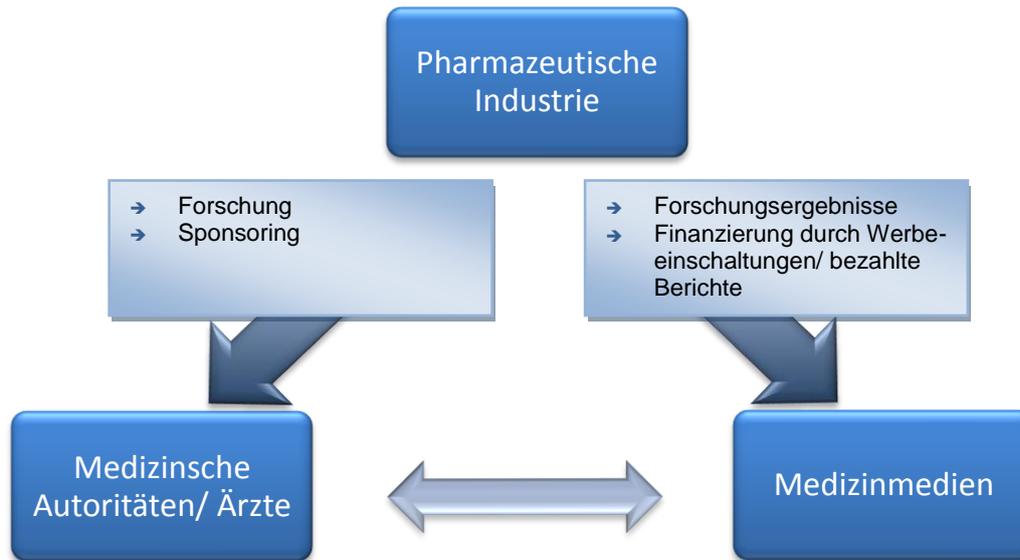


Abbildung 32: Konstellation der Akteure im Medizinjournalismus

Die Konstellation der untersuchten Akteure und deren Position im Netzwerk konnte auf Basis der theoretischen Ausführungen analysiert werden und wurde im Rahmen der Experteninterviews bestätigt und weiter ausdifferenziert. Wie aus der Analyse der wirtschaftlichen Situation der Akteure hervorging, bestätigten auch die Interviewpartner ein starkes ökonomisches Interesse aller am Netzwerk Beteiligten. In diesem Zusammenhang wurde die Pharmabranche einstimmig zum stärksten bzw. mächtigsten Akteur auserkoren. Die Beziehungen zwischen den Akteuren würden grundsätzlich durch die pharmazeutische Industrie gesteuert werden, da diese auch die notwendigen finanziellen Mittel hätte. Dahingehend würde sich die Verbindung zu den Medizinern entweder durch eine Zusammenarbeit im Bereich der Forschung oder des Sponsoring auswirken. Die Verbindung zu den Medien wurde einerseits durch die allgemeine Finanzierung der Medien in Form von Werbeanzeigen oder bezahlten Berichten oder durch die Bereitstellung von Forschungsergebnissen beschrieben. Zwar wurden die Interaktionen insbesondere seitens der befragten Journalistinnen und Redakteurinnen als Austauschbeziehungen bezeichnet, jedoch kam im Zuge der Interviews die Einseitigkeit und die Abhängigkeit der Medien von der Pharmabranche immer deutlicher zum Ausdruck.

Die Verbindungen zwischen Medizinerinnen und Medien wurden von fünf der neun Befragten als eindeutig schwächer identifiziert als jene zwischen den übrigen Akteuren. Die vermeintliche Annahme, dass die Medien ein Fortbildungsinstrument für Ärzte darstellen würden, wurde nur einmal von einer Ärztin angesprochen. Die Ergebnisse der Untersuchungen von Van Lier sind diesbezüglich als richtungsweisend zu erwähnen. Seine Analyse hinsichtlich der Informationsnetzwerke der Ärzte ergab, dass der persönliche Austausch mit den Kollegen den wichtigsten Informationsfaktor für den Arzt darstellt. Die unpersönlichen klassischen Medien wie Fachpresse, -bücher und Publikumsmedien rangieren an zweiter Stelle. Die neuen Informations- und Kommunikationstechnologien werden noch relativ wenig genutzt, würden aber ein enormes Entwicklungspotential bieten.⁴⁵⁹ Umgekehrt sprechen die Redakteure und Journalistinnen zwar von einem unkomplizierten Verhältnis zwischen Medien und Ärzten, jedoch kam in den Interviews mehrmals zum Ausdruck, dass es oftmals eine Herausforderung darstellen würde, den „richtigen“ Arzt zu finden. Zudem wurde von zwei Befragten der Mediengruppe bedauert, dass sich Ärzte und Mediziner oftmals nicht ihrer Informationspflicht gegenüber der Öffentlichkeit bewusst wären. Das bereits in Kapitel 2.3 beschriebene Spannungsfeld zwischen Journalisten und Ärzten kam auch in den Interviews deutlich zum Ausdruck, indem diese Verbindung nicht durch reziproke Merkmale, sondern durch Einseitigkeit und Kritik des Gegenübers gekennzeichnet wurde.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass sich das analysierte Problemfeld zwischen den Akteuren auf äußerst komplexe Beziehungsstrukturen zurückführen lässt. Zur Klärung bzw. im Hinblick auf den Entstehungsprozess dieser Konstellationen wurde daher die zusätzliche Analyse von weiteren externen Variablen bzw. der jeweiligen Rahmenbedingungen vorgenommen.

7.3 Rahmenbedingungen: Lösungs- und Handlungsempfehlungen

Im Hinblick auf die Analyse der Rahmenbedingungen der einzelnen Akteure konnte insgesamt ein Fehlen bzw. eine unzureichende Definition von beruflichen und gesetzlichen Standards identifiziert werden. Zudem konnte im Fall von bereits implementierten Regelwerken ein unabhängiges, paralleles Bestehen von zusätzlichen weiteren Gesetzen oder Standards für die gleiche Berufsgruppe festgestellt werden. Diese sind in diesem Zusammenhang aber nicht als positive Ergänzungen, sondern viel mehr als kontraproduktive Erschwernisse zu sehen. Während letzterer Fall auf die Berufsgruppen der Mediziner und der pharmazeutischen Industrie zutrifft, wird der Bereich der Medien lediglich von einem filigranen Gerüst aus Regelwerken bzw. beruflichen Standards getragen. Die Objektivität im Bereich des Medizinjournalismus obliegt daher dem Bewusstsein und der Verantwortung jedes einzelnen Journalisten.⁴⁶⁰ Ob allein dieses Bewusstsein ausreicht, um eine unabhängige Medizinberichterstattung zu gewährleisten, erscheint jedoch äußerst fragwürdig. Insbesondere die zentrale

⁴⁵⁹ Van Lier, 2005, S. 157ff.

⁴⁶⁰ Interview mit einer Medizinjournalistin im Rahmen der vorliegenden Untersuchung.

Problematik der Untersuchung, die sich immer wieder durch die Nennung und Identifizierung einer pharmafinanzierten, redaktionellen Berichterstattung darstellte, ist zwar den Mitarbeitern der Medien bewusst, wird aber in keinsten Weise von den Medien selbst reguliert oder sanktioniert. Die einzige gesetzliche Grundlage, die diesbezüglich im Bereich der Medien existiert, ist das Mediengesetz, das gemäß §26 die Kennzeichnung von entgeltlichen Einschaltungen verpflichtend vorschreibt. Es wurde demnach zwar ein rechtskräftiges Gesetz implementiert, aber eine etwaige Übertretung kann de facto kaum sanktioniert werden, denn einem Medieninhaber ist schwer nachzuweisen, ob er für einen veröffentlichten Bericht „bezahlt“ wurde, oder ob lediglich die Meinung des Journalisten bzw. des Mediums wiedergegeben wurde. Es besteht zwar die Ausweichmöglichkeit auf das Gesetz des unlauteren Wettbewerbs, wobei dieses aber die Initiative eines Mitbewerbers erfordert.⁴⁶¹ Was die Lage noch prekärer erscheinen lässt, zeigt sich in der Abstinenz einer etwaigen Selbstregulierung der Medien wie beispielsweise in Form eines Presserates. Aktuell existiert weder eine Selbstregulierungsinstitution für die Sicherung von Qualität und Ethik im Journalismus noch eine Sanktionsmöglichkeit im Hinblick auf den Ehrenkodex. Da sich das Problemfeld zusätzlich über die Rahmenbedingungen von anderen Akteuren erstreckt, muss auch auf diese ein verstärktes Augenmerk gerichtet werden, um eventuelle übergreifende Regelungen identifizieren zu können.

Insbesondere im Bereich der Pharmabranche konnten diesbezüglich weitere gesetzliche Richtlinien und selbstregulierende Maßnahmen aufgezeigt werden. In diesem Kontext übernimmt das Arzneimittelgesetz (AMG) eine zentrale Funktion. Wie in Kap. 4.3.1 ausführlich diskutiert wurde, enthält dieses, neben Bestimmungen über die Anforderungen an Arzneimittel, deren Zulassung, Vertrieb und Aufmachung, auch Regelungen zu Werbebeschränkungen (z.B. das Verbot der Laienwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel). Diese Werbebeschränkungen lieferten für die pharmazeutische Industrie den Grund des Anstoßes des vorliegenden Problemfeldes.

Für die Pharmawerbung in Europa herrschen im Vergleich zu den USA noch strengere Restriktionen. Diesbezüglich konnte zwar ein enormes Lobbying der pharmazeutischen Industrie festgestellt werden, das im Moment aber noch keine Erfolge zeigt. Diese Situation stellt die Wurzel allen Übels dar, da sie die Pharmaindustrie dazu veranlasst, ihre Werbebotschaften mit anderen Mitteln über die Medien zu verbreiten. Ein beliebtes Instrument in diesem Zusammenhang bildet der Einsatz von Maßnahmen aus dem Bereich der Public Relations. Werbebotschaften werden unter dem Deckmantel der Public Relations kurzerhand zu Service- und Informationsleistungen für den Kunden umfunktioniert. Dieser neue Trend, der mittlerweile in den USA zu einer zielführenden Marketingstrategie avanciert ist, zeichnet sich durch die sogenannte „Direct-to-Consumer-Information“ (DTCI) aus. Information über bestimmte Krankheiten und die Schulung von Symptomen wird über „disease-education ads“ oder

⁴⁶¹ Als unlautere Geschäftspraktik ist entweder die Beeinflussung des Wettbewerbs zum Nachteil von Unternehmen oder des wirtschaftlichen Verhaltens des Durchschnittsverbrauchers im Bezug auf ein Produkt zu bezeichnen (vgl. Kap. 4.2.3.).

„disease awareness campaigns“, transportiert. Im Mittelpunkt des Interesses steht dabei nicht das Arzneimittel, das namentlich auch nicht genannt wird, sondern die Erkrankung. Durch diese Form der Werbung soll das Bewusstsein für bestimmte Symptome im Hinblick auf eine mögliche Erkrankung geweckt werden. Für pharmazeutische Unternehmen, die bezüglich einer bestimmten Indikation eine führende Position innehalten, stellt sich diese Form besonders vielversprechend dar.⁴⁶² Die erfolgreiche und zugleich bedenkliche Wirkung dieser Kampagnen wurde ausführlich in Kapitel 4.4.2.4 bestätigt und diskutiert.

Eine weitere Analyse der gesetzlichen Bestimmungen ergab auch mögliche Beziehungen zur allgemeinen (betriebs-)wirtschaftlichen Situation der Pharmaindustrie. Aufgrund der zeitlichen - auf 20 Jahre - beschränkten Frist des Patentrechts für ein Arzneimittel und der steigenden Anzahl der Generikaanbieter sehen viele Pharmaunternehmen die Stabilität ihrer wirtschaftlichen Lage bedroht. Der enorme wirtschaftliche Druck, der auf der Pharmabranche lastet und auch im Rahmen der Interviews bestätigt wurde, könnte im Hinblick auf die Anwendung der Umgehung des Werbeverbots eine plausible Begründung darstellen. Somit könnte dies auf den Versuch zurückgeführt werden, durch erhöhten Werbedruck die geplanten Umsatzziele zu erreichen.

All diese Überlegungen erscheinen jedoch im Hinblick auf den, vom Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs (Pharmig) eingeführten, Verhaltenskodex vollkommen unbegründet zu sein. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass pharmazeutische Unternehmen immer häufiger öffentlicher Kritik ausgesetzt sind, wurde auch in diesem Bereich auf verstärkte PR-Maßnahmen gesetzt. Auf der Basis einer Selbstregulierungsinstanz spricht sich die pharmazeutische Industrie in diesem Verhaltenskodex ausdrücklich für die Einhaltung der auch im Rahmen des Arzneimittelgesetzes festgelegten Richtlinien aus. Werbung dürfe daher beispielsweise nicht verschleiert werden und müsse transparent sein. Die Eigenschaften von Arzneimitteln in der Werbung sollten objektiv und nicht übertrieben dargestellt werden, ohne den Empfänger der Botschaft beeinflussen zu wollen. Zudem sollten insbesondere bezahlte Anzeigen derart gestaltet sein, dass sie nicht mit unabhängigen redaktionellen Beiträgen verwechselt werden können.⁴⁶³ Inwieweit Selbstregulierungsmaßnahmen gerade in diesem speziellen Bereich als obsolet bezeichnet werden können, zeigt das Ergebnis einer aktuellen Untersuchung des Internationalen Konsumentenschutzes von 20 Pharmaunternehmen im europäischen Raum.⁴⁶⁴ Diese haben sich als Mitglieder der European Federation of Pharmaceutical Industries (EFPIA) verpflichtet, sämtliches Werbematerial zu überprüfen und genehmigen zu lassen. Entgegen dieser Verpflichtung konnten bei nur vier Unternehmen klare Richtlinien zur Genehmigung und Verbreitung von Werbematerial identifiziert werden.⁴⁶⁵

⁴⁶² Vgl. Harms/Drüner, 2003, S. 221.

⁴⁶³ Vgl. Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs: Verhaltenscodex, 07/2007, Online im WWW unter URL: http://www.pharmig.at/upload/dokumente/VHC_2007_D_final.pdf? &SESS=1da77e0329712155c9fe8cebfd88f2a [Stand: 18.10.2008].

⁴⁶⁴ Vgl. Consumers International: Branding the Cure: A consumer perspective on Corporate Social Responsibility, Drug Promotion and the Pharmaceutical Industry in Europe, June 2006, Online im WWW unter URL: http://www.consumersinternational.org/Shared_ASP_Files/UploadedFiles/ECD91B6F-FE37-45C0-AE34-898BFB39C700_BrandingtheCure-fullreport.pdf [Stand: 18.10.2008].

⁴⁶⁵ Vgl. ebenda, S. 7.

Im Hinblick auf die dritte untersuchte Gruppe der Mediziner und Ärzte sieht der Verhaltenskodex der Pharmig ebenfalls entsprechende Regelungen vor. Pharma-Veranstaltungen für Ärzte, wie Kongresse, Symposien oder Workshops dürfen laut diesem ausschließlich der wissenschaftlichen Information oder Fortbildung dienen und grundsätzlich nur im Inland stattfinden. Des Weiteren darf auch keine Kostenübernahme für Begleitpersonen durch Pharmafirmen stattfinden. In allen Fällen des Verstoßes des Verhaltenskodex wurden Geldstrafen in der Höhe von 5.000 bis 100.000 Euro veranschlagt.

Die Implementierung des Verhaltenskodex stellt unbestritten eine willkommene Verbesserungsmaßnahme dar, jedoch steckt hier - wie auch im Bereich der Medien - die Problematik im Bereich einer fehlenden Sanktionierung. Diese wird nach Aussagen der Interviewpartner offensichtlich nicht vollzogen. Insbesondere die Ärzte bestätigten, dass Geldflüsse von der Pharmaindustrie zu den Ärzten auch neben der Bezahlung im Bereich der klinischen Studien und Forschung keine Rarität darstellen würden. Das Sponsoring von Mediziner und Ärzten wäre nach wie vor eine beliebte Strategie, die sich die Pharmaindustrie sehr gern zu Nutze machen würde. Aber auch für den Bereich der Medien konnte die Missachtung des Verhaltenskodex von den Interviewteilnehmern bestätigt werden. Dies wurde sogar mehrmals mit lebhaften Beispielschilderungen untermauert.

Die rechtliche Situation muss daher als unzureichend bezeichnet werden. Dies betont auch Kai Höltkemeier in seinen Ausführungen über Sponsoring in Deutschland. Die Bestechungsdelikte halten ihrer Prüfung Stand und der wachsenden Sponsoringkultur steht zumindest aus strafrechtlicher Sicht nichts entgegen. Das Pharmasponsoring würde dahingehend einen Sonderfall darstellen, da es aufgrund des gesamtgesellschaftlichen Interesses an der Forschung, zu Streitigkeiten über die Strafwürdigkeit bestimmter Verhaltensweisen kommen könnte.⁴⁶⁶

Die Rahmenbedingungen für Ärzte und Mediziner wurden aufgrund des vorliegenden Untersuchungsgegenstandes bereits durch die für die anderen Akteure analysierten Richtlinien determiniert. Zudem sollten diese aber durch die jeweiligen berufsständischen Standards ergänzt werden. Insbesondere die ärztliche Berufsausübung erfordert ein enorm hohes Maß an ethischer Verantwortung und Verpflichtung, was bereits durch den „hippokratischen Eid“ festgelegt wurde. Zudem wurde durch das Ärztegesetz auch für diesen Berufsstand ein verpflichtender Verhaltenskodex definiert (vgl. Kap. 3.4). Dieser enthält unter anderem Verhaltensnormen zu den zentralen Themenbereichen „Teilnahmen an medizinisch-wissenschaftlichen Veranstaltungen“, „Annahme von Geschenken und anderer Vorteile“, „Annahme von Ärztemustern“, „Klinische Prüfung/Forschung“ und „Verschreibung von Medikamenten“.⁴⁶⁷ Inhaltlich gesehen orientiert sich auch der Ärztliche Verhaltenskodex vorwiegend an den Ausführungen des AMG. Grundsätzlich müsste daher auch von der Ärzteschaft eine gesteigerte Sensibilität in Bezug auf die Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie an den Tag gelegt werden. Es stellt sich *„die grundlegende Frage, ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen überhaupt eine Zusammenarbeit mit der Industrie in Betracht*

⁴⁶⁶ Vgl. Höltkemeier, 2005, S. 241.

⁴⁶⁷ Vgl. Füzsl/Hausreither, 2006, S. 232f.

*kommt. Diese Problemstellung ist regelmäßig dann von besonderer Brisanz, wenn Klinikärzte oder auch andere Mitarbeiter gleichzeitig Einfluss auf Bestell- und Beschaffungsentscheidungen ihrer Einrichtungen haben. Niedergelassene Ärzte haben regelmäßig Einfluss auf Beschaffungs- oder Verordnungsentscheidungen.“*⁴⁶⁸

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das AMG die zentrale legislative Basis darstellt, auf die sich auch die Selbstregulierungsinstanzen der Pharmaindustrie und der Ärzteschaft beziehen. Die zentrale Problematik, die sich aus der Analyse der Rahmenbedingungen ergab, ist neben der Komplexität durch die Parallelschaltung von diversen Richtlinien und Standards, vor allem die mangelnde Sanktionierung der implementierten Gesetze und Verhaltenskodizes. Obwohl man vermuten könnte, dass durch das Zusammenspiel der verschiedenen Richtlinien auch eine verstärkte Kontrolle gewährleistet sein müsste, konnte genau das Gegenteil festgestellt werden. Wie auch ein Arzt im Interview zur vorliegenden Untersuchung bemerkte, wäre ein gewisses Maß an Regeln auf jeden Fall notwendig, aber dieses müsse auch die erforderliche Kontrolle nach sich ziehen. Im Bezug auf die Einhaltung der Richtlinien wäre daher eine adäquate Kontrolle bzw. die Implementierung von Kontrollinstanzen eine mögliche Lösung. Ob im Hinblick auf das vorliegende Problemfeld Selbstregulierungsmechanismen eine geeignete Lösung darstellen, erweist sich allerdings als äußerst fragwürdig. In einem ersten Schritt müsste in jedem Fall eine neue Definition und eine Harmonisierung der Gesetze angestrebt werden, um dieses komplexe Spannungsfeld zu entwirren.

Im Zuge der gegenständlichen Untersuchung zeigte sich die pharmazeutische Industrie als der einflussreichste Akteur im untersuchten Netzwerk. Dahingehend scheint es auch naheliegend, mögliche Lösungsansätze im Bereich der Funktion und der Rolle der Pharmaindustrie zu suchen. Ein möglicher Handlungsansatz, der ebenfalls auf einer Metaebene ansetzen müsste, betrifft die Stellung der Pharmaindustrie als Aussender von Informationen. „Es kann und darf nicht die Aufgabe der Pharmaunternehmen sein, medizinische Aufklärungs- und Informationsarbeit zu betreiben“⁴⁶⁹, meint auch eine Vertreterin des Konsumentenschutzes. Zum einen würde diese Sonderstellung der Pharmaindustrie eine Legitimation für unlautere Werbestrategien einräumen und zum anderen handelt es sich dabei schlichtweg um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht aus der Sicht eines einzigen Akteurs gesteuert werden könne.

Idealerweise müsste daher eine unabhängige Informationsquelle geschaffen werden, die schnell an Reichweite gewinnt. In diesem Kontext wäre auch eine Zusammenarbeit der Akteure auf der Metaebene erforderlich, wobei dies vor allem staatliche Institutionen, Krankenkassen und politische Gremien involvieren müsste. Ein Vorhaben dieser Art konnte bereits in Deutschland erfolgreich umgesetzt werden. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im

⁴⁶⁸ Dieners, 2004, S. 57.

⁴⁶⁹ Interview wurde geführt mit: Dr. Bärbel Klepp, Projektleiterin Gesundheit/Medizin, Verein für Konsumenteninformation, Linke Wienzeile 18, 1060 Wien, 26. September 2007.

Gesundheitswesen (IQWiG)⁴⁷⁰ wurde im Zuge der deutschen Gesundheitsreform im Jahr 2003 gegründet. Es handelt sich dabei um eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung einer privaten und gemeinnützigen Institution, mit dem Ziel evidenzbasierte Entscheidungen in Gesundheitsfragen zu unterstützen. Das Institut trifft keine Sponsoring- oder Werbevereinbarungen und wird durch sogenannte Systemzuschläge und das Bundesgesundheitsministerium finanziert. In diesem Zusammenhang übernimmt die zweisprachige Website "www.gesundheitsinformation.de" seit 2006 einen wesentlichen Teil des gesetzlichen Auftrages zur Aufklärung der Öffentlichkeit in gesundheitlichen Fragen. Die Website enthält unabhängige wissenschaftlich geprüfte Informationen für Verbraucher und Patienten, die einer mehrstufigen Qualitätsbewertung durch Patienten und Experten unterzogen werden.⁴⁷¹

Zur Umsetzung eines solchen Projektes bedarf es jedoch in erster Linie der Sensibilisierung von externen Organen, die sich für eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Gesundheitsinformation der Bevölkerung einsetzen. Insbesondere vor dem Hintergrund des derzeitigen Informationsbooms über Gesundheitsthemen in sämtlichen Medien könnte eine zentrale Plattform, die Informationen nach wissenschaftlichen Kriterien filtert, eine enorme Hilfestellung für Patienten und Verbraucher darstellen.

Ein weiterer möglicher Handlungsansatz zur Lösung der bestehenden Problematik könnte auch von der Pharmaindustrie induziert werden, indem die unternehmerischen Kommunikationsprozesse offen dargelegt werden. Neben dem wachsenden wirtschaftlichen Druck auf die Branche scheint jedoch die notwendige Einhaltung der Trennung von Public Relations und Werbung in Verlust geraten zu sein. Dialoggruppen werden durch gezielte PR-Maßnahmen mit Werbecharakter kurzerhand zu Zielgruppen umfunktioniert. Dieses Spannungsfeld von Öffentlichkeitsarbeit und werblichen Interessen beschreibt Winfried Göpfert folgendermaßen:

„Es ist ein legitimes Ziel von Öffentlichkeitsarbeit, auf ihre Themen aufmerksam zu machen. Allerdings sollte Öffentlichkeitsarbeit die funktionale Aufgabentrennung respektieren und nur Angebote an den Journalismus machen, die dann dem üblichen Selektionsprozess unterliegen. Das heißt, dass Öffentlichkeitsarbeit die Auswahl von Themen und deren Bearbeitung dem Journalismus überlässt.“⁴⁷²

Die Öffentlichkeitsarbeit der Pharmaindustrie wäre aber auch wichtig, da sie den Journalisten zu selektieren hilft, betonte eine Journalistin in einem Interview im Rahmen der vorliegenden Untersuchung. Jedoch müsse die Information genau überprüft werden, denn schon zu oft wären verfrühte Hiobsbotschaften von der Industrie verbreitet worden, die danach wieder mühsam revidiert werden mussten. Diese Tatsache konnte auch durch die Analysen von Van Trigt bestätigt werden.⁴⁷³

Das Aussenden von verfrühten Informationen und das „Verschweigen“ von negativen Effekten und Tatsachen wurde im Zuge der Experteninterviews vor allem von den Journalistinnen und Redakteurinnen vehement kritisiert. Dahingehend ist es nicht verwunderlich, dass das Image

⁴⁷⁰ URL: <http://www.iqwig.de> [Stand: 18.10.2008].

⁴⁷¹ URL: <http://www.gesundheitsinformation.de/iqwig-ueber-uns.10.de.html> [Stand: 18.10.2008].

⁴⁷² Göpfert, 2004, S. 191.

⁴⁷³ Vgl. Van Trigt, 1995, S. 71.

der Pharmaindustrie enorme Einbußen zu verzeichnen hat - um es mit den Worten des Sozialpsychologen Hans-Christian Röglin auf den Punkt zu bringen:

„Das Meinungsklima der Diskussion um Chemie und Pharmazeutika ist weniger geprägt durch Informationsdefizite in Sachen Chemie als durch Irritation und Angst vor den Folgen der Chemie. Simplifizierende Image-Kampagnen und vierfarbige Goodwill-Serien helfen hier nicht weiter. Die Bevölkerung muss sowohl über Nutzen und Bedeutung von Produktion und Produkten als auch über ihre Risiken, Belastungen, Nebenfolgen und noch ungelöste Probleme aufgeklärt werden. Gefordert ist Offenheit und Ehrlichkeit: Dann braucht die Industrie nicht mehr um Vertrauen zu werben, sondern schafft Vertrauen.“⁴⁷⁴

Das Schaffen von Vertrauen und der nötigen Transparenz, das auch immer wieder in den Experteninterviews gefordert wurde, erfordert nicht nur die strikte Trennung der Teildisziplinen Marketing, Werbung und Öffentlichkeitsarbeit, sondern auch die Offenlegung von unternehmensinternen Prozessen und Daten. Auch in diesem Zusammenhang lieferte die Studie des Internationalen Konsumentenvereins interessante Ergebnisse. Die Analyse im Hinblick auf die Unternehmenskommunikation ergab, dass von den 20 untersuchten Unternehmen nur eines Angaben über Verteilung des Marketingbudgets an die Öffentlichkeit weitergab. Informationen über die Zahl der Mitarbeiter waren nur bei wenigen Unternehmen zugänglich. Ähnlich zurückhaltend ging man mit Informationen über die Verstöße gegen die gesetzlichen Richtlinien und deren Sanktionen um. Nur zwei Firmen gaben zu diesem heiklen Thema Auskunft.⁴⁷⁵

Die Herstellung von Transparenz erfordert somit innerhalb der Öffentlichkeitsarbeit der Pharmaunternehmen einen grundlegenden Paradigmenwechsel. Der Fokus müsste von der Produkt-PR auf die Unternehmens-PR verlagert werden, um im Sinne der Transparenz ein Gesamtkonzept der gesellschaftlichen Verantwortung anzustreben. Dies impliziert die Aufgabe, die öffentliche Meinung zu antizipieren und an dieser zu partizipieren. Öffentliche Anliegen sollten vorausschauend erkannt und wichtige gesellschaftliche Trends wahrgenommen werden. Zudem ist ein erhöhtes Bewusstsein hinsichtlich der Tatsache, dass innerhalb der PR die alleinige Trennung in rein wirtschaftliche, soziale, gesellschaftliche oder politische Entwicklungen nicht mehr haltbar ist, gefordert.⁴⁷⁶

All diese Überlegungen verdeutlichen, dass die Kommunikationsleistungen, die aktuell von der Pharmabranche ausgehen, im Grunde genommen eine Einbahnkommunikation darstellen. Aufgrund ihrer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung scheint es jedoch mehr denn je notwendig, Kommunikation als „wechselseitige Verständigung“ zu verstehen. In diesem Zusammenhang kann das „Konzept der verständigungsorientierten Öffentlichkeitsarbeit“ von Roland Burkart als Instrument zur Planung und Evaluation von Public Relations herangezogen

⁴⁷⁴ Röglin/Grebmer, 1988, S. 14.

⁴⁷⁵ Vgl. Consumers International: Branding the Cure: A consumer perspective on Corporate Social Responsibility, Drug Promotion and the Pharmaceutical Industry in Europe, June 2006, S. 6, Online im WWW unter URL: http://www.consumersinternational.org/Shared_ASP_Files/UploadedFiles/ECD91B6F-FE37-45C0-AE34-898BFB39C700_BrandingtheCure-fullreport.pdf [Stand: 18.10.2008].

⁴⁷⁶ Röglin/Grebmer, 1988, S. 40f.

werden.⁴⁷⁷ Burkart geht davon aus, dass Öffentlichkeitsarbeit nur dann erfolgreich ist, wenn sie einen funktionierenden Verständigungsprozess zwischen den Kommunikationspartnern herstellen kann. Sein Konzept beruht auf einer Analyse eines Grundkonflikts zwischen Auftraggeber und den relevanten Teilöffentlichkeiten. Auf der Basis dieses Interessenkonflikts wurde ein Konzept entworfen, das auf zwei Prämissen und den daraus abgeleiteten Konsequenzen für die Öffentlichkeitsarbeit beruht:

Erstens geht der Autor davon aus, dass wirtschaftliches Handeln immer mehr zum kommunikativen Handeln wird, wobei Unternehmen vor der Herausforderung stehen, ihre Ziele gesamtgesellschaftlich zu verantworten und an die Öffentlichkeit weiter zu kommunizieren. Die Erwartungen an Unternehmen und Organisationen werden aufgrund der erhöhten Partizipationsbereitschaft der Bürger immer größer. Es entsteht ein Legitimationsdruck, denn die Öffentlichkeit erwartet sich, dass sich die Verantwortlichen für ihr Handeln rechtfertigen können. Die Konsequenzen, die sich daraus für die Public Relations ergeben, können durch die Begriffe „Anhörpflicht“ und „Korrekturpflicht“ umschrieben werden.⁴⁷⁸

Die zweite Prämisse betont das Prinzip der wechselseitigen Verständigung, das auf die Theorie des kommunikativen Handelns nach Jürgen Habermas aufbaut. Eine zentrale These von Habermas besagt, dass jeder Teilnehmer einer Interaktion mit seiner Äußerung implizit drei Geltungsansprüche erheben muss. Bei diesen Geltungsansprüchen, welche die Voraussetzung für die Verständigung darstellen, handelt es sich um die Wahrheit, die Richtigkeit und die Wahrhaftigkeit einer Aussage.⁴⁷⁹ Die Entwicklung des VÖA-Konzeptes gründet auf der Annahme, dass ein Zweifel an der Gültigkeit dieser Ansprüche durch argumentative Begründung bzw. im Diskurs wieder beseitigt werden kann. PR-Leute sollten sich daher schon im Vorfeld darauf vorbereiten, dass ihre Botschaften kritisch hinterfragt werden.⁴⁸⁰

Auf diesen Annahmen basierend wurde ein vierstufiges Phasenmodell entwickelt, mit dem schrittweise eine Annäherung an das Einverständnis zwischen den PR-Betreibern und den Teilöffentlichkeiten erreicht werden kann. In den einzelnen Phasen, soll die Verwirklichung der jeweils definierten Teilziele zu den Bereichen Information, Diskussion, Diskurs und Einverständnis angestrebt werden.⁴⁸¹

Der Vorteil des Konzeptes der verständigungsorientierten Öffentlichkeitsarbeit besteht darin, dass es im Hinblick auf alle Phasen der Unternehmenskommunikation der Pharmaindustrie ein wertvolles Instrument darstellen könnte und zudem alle Teilöffentlichkeiten in den Kommunikationsprozess miteinbezieht. Zudem erfordert die Komplexität des vorliegenden Untersuchungsgegenstandes eine umfassende Teilanalyse der einzelnen Interaktionen zwischen Pharmunternehmen und den relevanten Teilöffentlichkeiten. Nicht nur hinsichtlich der Verantwortung der pharmazeutischen Industrie gegenüber der Öffentlichkeit, sondern auch zur

⁴⁷⁷ Vgl. Burkart, Roland: Public Relations als Konfliktmanagement. Ein Konzept für verständigungsorientierte Öffentlichkeitsarbeit. Untersucht am Beispiel der Planung von Sonderabfalldéponien in Niederösterreich. Wien: Braumüller, 1993.

⁴⁷⁸ Vgl. Burkart, Roland: Verständigungsorientierte Öffentlichkeitsarbeit, in: Bentele, Günter/Fröhlich, Romy/Szyszka, Peter (Hg.): Handbuch Public Relations, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2005, S. 223f.

⁴⁷⁹ Vgl. Habermas, Jürgen: Theorie des kommunikativen Handelns. Band 1: Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 1981, S. 149.

⁴⁸⁰ Vgl. Burkart, 2005, S. 223f.

⁴⁸¹ Vgl. Burkart, 1993. S. 29ff.

Klärung des vorliegenden zentralen Erkenntnisinteresses könnte dieses Konzept einen wertvollen Beitrag leisten.

Desillusionierend im Hinblick auf den allgemeinen Einsatz von PR-Maßnahmen wirken hingegen die Ausführungen von Barbara Baerns. Denn auch im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit scheint keiner der Praktiker an der notwendigen Kontrolle und Offenlegung der Prozesse interessiert zu sein⁴⁸² und wie bereits aus den Experteninterviews hervorging, sind die besten Regeln ohne eine dementsprechende Kontrolle nutzlos.

Unabhängig von der Verfolgung von einem der genannten kommunikationswissenschaftlichen Ansätze können diese vermutlich nie zur Gänze zur Lösung der vorliegenden Problematik beitragen. Dies ist nicht nur auf die allgemeine Komplexität des Spannungsfeldes zurückzuführen, sondern viel mehr auf die wirtschaftlichen Interessen der Kommunikatoren, die nach wie vor zu Konflikten führen können. Weiterführende Untersuchungen sollten daher ihren Fokus auf detailliertere Netzwerkanalysen der wirtschaftlichen Interessen und Beziehungen der Akteure legen und vor allem die Rückkopplungseffekte und Interaktionen mit der Öffentlichkeit miteinbeziehen. In diesem Kontext wäre auch die Anwendung von zusätzlichen rezipientenorientierten Ansätzen sinnvoll, indem Patienten und Verbraucher auf das Problemfeld sensibilisiert und dazu angehalten werden, im Sinne einer medienpädagogischen Ausrichtung selbst eine gewisse Kritikfähigkeit bezüglich der Medieninhalte zu entwickeln. Dies eröffnet gleichzeitig ein neues Forschungsfeld, indem verstärkt der Bereich der Rezipienten- und Wirkungsforschung untersucht werden müsste.

⁴⁸² Baerns, 1997, S. 19.

Literaturverzeichnis

Albus, Esther: Die Zusammenarbeit zwischen Industrie und Ärzten an medizinischen Hochschuleinrichtungen - unter dem Verdacht der Vorteilsannahme und Bestechlichkeit gem. §§221, 332 StGB? Baden-Baden: Nomos, 2007.

Ansoff, H. Igor: Strategic Issue Management, in: Strategic Management Journal 1, 1980, S. 131-148.

Arvanakos, Constantin: Bundesagentur für Außenwirtschaft Köln: Europäische Union- Arzneimittel in der EU. Köln: Bfai, 2004.

Atteslander, Peter: Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: Erich Schmidt Verlag, 2006¹¹.

Bäder, Brigitte: Medizin im Wandel der Zeit, in: Bäder, Brigitte/Cattani, Paul: Presse und Medizin im Spannungsverhältnis. Neudruck zweier Pionierstudien der Medizinkommunikation. Bochum: Brockmeyer, 1993, S. 87-162.

Bäder, Brigitte/Cattani, Paul: Presse und Medizin im Spannungsverhältnis. Neudruck zweier Pionierstudien der Medizinkommunikation. Bochum: Brockmeyer, 1993.

Baerns, Barbara: „Es läuft auch so!“ - Zu offenen Fragen der Transparenz, Kontrolle und Bewertung in der Öffentlichkeitsarbeit, in: Baerns, Barbara (Hg.): PR-Erfolgskontrolle. Messen und Bewerten in der Öffentlichkeitsarbeit. Verfahren, Strategien, Beispiele. Frankfurt am Main: IMK, 1997, S. 9-30.

Baerns, Barbara (Hg.): PR-Erfolgskontrolle. Messen und Bewerten in der Öffentlichkeitsarbeit. Verfahren, Strategien, Beispiele. Frankfurt am Main: IMK, 1997.

Baerns, Barbara: Schleichwerbung lohnt sich nicht! Plädoyer für eine klare Trennung von Redaktion und Werbung in den Medien, Neuwied; Kriftel; Berlin: Luchterhand, 1996.

Bentele, Günter/Fröhlich, Romy/Szyszka, Peter (Hg.): Handbuch Public Relations, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2005.

Bentele, Günter: Intereffikationsmodell, in: Bentele, Günter/Fröhlich, Romy/Szyszka, Peter (Hg.): Handbuch Public Relations, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2005, S. 209-222.

- Boes, Ulf: Medizin als Bildthema in Publikumszeitschriften. Inhaltsanalytischer Vergleich von „Quick“, „Stern“ und „Hörzu“. Bochum: Brockmeyer, 1997.
- Bogner, Franz M.: Das Neue PR-Denken. Strategien, Konzepte, Aktivitäten. Wien [u.a.]: Wirtschaftsverlag Ueberreuter, 2005³.
- Brandmeyer, Klaus: Die selbstähnliche Marke, in: Brandmeyer, Klaus (Hrsg.): Pharma trifft Marke. Markentechnik für den Gesundheitsmarkt. München: Urban & Vogel, 2003, S. 13-33.
- Brandmeyer, Klaus (Hrsg.): Pharma trifft Marke. Markentechnik für den Gesundheitsmarkt. München: Urban & Vogel, 2003.
- Brink, Alfred u.a.: Gabler/ MLP Berufs- und Karriere-planer Life Sciences 2007/2008: Für Studenten und Hochschulabsolventen. Wiesbaden: Gabler Verlag, 2007.
- Brosius, Hans-Bernd: Agenda-Setting nach einem Vierteljahrhundert Forschung: Methodischer und theoretischer Stillstand?, In: Publizistik, 39, 1994, S. 269-288.
- Burkard, Ingrid: Praxis des Pharmamarketing. Weinheim: Wiley-VCH, 2002.
- Burkart, Roland: Kommunikationswissenschaft, Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag, 2002⁴.
- Burkart, Roland: Public Relations als Konfliktmanagement. Ein Konzept für verständigungsorientierte Öffentlichkeitsarbeit. Untersucht am Beispiel der Planung von Sonderabfalldeponien in Niederösterreich. Wien: Braumüller, 1993.
- Burkart, Roland: Verständigungsorientierte Öffentlichkeitsarbeit, in: Bentele, Günter/Fröhlich, Romy/Szyszk, Peter (Hg.): Handbuch Public Relations, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2005. S. 223-240.
- Burke, Mary A./Fournier, Gary M./Praad, Kislaya: The Diffusion of a Medical Innovation: Is Success in the Stars? Online im WWW unter URL:
http://garnet.acns.fsu.edu/~gfournie/WP_pdfs/Burke_Fournier_Prasad_SEJ07.pdf [Stand: 13.10.2008] [Ursprünglich erschienen in: Southern Economic Journal, 73/2007, No. 3, S. 588–603.]
- Cobb, Roger W./Elder, Charles D.: Participation in American Politics. The Dynamics of Agenda Building, Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press, 1983.

Coleman, James S./Katz, Elihu/Menzel, Herbert: Medical innovation: a diffusion study, Indianapolis, Ind. [u.a.]: Bobbs-Merrill, 1966.

Consumers International: Branding the Cure: A consumer perspective on Corporate Social Responsibility, Drug Promotion and the Pharmaceutical Industry in Europe, June 2006, Online im WWW unter URL: http://www.consumersinternational.org/Shared_ASP_Files/UploadedFiles/ECD91B6F-FE37-45C0-AE34-898BFB39C700_BrandingtheCure-fullreport.pdf [Stand: 18.10.2008].

Dieners, Peter (Hrsg.): Zusammenarbeit der Pharmaindustrie mit Ärzten. Rechtliches Umfeld, Steuern und Compliance Governance. München: Beck, 2004.

Deneke, Johann F. Volrad: Medizinpublizistik und –kommunikation, in: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg., unter Mitarbeit von Ulrike G. Wahl): Bochumer Publizistik- und Kommunikationswissenschaft in den neunziger Jahren. Ein Vierteljahrhundert publizistische Lehre und Forschung an der Ruhr-Universität, 1965/66-1990/91. Köln, 1992, S. 81-87.

Deneke, Johann F. Volrad: Aspekte und Probleme der Medizinpublizistik. Bestandsaufnahmen und Analysen zur historischen und aktuellen Präsentation von Medizin in den Massenmedien. Bochum: Studienverlag Brockmeyer, 1985.

Donohue, Julie M./Cevasco, Marisa/Rosenthal, Meredith B.: A Decade of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs, in: New England Medical Journal, Vol. 357/2007, No. 7, S. 673-81.

Dovifat, Emil: Arztimages in Populärmedien, in: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Publizistikwissenschaftler und Medizinkommunikation im deutschsprachigen Raum. Bochum: Universitätsverlag Brockmeyer, 1990, S. 87-98.

Dyer, Owen: Disease awareness campaigns turn healthy people into patients, in: British Medical Journal, Vol. 332/7546, 2007, S. 871.

Eichhorn, Wolfgang: Agenda-Setting-Prozesse: eine theoretische Analyse individueller und gesellschaftlicher Themenstrukturierung. München: R. Fischer, 2005² (digitale Ausgabe).

Eilders, Christiane: Nachrichtenfaktoren und Rezeption. Eine empirische Analyse zur Auswahl und Verarbeitung politischer Information. Opladen: Westdt. Verlag, 1997.

Eisenstein, Cornelia: Meinungsbildung in der Mediengesellschaft. Eine theoretische und empirische Analyse zum multi-step flow of communication. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1994.

Ewers, Christian L.J./Küppers, Stephan/Weinmann, Hilmar: Pharma Supply Chain. Neue Wege zu einer effizienten Wertschöpfungskette. Aulendorf: ECV, 2002.

Fasel, Christoph (Hg.): Qualität und Erfolg im Journalismus. Konstanz: UVK, 2005.

Fengler, Susanne/Ruß-Mohl, Stephan: Der Journalist als „Homo oeconomicus“, Konstanz: UVK, 2005.

Fischer, Christoph: Wissenschaft auf dem Boulevard: Balance zwischen Goethes Gehirn und Krebswunder, in: Wormer, Holger: Die Wissensmacher. Profile und Arbeitsfelder von Wissenschaftsredaktionen in Deutschland. Wiesbaden: GWV, 2006, S.28-43.

Fischer, Dagmar/Breitenbach, Jörg (Hrsg.): Die Pharmaindustrie. Einblick-Durchblick-Perspektiven. München: Elsevier, 2007.

Fischer, Heinz-Dietrich: Ausbildung von Medizinkommunikatoren, in: Fischer, Heinz-Dietrich: Publizistikwissenschaftler und Medizinkommunikation im deutschsprachigen Raum. Bochum: Brockmeyer, 1990, S. 169-184.

Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg., unter Mitarbeit von Ulrike G. Wahl): Bochumer Publizistik- und Kommunikationswissenschaft in den neunziger Jahren. Ein Vierteljahrhundert publizistische Lehre und Forschung an der Ruhr-Universität, 1965/66-1990/91. Köln, 1992.

Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Medizinjournalismus in Massenmedien. Ausbildung-Aufgaben-Ansätze. Konstanz: Univ.-Verlag, 1992.

Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Medizinpublizistik: Prämissen-Praktiken-Probleme. Frankfurt am Main: Lang, 1990.

Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Publizistikwissenschaftler und Medizinkommunikation im deutschsprachigen Raum. Bochum: Brockmeyer, 1990.

Fischer, Heinz-Dietrich: Medizin und Journalismus - symbiotische oder antagonistische Beziehungen?, in: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Medizinjournalismus in Massenmedien. Ausbildung-Aufgaben-Ansätze. Konstanz: Univ.-Verlag, 1992, S. 13-49.

Flöhl, Rainer: Frankfurter Allgemeine Zeitung, in: Fischer, Heinz-Dietrich (Hg.): Medizinjournalismus in Massenmedien. Ausbildung-Aufgaben-Ansätze. Konstanz: Universitätsverlag, 1992. S. 49-58.

Friedrichs, Jürgen: Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1990¹⁴.

Fröhlich, Annette/Laurich, Frank: Auswahl, Briefing und Steuerung von externen Partnern als Dienstleister in der pharmazeutischen Industrie, in: Burkard, Ingrid: Praxis des Pharmamarketing. Weinheim: Wiley-VCH, 2002, S. 117-130.

Froschauer, Ulrike/Lueger, Manfred: Das qualitative Interview. Wien: Facultas Verlag, 2003.

Früh, Werner: Inhaltsanalyse: Theorie und Praxis. Konstanz: UVK, 1998.

Girstenbrey, Wilhelm: Journalisten- Gesundheitsbeter der Nation?, in: Wagner, Hans; Starkulla, Heinz (Hrsg.): Medizin und Medien. Krank die Gesundheit am Journalismus? München: publicom Medienverlag, 1984, S. 128-137.

Girstenbrey, Wilhelm: Mit Journalisten leben. Ein Ratgeber für Ärzte, Köln, 1976.

Glötz, Peter/Haes, Joachim/Gerhard, Julia/Hermann, Ulrich: Wissensmanagement beim Arzt: Ärzteswissen in Deutschland und der Schweiz, Universität St. Gallen, 2006.

Grill, Markus: Kranke Geschäfte. Wie die Pharmaindustrie uns manipuliert. Reinbek: Rowohlt, 2007.

Göpfert, Winfried: Gängige Themen: Medizin und Gesundheit, in: Göpfert, Winfried (Hrsg.): Wissenschaftsjournalismus. Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis. Berlin: Ullstein, 2006⁵ (zit. 2006b⁵), S. 230-236.

Göpfert, Winfried: Starke Wissenschafts-PR - armer Wissenschaftsjournalismus, in: Müller, Christian (Hg.): SciencePop. Wissenschaftsjournalismus zwischen PR und Forschungskritik. Graz: Nausner &Nausner, 2004, S. 184-198.

Göpfert, Winfried/Ruß-Mohl, Stephan: Was ist überhaupt Wissenschaftsjournalismus?, in: Göpfert, Winfried (Hrsg.): Wissenschaftsjournalismus. Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis. Berlin: Ullstein, 2006⁵ (zit. 2006a⁵), S.11-14.

Göpfert, Winfried (Hrsg.): Wissenschaftsjournalismus. Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis. Berlin: Ullstein, 2006⁵.

Gottschlich, Maximilian: Medizin und Mitgefühl. Die heilsame Kraft empathischer Kommunikation. Wien, Köln, Weimar: Böhlau, 2007².

Gottwald, Franzisca: Gesundheitsöffentlichkeit. Entwicklung eines Netzwerkmodells für Journalismus und Public Relations. Konstanz: UVK, 2006.

Gottwald, Franzisca/Kaltenbrunner, Andy/Karmasin, Matthias: Medienselbstregulierung zwischen Ökonomie und Ethik: Erfolgsfaktoren für ein österreichisches Modell. Wien [u.a.]: LIT, 2006.

Guminski, Werner/Rauland, Marco: Produktlebenszyklus und die Möglichkeiten seiner Gestaltung, in: Schöffski, Oliver u.a. (Hrsg.): Pharmabetriebslehre. Berlin: Springer, 2002.S. 229-242.

Habermas, Jürgen: Theorie des kommunikativen Handelns. Band 1: Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 1981.

Haller, Michael/Holzhey, Helmut (Hrsg.): Medien-Ethik. Beschreibungen, Analysen, Konzepte für den deutschsprachigen Journalismus, Opladen: Westdt. Verl., 1992.

Hardt, Barbara/Müller, Michael/Schüler, Peter: Patient oder Konsument? - Chancen und Möglichkeiten von DTC im deutschen Markt, in: Burkard, Ingrid: Praxis des Pharmamarketing. Weinheim: Wiley-VCH, 2002. S. 73-84.

Harms, Fred/Brucksch, Michael: Informationstransfer - Erfolgsfaktor der Zukunft, in: Harms, Fred/Drüner, Marc: Pharmamarketing. Innovationsmanagement im 21. Jahrhundert. Stuttgart: Lucius & Lucius, 2003, S. 233-262.

Harms, Fred/Drüner, Marc: Direct-to-Consumer (DTC), in: Harms, Fred/Drüner, Marc: Pharmamarketing. Innovationsmanagement im 21. Jahrhundert. Stuttgart: Lucius & Lucius, 2003. S. 218-232.

Harms, Fred/Drüner, Marc: Innovationsmarketing, in: Harms, Fred/Drüner, Marc: Pharmamarketing. Innovationsmanagement im 21. Jahrhundert. Stuttgart: Lucius & Lucius, 2003, S. 168-199.

Harms, Fred/Drüner, Marc: Pharmamarketing. Innovationsmanagement im 21. Jahrhundert. Stuttgart: Lucius & Lucius, 2003.

Harms, Fred/Kreyher, Volker J.: Gesundheitsmarketing, in: Harms, Fred/Drüner, Marc: Pharmamarketing. Innovationsmanagement im 21. Jahrhundert. Stuttgart: Lucius & Lucius, 2003. S. 200-217.

Harms, Fred/Rittinghaus, Frank/Lankers, Jürgen: Neue Kommunikationsstrategien, in: Harms, Fred/Drüner, Marc: Pharmamarketing. Innovationsmanagement im 21. Jahrhundert. Stuttgart: Lucius & Lucius, 2003, S. 263-291.

Hartmann, Wolfgang: Organisation der Vermarktungsprozesse, in: Schöffski, Oliver u.a. (Hrsg.): Pharmabetriebslehre. Berlin: Springer, 2002, S. 271-292.

Held, Barbara/Ruß-Mohl, Stephan: Qualitätsmanagement als Mittel der Erfolgssicherung, in: Fasel, Christoph (Hg.): Qualität und Erfolg im Journalismus. Konstanz: UVK, 2005, S. 49-64.

Isak, Karl: Die Götter verlieren ihr Weiß. Der gesellschaftliche Wandel der Ärzte und ihr ökonomisches orientiertes Kommunikationsverhalten. Oder brauchen Ärzte Marketing? Wien: Diss., 2004.

Jacobson, Robert/Mizik, Natalie: Are Physicians "Easy Marks"? Quantifying the Effects of Detailing and Sampling on New Prescriptions. Pennsylvania State University, October 2003, Online im WWW unter <http://www.smeal.psu.edu/isbm/database/documents/wp03/09-2003.pdf> [Stand: 13.10.2008].

Johnson, Thomas J./Wanta, Wayne/Boudreau, Timothy/Blank-Libra, Janet/Schaffer, Killian/Turner, Sally: Influence Dealers: A Path Analysis Model of Agenda Building During Richard Nixon's War on Drugs, in: Journalism and Mass Communication Quarterly, Vol. 73, 1996, S.181-194.

Kepplinger, Hans-Matthias: Codebuch Massenmedien und Politikverdrossenheit. Johannes Gutenberg-Universität: Mainz, Codierfassung Stand: 30. 01.1996.

Kepplinger, Hans-Matthias: Die Demontage der Politik in der Informationsgesellschaft, München: Alber, 1998.

Kepplinger, Hans Mathias/Brosius, Hans-Bernd/Staab, Joachim Friedrich/Linke, Günter: Instrumentelle Aktualisierung. Grundlagen einer Theorie publizistischer Konflikte, in: Kaase, Max/Schulz, Winfried (Hrsg.): Massenkommunikation. Theorien, Methoden, Befunde. Sonderheft 30 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1989, S. 199-220.

Kepplinger, Hans-Matthias/Rouwen, Bastian: Der prognostische Gehalt der Nachrichtentheorie, in: Publizistik 45(4), 2000, S. 462-475.

Keseberg, Adalbert (Hrsg.): Arzt und Gesellschaft. Aachen: Shaker, 2004.

Keseberg, Adalbert: Arzt und Gesellschaft, in: Keseberg, Adalbert: Arzt und Gesellschaft, Aachen, Shaker Verlag, 2004, S. 3-6.

Kesselhut, Jan-Frederic: Besonderheiten des Marketings in der Pharmaindustrie, in: Trilling, Thomas (Hrsg.): Pharmamarketing. Ein Leitfaden für die tägliche Praxis. Berlin [u.a.]: Springer, 2003, S. 41-62.

Kirch, Karl Maria: Mediziner als Journalisten in populären Massenmedien, in: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Medizinpublizistik: Prämissen-Praktiken-Probleme. Frankfurt am Main: Lang, 1990, S. 89-97.

Kohring, Matthias: Die Funktion des Wissenschaftsjournalismus: ein systemtheoretischer Entwurf. Opladen: Westdt. Verl., 1997.

Kotler, Philip/Bliemel, Friedhelm: Marketing-Management. Analyse, Planung und Verwirklichung. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag, 2001¹⁰.

Kropiunigg, Ulrich: Der Arzt im Netz verborgener Strukturen, in: Rosner, Michael/Scheer, Peter (Hrsg.): Arztbilder. Wissenschaftliche Überlegungen zum Selbst- und Fremdbild des Arztes. Wien: Facultas, 1987, S. 109-120.

Langbein, Kurt u.a.: Gesunde Geschäfte. Die Praktiken der Pharma-Industrie. Köln: Kiepenheuer&Witsch, 1981.

Lang, Gladys Engel/Lang, Kurt: Watergate - an exploration of the agenda-building process, in: Wilhoit, Cleveland G./De Bock, Harold (Hrsg.): Mass Communication Review Yearbook Vol. 2, Beverly Hills: Sage, 1981, S. 447-468.

La Roche, Walther von: Einführung in den praktischen Journalismus, Berlin: List, 2006.

Lange, Bernward: Imagination aus der Sicht von Grundschulkindern. Datenerhebung, Auswertung und Ertrag für die Schulpädagogik, in: Mayring, Philipp/Gläser-Zikuda, Michaela (Hrsg.): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse, Weinheim und Basel: Beltz, 2005, S. 37-62.

Lehmkuhl, Markus: Auswahlkriterien für Wissenschaftsnachrichten, in: Göpfert, Winfried (Hrsg.): Wissenschaftsjournalismus. Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis. Berlin: Ullstein Buchverlage GmbH, 2006, S. 98-103.

Lippmann, Walter: Die öffentliche Meinung. München: Rütten+Loening, 1964.

Loibl, Bettina: Ausgewählte rechtliche Rahmenbedingungen der Pharmabranche in Österreich und den USA. Wien: Diss., 2006.

Maier, Manfred/Höhrhan, Jürgen (Hrsg.): Arzt & Ethik. Wien: Facultas, 2007.

Maletzke, Gerhard: Kommunikationswissenschaft im Überblick. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Opladen/Wiesbaden: Westdt. Verl., 1998.

Mathes, Rainer/Barbara, Pfetsch: The Role of the Alternative Press in the Agenda-building Process: Spill-over Effects and Media Opinion Leadership, in: European Journal of Communication, Vol.6, 1991, S. 33-62.

Mayring, Philipp/Gläser-Zikuda, Michaela (Hrsg.): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse, Weinheim und Basel: Beltz, 2005.

Meek, Colin: Europe reconsidering DTCA, in: Canadian Medical Association Journal, Vol.176/2007, No. 10, S. 1405.

Medienhaus Wien: Abstract zur Studie „Weiterbildung für WissenschaftsjournalistInnen“, 2006, Online im WWW unter URL: <http://www.medienhaus-wien.at/cgi-bin/file.pl?id=4> [Stand: 18.10.2008].

Medienhaus Wien: Pressemitteilung: Nature and Science dominieren Wirtschaftsberichterstattung (18.08.2006), 2006.

Merten, Klaus: Inhaltsanalyse: Einführung in Theorie, Methode und Praxis. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1995².

Merten, Klaus: Aufstieg und Fall des „Two-Step-Flow of Communication“, in: Politische Vierteljahresschrift. Zeitung der Deutschen Vereinigung für Politische Wissenschaft, 29/1988, S. 610-635.

Möllers, Nora u.a.: Wie Ärzte entscheiden. Eine Marktforschungsstudie der NOHETO! GmbH, Witten, o.J.

Müller, Christian (Hg.): SciencePop. Wissenschaftsjournalismus zwischen PR und Forschungskritik, Graz: Nausner&Nausner, 2004.

Müller, Michael C.: Europäisches Pharmamarketing. Ein Leitfaden für Manager der pharmazeutischen Industrie und Beteiligte des europäischen Gesundheitswesens. Wiesbaden: GWV, 2005.

Müller, Michael: Vom Medikament zur Marke, in: Burkard, Ingrid: Praxis des Pharmamarketing. Weinheim: Wiley-VCH, 2002, S. 59- 72.

Neuper, Manfred/Santner, Katharina/Schoklitsch, Falko: Wissenschaftsjournalismus und seine Rezeption. Eine Studie der Fachhochschule (FH) Joanneum, Studiengang Journalismus und Unternehmenskommunikation, Das Publikum, in: Müller, Christian (Hg.): SciencePop. Wissenschaftsjournalismus zwischen PR und Forschungskritik. Graz: Nausner&Nausner, 2004, S. 21-25.

Nohl, Arnd-Michael: Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. Wiesbaden: VS Verlag, 2006.

Nowotny, Helga: Wissenschaft auf der Suche nach ihrem Publikum, in: Müller, Christian (Hg.): SciencePop. Wissenschaftsjournalismus zwischen PR und Forschungskritik. Graz: Nausner&Nausner, 2004, S. 221-228.

Oette, Mark: Die Qualität medizinischer Berichterstattung in den Printmedien am Beispiel der Prävention. Hagen: ISL-Verlag, 2000.

Peintinger Michael: Ethische Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung, in: Maier, Manfred/Höhrhan, Jürgen (Hrsg.): Arzt & Ethik. Wien: Facultas, 2007, S.47-73.

Pogoda, Andreas: Auch Wunder muss man verkaufen. Wie Viagra wirbt, in: Brandmeyer, Klaus (Hrsg.): Pharma trifft Marke. Markentechnik für den Gesundheitsmarkt. München: Urban & Vogel, 2003, S.54-74.

Rau, Harald: Qualität in einer Ökonomie der Publizistik. Betriebswirtschaftliche Lösungen für die Redaktion. Wiesbaden: VS Verlag, 2007.

Raupp, Juliana: Spezielle Ansätze mittlerer Reichweite: Determinationsthese, in: Bentele, Günter/Fröhlich, Romy/Szyszka, Peter (Hg): Handbuch Public Relations, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2005, S. 192-208.

Reichmann, Harald: Wissenschaftsjournalismus und seine Rezeption. Eine Studie der Fachhochschule (FH) Joanneum, Studiengang Journalismus und Unternehmenskommunikation, Übereinstimmungen und Divergenzen, in: Müller, Christian (Hg.): SciencePop. Wissenschaftsjournalismus zwischen PR und Forschungskritik. Graz: Nausner&Nausner, 2004, S. 33-40.

Reimon, Michel: Wie gefährlich sind Zecken wirklich? In: Der Standard vom 12.04.2007, Online im WWW unter URL: <http://derstandard.at/druck/?id=2839822> [Stand: 13.10.2008].

Reitan, Claus: Memorandum zur österreichischen Presse. Wien, 2003, Online im WWW unter URL: http://www.iq-journalismus.at/cms/iq/attachments/2/1/5/CH0023/CMS1068550066803/0309_memo_presserat.doc [Stand: 18.10.2008].

Robinson, James T.: Changing the Face of Detailing by Motivating Physicians to See Pharmaceutical Sales Reps, in: Product Mangement Today, 11/2003, S. 24-27.

Roegele, Otto B.: Medizinerbild und Öffentlichkeit, in: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Publizistikwissenschaftler und Medizinkommunikation im deutschsprachigen Raum. Bochum: Universitätsverlag Brockmeyer, 1990, S. 99-111.

Rogers, Everett M.: Diffusion of Innovations. New York: Free Press, 1995, S. 5.

Röglin, Hans-Christian/Grebmer, Klaus von: Pharma- Industrie und Öffentlichkeit. Ansätze zu einem neuen Kommunikationskonzept. Basel: Buchverlag Basler Zeitung, 1988.

Roloff, Eckart K.: Ärzte und Medizinjournalismus, in: Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Publizistikwissenschaftler und Medizinkommunikation im deutschsprachigen Raum. Bochum: Brockmeyer, 1990, S. 39-50.

Rosner, Michael/Scheer, Peter (Hrsg.): Arztbilder. Wissenschaftliche Überlegungen zum Selbst- und Fremdbild des Arztes. Wien: Facultas, 1987.

Rosner, Michael/Scheer, Peter: Erwartungen und Zufriedenheit der Patienten beim praktischen Arzt. Eine empirische Studie an niedergelassenen Allgemeinärzten in Wien, in: Rosner, Michael/Scheer, Peter (Hrsg.): Arztbilder. Wissenschaftliche Überlegungen zum Selbst- und Fremdbild des Arztes. Wien: Facultas, 1987, S. 64-77.

Ruhrmann, Georg: Der Wert von Nachrichten im deutschen Fernsehen: ein Modell zur Validierung von Nachrichtenfaktoren. Opladen: Leske + Budrich, 2003.

Ruhrmann, Georg/Göbbel, Roland: Veränderung der Nachrichtenfaktoren und Auswirkungen auf die journalistische Praxis in Deutschland. Abschlussbericht für netzwerk recherche e.V., 2007, Online im WWW unter URL: <http://www.netzwerkrecherche.de/docs/ruhrmann-goebbel-veraenderung-der-nachrichtenfaktoren.pdf> [Stand: 18.10.2008].

Runge, Matthias: Korruptionsvorwürfe: Reaktionen und Konzepte der Industrie, in: Forschungsstelle für Pharmarecht der Philipps-Universität Marburg (Hrsg.): Marburger Gespräche zum Pharmarecht: Ärzteschaft und Industrie zwischen Forschungsförderung und Kriminalität. 3. Symposium von Wissenschaft und Praxis. Frankfurt: pmi, 2001, S. 67-79.

Ruß-Mohl, Stephan: Wissenschaftsjournalismus. Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis. München: List, 1986.

Ruß-Mohl, Stephan: Der I-Faktor: Qualitätssicherung im amerikanischen Journalismus - Modell für Europa? Zürich: Ed. Interfrom; Osnabrück: Fromm, 1994.

Ruß-Mohl, Stephan/Seewald, Berthold: Die Diskussion über journalistische Ethik in Deutschland. Eine Zwischenbilanz, 1994, in: Haller, Michael/Holzhey, Helmut (Hrsg.): Medien-Ethik. Beschreibungen, Analysen, Konzepte für den deutschsprachigen Journalismus, Opladen: Westdt. Verl., 1992, S. 22-36.

Scharitzer, Dieter/Kollarits, Harald C.: Satisfied customers: profitable customer relationships: pharmaceutical marketing: how pharmaceutical sales representatives can achieve economic success through relationship management with settled general practitioners - an empirical study, in: Total Quality Management, Vol.11, No.7, 2000, S. 955-965.

Schenk, Michael: Medienwirkungsforschung. Tübingen: Mohr, 2007³.

Schenk, Michael/Donnerstag, Joachim/Höflich, Joachim R.: Wirkungen der Werbekommunikation, Wien: Böhlau, 1990.

Schockenhoff, Eberhard: Zur Lüge verdammt? Politik, Medien, Medizin, Justiz, Wissenschaft und die Ethik der Wahrheit. Freiburg: Herder, 2000.

Schöffski, Oliver u.a. (Hrsg.): Pharmabetriebslehre. Berlin: Springer, 2002.

Schreiber, Hans Wilhelm: Plädoyer zur Kooperation von Medizinern und Medienexperten, in: Fischer, Heinz-Dietrich(Hrsg.): Medizinpublizistik: Prämissen-Praktiken-Probleme. Frankfurt am Main: Lang, 1990, S. 99-102.

Schneider, Ulrich F.: Der Januskopf der Prominenz. Zum ambivalenten Verhältnis von Privatheit und Öffentlichkeit., Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2004.

Schulz, Winfried: Die Konstruktion von Realität in den Nachrichtenmedien. Analyse der aktuellen Berichterstattung. Freiburg/München: Alber, 1976.

Schweiger, Günter/Schrattenecker, Gertraud: Werbung. Eine Einführung. Stuttgart: Lucius & Lucius, 2005⁶.

Shamsunder, Bhavna/Bero, Lisa: Financial ties and conflicts of interest between pharmaceutical and tobacco companies, in: The Journal of the American Medical Association (JAMA), 14.8.2002, 288 (6), S. 738-744.

Signitzer, Benno: Gesundheitskommunikation. Ein neues Lehr- und Forschungsfeld, in: Medien Journal, 13. Jg., Nr.4/1989, S. 114-121.

Staab, Joachim Friedrich: Nachrichtenwert-Theorie. Formale Struktur und empirischer Gehalt. München: Alber, 1990.

Starkulla, Heinz: Schlußwort: Lobby für den Journalismus, in: Wagner, Hans/Starkulla, Heinz (Hg.): Medizin & Medien. Krankte die Gesundheit am Journalismus? München: Publicom, 1984, S. 207-209.

Stein, Susanne: Zum Verhältnis der Berufsgruppen Arzt und Journalist dargestellt und untersucht am Beispiel des Gesundheitsforums der Süddeutschen Zeitung. Bochum: Brockmeyer, 1991.

Trilling, Thomas (Hrsg.): Pharmamarketing. Ein Leitfaden für die tägliche Praxis. Berlin [u.a.]: Springer, 2003.

Trilling, Thomas: Tools für erfolgreiches Pharmamarketing: Anleitungen zur praktischen Durchführung, Checklisten für die tägliche Praxis, in: Trilling, Thomas (Hrsg.): Pharmamarketing. Ein Leitfaden für die tägliche Praxis. Berlin [u.a.]: Springer, 2003, S. 89-151.

Uexküll, Thure von/Wesiack, Wolfgang: Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München, Wien, Baltimor: Urban & Schwarzenberg, 1998.

Van Lier, Marcel: Excellence im Pharma-Marketing 2005 plus, Universität St. Gallen, 2005.

Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs: Jahresbericht 2007. Online im WWW unter URL: http://www.pharmig.at/upload/Publikationen/Jahresbericht_2007.pdf?&SESS=01f3b506cd1297214b6be04a4fa61438 [Stand: 18.11.2008].

Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs (Pharmig): Verhaltenscodex, 05/2008. Online im WWW unter URL: http://www.pharmig.at/upload/Publikationen/17%20VHC%20Deutsch_v0.8_31Jul2008_freigegeben.pdf?&SESS=01f3b506cd1297214b6be04a4fa61438 [Stand: 18.11.2008].

Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs (Pharmig): Arzneimittel und Gesundheitswesen in Österreich. Daten & Fakten 2006, Ausgabe 2008. Online im WWW unter URL: http://www.pharmig.at/upload/Publikationen/Datenfakten_D_2006_Ausgabe%202008.pdf?&SESS=f33d3bcdf4987944b27da32210db2a4b [Stand: 18.11.2008].

Wagner, Hans/Starkulla, Heinz (Hg.): Medizin & Medien. Krank die Gesundheit am Journalismus? München: Publicom, 1984.

Van Trigt, Anna Maria: Making News about Medicines, Diss., Groningen, 1995.

Washietl, Engelbert: Qualitätsdebatte in Österreich. Wien, 2002, Online im WWW unter URL: <http://www.iq-journalismus.at> [Stand: 18.10.2007].

Weisbach, Wolf Rüdiger: Das hausärztliche Gespräch mit dem onkologischen Patienten, in: Keseberg, Adalbert (Hrsg.): Arzt und Gesellschaft. Aachen: Shaker, 2004, S. 101-112.

Wende, Detlev: Über die medizinische Berichterstattung von Krebs in Tageszeitungen und deren kritische Bewertung. Bochum: Brockmeyer, 1990.

Wilhoit, Cleveland G./De Bock, Harold (Hrsg.): Mass Communication Review Yearbook Vol. 2, Beverly Hills: Sage, 1981.

Wormer, Holger: Die Wissensmacher. Profile und Arbeitsfelder von Wissenschaftsredaktionen in Deutschland. Wiesbaden: GWV, 2006.

Anhang

1. Ehrenkodex für die österreichische Presse

Grundsätze für die publizistische Arbeit⁴⁸³
(Ehrenkodex für die österreichische Presse)
aktuelle Fassung (Stand: 21.1.1999)

Präambel

Journalismus bedingt Freiheit und Verantwortung. Zeitungsherausgeber/innen, Verleger/innen, Hörfunk- und Fernsehverantwortliche sowie Journalisten und Journalistinnen tragen in besonderer Weise Verantwortung für die in einer Demokratie lebensnotwendige Freiheit der Massenmedien.

Die redaktionellen Führungskräfte sind besonders gefordert: Sie haben für die konsequente Einhaltung der Grundsätze für die publizistische Arbeit in ihrem jeweiligen Wirkungsbereich zu sorgen.

Der österreichische Presserat ist Plattform für alle, die sich zu einem der Wahrheitsfindung und Korrektheit verpflichteten Gebrauch der Pressefreiheit bekennen und bereit sind, diesen vom Presserat in konkreten Anlaßfällen prüfen zu lassen. Die ständige freiwillige Selbstkontrolle ist ein geeignetes Mittel, den Verpflichtungen der Presse gerecht zu werden.

Der österreichische Presserat hat daher für alle mit der Beschaffung, Verbreitung und Kommentierung von Nachrichten in Zeitungsunternehmen befaßten Personen den folgenden Grundsatzkatalog (Ehrenkodex für die österreichische Presse) festgelegt, der im Bedarfsfall laufend ergänzt oder in Form von Richtlinien interpretiert werden kann. Diese Grundsätze gelten für alle in der redaktionellen Verantwortung liegenden Teile einer Zeitung. Zeitungen und Zeitschriften, die sich bereit erklären, den Ehrenkodex einzuhalten, verpflichten sich, auf jeden Fall Erkenntnisse des Österreichischen Presserates, die sich gegen das eigene Medium richten und deren Veröffentlichung beschlossen wurde, zu publizieren (Signet).

1. Freiheit

1.1. Die Freiheit in Berichterstattung und Kommentar, in Wort und Bild ist integrierender Bestandteil der Pressefreiheit. Das Sammeln und Verbreiten von Nachrichten und Kommentaren darf nicht behindert werden.

1.2. Die Grenzen dieser Freiheit liegen für die Tätigkeit des Presserates in der freiwilligen Selbstbeschränkung auf Grund der Bestimmungen in diesem Ehrenkodex.

⁴⁸³ URL: <http://www.voez.at/download.php?id=165> [Stand: 30.03.2008].

2. Genauigkeit

2.1. Gewissenhaftigkeit und Korrektheit in Recherche und Wiedergabe von Nachrichten und Kommentaren sind oberste Verpflichtung von Journalisten.

2.2. Durch Anführungszeichen gekennzeichnete Zitate müssen so weit wie möglich den Wortlaut wiedergeben. Eine lediglich sinngemäße Wiedergabe darf nicht unter Anführungszeichen gesetzt werden. Anonyme Zitierungen sind zu vermeiden, sofern es nicht um die Sicherheit der zitierten Person oder die Abwehr eines anderen schweren Schadens von dieser geht.

2.3. Beschuldigungen dürfen nicht erhoben werden, ohne daß nachweislich wenigstens versucht worden ist, eine Stellungnahme der beschuldigten Person(en) oder Institution(en) einzuholen. Handelt es sich um die Wiedergabe einer öffentlich erhobenen Beschuldigung, ist dies deutlich kenntlich zu machen.

2.4. Sobald einer Redaktion zur Kenntnis gelangt, daß sie eine falsche Sachverhaltsdarstellung veröffentlicht hat, entspricht eine freiwillige Richtigstellung dem journalistischen Selbstverständnis und Anstand.

2.5. Wenn zu einem Bericht von Leserseite eine begründete Richtigstellung einlangt, soll diese so weitgehend und so rasch wie möglich veröffentlicht werden.

2.6. Wenn in einer von einem Medium behandelten Angelegenheit eine wichtige richterliche oder behördliche Entscheidung ergeht oder auf anderem Weg wesentliche neue Gesichtspunkte auftauchen, soll darüber angemessen berichtet werden.

3. Unterscheidbarkeit

3.1. Für die Leserinnen und Leser muß klar sein, ob es sich bei einer journalistischen Darstellung um einen Tatsachenbericht oder die Wiedergabe von Fremdmeinung(en) oder um einen Kommentar handelt.

3.2. Vor der Wiedergabe von Fremdmeinungen sollte deren Stichhaltigkeit überprüft werden, wenn gravierende Zweifel an der Richtigkeit eines Zitats bestehen.

3.3. Fotomontagen und Bildbearbeitungen, die von flüchtigen Lesern/innen als dokumentarische Abbildungen aufgefaßt werden, müssen deutlich als Montagen oder Bearbeitungen kenntlich gemacht werden.

4. Einflußnahmen

4.1. Eine Einflußnahme Außenstehender auf Inhalt oder Form eines redaktionellen Beitrags ist unzulässig.

4.2. Unzulässige Beeinflussungsversuche sind nicht nur Interventionen und Pressionen, sondern auch die Zuwendung persönlicher Vorteile, die über den Bereich unmittelbarer beruflicher Tätigkeit hinausgehen.

4.3. Wer im Zusammenhang mit seiner Tätigkeit als Journalist/in Geschenke oder andere persönliche Vorteile entgegennimmt, die geeignet sein könnten, die journalistische Darstellung zu beeinflussen, verstößt gegen das journalistische Ethos.

4.4. Persönliche materielle Interessen dürfen die journalistische Arbeit nicht beeinflussen.

4.5. Wirtschaftliche Interessen des Verlages dürfen redaktionelle Inhalte nicht in einer Weise beeinflussen, die Fehlinformationen oder Unterdrückung wesentlicher Informationen zur Folge haben könnte.

4.6. In Berichten über Reisen, die auf Einladung erfolgten, soll auf diese Tatsache in geeigneter Form hingewiesen werden.

5. Persönlichkeitsschutz

5.1. Jeder Mensch hat Anspruch auf Wahrung der Rechte und Würde der Person.

5.2. Persönliche Diffamierungen, Verunglimpfungen und Verspottungen verstoßen gegen das journalistische Ethos.

5.3. Personen, deren Leben gefährdet ist, dürfen in Medienberichten nicht identifiziert werden, wenn die Berichterstattung die Gefährdung vergrößern kann.

5.4. Pauschalverdächtigungen und Pauschalverunglimpfungen von Personen und Personengruppen sind unter allen Umständen zu vermeiden.

5.5. Jede Diskriminierung aus rassistischen, religiösen, nationalen, sexuellen oder sonstigen Gründen ist unzulässig.

5.6. Eine Herabwürdigung oder Verspottung von religiösen Lehren oder anerkannten Kirchen und Religionsgemeinschaften, die geeignet ist, berechtigtes Ärgernis zu erregen, ist unzulässig.

5.7. Die Veröffentlichung entstellender photographischer Darstellungen, welche die dargestellte Person oder Personengruppe diffamieren, ist unzulässig.

6. Intimsphäre

6.1. Die Intimsphäre jedes Menschen ist grundsätzlich geschützt.

6.2. Bei Kindern ist dem Schutz der Intimsphäre Vorrang vor dem Nachrichtenwert einzuräumen.

6.3. Vor der Veröffentlichung von Bildern und Berichten über Jugendliche ist die Frage eines öffentlichen Interesses daran besonders kritisch zu prüfen.

6.4. Berichte über Verfehlungen Jugendlicher dürfen deren mögliche Wiedereingliederung in die Gesellschaft nicht erschweren oder gar verhindern. Volle Namensnennung ist in solchen Fällen zu unterlassen.

6.5. Bei der Befragung und beim Photographieren von Kindern und in der Berichterstattung über Fälle, die deren Existenz nachteilig beeinflussen kann, ist besondere Zurückhaltung geboten.

7. Materialbeschaffung

7.1. Bei der Beschaffung mündlicher und schriftlicher Unterlagen sowie von Bildmaterial dürfen keine unlauteren Methoden angewendet werden.

7.2. Unlautere Methoden sind z.B. Irreführung, Druckausübung, Einschüchterung, brutale Ausnützung emotionaler Streß-Situationen und die Verwendung geheimer Abhörgeräte.

7.3. Bei der Verwendung von Privatfotos ist die Zustimmung der Betroffenen bzw. im Fall von Minderjährigen der Erziehungsberechtigten einzuholen, es sei denn, an der Wiedergabe des Bildes besteht ein berechtigtes öffentliches Interesse.

8. Redaktionelle Spezialbereiche

8.1. Reise- und Tourismusberichte sollen in geeigneter Weise auch auf soziale und politische Rahmenbedingungen und Hintergründe (z.B. gravierende Menschenrechtsverletzungen) verweisen.

8.2. Umwelt-, Verkehrs- und energiepolitischen Zusammenhängen soll auch im Autoteil Rechnung getragen werden.

8.3. Tourismus-, Auto- und Gastronomieberichte sollen wie alle Bewertungen von Konsumgütern und Dienstleistungen nachvollziehbaren Kriterien folgen sowie von journalistisch qualifizierten Personen verfaßt werden.

9. Öffentliches Interesse

9.1. In konkreten Fällen, insbesondere bei Personen des öffentlichen Lebens, wird es notwendig sein, das schutzwürdige Interesse der Einzelperson an der Nichtveröffentlichung eines Berichts bzw. Bildes gegen ein Interesse der Öffentlichkeit an einer Veröffentlichung sorgfältig abzuwägen.

9.2. Öffentliches Interesse im Sinn des Ehrenkodex für die österreichische Presse ist besonders dann gegeben, wenn es um die Aufklärung schwerer Verbrechen, den Schutz der öffentlichen Sicherheit oder Gesundheit oder um die Verhinderung einer Irreführung der Öffentlichkeit geht.

9.3. Fotos, die unter Mißachtung der Intimsphäre der (des) Abgebildeten entstanden sind (etwa durch Auflauern), dürfen nur dann veröffentlicht werden, wenn ein über das Voyeurhafte (sic!) hinausgehendes öffentliches Interesse klar ersichtlich ist.

2. Ärztlicher Verhaltenskodex

ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER
WIEN I, WEIHBURGGASSE 10-12, TEL. 514 06-0, FAX 514 06 42
POSTLEITZAHL 1011, POSTFACH 213
DVR: 0057746

Ärztlicher Verhaltenskodex
bei der Zusammenarbeit mit der
Pharma- und MedizinprodukteIndustrie.⁴⁸⁴

Gemäß § 118 Abs 1 Z 15 iVm § 122 Ärztegesetz 1998, wonach zu den von der Österreichischen Ärztekammer zu behandelnden Angelegenheiten die Erlassung von sonstigen näheren Vorschriften für die Berufsausübung gehört, hat die Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer am 24. Juni 2005 im Rahmen des 111. Österreichischen Ärztekammertages folgende Richtlinie beschlossen:

Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit in der Folge personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Präambel

Unter Berücksichtigung der Verpflichtung des Arztes/Zahnarztes, jeden von ihm in ärztliche/zahnärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen, ist die Wahrung der ärztlichen/zahnärztlichen Unabhängigkeit gegenüber der Pharma- und Medizinprodukte Industrie eine der wichtigsten Grundvoraussetzungen für die ärztliche/zahnärztliche Tätigkeit. Neben den geltenden gesetzlichen Regelungen und in Ergänzung zur Richtlinie „Arzt und Öffentlichkeit“ werden in dieser Richtlinie unter anderem Modalitäten für die Verbreitung von wissenschaftlichen, insbesondere pharmakologischen, Informationen festgelegt.

Solche Informationen leisten einen wichtigen Beitrag zur medizinischen Wissenschaft und ärztlichen/zahnärztlichen Fortbildung und kommen damit dem Wohle der Patienten zu Gute. In diesem Sinne sind Symposien, Kongresse und andere Veranstaltungen dieser Art unentbehrlich für die Weitergabe und Austausch von Wissen und Erfahrung. Darüber hinaus legt diese Richtlinie Pflichten des Arztes/Zahnarztes gegenüber der pharmazeutischen Industrie bzw. Medizinprodukte-Industrie fest:

⁴⁸⁴ URL: http://www.aerztekammer.at/service/Code_of_Conduct.pdf [Stand: 30.03.2008].

1. Teilnahme an medizinisch-wissenschaftlichen Veranstaltungen, insbesondere Kongressen, Symposien, Workshops und Vorträgen

Ärzte/Zahnärzte dürfen an von der Pharma- und Medizinprodukte-Industrie organisierten und/oder finanzierten Veranstaltungen teilnehmen, wenn diese wissenschaftlichen Zielen, Zwecken der Fortbildung oder der praxisbezogenen Anwendung ärztlichen Handelns bzw. Studienzwecken dienen und der zeitliche Aufwand für die Vermittlung wissenschaftlicher bzw. fachlich medizinischer Informationen im Vordergrund steht.

Der Tagungsort sowie die deutlich überwiegende Zeit der Veranstaltung müssen diesen Zielen entsprechen.

Einladungen zu Veranstaltungen im Ausland dürfen darüber hinaus nur angenommen werden, sofern es sich um internationale medizinisch-wissenschaftliche Veranstaltungen oder um die Besichtigung wissenschaftlicher, oder produktionstechnischer Einrichtungen handelt bzw. wenn sie im Zusammenhang mit der Durchführung (Präsentation) medizinischer Studien stehen.

Die Kosten für Anreise, Aufenthalt und Einladungen jeglicher Art dürfen nur bei der Teilnahme an ausschließlich berufsbezogenen und wissenschaftlichen Veranstaltungen übernommen werden. Zulässig ist nur die Übernahme der Kosten für Ärzte oder Zahnärzte durch die Pharma- bzw. Medizinproduktindustrie, nicht aber die Übernahme der Kosten von Begleitpersonen von Ärzten und Zahnärzten.

Für Leistungen (insbesondere Vortragstätigkeiten), die im Rahmen einer medizinischwissenschaftlichen Veranstaltung erbracht werden, kann ein angemessenes Honorar angenommen werden, wenn die Finanzierung dem Veranstalter gegenüber offen gelegt wird.

2. Annahme von Geschenken und anderer Vorteile

Unangemessene Zuwendungen bzw. Geschenke oder andere Vorteile dürfen nicht angenommen werden.

Bürohilfsmittel können angenommen werden, sofern sie dem Anlass entsprechend nur geringen Wert haben und im ursächlichen und unmittelbaren Zusammenhang mit der üblichen Tätigkeit des Arztes stehen und dafür zweckdienlich sind.

Verboten ist selbst die Annahme kleinster Geschenke, sofern die Entgegennahme derselben direkt oder indirekt von der Verschreibung eines Arzneimittels oder von einem Erwerb eines

Medizinproduktes durch einen Patienten, der über Empfehlung eines Arztes erfolgt, abhängig gemacht wird.

3. Annahme von Ärztemustern

Die Annahme von Ärztemustern (Arzneimittel) ist nur im Rahmen des § 58 AMG erlaubt, der den Zulassungsinhaber von Arzneyspezialitäten (z.B. Pharmafirmen) verpflichtet, über sämtliche Ärztemusterabgaben entsprechende Nachweise zu führen und die Abgabe beschränkt.

4. Klinische Prüfungen und Forschung

Ärzte/Zahnärzte, die an klinischen Prüfungen oder an von der Pharmaindustrie unterstützten Forschungsprojekten teilnehmen, haben ihre Aktivitäten im Einklang mit den bestehenden Vorschriften (AMG, GCP, etc.), der WMA Deklaration von Helsinki (www.wma.net) und der anerkannten wissenschaftlichen Methodik durchzuführen. Grundlage für die Bezahlung der Prüfungs- und Forschungstätigkeit müssen der damit verbundene Aufwand und die benötigte Zeit sein. Eine erfolgsabhängige Honorargestaltung ist nicht erlaubt. Ergebnisse dieser Forschungstätigkeit sind unter Angabe des Sponsors zu veröffentlichen. Ärzte (Familienmitglieder), die finanziell signifikant an Pharmaunternehmen beteiligt sind, haben bei der Durchführung von Studien möglicherweise einen Interessenskonflikt und sollten sich nicht an Studien ihrer Firmen beteiligen.

5. Verschreibung von Medikamenten und Anwendungsbeobachtungen

Ärzte/Zahnärzte und deren Hilfspersonen dürfen kein Entgelt dafür annehmen, dass sie bereit sind, Pharmareferenten zu empfangen oder von anderen Unternehmensangehörigen Informationen entgegen zu nehmen.

Für die erforderliche Dokumentation im Rahmen von Anwendungsbeobachtungen gemäß § 2 a (2) AMG darf nur eine ortsübliche und dem Umfang der erbrachten Leistung entsprechende finanzielle Abgeltung, die sich primär nach der Richtlinie für Privathonorare der Österreichischen Ärztekammer bzw. subsidiär nach der Honorarordnung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) in der jeweils geltenden Fassung orientiert, erfolgen.

6. Formvorschrift

Leistungen von Ärzten/Zahnärzten für Unternehmen, gleich welcher Art (zB für Vortragstätigkeit, Beratung, klinische Prüfungen, Anwendungsbeobachtungen), dürfen nur auf

Grundlage eines schriftlichen Vertrages erbracht werden, aus dem sich Leistung und Gegenleistung eindeutig ergeben.

Bei der durch den jeweiligen Arzt/Zahnarzt zu erbringenden vertraglichen Leistung muss es sich um eine wissenschaftliche oder fachliche Tätigkeit für das Unternehmen handeln (Verbot von „Scheinverträgen“).

Eine Verletzung der ärztlichen/zahnärztlichen Pflichten im Sinne dieser Richtlinie ist gemäß § 136 Abs 1 Ärztegesetz 1998 als Disziplinarvergehen zu ahnden.

3. Arzneimittelgesetz- V. Abschnitt: Werbebeschränkungen (AMG §§50 bis 56)

V. ABSCHNITT⁴⁸⁵

Werbebeschränkungen

Allgemeine Bestimmungen

§ 50. (1) Als "Werbung für Arzneimittel" gelten alle Maßnahmen zur Information, zur Marktuntersuchung und Marktbearbeitung und zur Schaffung von Anreizen mit dem Ziel, die Verschreibung, die Abgabe, den Verkauf oder den Verbrauch von Arzneimitteln zu fördern. Sie umfasst insbesondere:

1. die Arzneimittelwerbung, die für Verbraucher bestimmt ist (Laienwerbung),
2. die Arzneimittelwerbung für Personen, die zur Verschreibung oder zur Abgabe von Arzneimitteln befugt sind (Fachwerbung),
3. den Besuch von Pharmareferenten bei Personen, die zur Verschreibung oder zur Abgabe von Arzneimitteln berechtigt sind,
4. die Abgabe von Ärztemustern,
5. Anreize zur Verschreibung oder Abgabe von Arzneimitteln durch das Gewähren, Anbieten oder Versprechen von finanziellen oder materiellen Vorteilen,
6. das Sponsern von Verkaufsförderungsveranstaltungen, an denen Personen teilnehmen, die zur Verschreibung oder zur Abgabe von Arzneimitteln befugt sind,
7. die Übernahme der Reise- und Aufenthaltskosten und Teilnahmegebühren im Zusammenhang mit berufsbezogene (sic!) wissenschaftlichen Veranstaltungen für Personen, die zur Verschreibung oder zur Abgabe von Arzneimitteln befugt sind.

(2) Dieser Abschnitt betrifft nicht

1. den Schriftwechsel und gegebenenfalls alle Unterlagen, die nicht Werbezwecken dienen und die zur Beantwortung einer konkreten Anfrage über ein bestimmtes Arzneimittel erforderlich sind,
2. Verkaufskataloge und Preislisten, sofern diese keine Angaben über Arzneimittel enthalten,
3. Informationen über die Gesundheit oder Krankheiten von Mensch und Tier, sofern darin nicht, auch nicht in indirekter Weise, auf ein Arzneimittel Bezug genommen wird.

(3) Die genehmigte Fachinformation, Gebrauchsinformation und Kennzeichnung unterliegen nicht den Bestimmungen dieses Abschnitts, sofern sie zur Erfüllung der in §§ 15 Abs. 1, 16 Abs. 1, 16a Abs. 1, 17 Abs. 1 und 17a Abs.1 genannten Verpflichtungen dienen.

§ 50a. (1) Werbung für Arzneimittel darf nur für

1. zugelassene Arzneyspezialitäten,
2. registrierte traditionelle pflanzliche Arzneyspezialitäten,
3. registrierte homöopathische Arzneyspezialitäten,

⁴⁸⁵URL: [http://www.ages.at/web/ages/content.nsf/73b5f92ac245b957c1256a9a004e1676/7d34d71bcb097916c12570d5002c02bd/\\$FILE/Arzneimittelgesetz.pdf](http://www.ages.at/web/ages/content.nsf/73b5f92ac245b957c1256a9a004e1676/7d34d71bcb097916c12570d5002c02bd/$FILE/Arzneimittelgesetz.pdf) [Stand: 30.03.2008].

4. Arzneispezialitäten, für die eine Genehmigung zum Vertrieb im Parallelimport erteilt wurde, und

5. Arzneispezialitäten gemäß § 7 Abs. 2 betrieben werden.

(2) Werbung für registrierte homöopathische Arzneispezialitäten darf nur Angaben enthalten, die in § 17a angeführt sind.

(3) Werbung für Arzneimittel muss die Eigenschaften der Arzneispezialität objektiv und ohne Übertreibung darstellen und darf weder Aussagen noch bildliche Darstellungen enthalten, die

1. dem Arzneimittel eine über seine tatsächliche Wirkung hinausgehende Wirkung beilegen,
2. fälschlich den Eindruck erwecken, dass ein Erfolg regelmäßig erwartet werden kann, oder
3. nicht mit Kennzeichnung, Gebrauchs- oder Fachinformation (Zusammenfassung der Produkteigenschaften - SPC) vereinbar sind.

§ 50b. (1) Die §§ 50a und 51 bis 56 gelten nicht für Arzneispezialitäten im Sinne des § 7 Abs. 4.

(2) § 50a Abs. 1 gilt nicht für Fachwerbung im Sinne des § 54 im Rahmen von wissenschaftlichen Veranstaltungen, deren Teilnehmer überwiegend aus dem Ausland kommen.

Laienwerbung

§ 51. (1) Laienwerbung darf nicht für

1. Arzneispezialitäten, die der Rezeptpflicht unterliegen,
2. Arzneispezialitäten, die nicht der Rezeptpflicht unterliegen, deren Name aber das gleiche Phantasiewort oder den gleichen wissenschaftlich üblichen Ausdruck wie der Name eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels enthält, und
3. registrierte homöopathische Arzneispezialitäten, betrieben werden.

(2) Das Verbot nach Abs. 1 Z 1 gilt nicht für von Gebietskörperschaften durchgeführte oder unterstützte Impfkampagnen.

§ 52. (1) Laienwerbung muss so gestaltet sein, dass der Werbecharakter deutlich zum Ausdruck kommt und das Produkt eindeutig als Arzneimittel dargestellt wird. Werbung und redaktionelle Beiträge sind deutlich zu trennen.

(2) Laienwerbung hat, sofern in Abs. 4 nichts anderes bestimmt ist, zumindest folgende Angaben zu enthalten:

1. den Namen der Arzneispezialität und die wissenschaftlich übliche Bezeichnung des Wirkstoffes, sofern das Arzneimittel nur einen Wirkstoff enthält,
2. die für die sinnvolle Anwendung der Arzneispezialität unerlässlichen Informationen und
3. einen deutlich wahrnehmbaren Hinweis darauf, dass Arzneimittel neben Wirkungen auch unerwünschte Wirkungen hervorrufen können und daher die Gebrauchsinformation genau zu beachten oder der Rat eines Arztes oder Apothekers einzuholen ist. Erfolgt die Werbung über akustische oder audiovisuelle Medien, so muss dieser Hinweis akustisch deutlich wahrnehmbar sein.

(3) Laienwerbung für traditionelle pflanzliche Arzneispezialitäten hat zusätzlich zu Abs. 2 den Hinweis zu enthalten, dass es sich um eine traditionelle pflanzliche Arzneispezialität zur Verwendung für ein bestimmtes Anwendungsgebiet oder bestimmte Anwendungsgebiete ausschließlich auf Grund langjähriger Verwendung handelt.

(4) Laienwerbung muss nicht den Anforderungen des Abs. 2 entsprechen, wenn die Werbung ausschließlich aus dem Namen einer Arzneispezialität (Erinnerungswerbung) besteht, es sei denn, es handelt sich um Werbung für Arzneispezialitäten, die der sportlichen Leistungssteigerung dienen. Der Hinweis gemäß Abs. 2 Z 3 ist aufzunehmen, sofern die Erinnerungswerbung über Plakate, Inserate oder akustische oder audiovisuelle Medien erfolgt.

§ 53. (1) Laienwerbung darf keine Elemente enthalten, die

1. bildliche Darstellungen im Zusammenhang mit Angehörigen der Heilberufe oder Einrichtungen des Gesundheitswesens aufweisen,
2. eine ärztliche Untersuchung oder einen chirurgischen Eingriff als überflüssig erscheinen lassen, insbesondere dadurch, dass sie eine Diagnose anbieten oder eine Behandlung auf dem Korrespondenzweg empfehlen,
3. nahelegen, dass die Wirkung des Arzneimittels ohne Nebenwirkungen garantiert wird oder einer anderen Behandlung oder einem anderen Arzneimittel entspricht oder überlegen ist,
4. nahelegen, dass die normale gute Gesundheit des Patienten durch die Anwendung des Arzneimittels verbessert werden könnte,
5. nahelegen, dass die normale gute Gesundheit des Patienten im Falle der Nichtanwendung des Arzneimittels beeinträchtigt werden könnte,
6. ausschließlich oder hauptsächlich für Kinder bestimmt sind,
7. sich auf eine Empfehlung von Wissenschaftlern, im Gesundheitswesen tätigen Personen oder Personen beziehen, die auf Grund ihrer Bekanntheit zum Arzneimittelverbrauch anregen könnten,
8. das Arzneimittel einem Lebensmittel, einem kosmetischen Mittel oder anderen Gebrauchsgütern gleichsetzen,
9. nahelegen, die Sicherheit oder Wirksamkeit des Arzneimittels sei darauf zurückzuführen, dass es sich um ein "Naturprodukt" handle,
10. durch eine ausführliche Beschreibung oder Darstellung der Anamnese zu einer falschen Selbstdiagnose verleiten könnten,
11. sich in missbräuchlicher, besorgniserregender oder irreführender Weise auf Genesungsbescheinigungen beziehen,
12. in missbräuchlicher, besorgniserregender oder irreführender Weise bildliche Darstellungen der Veränderungen des menschlichen oder tierischen Körpers aufgrund von Krankheiten oder Schädigungen oder der Wirkung eines Arzneimittels im menschlichen Körper oder in Körperteilen verwenden,
13. darauf hinwirken, Arzneimittel im Versandhandel zu beziehen.

(2) Laienwerbung darf einen Hinweis auf die Zulassung oder Registrierung enthalten, sofern dabei ausschließlich auf die Tatsache der Zulassung oder Registrierung Bezug genommen wird

und ein solcher Hinweis nicht dazu geeignet ist, bei Verbrauchern eine falsche Vorstellung im Hinblick auf Sicherheit und Wirksamkeit der betreffenden Arzneispezialität hervorzurufen.

(3) Die Abgabe von Mustern oder Proben von Arzneimitteln oder von Gutscheinen dafür ist unzulässig. Ebenso ist die Durchführung von Gewinnspielen unzulässig, sofern diese in einem Zusammenhang mit der Abgabe von Arzneimitteln stehen.

Fachwerbung

§ 54. (1) Arzneimittelwerbung, die für die zur Anwendung und Abgabe berechtigten Personen bestimmt ist, hat, sofern sie

1. für eine Arzneispezialität betrieben wird, für die gemäß § 15 eine Fachinformation (Zusammenfassung der Produkteigenschaften - SPC) zu veröffentlichen ist, und
2. in Druckschriften, über elektronische Trägermedien oder im Wege der Telekommunikation erfolgt, in deutlich lesbarer Form die wesentlichen Informationen über die Arzneispezialität im Einklang mit der Fachinformation (Zusammenfassung der Produkteigenschaften - SPC) zu enthalten.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat in einer Verordnung gemäß § 15 Abs. 7 zu bestimmen, welche Informationen in welcher Ausgestaltung in die Arzneimittelwerbung im Sinne des Abs. 1 aufzunehmen sind.

§ 55. (1) Alle Unterlagen über eine Arzneispezialität, die im Rahmen der Verkaufsförderung für diese Arzneispezialität an die zur Verschreibung oder Abgabe berechtigten Personen abgegeben werden, müssen neben den in § 54 Abs. 1 genannten Informationen die Angabe des Zeitpunkts, zu dem die Unterlagen erstellt oder zuletzt geändert worden sind, enthalten.

(2) Alle in den in Abs. 1 erwähnten Unterlagen enthaltenen Informationen müssen genau, aktuell, überprüfbar und vollständig genug sein, um dem Empfänger die Möglichkeit zu geben, sich persönlich ein Bild von dem therapeutischen Wert des Arzneimittels zu machen.

(3) Die aus der Fachliteratur entnommenen Zitate, Tabellen und sonstigen Darstellungen, die in den in Abs. 1 genannten Unterlagen verwendet werden, müssen wortgetreu übernommen werden; dabei ist die genaue Quelle anzugeben.

(4) Wird in den in Abs. 1 genannten Unterlagen auf Fachliteratur Bezug genommen, so ist deren wesentlicher Inhalt mit Quellenangabe objektiv wiederzugeben.

§ 55a. (1) Im Rahmen der Verkaufsförderung für Arzneimittel bei den zur Verschreibung oder Abgabe berechtigten Personen ist es verboten, diesen eine Prämie, finanzielle oder materielle Vorteile zu gewähren, anzubieten oder zu versprechen, es sei denn, diese sind von geringem Wert und für die medizinische oder pharmazeutische Praxis von Belang.

(2) Der Repräsentationsaufwand im Zusammenhang mit Veranstaltungen zur Verkaufsförderung muss immer streng auf deren Hauptzweck begrenzt sein und darf nicht anderen Personen als den zur Verschreibung oder zur Abgabe berechtigten Personen gelten.

(3) Die Bestimmungen des Abs. 1 stehen der direkten oder indirekten Übernahme von angemessenen Reise- und Aufenthaltskosten und der Teilnahmegebühren bei ausschließlich berufsbezogenen wissenschaftlichen Veranstaltungen nicht entgegen; der

Repräsentationsaufwand muss immer streng auf den wissenschaftlichen Hauptzweck der Veranstaltung begrenzt sein; die Übernahme von Reise und Aufenthaltskosten und der Teilnahmegebühren sowie der Repräsentationsaufwand dürfen nicht anderen Personen als zur Verschreibung oder zur Abgabe berechtigten Personen gelten.

(4) Den zur Verschreibung oder zur Abgabe berechtigten Personen ist es untersagt, entgegen Abs. 1 bis 3 eine Prämie, finanzielle oder materielle Vorteile zu fordern, sich versprechen zu lassen oder anzunehmen.

(5) Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann durch Verordnung nähere Bestimmungen erlassen,

1. wann von einem geringen Wert von Prämien oder finanziellen oder materiellen Vorteilen auszugehen ist,
2. hinsichtlich Art und Umfang des zulässigen Repräsentationsaufwandes im Zusammenhang mit Veranstaltungen zur Verkaufsförderung einschließlich der Auswahl des Tagungsortes und der Bewirtung,
3. welche Kriterien eine Veranstaltung erfüllen muss, um als ausschließlich berufsbezogene wissenschaftliche Veranstaltung im Sinne des Abs. 3 zu gelten,
4. hinsichtlich der Angemessenheit von Reise- und Aufenthaltskosten bei berufsbezogenen wissenschaftlichen Veranstaltungen, und
5. hinsichtlich Art und Umfang des zulässigen Repräsentationsaufwandes im Zusammenhang mit berufsbezogenen wissenschaftlichen Veranstaltungen einschließlich der Auswahl des Tagungsortes.

Dabei ist insbesondere Bedacht zu nehmen, dass jeglicher Anschein der unsachlichen Beeinflussung von zur Verschreibung und Abgabe berechtigten Personen in ihrer Therapieentscheidung oder –empfehlung vermieden wird.

Naturalrabatte

§ 55b. (1) Die Gewährung, das Anbieten und das Versprechen von Naturalrabatten an zur Verschreibung oder Abgabe berechnigte Personen ist verboten, sofern es sich dabei um Arzneimittel handelt, die im vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebenen Erstattungskodex enthalten sind.

(2) Das Fordern, das sich Versprechen lassen oder das Annehmen von durch Abs. 1 erfassten Naturalrabatten durch die zur Verschreibung oder Abgabe berechtigten Personen ist verboten.

Informationsbeauftragter

§ 56. (1) Der Zulassungsinhaber oder Inhaber einer Registrierung hat sicherzustellen, dass

1. jegliche Werbung für Arzneimittel diesem Abschnitt entspricht,
2. die von seinem Unternehmen beschäftigten Pharmareferenten die in § 72 geforderte Qualifikation aufweisen und die ihnen gemäß § 73f obliegenden Verpflichtungen einhalten,
3. jedes verbreitete Werbematerial verfügbar ist und ein Verzeichnis aller Empfängergruppen und der Verbreitungsart geführt wird, und

4. die Anordnungen der für die Kontrolle der Arzneimittelwerbung verantwortlichen Behörden unverzüglich und vollständig befolgt werden.

(2) Der Zulassungsinhaber oder Inhaber einer Registrierung ist verpflichtet, eine Person, die über die erforderliche Sachkenntnis und Erfahrung verfügt, zu beauftragen, die Aufgabe der wissenschaftlichen Information über die vom Zulassungsinhaber in Verkehr gebrachten Arzneimittel verantwortlich wahrzunehmen (Informationsbeauftragter) und diese mit den erforderlichen Befugnissen zur Erfüllung dieser Aufgaben auszustatten. Die Bestellung des Informationsbeauftragten und jede Änderung derselben ist dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen unverzüglich zur Kenntnis zu bringen.

Kontrolle

§ 56a. (1) Die Kontrolle dieses Abschnitts obliegt dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen. Diesem sind auf Aufforderung alle Unterlagen zu übermitteln, die nach Ansicht des Bundesamtes zur Kontrolle der Einhaltung dieses Abschnittes erforderlich sind. Dies umfasst auch alle Unterlagen über Verkaufsförderungsveranstaltungen (sic!) und berufsbezogene wissenschaftliche Veranstaltungen. Organe des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen und die von diesem beauftragten Sachverständigen sind berechtigt, alle Räumlichkeiten zu betreten und Einsicht in alle Unterlagen zu nehmen und davon Kopien anzufertigen, wie dies zur Kontrolle der Bestimmungen dieses Abschnittes erforderlich ist. Die Kontrollen sind, außer bei Gefahr im Verzug, während der Betriebszeiten durchzuführen.

(2) Wird bei einer Kontrolle gemäß Abs. 1 festgestellt, oder erhält das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen sonst davon Kenntnis, dass gegen die Bestimmungen dieses Abschnittes verstoßen wird, so hat es alle Maßnahmen zu verfügen, die zur Herstellung eines gesetzeskonformen Zustands erforderlich sind.

4. Codebuch

I) Einheiten der Codierung

1. Untersuchungseinheit

Die Untersuchungseinheit bilden ausgesuchte österreichische **Printmedien**, die medizinische Berichterstattung zum Inhalt haben. Dies kann sich auf das gesamte Medium oder nur auf Teile eines Mediums wie beispielsweise im Falle von Tageszeitungen beziehen. Die Auswahl der Medien stand repräsentativ für die gesamte Zielgruppe des Pharmamarketings und umfasste somit alle relevanten Medien. Um ein möglichst breites Spektrum abzudecken, erfolgte die Einteilung des Untersuchungsgegenstandes in

- Tagespresse: Kronen-Zeitung, Kurier, Der Standard, Die Presse
- Fachzeitschriften: Ärzte-Krone, Ärzte-Woche, Medical Tribune, Österreichische Ärztezeitung
- Publikumszeitschriften: Medizin populär, Gesundheit, People, News LEBEN.

Je nach Medium werden die relevanten Seiten untersucht. Bei den Tageszeitungen werden daher jeweils nur das Gesundheitsressort bzw. die Beilagen, die gesundheitsrelevante Themen behandeln, analysiert.

Ergänzend zur Inhaltsanalyse der Printmedien wurde auch eine Analyse der **APA-OTS-Meldungen**⁴⁸⁶ durchgeführt, die im Internet unter <http://www.ots.at> abrufbar sind. Vorrangiges Ziel dieser Teiluntersuchung ist es, die Pressearbeit der einzelnen Pharmafirmen auch unter einem inhaltsanalytischen Aspekt beurteilen zu können.

2. Untersuchungszeitraum

Der Untersuchungszeitraum der Printmedien erstreckte sich vom 1. Jänner 2007 bis 30. April 2007. Die Auswahl des untersuchten Zeitraumes ging von der ursprünglichen Überlegung aus, das erste Quartal des Jahres 2007 zu untersuchen. Da der Monat Jänner aber von vielen Faktoren ungünstig beeinflusst wurde wie beispielsweise durch das Fehlen einer Nummer im Erscheinungszyklus, wurde zum Ausgleich der Monat April in die Analyse miteinbezogen.

Aufgrund der angenommenen Agenda-Setting-Funktion des Pressedienstes wurde der Untersuchungszeitraum für dieses Medium ausgedehnt. Dieser erstreckte sich daher vom 1. Dezember 2006 bis 30. April 2007. Es kamen auch hier die gleichen Auswahlkriterien für die Zähleinheit wie bei den Printmedien zur Anwendung.

⁴⁸⁶ URL: <http://www.ots.at> [Stand: 13.10.2008].

3. Analyseeinheit

Die Einheit, für die ein eigener Codebogen angelegt wird, ist der einzelne Beitrag bzw. die einzelne APA-Meldung.

Aufgrund des Forschungsinteresses wird der Untersuchungsgegenstand dementsprechend eingegrenzt. Die Inhaltsanalyse bezieht sich nur auf die Pharmaberichterstattung, d.h. jene Beiträge, die Hinweise auf die Pharmaindustrie enthalten.

Es werden daher nur jene Artikel bzw. Meldungen in die Untersuchung miteinbezogen, die entweder einen Wirkstoff- bzw. Substanznamen (z.B. Acetylsalicylsäure), einen Arzneimittelnamen (z.B. Aspirin®) oder den Namen eines Pharmaunternehmens (wie z.B. Bayer) beinhalteten. Die Untersuchung bezieht sich nur auf den redaktionellen Teil der oben genannten Medien. Von der Untersuchung ausgeschlossen werden sämtliche Formen der Werbeeinschaltung. Dies beinhaltet sowohl Anzeigen bzw. redaktionelle Beiträge, die als solche eindeutig gekennzeichnet wurden.

Auf diese Weise werden insgesamt 309 Print-Artikel und 68 APA-Meldungen identifiziert und kodiert.

II) Kategoriensystem

1) Medienbezogene Eigenschaften	2) Nachrichtenfaktoren	3) Formale Darstellung	4) Thematik	5) Bezug zur Pharmazeutischen Industrie	6) Personalisierung
1.1 Laufende Nummer des Beitrags	2.1 Räumliche Nähe (nur bei Vorkommnissen im Ausland)	3.1 Platzierung	4.1 Thematischer Bezug	5.1 Nennung eines Wirkstoffes	6.1 Anzahl Akteure (s. 4.2)
1.2 Codierer	2.2 Status der Ereignisregion	3.2 Umfang	4.2. Akteure des Themas	5.2 Nennung eines Arzneimittelnamens	6.2 Identifikation der Personen
1.3 Medium	2.3 Institutioneller Einfluss	3.3 Beachtungsgrad		5.3 Nennung eines Pharmaunternehmens	6.3 Namentliche Nennung
1.4 Mediengruppe	2.4 Persönlicher Einfluss	3.4 Stilform			6.4 Abbildung des Akteurs
1.5 Datum	2.5 Personalisierung				
Urheber/Quelle/Autor des Beitrags	2.6 Prominenz				
	2.7 Kontroverse				
	2.8 Aggression				
	2.9 Reichweite				
	2.10 Tatsächlicher Nutzen/Erfolg				
	2.11 Möglicher Nutzen/Erfolg				
	2.12 Tatsächlicher Schaden/Misserfolg				
	2.13 Möglicher Schaden/Misserfolg				

1. Medienbezogene Eigenschaften

1.1 Laufende Nummer des Beitrags: Jeder Codebogen und somit jeder untersuchte Beitrag hat eine eigene Nummer. Diese wird bei der Dateneingabe ergänzt.

1.2 Codierer: Jeder Codierer hat eine eigene Nummer. Diese ist auf dem Codebogen einzutragen.

Schlüsselplan 1: Codierer

01	Martina Nitsch
99	Test-Codierer

1.3 Medium: Hier ist die Zeitung bzw. die Zeitschrift zu verschlüsseln, in der der zu kodierende Beitrag veröffentlicht wurde. Dazu werden die im Kapitel 5.2 definierten Medien kodiert.

Schlüsselplan 2: Medium

1	Kronen-Zeitung
2	Kurier Gesamt (Beilage: Freizeit)
3	Der Standard (Montag-Ausgabe)
4	Die Presse (Beilage: Meine Medizin)
5	MEDIZIN populär
6	Gesundheit
7	News LEBEN
8	Ärzte Krone
9	Ärzte Woche
10	Medical Tribune
11	Österreichische Ärztezeitung
12	Klinik
13	Clinicum
14	People
15	APA-Meldung

1.4 Mediengruppe: Die Mediengruppe bezeichnet die Zusammenfassung einer Gruppe von Zeitungen oder Zeitschriften mit verschiedenen Merkmalen. Im vorliegenden Fall betrifft dies die Zuordnung zu den Gruppen Tageszeitungen, Publikumszeitschriften und Fachzeitschriften gemäß Kapitel 5.2.

Schlüsselplan 3: Mediengruppe

01	Tageszeitungen
02	Publikumszeitschriften
03	Fachzeitschriften
05	APA-Meldungen

1.5 Datum: Das genaue Erscheinungsdatum der Publikation wird achtstellig in der Reihenfolge TT.MM.JJJJ kodiert.

Beispiel: 10.04.2007

1.6 Urheber/Quelle/Autor des Beitrags: Die Quelle oder der Autor kann gar nicht angegeben sein, namentlich oder durch Kürzel erwähnt werden. Hierbei ist zu unterscheiden, ob es sich um Presseagenturen, Journalisten/Redakteure, Korrespondenten/Mitarbeiter, eigene redaktionelle Berichte, Agenturen und Journalisten, Wissenschaftler/Experten, Prominente, Politiker oder sonstige Quellen handelt.

Schlüsselplan 4: Urheber/Quelle

00	Keine Angabe
10	Austria Presse Agentur (APA)
11	Presstext (PTE)
20	Journalist/Redakteur
21	Korrespondent/ Mitarbeiter
22	"Eigener Bericht"/Redaktion
23	Agentur und Journalist/Redakteur
30	Wissenschaftler/Experten
40	Prominente
50	Politiker
60	Pharmaunternehmen
62	PR- und Mediaagenturen
99	Nicht einzuordnen

2. Nachrichtenfaktoren

Die Ausprägung der Nachrichtenfaktoren folgt der Ausprägung bzw. der Einteilung der Codes nach Kepplinger, wobei diese den Einheiten 0, 1, 2, 3 und 9 entspricht. 0 bezeichnet dabei immer die geringste Ausprägung und 3 die höchste. Der Code 9 wird immer dann verwendet, wenn der Faktor nicht zutrifft bzw. der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt.

2.1 Räumliche Nähe (nur bei Vorkommnissen im Ausland): Als „räumliche Nähe“ wird die Entfernung eines Landes zu Österreich bezeichnet. Dabei kommt eine grobe Einteilung zur Anwendung.

Schlüsselplan 5: Räumliche Nähe

0	geringste Nähe: Länder in Asien, Amerika, Pazifik, Australien, afrikanische Länder südlich des Maghreb
1	geringe Nähe: Länder des Nahen Osten, Iran, Türkei, nordafrikanische Länder (Maghreb)
2	große Nähe: Europäische Länder ohne Grenze zu Österreich (hier auch GUS)
3	größte Nähe: Europäische Länder mit Grenze zu Österreich
9	trifft nicht zu: zu verschlüsseln, wenn der Beitrag Themen und Ereignisse in Österreich behandelt oder wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt

2.2 Status der Ereignisregion: Der „Status der Region“ bezeichnet die politische und wirtschaftliche Bedeutung von Orten in Österreich. Für diesen Ereignisfaktor konnte bereits im Zuge des Pre-Tests festgestellt werden, dass eine Dreiteilung der Bewertung nicht möglich ist.

Schlüsselplan 6: Status der Ereignisregion

1	geringer Status: alle Städte und Gemeinden, die nicht unter Code 3 fallen.
3	hoher Status: Bundeshauptstädte, zusätzlich Ereignisse und Themen in einzelnen Bundesländern, bundesweite Ereignisse und Themen
9	trifft nicht zu: zu verschlüsseln, wenn internationale Vorkommnisse vorliegen oder wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt

2.3 Institutioneller Einfluss: Der „institutionelle Einfluss“ bezeichnet die politische, wirtschaftliche oder kulturelle Macht einer Institution. Im Zweifelsfall ist immer der höchste Einfluss zu kodieren.

Schlüsselplan 7: Institutioneller Einfluss

0	geringster Einfluss bzw. kein Einfluss: keine Institution erkennbar bzw. erwähnte Institution lässt sich nicht in 1 bis 3 einordnen
1	geringer Einfluss: regional oder sachlich eng begrenzte internationale Organisationen oder Zusammenschlüsse (z.B. Benelux), Gerichte, Vereine, Bürgerinitiativen, Interessensverbände, Universitäten, wissenschaftliche Institutionen, Massenmedien, Botschaften, kleine und mittlere Wirtschaftsunternehmen und Krankenhäuser.
2	großer Einfluss: internationale Interessensverbände, exekutive, legislative oder judikative Organe auf Bundesländerebene, Kirche, Polizei, berufsständische Vereinigungen (z.B. Ärztekammer), bundesweit tätige Behörden und große Wirtschaftsunternehmen bzw. –konzerne

3	größter Einfluss: bedeutende internationale Organisationen (UNO, WHO); nationale Exekutiven, Legislativen oder Judikativen, z.B. Bundesministerien, Bundeskanzleramt, -gerichtshof, Parlaments- und Staatsparteien, multinationale Konzerne, internationale Konferenzen und Staatsbesuche.
9	trifft nicht zu: zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt

2.4 Persönlicher Einfluss: Der „persönliche Einfluss“ bezeichnet die politische, wirtschaftliche oder kulturelle Macht einer Person innerhalb einer Institution.

Schlüsselplan 8: Persönlicher Einfluss

0	geringster Einfluss bzw. kein Einfluss: kein Einfluss erkennbar bzw. Personen ohne Fachkenntnisse und Entscheidungskompetenz
1	geringer Einfluss: Landes- und Kommunalpolitiker, mittlere Partei-, Gewerkschafts- oder Verbandsfunktionäre, Repräsentanten mittlerer Wirtschaftsunternehmen, einfacher Klerus, sowie Ärzte ohne gehobenen Rang.
2	großer Einfluss: Regierungsmitglieder, Bundespolitiker, führende Partei-, Gewerkschafts- und Verbandsfunktionäre, Repräsentanten großer Wirtschaftsunternehmen, höherer Klerus, Leiter wissenschaftlicher Einrichtungen (z.B. Chefarzt)
3	größter Einfluss: Staatsoberhäupter, Parteichefs sozialistischer Länder, Regierungschefs, oberste Repräsentanten supranationaler Organisationen (UNO, UNESCO, NATO, EG, WHO) und von Religionsgemeinschaften (Papst), Leiter von multinationalen Konzernen
9	trifft nicht zu: zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt

2.5 Personalisierung: Unter „Personalisierung“ wird die Bedeutung von Personen für den berichteten Sachverhalt verstanden.

Schlüsselplan 9: Personalisierung

0	Personen werden zwar genannt, sind aber für das Geschehen ohne Bedeutung. Kern des Berichtes sind nüchterne Vorgänge und abstrakte Tatsachen. <u>Beispiel:</u> „Die Ergebnisse der Studie von Dr. XY werden im Rahmen der Untersuchung berücksichtigt.“
1	geringe Personalisierung: Personen werden zwar genannt, sind aber für das Geschehen ohne Bedeutung. Kern des Berichtes sind nüchterne Vorgänge und abstrakte Tatsachen. <u>Beispiel:</u> „Die Ergebnisse der Studie von Dr. XY werden im Rahmen der Untersuchung berücksichtigt.“
2	große Personalisierung: Im Mittelpunkt des Geschehens stehen etwa gleichrangig Personen und unpersönliche Sachverhalte. Die Äußerung einer bzw. die Auseinandersetzung zwischen einigen wenigen, namentlich, genannten Personen dreht sich um abstrakte Vorgänge. <u>Beispiel:</u> Hierunter fallen vor allem die Äußerungen bzw. die direkten Aussagen von namentlich genannten Ärzten.

3	größte Personalisierung: Das Geschehen dreht sich ausschließlich um einige oder wenige, namentlich genannte oder genau bezeichnete Personen. <u>Beispiel:</u> „Im Zuge eines Gesprächs zwischen Gesundheitsministerin Andrea Kdolsky und Ärztekammer-Präsident Walter Dorner wurde eine Arbeitsgruppe eingesetzt worden.“
9	trifft nicht zu: zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt

2.6 Kontroverse: Als „Kontroverse“ wird die Kontrastierung von Meinungsunterschieden bezeichnet. Verschlüsselt wird die „Kontroverse“ auch dann, wenn in der Meldung nur ausdrücklich eine Meinung erwähnt wird, die Kenntnis der anderen (kontroversen) Meinung jedoch erschlossen werden bzw. als bekannt gelten kann. Es muss sich jedoch um akute Auseinandersetzungen handeln, nicht um die Beschreibung von Dauerkonflikten. Dieser Faktor kommt in der Pharmaberichterstattung vor allem in der Diskussion um Wirkungen und Nebenwirkungen von Therapien, Wirkstoffsubstanzen, Arzneimittel usw. zum Ausdruck.

Schlüsselplan 11:

0	geringste bzw. keine Kontroverse (Kritik): keine Kontroverse erkennbar.
1	geringe Kontroverse (Kritik): gemäßigte Auseinandersetzung, sachliche Darstellung divergierender Ansichten. <u>Beispiel:</u> „Die Pharmaunternehmen kritisierten die Einführung des Boxensystems.“
2	große Kontroverse (Kritik): heftige Auseinandersetzung mit schwerwiegenden Vorwürfen, ohne dass die Lauterkeit von Personen oder die Rechtmäßigkeit des Verhaltens bestritten wird. <u>Beispiel:</u> „Es wurde massiv kritisiert, dass über die Nebenwirkungen des Medikaments nicht ausreichend aufgeklärt wurde.“
3	größte Kontroverse (Kritik): stark emotionale Auseinandersetzung, in der dem anderen die Lauterkeit abgesprochen oder die Rechtmäßigkeit des Verhaltens bestritten wird. Hierunter fallen beispielsweise Anschuldigungen von Personen. <u>Beispiel:</u> „Der Arzt wurde beschuldigt den Patienten über die Nebenwirkungen des Medikaments nicht ausreichend aufgeklärt zu haben.“
9	trifft nicht zu: zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt

2.7 Aggression: Als „Aggression“ wird die Androhung oder Anwendung von Gewalt bezeichnet. Auch dieser Faktor wurde bereits im Vorfeld als inadäquat im Bezug auf das Untersuchungsmaterial eingestuft und wird daher an dieser Stelle nur aus Gründen der Vollständigkeit erwähnt. Im Zuge der Codierung kam es zu keiner Bewertung für diesen Faktor bzw. konnte diesem durchgehend der Wert 0 zugeordnet werden.

2.8 Reichweite: Als „Reichweite“ wird die Anzahl der Personen bezeichnet, die an einem Ereignis teilnehmen bzw. für ein Thema bedeutsam sind oder direkt davon betroffen sind. Es wird nicht die Anzahl der Teilnehmer, sondern die Anzahl der betroffenen Personen verschlüsselt.

Schlüsselplan 13: Reichweite

0	geringste Reichweite bzw. keine Reichweite: Es sind keine Personen direkt betroffen, keine Betroffenheit erkennbar.
1	geringe Reichweite: Betroffen sind eine Person oder wenige Personen (Gruppen). Beispiel: Unfallopfer oder eine an einer bestimmten Erkrankung leidende Gruppe <u>Beispiel</u> : Krebserkrankte Menschen
2	große Reichweite: Betroffen sind soziale Kategorien wie Berufs- und Interessensgruppen (z.B. Beamte, Studenten, Bürger einer Stadt, Parteimitglieder), alle Frauen, Männer oder Kinder, Arbeiter, Autofahrer, Ausländer, Bürger einer Region, eines Bundeslandes. <u>Beispiel</u> : „Gebärmutterkrebs betrifft alle Frauen.“
3	größte Reichweite: Betroffen sind alle Bürger Österreichs bzw. des jeweiligen Ereignislandes, die Gesellschaft, der Staat insgesamt. <u>Beispiel</u> : „Die Gesundheit aller Bürger ist durch die Grippeviren gefährdet.“
9	trifft nicht zu: zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt

2.9 Tatsächlicher Nutzen/Erfolg: Als „tatsächlicher Nutzen/Erfolg“ werden jene Ereignisse und Themen bezeichnet, die in der allgemeinen Beurteilung als positiv gelten oder als Erfolg gewertet werden. Es kommt dabei nicht auf die subjektive Sichtweise eines Beteiligten an, sondern nur auf das allgemeine Verständnis wie man es einem Durchschnittsleser unterstellen kann.

Schlüsselplan 14: Tatsächlicher Nutzen/Erfolg

0	geringster bzw. kein Nutzen/Erfolg: kein Nutzen vorhanden oder erkennbar.
1	geringer Nutzen/Erfolg: kleine Fortschritte auf wichtigem Gebiet, große Fortschritte auf einem unwichtigem Gebiet. <u>Beispiel</u> : Die klinischen Studien der Anfangsphase waren erfolgreich.
2	großer Nutzen/Erfolg: großer Fortschritt auf wichtigem Gebiet. <u>Beispiel</u> : Heilung einer Krankheit durch ein Arzneimittel.
3	größter Nutzen/Erfolg: entscheidender Durchbruch, grundlegende Neuerung auf einem wichtigen Gebiet. <u>Beispiel</u> : Durchbruch in der Krebsforschung-Entdeckung eines wirksamen Mittels gegen Krebs.
9	trifft nicht zu: zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt

2.10 Möglicher Nutzen/Erfolg: Der „mögliche Nutzen/Erfolg“ bezeichnet die nach allgemeinem Verständnis positiven Folgen von Ereignissen und Themen, die wahrscheinlich oder eventuell eintreten können.

Schlüsselplan 15: Möglicher Nutzen/Erfolg

0	geringster bzw. kein Nutzen/Erfolg: kein Nutzen vorhanden oder erkennbar.
1	geringer Nutzen/Erfolg: kleine Fortschritte auf wichtigem Gebiet, große Fortschritte auf einem unwichtigem Gebiet. <u>Beispiel:</u> „Die klinischen Studien befinden sich in der Anfangsphase, versprechen jedoch positive Ergebnisse.“
2	großer Nutzen/Erfolg: großer Fortschritt auf wichtigem Gebiet. <u>Beispiel:</u> Die prognostizierte Heilung einer Krankheit durch ein Arzneimittel.
3	größter Nutzen/Erfolg: entscheidender Durchbruch, grundlegende Neuerung oder mögliche Innovation auf einem wichtigen Gebiet. <u>Beispiel:</u> Möglicher Durchbruch in der Krebsforschung.
9	trifft nicht zu: zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt

2.11 Tatsächlicher Schaden/Misserfolg: Unter „tatsächlicher Schaden“ werden Ereignisse und Themen zusammengefasst, die nach allgemeinem Verständnis negativ sind oder bereits negative Folgen haben. Der Schaden bezieht sich immer auf das Handlungsobjekt (Opfer).

Schlüsselplan 16: Tatsächlicher Schaden/Misserfolg

0	geringster bzw. kein Schaden/Misserfolg: kein Schaden vorhanden oder erkennbar
1	geringer Schaden/Misserfolg: Verringerung des Lebensstandards, Verletzung, leichte Krankheit.
2	großer Schaden/Misserfolg: Bedeutsame Zerstörung von Pflanzen, Tieren, Umwelt allgemein, Verletzung von Menschen, schwere Krankheiten.
3	größter Schaden/Misserfolg: Zerstörung von menschlichem Leben.
9	trifft nicht zu: zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt

2.12 Möglicher Schaden/Misserfolg: Unter „möglicher Schaden“ werden die negativen Auswirkungen und Folgen von Ereignissen und Themen zusammengefasst, die wahrscheinlich oder eventuell eintreten können. Der mögliche Schaden wird immer aus der Perspektive des Handlungsobjektes (Opfer) gesehen.

Schlüsselplan 17: Möglicher Schaden/Misserfolg

0	geringster bzw. kein Schaden/Misserfolg: kein möglicher Schaden vorhanden oder erkennbar
1	geringer möglicher Schaden/Mißerfolg: prognostizierte Verringerung des Lebensstandards, mögliche Entstehung leichter Krankheiten.
2	großer möglicher Schaden/Misserfolg: Bedeutsame mögliche Zerstörung von Pflanzen, Tieren, Umwelt allgemein, Gefahr der Verletzung von Menschen, mögliche Entstehung von schweren Krankheiten.
3	größter Schaden/Misserfolg: mögliche Zerstörung von menschlichem Leben.
9	trifft nicht zu: zu verschlüsseln, wenn der erforderliche inhaltliche Bezug fehlt

3 Formale Darstellung

3.1 Platzierung: Die Platzierung erfasst die Seite, auf der der Beitrag platziert ist. Maßgeblich ist die Seite, auf der der Beitrag beginnt. Es wird die jeweilige Seitenzahl erfasst.

3.2 Umfang: Erfasst wird der gesamte Umfang des Beitrages in cm². Dazu gehören bei zweigeteilten Artikeln auch die Zeilen der Fortsetzung, die sich auf den Folgeseiten befinden können. Angefangene Zeilen werden mitgezählt. Vorspannzeilen, die nicht auf Spaltenformat gebracht sind, bleiben unberücksichtigt. Dies gilt auch für Bildunterschriften sowie für Über-, Unter- und Zwischenüberschriften.

3.3 Beachtungsgrad: Es wird verschlüsselt wie prominent der Beitrag durch die Zeitung platziert wurde. Insgesamt werden vier Beachtungsgrade unterschieden. Maßgebend sind die Stellen, an denen der Beitrag beginnt.

Schlüsselplan 18: Beachtungsgrad

1	Höchster Beachtungsgrad: Zeitungen: Aufmacher ist größter Artikel auf der oberen Hälfte der Titelseite, Kommentare auf der Titelseite. Zeitschriften: Beiträge, die auf der Titelseite angekündigt werden.
2	Zweithöchster Beachtungsgrad: Zeitungen: Mehrspalter auf der Titelseite, Seitenaufmacher auf den Innenseiten. Zeitschriften: Beiträge, die im Inhaltsverzeichnis ausführlich kommentiert oder mit Fotos angekündigt werden.
3	Dritthöchster Beachtungsgrad: Zeitungen: Einspalter Titelseite, Mehrspalter Innenseiten. Zeitschriften: Eigenständige, im Inhaltsverzeichnis genannte Beiträge.
4	Vierthöchster Beachtungsgrad: Zeitungen: Einspalter Innenseiten. Zeitschriften: Kurzbeiträge in Rubriken.
9	trifft nicht zu: zu verschlüsseln, wenn Seitenzahlen nicht relevant sind, d.h. APA-Meldung

3.4 Stilform: Die Zuordnung zu den verschiedenen Stilformen erfolgt in der Regel aufgrund der Kennzeichnung durch die Redaktion. Eine derartige Kennzeichnung kann durch die Nennung der Stilform in der Artikelüberschrift in einer Unter- oder Zwischenüberschrift oder durch eine besondere Schrifttype für Text oder Überschrift erfolgen. In Zweifelsfällen ist der Beitrag anzulesen.

Schlüsselplan 19: Stilform

1	Nachricht/ Bericht: Nachricht und Bericht liefern tatsachenbetonte und aktuelle Informationen über Ereignisse, Sachverhalte und Argumente. Sie informieren- soweit möglich unpersönlich und sachlich über aktuelle Geschehnisse.
2	Reportage/Feature: Beiträge, die tatsachenbetont, aber persönlich gefärbt über aktuelle Geschehnisse oder Erlebnisse des Autors berichten. Sofern sich Beiträge dieser Kategorie mit einer einzelnen Person befassen, sind sie unter "Porträt/Personality-Story/Nachruf (3) einzuordnen.

3	Porträt/Personality-Story/Nachruf: Beiträge deren Inhalt sich vorwiegend auf eine Person konzentriert und deren Handeln oder Charakter beschreiben. Dabei können sie auch Wertungen vornehmen
4	Dokumentation: Beiträge, die als Dokumentation gekennzeichnet sind, Positionen politischer Akteure weitgehend ungekürzt und unkommentiert im Wortlaut wiedergeben, ausschließlich dokumentarische, z.B. chronologische Abrisse der Ereignisse enthalten. Dazu zählen abgedruckte Reden, Programme oder Verträge ebenso wie "Zeittafeln" oder "Kalendarien".
5	Notiz in Sammelbeitrag oder Sammelrubrik. Ausnahmen sind Interviews in diesen Rubriken. Sie sind als "Interview/Gespräch" (6) zu klassifizieren.
6	Interview/Gespräch: Beiträge, die ausschließlich aus Rede und Gegenrede zwischen dem Autor und dem Befragten bzw. zwischen den Teilnehmern einer Gesprächsrunde bestehen. Als Interview gelten nur Beiträge, in denen die Antworten der Befragten im Wortlaut zitiert werden. Liegen indirekte Rede über längere Passagen und wertende Verknüpfungen von Äußerungen vor, ist zu prüfen, ob unter "Porträt/Personality-Story/Nachruf" (3) zu kodieren ist.
7	Kommentar/Leitartikel/Kolumne: Beiträge, die aktuelle Ereignisse interpretieren und bewerten sowie eindeutig die Ansichten der Redaktion oder des Autors widerspiegeln.
8	Glosse: Beiträge, die ebenfalls interpretieren und bewerten, darüber hinaus aber mit Stilmitteln der Ironie oder Satire arbeiten oder in einer humoresken Pointe münden.
9	Anderes: Hier sind alle Beiträge zu verschlüsseln, die keiner der vorangegangenen Ausprägungen zugeordnet werden können.
11	Leserbrief
12	Presseaussendung

4 Thematik

4.1 Thematischer Bezug: Hier wird das Thema des Beitrages verschlüsselt.

Schlüsselplan 22: Thematischer Bezug

Code 1: Kontrazeption/Verhütung	Code 14: Urologie allg.
Code 2: Erkältung/Grippe/Grippaler Infekt/Influenza	Code 15: Allergie
Code 3: Schutzimpfung	Code 16: Rauchen/allg. Lungenerkrankungen (außer „COPD“)
Code 4: Potenz	Code 17: Multiple Sklerose
Code 5: Herz-/Kreislauf/kardiovaskuläre Erkrankungen	Code 19: HNO-Erkrankungen
Code 6: Osteoporose	Code 21: Schilddrüse/Hormone
Code 7: Diabetes	Code 22: Schmerzen allg.
Code 8: Übergewicht/Adipositas	Code 23: Dermatitis/Neurodermitis/Psoriasis
Code 9: Depression/bipolare Störungen	Code 24: Galenik allg.
Code 10: Alzheimer/Demenz	Code 25: Rücken/Rheuma

Code 11: „COPD“ Code 12: Parkinson Code 13: Onkologie allg.	Code 27: Lifestyle Drugs/OTC-Produkte Code 99: Andere
---	--

4.2 Akteure des Themas: Es wird verschlüsselt, ob bzw. wie viele Personen in dem Beitrag namentlich genannt werden.

Schlüsselplan 23: Akteure

0	es werden keine Personen genannt
1	Nennung von einer Person
2	Nennung von zwei Personen
3	Nennung von drei oder mehr Personen

5 Bezug zur pharmazeutischen Industrie

Diese Kategorie bildet die Entscheidung für die Auswahl des Beitrages. Wird in einem Beitrag eine oder mehrere der nachfolgend genannten Kategorien erwähnt, so wird der Beitrag in die Inhaltsanalyse miteinbezogen und kodiert.

5.1 Nennung eines Wirkstoffes: Erfasst werden alle Wirkstoff- bzw. Substanzbezeichnungen im Beitrag. Falls kein Wirkstoff genannt wird, wird die Stelle ausgenullt.

Beispiel: Acetylsalicylsäure

5.2 Nennung eines Arzneimittelnamens: Erfasst werden alle Nennungen von Arzneimitteln im Beitrag. Falls kein Arzneimittel genannt wird, wird die Stelle ausgenullt.

Beispiel: Aspirin®

5.3 Nennung eines Pharmaunternehmens: Erfasst werden alle Nennungen von Arzneimitteln im Beitrag. Falls kein Pharmaunternehmen genannt wird, wird die Stelle ausgenullt.

Beispiel: Bayer

6 Personalisierung

Diese Kategorie kommt nur zur Anwendung, falls Punkt 4.2 mit dem Code 1, 2 oder 3 verschlüsselt wurde.

6.1 Identifikation der Personen: Hierbei wird dem Akteur des Beitrages seine jeweilige Rolle bzw. Position zugewiesen.

Schlüsselplan 24: Identifikation der Personen

6	Pharmazeutisches Personal.
5	Medizinische Autoritäten (MA)/Ärzte .
4	Sprecher von öffentlichen Organisationen und Verbänden. Beispiel: Sprecher der Pharmavereinigung oder der Ärztekammer.
3	Organe bzw. Sprecher von Selbsthilfegruppen
2	Organe bzw. Sprecher von Pharmaunternehmen.
1	Personen ohne Fachkenntnisse und Entscheidungskompetenz bzw. Patienten
9	Andere

6.2 Namentliche Nennung: Der Vor- und Zuname der namentlich genannten Person wird erfasst.

Beispiel: Michael Kunze

6.3 Abbildung des Akteurs: Erfasst wird die Abbildung des Akteurs im Zusammenhang mit dem kodierten Beitrag. Dabei wird kodiert, ob die im Beitrag genannte Person abgebildet wurde oder nicht.

Schlüsselplan 25: Abbildung des Akteurs

0	keine Abbildung des Akteurs
1	Abbildung des Akteurs bzw. der Akteure

III) Beispiel Codierbogen
a) Tageszeitung

Immunabwehr gegen das eigene Organ

Wiener Forscher entdecken entscheidende Wechselwirkungen bei Hashimoto-Thyreoiditis

Ein bis zwei Prozent aller Westeuropäer leiden an einer Hashimoto-Thyreoiditis, wobei bei Frauen zehnmal häufiger davon betroffen sind als Männer. Diese Autoimmunerkrankung, bei der der Körper gegen die eigene Schilddrüse Antikörper entwickelt, löst eine chronische Entzündung der Schilddrüse aus, was wiederum eine Unterfunktion bewirken kann. Die Symptome reichen in unterschiedlichsten Schweregraden von Müdigkeit, Gewichtszunahme, Kälteintoleranz bis zur Depression. Bei der Entstehung einer Hashimoto-Thyreoiditis spielen sehr wahrscheinlich die Gene eine Rolle, hormonelle Umstellungen, eine zu hoch dosierte Jodzufuhr und – wie viele Mediziner beobachten – auch psychische Faktoren. Behandelt wird die Hashimoto-Thyreoiditis durch einen individuell angepassten Schilddrüsenhormonersatz, den Wirkstoff Levothyroxin, etwa Thyrex® von Sandoz. Damit werden allerdings nur die

Symptome bekämpft, eine auf die Ursachen der Erkrankung ausgerichtete Therapie ist zurzeit noch nicht verfügbar. Von einem umfassenden Verständnis dieser Immunerkrankung ist man noch weit entfernt.

Rolle der Zytokine

Ein international viel beachteter Vorstoß in der Grundlagenforschung zur Hashimoto-

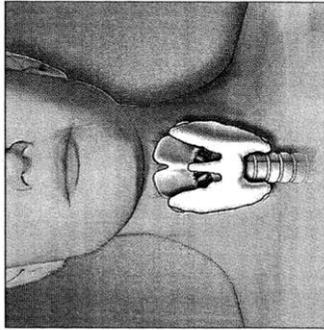
to-Thyreoiditis ist kürzlich dem Nuklearmediziner Georgios Karamikas vom Wiener AKH gelungen: In seiner mit dem Sandoz Forschungspreis 2006 ausgezeichneten Arbeit konnte er erstmals nachweisen, dass bei Hashimoto-Patienten ein erhöhter Antikörperspiegel und eine dadurch gesteigerte Produktion von Zytokinen eine zentrale

le Rolle bei der Schädigung von Schilddrüsenzellen spielen. Zytokine sind Proteine, welche die Intensität und Dauer der Immunabwehr regeln, indem sie auf Lymphozyten und andere Immunzellen wirken.

Fokus auf Antikörper

Diagnostiziert wird die Hashimoto-Thyreoiditis über Antikörper. „Bislang“, so Georgios Karamikas, „wusste allerdings niemand genau über die Wertigkeit des Antikörperspiegels ‚Bescheid‘. In seiner Studie konzentrierte sich der Mediziner auf den immunologischen Status der Patienten, der sich sowohl in den Antikörpern als auch im Zytokine-Produktionsmuster ausdrückt. „Konkret haben wir uns die Wechselbeziehung der beiden Komponenten angesehen, indem wir bei Patienten mit einem hohen bzw. einem niedrigen Antikörperspiegel auch das Zytokine-Produktionsmuster bestimmten.“

Wenn Antikörper gegen die Schilddrüse losgehen, bricht der Hormonhaushalt zusammen. Die Folgen: Müdigkeit, Gewichtszunahme.

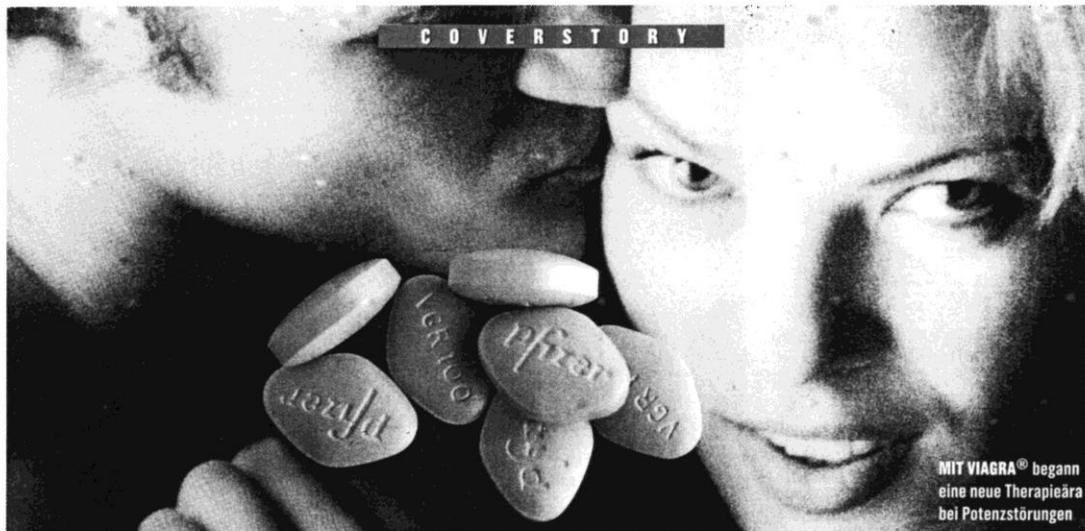


zwischen Antikörperspiegel und Zytokine-Produktionsmuster nachgewiesen werden: Ist der Antikörperspiegel hoch, gibt es sehr viele Zytokine – was auf eine hohe Aktivität der Krankheit schließen lässt. Ist er niedrig, gibt es wenige Zytokine. „In der Grundlagenforschung zur Hashimoto-Thyreoiditis sind wir weit weg die Einzigen, die das nachweisen konnten“, so Karamikas. Auf die Therapie der Immunerkrankung hat diese Erkenntnis zwar noch keine Auswirkungen, aber wir haben ein Fenster für weitere Forschungen geöffnet.“

Anders in der Diagnose: Mit dem neuen Wissen sind nun erstmals Aussagen über die Aktivität der Erkrankung möglich. „Bis jetzt konnte niemand sagen, was die Erhöhung der Antikörper bedeutet“, so Karamikas. „Nun weiß man, dass der erhöhte Antikörperspiegel eine hohe Krankheitsaktivität bedeutet, weil dadurch bestimmte Zytokine vermehrt auftreten.“ (grido)

Kategorien	Codes	Schlüssel/ Explikation
1) Medienbezogene Eigenschaften		
1.1 Laufende Nummer des Beitrags	18	
1.2 Codierer	01	01= Martina Nitsch
1.3 Medium	03	03= Der Standard
1.4 Mediengruppe	01	01= Tageszeitschriften
1.5 Datum	29.01.2007	
1.6 Urheber/Quelle/Autor des Beitrags	20	20= Journalist/Redakteur
2) Nachrichtenfaktoren		
2.1 Räumliche Nähe (nur bei Vorkommissen im Ausland)	9	9= Der Beitrag behandelt Themen und Ereignisse, die sich auf Österreich beziehen
2.2 Status der Ereignisregion	3	3= das Ereignis bezieht sich auf die Bundeshauptstadt Wien
2.3 Institutioneller Einfluss	1	1= geringer Einfluss: Wiener AKH
2.4 Persönlicher Einfluss	1	1= geringer Einfluss: Arzt ohne gehobenen Rang
2.5 Personalisierung	2	2= große Personalisierung: Das Thema beinhaltet unpersönliche Sachverhalte und Äußerungen von Personen zu diesem Sachverhalt. Zitate einer namentlich genannten Person sind angeführt.
2.7 Kontroverse	0	0= keine Kontroverse: Der Beitrag beinhaltet keine kontrastierenden Meinungen.
2.8 Aggression	0	0= keine Aggression: Die Anwendung von Gewalt wird nicht thematisiert.
2.9 Reichweite	1	1= geringe Reichweite: der Beitrag betrifft ein bis zwei Prozent aller Westeuropäer
2.10 Tatsächlicher Nutzen/Erfolg	0	0= kein tatsächlicher Nutzen/Erfolg, denn "(...)auf die Therapie der Immunerkrankung hat diese Erkenntnis zwar noch keine Auswirkungen (...)"
2.11 Möglicher Nutzen/Erfolg	2	2= großer möglicher Nutzen/Erfolg: Der Beitrag stellt dem Leser den Nutzen/Erfolg in Aussicht mehr über die Aktivität der Krankheit in Erfahrung zu bringen
2.12 Tatsächlicher Schaden/Misserfolg	0	0= geringster bzw. kein tatsächlicher Schaden/Misserfolg: kein Schaden vorhanden oder erkennbar
2.13 Möglicher Schaden/Misserfolg	0	0= geringster bzw. kein möglicher Schaden/Misserfolg: kein Schaden vorhanden oder erkennbar
3) Formale Darstellung		
3.1 Platzierung	19	Seitenzahl der untersuchten Ausgabe
3.2 Umfang	322	in cm ²
3.3 Beachtungsgrad	3	3= dritthöchster Beachtungsgrad: Eigenständige, im Inhaltsverzeichnis genannte Beiträge bei Zeitschriften
3.4 Stilform	2	2= Feature: Beiträge, die tatsachenbetont, aber persönlich gefärbt über aktuelle Geschehnisse oder Erlebnisse des Autors berichten. Sofern sich Beiträge dieser Kategorie mit einer einzelnen Person befassen, sind sie unter "Porträt/Personality-Story/Nachruf (3) einzuordnen.
4) Thematik		
4.1 Thematischer Bezug	21	21= Schilddrüse/Hormone
4.2 Akteure-Nennung Experten	1	1= Nennung von einer Person
5) Pharma-Marketing		
5.1 Nennung eines Wirkstoffes/ Substanz	Levothyroxin	
5.2 Nennung eines Arzneimittelnamens	Thyrex	
5.3 Nennung eines Unternehmens	Sandoz	
6) Personalisierung		
6.1 Identifikation der Personen	5	5= Medizinische Autorität/Arzt
6.2 Namentliche Nennung	Georgios Karanikas	
6.3 Abbildung des Akteurs	0	0= keine Abbildung des Akteurs

b) Publikumszeitschrift



Potenzstörungen

Arzt statt Internet

Moderne Medikamente helfen im Bett auf die Sprünge. Diese so genannten PDE-5-Hemmer sind für fast alle Männer geeignet.

Bis vor zehn Jahren hatte es Mann nicht leicht, wenn er im entscheidenden Moment nicht so funktionieren konnte, wie er wollte. Diverse „Wundermittel“ hielten oft nicht das, was sie versprochen, oder waren gar gefährlich – schon die alten Römer haben sich in der Dosierung verschiedener Aphrodisiaka gelegentlich verschätzt und mussten dann ihre Lebenslust mit dem eigenen Leben bezahlen.

Wie wirken PDE-5-Hemmer? Doch vor knapp acht Jahren wurde mit Sildenafil (Viagra®) von Pfizer der erste Vertreter einer ganz neuen Generation von potenzfördernden Medikamenten entwickelt. Patienten stehen nun gut wirksame und sichere Medikamente zur Verfügung, um im Fall des Falles ihren Mann stehen zu können. „Diese so genannten PDE-5-Hemmer wirken, indem sie die Blutgefäße im Penis erweitern und somit die Erektion fördern und stützen“, erklärt Dr. Astrid Zeitelberger, niedergelassene Fachärztin für Urologie und Andrologie, beim Publikumstag „Sexualität & Ge-

sundheit“ im Wiener Rathaus. Eine erektile Dysfunktion, so der Fachausdruck für eine Potenzstörung, kann verschiedene Ursachen haben. Ärztin Zeitelberger zählt auf: „Bei manchen Patienten liegen psychische Gründe, etwa Stress und Leistungsdruck, vor. Andere leiden an Krankheiten, die zu Erektionsstörungen führen können, etwa zu hoher Blutdruck oder Zuckerkrankheit. Auch manche Medikamente beeinträchtigen die Penisfunktion.“ Die niederösterreichische Urologin betont, dass eine erektile Dysfunktion auch das erste Anzeichen einer dieser Erkrankungen sein kann. „Suchen Sie daher bei Potenzstörungen unbedingt den Arzt auf, um eine komplette körperliche Untersuchung zu machen“, mahnt Zeitelberger, das Problem nicht unter der Bettdecke zu belassen.

Gesunder Lebensstil. Dank der neuen Medikamente kann heute den meisten Männern geholfen werden. „Das beste und wichtigste Potenzmittel ist aber noch immer ein gesunder Lebensstil“, erinnert die Fachärztin. „Stress abbauen, Alkohol und Nikotin ver-

meiden, körperliche Aktivität steigern und vor allem Gewicht reduzieren!“ In weiterer Folge kann der Arzt dann einen PDE-5-Hemmer verschreiben, Medikamente, die als sehr sicher gelten, wenn bestimmte Einnahmeregeln beachtet werden.

PDE-5-Hemmer richtig einnehmen. Ein Medikament wirkt, indem es bestimmte Vorgänge im Körper beeinflusst. Und zwar dort, wo es erwünscht ist (Wirkung), und auch dort, wo es weniger erwünscht ist (Nebenwirkung). Fachärztin Zeitelberger erklärt dies anhand der PDE-5-Hemmer: „Eine Nebenwirkung, über die manche Patienten berichten, ist Gesichtsröte. Das lässt sich durch die gefäßerweiternde Wirkung des Medikamentes erklären und ist harmlos.“

Bei bestimmten Gefäßerkrankungen und Medikamenten sind PDE-5-Hemmer allerdings tabu. Zeitelberger empfiehlt daher, „eine Liste von allen Medikamenten, die Sie regelmäßig oder unregelmäßig einnehmen, zum Arzt mitzunehmen“. Ausnahmslos verboten sind PDE-5-Hemmer, wenn gleichzeitig nitrathaltige Medikamente, etwa bei bestimmten Herzkrankheiten wie Angina Pectoris, eingenommen werden. Im Zweifelsfall gibt der Arzt Auskunft!

Expertenrat. Abschließend noch ein wichtiger Rat der Expertin: „Kaufen Sie niemals PDE-5-Hemmer oder andere Medikamente über das Internet. Sie wissen nicht, welche Inhaltsstoffe tatsächlich drinnen sind. Im besten Fall gibt es keine direkte Wirkung auf die Potenz, im schlechtesten Fall kann das Medikament sogar gesundheitsschädlich sein!“

Bettina Kammerer ■

Kategorien	Codes	Schlüssel/ Explikation
1) Medienbezogene Eigenschaften		
1.1 Laufende Nummer des Beitrags	31	
1.2 Codierer	01	01= Martina Nitsch
1.3 Medium	07	07= News Leben
1.4 Mediengruppe	02	02= Publikumszeitschriften
1.5 Datum	26.01.07	01= Tageszeitschriften
1.6 Urheber/Quelle/Autor des Beitrags	20	20= Journalist/Redakteur
2) Nachrichtenfaktoren		
2.1 Räumliche Nähe (nur bei Vorkommissen im Ausland)	9	9= Der Beitrag behandelt Themen und Ereignisse, die sich auf Österreich beziehen
2.2 Status der Ereignisregion	3	3= das Ereignis bezieht sich auf die Bundeshauptstadt Wien
2.3 Institutioneller Einfluss	0	0= kein Einfluss: es ist keine Institution erkennbar
2.4 Persönlicher Einfluss	1	1= geringer Einfluss: Arzt ohne gehobenen Rang
2.5 Personalisierung	2	2= große Personalisierung: Das Thema beinhaltet unpersönliche Sachverhalte und Äußerungen von Personen zu diesem Sachverhalt. Zitate einer namentlich genannten Person sind angeführt.
2.7 Kontroverse	1	1= geringe Kontroverse: die Nebenwirkungen sowie die Gefahren bei falscher Einnahme werden thematisiert
2.8 Aggression	0	0= keine Aggression: Die Anwendung von Gewalt wird nicht thematisiert.
2.9 Reichweite	1	1= geringe Reichweite: der Beitrag betrifft Männer mit Potenzproblemen
2.10 Tatsächlicher Nutzen/Erfolg	2	2= großer Nutzen/Erfolg: Der Beitrag beschreibt den Nutzen/Erfolg mit der Einnahme von PDE-5-Hemmern Potenzprobleme zu beseitigen
2.11 Möglicher Nutzen/Erfolg	2	2= großer möglicher Nutzen/Erfolg: Der Beitrag stellt dem Leser den Nutzen/Erfolg in Aussicht "im Fall des Falles" mit PDE-5-Hemmern etwaige Potenzprobleme zu
2.12 Tatsächlicher Schaden/Misserfolg	0	0= geringster bzw. kein tatsächlicher Schaden/Misserfolg: kein Schaden vorhanden
2.13 Möglicher Schaden/Misserfolg	1	1= geringer möglicher Schaden/Misserfolg: Der Beitrag beschreibt die Nebenwirkungen der Einnahme von PDE-5-Hemmern, die gleichzeitig als "harmlos"
3) Formale Darstellung		
3.1 Platzierung	18	Seitenzahl der untersuchten Ausgabe
3.2 Umfang	513	in cm ²
3.3 Beachtungsgrad	1	Höchster Beachtungsgrad: Beiträge, die auf der Titelseite angekündigt werden.
3.4 Stilform	2	2= Feature: Beiträge, die tatsachenbetont, aber persönlich gefärbt über aktuelle Geschehnisse oder Erlebnisse des Autors berichten. Sofern sich Beiträge dieser Kategorie mit einer einzelnen Person befassen, sind sie unter "Porträt/Personality-
4) Thematik		
4.1 Thematischer Bezug	4	4= Potenz
4.2. Akteure-Nennung Experten	1	1= Nennung von einer Person
5) Pharma-Marketing		
5.1 Nennung eines Wirkstoffes/ Substanz	Sildenafil	
5.2 Nennung eines Arzneimittelnamens	Viagra	
5.3 Nennung eines Unternehmens	Pfizer	
6) Personalisierung		
6.2 Identifikation der Personen	5	5= Medizinische Autorität/Arzt
6.3 Namentliche Nennung	Astrid Zeitelberger	
6.4 Abbildung des Akteurs	0	0= keine Abbildung des Akteurs

c) Fachzeitschrift

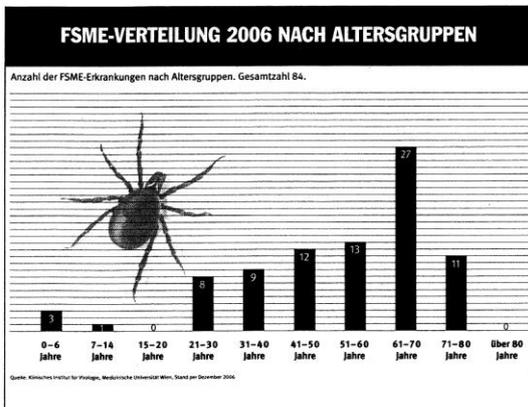
MEDIZIN AKTUELL

FSME: Tendenz zur Impfnachlässigkeit

Das empfohlene Impfschema wird oft nicht eingehalten, die bisher hohe Schutzrate sinkt dadurch.

ES DAUERT IMMER LÄNGER, bis Patienten zur Auffrischungsimpfung kommen: 2006 haben bereits 33% der FSME-Geimpften 6 Jahre und mehr zwischen den beiden letzten Auffrischungsintervallen vergehen lassen. Die FSME-Impfung sollte aber alle 5 Jahre aufgefrischt werden, ab dem 60. Lebensjahr unbedingt alle 3 Jahre. Nur so kann die hohe Schutzrate von 99,4% tatsächlich gehalten werden. Eine aktuelle Studie des Marktforschungsinstitutes GfK Austria, die im Rahmen einer Pressekonferenz der Firma Baxter präsentiert wurde, zeigt Folgendes:

- Die Analyse der Altersgruppen macht deutlich, dass die FSME-Impfung ab dem Schulaustritt vernachlässigt wird. Bis zum 19. Lebensjahr verfügen noch 67% über ein korrektes Impfschema, zwischen 20 und 29 Jahren sind es nur noch 54%. Im Alter zwischen 70 und 79 Jahren sind es gar nur noch 43%.
- Die Durchimpfungsrate in Österreich liegt bei 88% – inkludiert sind auch jene Geimpften mit unvollständigem Impfschema bzw. überzogenem Impfintervall.



FSME-Fälle 2006: Von 84 Erkrankungen war der Großteil der Patienten nicht geimpft, die meisten anderen hatten das empfohlene Impfintervall überschritten

- Nur 58% der Österreicher haben das empfohlene Impfintervall 2006 eingehalten. Im Jahr 2005 waren es immerhin noch 66%.
- Bereits 10% der Befragten glauben, 10%, dass ein Impfintervall von 6 Jahren und mehr genügt, um ausreichend geschützt zu sein.

denz und Feldkirch zu einem etablierten FSME-Endemiegebiet gemausert zu haben. Neue Infektionsorte kommen hinzu, wie 2006 z.B. auch Bad Hofgastein in Salzburg. In unseren Nachbarländern wie etwa Tschechien haben die FSME-Erkrankungen signifikant zugenommen, allerdings liegt dort die Durchimpfungsrate nur bei 11%.

NEUE ENDEMIEGEBIETE

Durch veränderte klimatische Bedingungen verschieben sich auch die Verbreitungsgebiete und es können Zeckenherde in Höhen entstehen, die bisher frei von FSME waren. Univ.-Prof. Dr. Franz X. Heinz, Vorstand des Instituts für Virologie der Medizinischen Universität Wien: „Nach dem Tiroler Inn- und Zillertal scheint sich auch die Region zwischen Blu-

Kategorien	Codes	Schlüssel/ Erklärung
1) Medienbezogene Eigenschaften		
1.1 Laufende Nummer des Beitrags	378	
1.2 Codierer	01	01= Martina Nitsch
1.3 Medium	08	08= Ärzte Krone
1.4 Mediengruppe	03	03= Fachzeitschrift
1.5 Datum	09.03.2007	
1.6 Urheber/Quelle/Autor des Beitrags	22	22= "Eigener Bericht"/Redaktion
2) Nachrichtenfaktoren		
2.1 Räumliche Nähe (nur bei Vorkommnissen im Ausland)	9	9= Der Beitrag behandelt Themen und Ereignisse, die sich auf Österreich beziehen 3= Der Beitrag behandelt ein bundesweites Thema und ist nicht auf einen einzigen wirtschaftlich bedeutsamen Ort beschränkt
2.2 Status der Ereignisregion	3	
2.3 Institutioneller Einfluss	2	2= geringer Einfluss: sowohl das Marktforschungsinstitut, als auch das Institut für Virologie der Medizinischen Universität Wien wäre Code 1 zuzuordnen. Da jedoch auch die Firma Baxter erwähnt wurde, die als großes Wirtschaftsunternehmen Code 2 zuzuordnen ist, wird auch Code 2 codiert. Dies entspricht der Bedingung, dass im Zweifelsfall immer der höchste Einfluss zu codieren ist.
2.4 Persönlicher Einfluss	2	2= großer Einfluss: Prof.Dr. Franz X. Heinz ist Vorstand des Instituts für Virologie der Medizinischen Universität Wien
2.5 Personalisierung	2	2= große Personalisierung: Das Thema beinhaltet unpersönliche Sachverhalte (in diesem Fall Fakten zur Zeckenimpfung) und Äußerungen von Personen zu diesem Sachverhalt. Ein Zitat einer namentlich genannten Person ist angeführt.
2.7 Kontroverse	0	0= keine Kontroverse: Der Beitrag beinhaltet keine kontrastierenden Meinungen.
2.8 Aggression	0	0= keine Aggression: Die Anwendung von Gewalt wird nicht thematisiert.
2.9 Reichweite	3	3= größte Reichweite: Der Beitrag behandelt die Impfnachlässigkeit aller Österreicher aller Altersgruppen
2.10 Tatsächlicher Nutzen/Erfolg	2	2= großer Nutzen/Erfolg: Der Beitrag beschreibt den Nutzen/Erfolg nicht an FSME zu erkranken, wenn man regelmäßig geimpft wird (Die hohe Schutzrate hat bis jetzt geholfen).
2.11 Möglicher Nutzen/Erfolg	2	2= großer möglicher Nutzen/Erfolg: Der Beitrag stellt dem Leser den Nutzen/Erfolg in Aussicht nicht an FSME zu erkranken, wenn man regelmäßig geimpft wird.
2.12 Tatsächlicher Schaden/Misserfolg	2	2= großer Schaden/Misserfolg: Der Beitrag beschreibt den Schaden/Misserfolg von der Zunahme der FSME-Erkrankung in den Nachbarländern, wie der Tschechei.
2.13 Möglicher Schaden/Misserfolg	2	2= großer möglicher Schaden/Misserfolg: Der Beitrag beschreibt den Schaden/Misserfolg von der möglichen Zunahme der FSME-Erkrankung in Österreich
3) Formale Darstellung		
3.1 Platzierung	49	Seitenzahl der untersuchten Ausgabe
3.2 Umfang	378	in cm ²
3.3 Beachtungsgrad	3	3= drithöchster Beachtungsgrad: Eigenständige, im Inhaltsverzeichnis genannte Beiträge bei Zeitschriften
3.4 Stilform	7	7= Kommentar/Leitartikel/Kolumne: Beiträge, die aktuelle Ereignisse interpretieren und bewerten sowie eindeutig die Ansichten der Redaktion oder des Autors widerspiegeln.
4) Thematik		
4.1 Thematischer Bezug	3	3= Schutzimpfung
4.2 Akteure-Nennung Experten	1	1= Nennung von einer Person
5) Pharma-Marketing		
5.1 Nennung eines Wirkstoffes/ Substanz	FSME-Impfung	
5.2 Nennung eines Arzneimittelnamens	0	0= kein Arzneimittel genannt
5.3 Nennung eines Unternehmens	Baxter	
6) Personalisierung		
6.1 Identifikation der Personen	5	5= Medizinische Autorität/Arzt
6.2 Namentliche Nennung	Franz X. Heinz	
6.3 Abbildung des Akteurs	0	0= keine Abbildung des Akteurs

d) APA-Meldung

ikp - Kommunikationsplanung und Öffentlichkeitsarbeit GmbH / 04.12.2006 / 13:08 / OTS0138 5
CI 0710 NEF0003

Ausnahmезustand Regelschmerzen - BILD

Utl.: Anti-Baby-Pille reguliert Hormonhaushalt und verhilft so zu beschwerdefreien Tagen



Wien (OTS) - Monat für Monat wird etwa die Hälfte der Frauen zwischen 15 und 50 äußerst schmerzhaft ans Frausein erinnert. Schmerzen während der Regelblutung sind weit verbreitete gynäkologische Probleme und machen Frauen unnötig das Leben schwer. Sehr häufig ist hormonelles Ungleichgewicht schuld an der monatlichen Pein. Anti-Baby-Pillen sind ein bewährter Weg, die aus der Balance geratenen Hormone wieder ins Lot zu bringen. Besonders die neue Mikropille Belara(R) überzeugt neben sicherer Empfängnisverhütung und Verträglichkeit mit ihren Hormon-ausgleichenden und somit schmerzlindernden Eigenschaften. Neue Studienergebnisse zeigen eine 75%ige Schmerzmittel-Reduktion und 93% weniger Fehlzeiten in der Schule.

Krämpfe im Unterleib, Kopfschmerzen und allgemeines Unwohlsein sind für viele Frauen spürbare Begleiter der Menstruation. Etwa die Hälfte aller Frauen im gebärfähigen Alter leidet an schmerzhafter Regelblutung (med. Dysmenorrhoe). Je jünger die Frau, desto eher hat sie Beschwerden: 60-70% (!) aller Mädchen unter 20 sind betroffen. "Regelschmerzen sind der häufigste Grund, weshalb junge Mädchen das erste Mal den Gynäkologen aufsuchen", weiß Dr. Eva-Katrin Bentz, Gynäkologin an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Wien. "10-30% aller Mädchen und Frauen werden während ihrer Tage dermaßen außer Gefecht gesetzt, dass sie es nicht zur Schule bzw. Arbeit schaffen 1."

Schuld am weiblichen Ausnahmezustand ist meist ein unausgeglichener Hormonhaushalt. Das Zusammenspiel der weiblichen Geschlechtshormone Östrogen und Progesteron ist fein abgestimmt. "Sehr viele Vorgänge im Körper werden durch Hormone gesteuert. Östrogen und Progesteron regeln den weiblichen Zyklus", erklärt Bentz. "Kommt es zu einem Mangel an Progesteron, produziert der Körper vermehrt den schmerz- und krampffördernden Botenstoff Prostaglandin. Prostaglandine bewirken, dass sich die Gebärmutter mehr als sonst zusammenzieht. Unangenehmes Ziehen im Unterleib oder starke Krämpfe sind die Folge."

Um halbwegs beschwerdefrei durch die Tage zu kommen, holen sich viele Frauen und Mädchen jahrelang Schmerzmittel aus der Apotheke. Die Frauenärztin dazu: "Unkontrollierte Schmerzmitteleinnahme darf nur eine kurzfristige Lösung sein. Vielmehr ist durch den Frauenarzt/die Frauenärztin die zugrunde liegende Ursache der Regelschmerzen herauszufinden, die dann entsprechend therapiert werden kann." Liegen die monatlichen Unpässlichkeiten an einem unausgewogenen Hormonhaushalt, kann mit der Pille wirkungsvoll gegengesteuert werden. Bentz: "Für Frauen, die unter starken Regelschmerzen leiden und gleichzeitig Empfängnischutz wünschen, ist eine Anti-Baby-Pille Therapie der Wahl."

Pille ist nicht gleich Pille

Als besonders effektiv hat sich die neue Anti-Baby-Pille Belara(R) erwiesen. In einer großen Untersuchung 2 mit mehr als 16.000 Pillenanwenderinnen konnte dokumentiert werden, dass 76% der Frauen, bei denen eine herkömmliche Pille die Regelschmerzen nicht ausreichend bessern konnte, nach Umstellung auf Belara(R) nahezu beschwerdefrei wurden.

"Belara(R) ist eine gute Alternative zu Schmerzmitteln", bestätigt Bentz. Eine aktuelle Studie 3 untermauert die ausgezeichnete schmerzlindernde Wirkung erneut: "Nach Umstellung auf Belara(R) konnte der Schmerzmittelgebrauch um 75% reduziert werden." Die Studienergebnisse zeigen weiters eine 93%ige Verringerung der Fehlzeiten in der Schule. "Da das enthaltene Gestagen CMA mit dem natürlichen Gelbkörperhormon Progesteron verwandt ist, kann es das

hormonelle Gleichgewicht rasch wieder herstellen und so zyklusabhängige Beschwerden deutlich verbessern bzw. meist ganz beseitigen", erklärt Bentz den Grund für die gute schmerzlindernde Wirkung von Belara(R).

Neben sicherer Verhütung und schmerzfreien Tagen stabilisiert Belara(R) den Zyklus: Blutungsstörungen (Ausbleiben der Blutung, Zwischenblutungen) werden reguliert und die Intensität und Dauer der Menstruation wird reduziert. "In einer klinischen Studie 4 mit über 15.000 Frauen hatten 92% der Anwenderinnen bereits im 3. Belara(R)-Monat stabile Zyklen, über einen Zeitraum von 12 Monaten waren es 98,3%. Die regelmäßigen Blutungen erwiesen sich als kurz, schwach und beschwerdefrei."

Webtipp: www.laralove.at

Mehr zum Thema Regelschmerzen, Liebe und Verhütung gibt's unter www.laralove.at. Mädchen und Frauen können sich hier über die verschiedenen Verhütungsmethoden, die Wirkungsweise der Pille, aber auch sexuell übertragbare Krankheiten und vieles mehr informieren. In Deutschland ist die Site (www.laralove.de) schon Kult. Kürzlich erhielt der Internetauftritt beim Comprix der besten deutschsprachigen Pharma-Kommunikation Gold in der Kategorie Online-Medien.

~

- 1 Zahradnik HP: Regelschmerzen und Ovulationshemmer - Untersuchungen zum Wirkmechanismus. Sonderdruck aus gyn 8 (2003) 2-4
- 2 KUSS-Studie: Kontrazeptiva-Umstellungsstudie mit über 16.000 Anwenderinnen, Klin. biom. Bericht Grünenthal 2003
- 3 BEDY-Studie (Belara(R) bei Dysmenorrhoe-Studie 2006), Publ. in Vorbereitung. Beobachtungszeitraum 1.-6. Zyklus inkl. Ausbildungs- und Berufsausfall.
- 4 Schramm G., Steffens D: Contraceptive efficacy and tolerability of CMA 2mg/EE 0,03mg, Clin Drug Invest 2002; 22: 221-231

~

Bild(er) zu dieser Meldung finden Sie im AOM/Original Bild Service, sowie im APA-OTS Bildarchiv unter <http://bild.ots.at>

Rückfragehinweis:

~

Dr. Eva-Katrin Bentz
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Tel: 01/40400-2816
E: eva-katrin.bentz@meduniwien.ac.at

Mag. Susanne Martin
Grünenthal GmbH
Tel: 02236/379 550 55
E: susanne.martin@grunenthal.at

~

*** OTS-ORIGINALTEXT PRESSEAUSENDUNG UNTER AUSSCHLISSLICHER
INHALTLICHER VERANTWORTUNG DES AUSENDERS - WWW.OTS.AT ***

OTS0138 2006-12-04/13:08

041308 Dez 06

Kategorien	Codes	Schlüssel/ Explikation
1) Medienbezogene Eigenschaften		
1.1 Laufende Nummer des Beitrags	347	
1.2 Codierer	01	01= Martina Nitsch
1.3 Medium	15	15= APA-Meldung
1.4 Mediengruppe	05	05= APA-Meldung
1.5 Datum	04.12.2006	
1.6 Urheber/Quelle/Autor des Beitrags	62	62= PR- und Mediaagentur
2) Nachrichtenfaktoren		
2.1 Räumliche Nähe (nur bei Vorkommnissen im Ausland)	9	9= Der Beitrag behandelt Themen und Ereignisse, die sich auf Österreich beziehen
2.2 Status der Ereignisregion	3	3= das Ereignis bezieht sich auf die Bundeshauptstadt Wien
2.3 Institutioneller Einfluss	1	1= geringer Einfluss: Universitätsklinik für Frauenheilkunde
2.4 Persönlicher Einfluss	1	1= geringer Einfluss: Arzt ohne gehobenen Rang
2.5 Personalisierung	2	2= große Personalisierung: Das Thema beinhaltet unpersönliche Sachverhalte und Äußerungen von Personen zu diesem Sachverhalt. Zitate einer namentlich genannten Person sind angeführt.
2.7 Kontroverse	0	0= keine Kontroverse: Der Beitrag beinhaltet keine kontrastierenden Meinungen.
2.8 Aggression	0	0= keine Aggression: Die Anwendung von Gewalt wird nicht thematisiert.
2.9 Reichweite	2	2= große Reichweite: der Beitrag betrifft alle Frauen
2.10 Tatsächlicher Nutzen/Erfolg	2	2= großer Nutzen/Erfolg: Der Beitrag beschreibt den Nutzen/Erfolg bei einer Einnahme von Belara nicht an Regelschmerzen leiden zu müssen.
2.11 Möglicher Nutzen/Erfolg	2	2= großer möglicher Nutzen/Erfolg: Der Beitrag stellt dem Leser den Nutzen/Erfolg in Aussicht nicht an Regelschmerzen leiden zu müssen, wenn man Belara einnimmt.
2.12 Tatsächlicher Schaden/Misserfolg	0	0= geringster bzw. kein tatsächlicher Schaden/Misserfolg: kein Schaden vorhanden oder erkennbar
2.13 Möglicher Schaden/Misserfolg	0	0= geringster bzw. kein möglicher Schaden/Misserfolg: kein Schaden vorhanden oder erkennbar
3) Formale Darstellung		
3.1 Platzierung	9	kann für APA-Meldungen nicht bestimmt werden
3.2 Umfang	710	in cm ²
3.3 Beachtungsgrad		kann für APA-Meldungen nicht bestimmt werden
3.4 Stilform	12	12= Presseausendung
4) Thematik		
4.1 Thematischer Bezug	1	1=Kontrazeption, Verhütung
4.2. Akteure-Nennung Experten	1	1= Nennung von einer Person
5) Pharma-Marketing		
5.1 Nennung eines Wirkstoffes/ Substanz	Belara	
5.2 Nennung eines Arzneimittelnamens	0	0= es wird kein Arzneimittel genannt
5.3 Nennung eines Unternehmens	Grünenthal GmbH	
6) Personalisierung		
6.1 Identifikation der Personen	5	5= Medizinische Autorität/Arzt
6.2 Namentliche Nennung	Eva-Katrin Benz	
6.3 Abbildung des Akteurs	1	1= Abbildung des Akteurs

5. Leitfaden zu den Interviews

(SF= Schlüsselfrage, EF=Eventualfrage)

Einleitung

Ich möchte Ihnen zunächst kurz die Studie und die Forschungsziele erläutern. Die Arbeit soll in erster Linie einen Versuch darstellen, wichtige Parameter im Medizinjournalismus zu identifizieren. Dabei wurde bereits im Vorfeld eine Inhaltsanalyse von österreichischen Printmedien im Bereich Medizinberichterstattung durchgeführt. Die Analyse basierte auf der Nachrichtentheorie, die in diesem Zusammenhang auf ihre Allgemeingültigkeit überprüft werden soll.

Erläuterung der Nachrichtentheorie.

Neben der Inhaltsanalyse soll aber auch auf die verschiedenen Akteure im Bereich des Medizinjournalismus eingegangen werden. Ich habe mich hierbei entschlossen den Fokus auf folgende Akteure zu legen:

- Medien: Redakteure/ Journalisten
- pharmazeutische Industrie
- Mediziner

Die Interviews mit den ausgewählten Akteuren sollen in erster Linie Aufschluss darüber geben, wie sich das Verhältnis aus deren Sicht darstellt.

Haben Sie sonst noch irgendwelche Fragen oder ist etwas unklar?

Dann würde ich Sie noch um Erlaubnis bitten, das Gespräch aufzeichnen zu dürfen?

Das Gespräch wird selbstverständlich anonymisiert.

Bevor wir beginnen, würde ich Sie noch gerne nach ihrem beruflichen Werdegang fragen...

Block 1)

SF: Ich würde Sie nun bitten sich diese Liste der Nachrichtenfaktoren durchzulesen und im Hinblick auf die österreichische Medizinberichterstattung in der Spalte 1 ihre Bewertung für den Ist-Zustand abzugeben.

(Es wurde eine Liste der Nachrichtenfaktoren laut Kap. 6.4, Abbildung 30 mit Erklärungen vorgelegt und um eine Bewertung auf einer Skala von 1 bis 4 gebeten)

SF: Denken Sie, dass es Unterschiede gibt zwischen der Medizinberichterstattung und der Berichterstattung in anderen Ressorts? Wenn ja, welche?

EF: Was assoziieren Sie spontan dazu?

Block 2)

Im Zuge der Inhaltsanalyse der einzelnen Medien wurden u.a. der Faktor der Personalisierung und der persönliche Einfluss als wichtige Parameter identifiziert.

SF: Wie sehen Sie das?

SF: Um welche Personen handelt es sich Ihrer Meinung nach?

EF: Wie beurteilen Sie das Auftreten bzw. die Nennung von Personen?

Block 3)

SF: Sehen Sie Zusammenhänge zwischen dem Faktor der Personalisierung, d.h. dem Auftreten von Personen und anderen Faktoren/ bzw. Akteuren?

EF: Erfüllen diese Personen eine Funktion im Beitrag? Wenn ja, welche?

SF: Ich würde Sie bitten, sich nun die drei eingangs genannten Akteure noch einmal ins Gedächtnis zu rufen: Mediziner, Redakteure und Journalisten und pharmazeutische Industrie. Wenn Sie ein Beziehungsnetzwerk zwischen diesen drei Akteuren herstellen müssten- wie würde dieses aussehen? Wie würden die Verzweigungen und die Intensitäten zwischen den einzelnen Akteuren aussehen? Wenn Ihnen das leichter fällt, können Sie das auch gerne kurz skizzieren!

Block 4)

Einleitung bzw. Erklärung zu Agenda-Setting-Forschung

SF: Wie beurteilen Sie den Agenda-Setting-Ansatz im Hinblick auf die Medizinberichterstattung?

EF: Wer setzt Ihrer Meinung nach die Medien-Agenda?

EF: Von wem werden die Themen vorgegeben- von welchen Akteuren?

EF: Wie recherchieren Sie?

EF: Welche Quellen nutzen Sie?

Block 5)

SF: Die Akteure, die an Medizinberichterstattung beteiligt sind (Journalisten/ Redakteure, pharmazeutische Industrie und Mediziner) - haben diese Ihrer Meinung nach im Bezug auf die Öffentlichkeit einer gewissen Verantwortung/Verpflichtung nachzukommen?

EF: Wenn ja, welcher?

EF: Falls nicht auf alle drei Akteure eingegangen wird, nochmal einzeln nachfragen

SF: Schaffen es die einzelnen Akteure ihre eigenen Interessen mit den Anforderungen der Öffentlichkeit zu vereinbaren?

EF: Wenn ja, wie?

EF: Werden konkrete Maßnahmen gesetzt?

Block 6)

SF: Wie würden Sie die Medizinberichterstattung in Österreich beurteilen? Was fällt Ihnen spontan dazu ein?

EF: Was empfinden Sie positiv oder negativ?

EF: Was würden Sie sich wünschen?

SF: Wie würde Ihrer Meinung nach idealtypischer Medizinjournalismus aussehen?

Könnten Sie dies bitte auch noch einmal anhand der Liste der Nachrichtenfaktoren ausdrücken und dazu in der 2. Spalte eine Bewertung abgeben.

(Die Liste der Nachrichtenfaktoren wird nochmals vorgelegt und um eine Bewertung des Soll-Zustandes gebeten)

Abschlussfrage: Gibt es sonst noch etwas, dass Sie mir noch gerne mitteilen würden bzw. irgendwelche Anmerkungen?