



universität
wien

DISSERTATION

Das Internet als Gesundheitsinformationsquelle in
der späten Moderne.

Zur Nutzung von online Gesundheitsinformationen in der
Allgemeinbevölkerung in Österreich.

Verfasserin

Mag. Charlotte Wirl

angestrebter akademischer Grad

Doktor der Philosophie (Dr. phil)

Wien, 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 092 122

Dissertationsgebiet lt. Studienblatt: Soziologie

Betreuerin / Betreuer: Prof. Dr. Jürgen Pelikan

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	9
2 Aufbau der Arbeit und Problemstellung	11
2.1 Problemstellung	11
2.2 Aufbau	11
3 Reflexive Moderne und Gesundheit	15
3.1 Reflexive und späte Moderne von Beck und Giddens	15
3.2 Dynamik der Moderne	16
3.2.1 Risiko	18
3.2.2 Die institutionellen Dimensionen der Moderne	19
3.2.3 Transformierung der Intimität und Individualisierung	22
3.2.4 Risikogesellschaft empirisch hinterfragt	22
3.3 Die Gesundheitsgesellschaft	24
3.3.1 Die neuen Dimensionen des Gesundheitsbegriffs	27
3.3.2 Verantwortungsübernahme und Gesundheitskompetenz	29
3.3.3 Soziale Ungleichheit	29
3.4 Reflexive Moderne und Gesundheit	30
3.4.1 Risiko und Gesundheit	32
3.4.2 Definition und Aspekte von Gesundheit	33
3.5 Zusammenschau der Theorien und Kritik	35
4 Gesundheitsinformationen im Internet	39
4.1 Informationsquellen im Internet	40
4.2 Das Internet und die späte Moderne	42
5 Forschungsstand zur Internetnutzung für Gesundheitsinformationen	45
5.1 Internetnutzung in Österreich	45
5.1.1 Die Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen in Österreich - Auswertungen der Eurobarometer Erhebung	46
5.1.2 Österreich im internationalen Vergleich	46
5.1.3 Gesundheitsinformationsquellen im Vergleich	47
5.1.4 Häufigkeit der Nutzung	50
5.2 Charakteristika der Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern	51
5.3 Studien über Nutzerinnen- und Nutzergruppen	57
5.3.1 Kontext der Internetnutzung	58
5.3.2 Das Nutzverhalten	61
5.3.3 Das Internet als „Behandler“	62
5.3.4 Internet und spezifische Krankheiten	62

5.4	Zusammenfassung.....	63
6	Einleitung empirischer Teil	65
7	Die Erhebung	67
8	Der Fragebogen	69
9	Auswertung.....	71
9.1	Gesuchte Themen im Internet	71
9.1.1	Der Zusammenhang von Gesundheitsinformationssuche und Information über Bewegung und Fitness.....	72
9.2	Nutzung von Internet und Online-Gesundheitsinformationen.....	73
9.3	Exkurs: Assoziationen zwischen den unabhängigen Variablen.....	77
9.4	Von welchen Faktoren hängt die Internetnutzung ab?	78
9.4.1	Erklärungen zu den Parameter und Koeffizienten einer binär logistischen Regression.....	79
9.4.2	Binär logistisches Modell zur Internetnutzung.....	80
9.5	Von welchen Faktoren hängt die Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen in der Gesamtstichprobe ab?	81
9.6	Von welchen Faktoren hängt die Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen bei den Internet-Usern ab?	83
9.7	Gesundheitsinformationen-Suchende bei Internet-Usern in genauerer Betrachtung.....	84
9.7.1	Häufigkeit der Suche nach Gesundheitsinformationen	84
9.7.2	Gesuchte Gesundheitsinformationen	86
9.7.3	Subjektive Gesundheit von Informationssuchenden	91
9.7.4	Vertrauen in Gesundheitsinformationen	92
9.8	Typen von Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern nach gesuchten Gesundheitsinformationsthemen.....	94
9.8.1	Modell 1.0	94
9.8.2	Modell 2.2.	96
9.9	Diskussion der Ergebnisse	97
10	Bedeutung von Gesundheitsinformationen	101
10.1	Auswahl der Studienpopulation	101
10.2	Durchführung der Interviews	103
10.3	Auswertung	104
10.4	Ergebnisse	105
10.4.1	Assoziierte Gesundheitsthemen.....	106
10.4.2	Suchverhalten und dahinterliegende Intentionen	108
10.4.3	Latentes Gesundheitsverständnis und Informationsbedürfnis	109
10.5	Zusammenfassung.....	111
11	Schlussfolgerungen und Ausblick	113

11.1	Was bieten die Theorien der späten Moderne für Erklärungsansätze zur Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen?.....	113
11.2	Wie wird in Österreich das Internet für Gesundheitsinformationen genutzt?	114
11.3	Welcher Gesundheitsinformationsbegriff liegt der Internetsuche zugrunde?	115
11.4	Ausblick	115
12	Datenverzeichnis	117
13	Literaturverzeichnis	119
14	Anhang A	129
15	Anhang B Fragebogen	133

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 5.1.:	Häufigkeit der Internetnutzung zu Gesundheitsinformationen in europäischen Ländern n=16.686, in Prozent	47
Abbildung 5.2:	Hauptgesundheitsinformationsquelle in Österreich n=987, in Prozent	48
Abbildung 5.3:	Gesuchte Gesundheitsinformationen in Prozent.....	53
Abbildung 5.4:	Gründe für Internetnutzung für Gesundheitsinformationen in Prozent.....	54
Abbildung 7.1:	Stichprobe und Anzahl der Befragten.....	68
Abbildung 9.1:	Wofür nutzen Internet-User das Internet? In Prozent für Internet-User, n=325	72
Abbildung 9.2:	Online gesuchte Gesundheitsinformationen von Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern nach Geschlecht, in Prozent (n=144).....	89
Abbildung 9.3:	Gesuchte Gesundheitsinformationen von Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern nach subjektiver Gesundheit, in Prozent (n=142)	90
Abbildung 10.1:	Vergleichsgruppen im theoretischen Sampling	102
Tabelle 5.1:	Hauptgesundheitsinformationsquellen nach Geschlecht in Österreich, in Prozent.....	48
Tabelle 5.2:	Hauptgesundheitsinformationsquelle nach Alter in Österreich in Prozent	49
Tabelle 5.3:	Das Internet als gute Informationsquelle nach Geschlecht in Prozent.....	49
Tabelle 5.4:	Das Internet als gute Informationsquelle nach Altersgruppen in Prozent	50
Tabelle 5.5:	Häufigkeit der Internetnutzung für Gesundheitsinformationen im Internet in Österreich Männer und Frauen in Prozent	50
Tabelle 5.6:	Häufigkeit der Internetnutzung für Gesundheitsinformationen im Internet in Österreich nach Altersgruppen in Prozent.....	51
Tabelle 5.7:	Sozio-demographische Merkmale von Gesundheitsinformationen-Suchenden allgemein, die Gesundheitsinformationen online gesucht haben.	52
Tabelle 8.1:	Gegenüberstellung der Stichprobe und der Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht und Altersklassen	70
Tabelle 9.1:	Zusammenhang der Verwendung des Internet für die Aktivitäten Gesundheitsinformationen bzw. Bewegung und Fitness bei Internet-Usern	73
Tabelle 9.2:	Internet-Nutzung, Gesundheitsinformationen-Suche und Gesundheitsinformationen-Suche bei Internet-Usern, in Abhängigkeit von ausgewählten unabhängigen Variablen	76
Tabelle 9.3:	Symmetrisches Gamma der unabhängigen Variablen.....	78
Tabelle 9.4:	Parameter eines binär logistischen Modells zur Internetnutzung.....	80
Tabelle 9.5:	Koeffizienten eines binär logistischen Modells zur Internetnutzung.....	80
Tabelle 9.6:	Parameter eines binär logistischen Modells zur Gesundheitsinformations-Suche im Internet in der Gesamtstichprobe	82

Tabelle 9.7:	Koeffizienten eines binär logistischen Modells zur Gesundheitsinformations-Suche im Internet in der Gesamtstichprobe	82
Tabelle 9.8.	Paramter eines binär logistischen Modells zu Gesundheitsinformations-Suche bei Internet-Usern.....	83
Tabelle 9.9:	Koeffizienten eines binär logistischen Modells zu Gesundheitsinformations-Suche bei Internet-Usern.....	83
Tabelle 9.10:	Häufigkeit der Suche nach Gesundheitsfragen bei Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern, in Prozent	85
Tabelle 9.11.	Gesuchte Gesundheitsinformationsthemen von Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern nach Geschlecht, Alter, Bildung, Gesundheitszustand und Internetnutzungshäufigkeit	87
Tabelle 9.12:	Subjektive Gesundheit von Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern, Mittelwert (5-stufige Skala: 1=sehr gut, 5=sehr schlecht), in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Bildung und Häufigkeit der Gesundheitsinformations-suche	91
Tabelle 9.13.	Vertrauen in Gesundheitsinformationsquellen von Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern in Prozent	92
Tabelle 9.14:	Vertrauen in Gesundheitsinformationsquellen von Gesundheitsinformationen-Suchende bei Internet-Usern, Mittelwert (5-stufige Skala: 1=volles Vertrauen, 5=gar kein Vertrauen), nach ausgewählten unabhängigen Variablen	93
Tabelle 9.15:	Gamma der Clusterzugehörigkeit und Konfidenzintervall	95
Tabelle 9.16.	Gesuchte Themen mit Konfidenzintervall.....	95
Tabelle 9.17:	Gamma der Clusterzugehörigkeit und Konfidenzintervall	96
Tabelle 9.18:	Gesuchte Themen mit Konfidenzintervall.....	97
Tabelle 10.1:	Demographische Darstellung der Interviewpartner	104

Glossar

ATHIS06	Austrian Health Interview survey, Gesundheitsbefragung der Statistik Austria 2006
bzw.	Beziehungsweise
EEG	Elektroenzephalografie
EKG	Elektrokardiogramm
EU-15	Europäische Union mit 15 Mitgliedstaaten (vor 1. Mai 2004)
EU-27	27 Mitgliedstaaten der europäischen Union (seit 1. Jänner 2007)
Eurobarometer	Europaweite einheitliche Befragung zu unterschiedlichen Themengebieten
Internet-User	Nutzerin oder Nutzer des Internets
NGO	Non Governmental Organisations, Nichtregierungsorganisationen die nicht gewinnorientiert agieren
Online	Im Internet
N	Stichprobengröße
Spam	Werbematerialien die via E-Mail zugesendet werden
Stbw.	Standardabweichung
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

In der verfügbaren Literatur zum Thema Internet und Gesundheitsinformationen wird immer wieder von mündigen Patienten und den damit neuen Möglichkeiten gesprochen, aber auch vor den Gefahren des Internets gewarnt. Auffallend dabei ist, dass sehr selten auf die tatsächlichen Nutzungsgewohnheiten und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten oder Bürgerinnen und Bürger eingegangen wird. Es existieren einige Studien zum Thema Gesundheitsinformationen und die Auswirkungen auf das Arzt-Patienten Verhältnis, oder auch Studien zum Umgang mit bestimmten Krankheiten oder den konkreten Umgang mit dem Medium Internet. Sehr wenige Studien gibt es jedoch darüber, wie durchschnittliche Internetnutzer Gesundheitsinformationen verwenden oder suchen und welche Vorstellungen diesen Handlungen zugrunde liegen. Diese Arbeit versucht daher gezielt den „durchschnittlichen Nutzer“ ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken. Zu diesem Ziel werden Internetnutzer als reflexive Akteure verstanden, die einen bewussten Umgang mit Wissen pflegen. Sie unterscheiden sich vom reflexiven Patienten insofern, als sie nicht unbedingt krank oder im Gesundheitssystem erfasst sind.

Die Forschung in Bezug auf Internet und Gesundheit verläuft in unterschiedlichen Diskursen (Seale 2005). Auch in den Medien kommen immer wieder sehr unterschiedliche Aspekte und zum Teil widersprüchliche Ansichten zu den neuen Möglichkeiten durch das Internet zu Tage (Felt 2008). Einige wichtige darunter sind¹ (Vgl. Seale 2005):

1. Ein Großteil der Forschung ist den Veränderungen von Handlungen und Interaktionen aufgrund neuer Informationstechnologien gewidmet. Meist wird hier auf den Typus eines reflexiven Konsumenten eingegangen und die Ermächtigung des Patienten zu informierten Entscheidungen thematisiert (Anderson et al. 2003). Ein Unterpunkt hierzu ist die Forschung über die Auswirkungen auf das Arzt-Patienten Verhältnis² (z.B. Hardey 1999). Weitere diskutierte Themenfelder in diesem Forschungszweig sind der Aufbruch des „Hierarchiemodells“ und der Weg hinzu einem „mündigen“ Patienten. Damit einhergehend beinhaltet ein weiteres Forschungsgebiet die Entstehung neuer struktureller Ungleichheiten (Digital Divide) (Henwood et al. 2003).
2. Ein weiteres wichtiges Forschungsfeld bieten die neuen sozialen Netzwerke über Selbsthilfegruppen und Vernetzung von Betroffenen im Internet (z.B. Canal et al. 2008).
3. Ein dritter Diskurszweig setzt sich mit der Qualität von Informationen im Internet auseinander und dem Prozess der Informationsbeschaffung. Hier sind auf der einen Seite die starken Bedenken seitens der Ärzteschaft anzumerken. Auf der anderen Seite gibt es in diesem Feld auch sehr viel experimentelle Forschung über Qualitätskontrolle der Nutzerinnen und Nutzer (z.B. Eysenbach 2002; Felt 2008; Sillence et al. 2007; Dutta-

¹ Nettleton (Nettleton 2005) wählt eine normative Unterscheidung der Diskurse in „celebratory and empowering“ z. B. bei Hardey (Hardey 1999), „concerned and dangerous“ z. B. bei Eysenbach (Eysenbach 2002) and „contingent and embedded“ z. B. Henwood (Henwood et al. 2003) oder Nettleton (Nettleton 2004).

² Wichtig ist dabei jedoch, die unterschiedlichen Zeitpunkte der Internetnutzung zu differenzieren: Vor dem Arztbesuch, nach dem Arztbesuch, zwischen Arztbesuch oder kontinuierlich bzw. punktuell zur Bewältigung einer Erkrankung (Felt 2008).

Bergman 2004). Dieser Diskurs verläuft anhand des theoretischen Konzepts der „Wissensgesellschaft“ und die Vermittlung und Verarbeitung von Wissen steht im Vordergrund („Science and Technology Studies“). Erwähnenswert ist hierzu eine Studie von Crocco et al. (Crocco et al. 2002) anhand derer festgestellt wurde, dass es bisher nur sehr vereinzelt Berichte von Fällen gibt, wo (Falsch)Informationen aus dem Internet Personen tatsächlich geschadet haben. Aufgrund des eher technozentrierten Ansatzes behandeln diese Studien vorwiegend Krankheiten, insbesondere chronische oder sensible Krankheiten.

Ein weiterer wichtiger Diskussionspunkt (wenn auch nicht in den soziologischen Debatten) ist das Thema des „e-health“. Darunter wird meist eine Umstellung im Gesundheitswesen hin zu elektronischer Datenübermittlung verstanden wie z.B. die e-card oder die elektronische Gesundheitsakte („ELGA“). Die neuen Möglichkeiten der besseren Vernetzung von Patientendaten wird in zahlreichen Dokumenten der europäischen Union als zukunftsweisend betrachtet (z.B. Commission of the European Communities 2002). Dieser Diskurs findet im Allgemeinen in politischen Kreisen statt und beschäftigt sich viel mehr mit technologischen und juristischen Fragen als soziologischen Fragestellungen. Insofern sei dieser Aspekt nur ergänzend erwähnt, er wird jedoch im Laufe dieser Arbeit nicht weiter beachtet.

Ziel dieser Arbeit ist es an dem im Punkt 1 dargestellt Diskurs anzuschließen, indem versucht wird, die Theorie der reflexiven Moderne mit dem tatsächlichen Nutzerverhalten zu verknüpfen. Der Schwerpunkt wird daher auf das Nutzungsverhalten und die Intention der Informationsbeschaffung gelegt. Die Auswirkungen wie z.B. zum Arzt-Patient Verhältnis werden nicht näher betrachtet, da hier die Forschung sehr stark auf den Krankheitsaspekt und die ärztliche Versorgung konzentriert ist und es kaum Thematisierung der präventiven Möglichkeiten gibt. Gegenständliche Arbeit versucht somit erstmals den Gesundheitsbegriff mit der Nutzung des Internets in Österreich zu verbinden. Bisher gibt es noch sehr wenig Arbeiten, die über den Krankheitsbegriff hinaus gehen, und das Konzept der Gesundheitsgesellschaft und das Medium Internet empirisch verknüpfen.

Die Erstellung gegenständlicher Arbeit verlief parallel zum Projekt „Virtuell informiert“ am Institut für Wissenschaftsforschung der Universität Wien. Der vorläufige Abschlussbericht wurde im Jänner 2008 bei einer Konferenz präsentiert und die wichtigsten verfügbaren Ergebnisse wurden in die vorliegende Arbeit eingearbeitet. Eine Abgrenzung zu diesem Projekt ist jedoch notwendig, da in diesem die Wissensgesellschaft und Fragen des Mediums sowie technologische Fragestellungen im Vordergrund standen.

2 Aufbau der Arbeit und Problemstellung

2.1 Problemstellung

Ziel dieser Arbeit ist es, ein Gesamtbild der Nutzerinnen und Nutzern von Online-Gesundheitsinformationen in Österreich zu zeichnen. Dazu werden zwei unterschiedliche Blickwinkel, nämlich eine repräsentative Befragung in Österreich und Tiefeninterviews gewählt. Die einzelnen Forschungsfragen lauten wie folgt:

1. Was folgt aus der Theorie der späten Moderne für die Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen? Die Theorie der späten oder reflexiven Moderne liefert die Grundlage der „reflexiven Konsumenten“, die im Sinne der Verantwortung für die eigene Biographie Informationen suchen und verarbeiten. Die besondere Thematik von Gesundheitsinformationen und dem Internet werden in Hinblick auf die Theorie der reflexiven Moderne bzw. deren Weiterentwicklung diskutiert.
2. Wie wird in Österreich das Internet für Gesundheitsinformationen genutzt? Hauptziel dieser Arbeit ist es, ein einheitliches Bild des „Online-Gesundheitsinformationen-Suchenden“ zu geben. Daraus ergeben sich folgende Unterfragen:
 - Wie ist das Ausmaß der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen in Österreich?
 - Welche Faktoren beeinflussen die Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen?
 - Welche Gesundheitsinformationsthemen werden vorrangig nachgefragt? Lassen sich einzelne Nutzergruppen nach thematischen Schwerpunkten identifizieren?
3. Welcher Gesundheitsinformationsbegriff liegt der Internetsuche zugrunde? In einer qualitativen Untersuchung wird der Frage nachgegangen, welche Themen dem Begriff „Gesundheitsinformationen“ zugrunde liegen.

2.2 Aufbau

Kapitel 3

In einem ersten Schritt der Arbeit wird die Theorie der reflexiven bzw. späten Moderne, wie sie von Beck und Giddens vorgestellt wurde, beleuchtet. Dieses Kapitel versucht cursorisch die Theorie darzustellen, wobei insbesondere auf die Individualisierung als wichtigster Aspekt in Bezug auf die Gesundheit eingegangen wird. Andere wichtige Elemente der Theorie der reflexiven Moderne wie z.B. die Globalisierung werden nur überblicksmäßig behandelt, um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen.

In einem weiteren Schritt wird die Weiterentwicklung der reflexiven Moderne in Bezug auf Gesundheit, die Gesundheitsgesellschaft, von Kickbusch vorgestellt. Ihre Weiterentwicklung der Theorie und die neuen Maximen der Gesundheitsgesellschaft sowie deren Konsequenzen sind wichtige Grundlagen für die darauffolgenden empirischen Auswer-

tungen. In dem Kapitel „reflexive Moderne und Gesundheit“ werden weitere Aspekte aus der aktuellen Forschung und der theoretische Forschungsstand beleuchtet und im Zusammenspiel der Theorien diskutiert.

Kapitel 4

In diesem Kapitel wird das Internet als Gesundheitsinformationsquelle vorgestellt. Dabei wird auf die wichtigsten Anwendungsmöglichkeiten des Internets für Gesundheit eingegangen. Das Internet bietet insgesamt zahlreiche Möglichkeiten, es werden aber auch die damit einhergehenden Probleme vorgestellt. Das Internet ist ebenfalls als wichtiger Faktor in der reflexiven Moderne zu verstehen, das zahlreiche Möglichkeiten wie die Trennung von Zeit und Raum beschleunigt hat. Auf diese Sonderstellung des Internets als Medium wird ebenfalls eingegangen.

Kapitel 5

In diesem Kapitel wird der empirische Forschungsstand zum Thema Gesundheitsinformationen und Internet vorgestellt. Das Kapitel konzentriert sich bewusst auf das Internet als Gesundheitsinformationsquelle, stellt dies jedoch in einzelnen Studienergebnissen anderen Gesundheitsinformationsquellen gegenüber. In dem Kapitel zum jüngsten Forschungsstand werden Studien beleuchtet, die in Datenbanken wie dem Social Sciences Citation Index identifiziert wurden. Zusätzlich wurde nach dem Schneeballverfahren weitere wichtige Literatur nachrecherchiert. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass zumindestens alle großen Studien und akademische Literatur berücksichtigt werden können. Dargestellt werden einige qualitative Studien, die den Kontext der Gesundheitsinformationsbeschaffung diskutieren, als auch quantitative Studien zu Online-Gesundheitsinformationssuche. Als wichtigste Information dient die Eurobarometer-Erhebung 2003, denn diese gibt wichtige Einblicke über das Ausmaß von Gesundheitsinformationen in Österreich. In einer abschließenden Zusammenfassung werden die wichtigsten Ergebnisse wiedergegeben, um damit die Grundlage für die Diskussion der eigenen empirischen Resultate zu liefern.

Kapitel 6 bis 9

Anschließend an den Überblick über bisherige Forschungsergebnisse wird eine eigens durchgeführte repräsentative Telefonerhebung in Österreich zum Thema *Digital Divide* in Österreich vorgestellt. Ein Themenblock dieser Erhebung beschäftigt sich mit dem Thema Online-Gesundheitsinformationen. Die Daten werden ausführlich analysiert und diskutiert sowie abschließend mit den Ergebnissen aus dem Forschungsstand verglichen. Zur Beantwortung der Frage, welche Faktoren die Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen beeinflussen werden in einem ersten Schritt bivariate Auswertungen für *Internet-User*, *Gesundheitsinformationen-Suchende* in der Gesamtstichprobe und *Gesundheitsinformationen-Suchende* bei *Internet-Usern* durchgeführt. In einem späteren Schritt werden diese Faktoren in multivariaten Modellen zusammengefasst. Zusätzlich wird analysiert, ob sich die einzelnen Nutzerinnen und Nutzer in Bezug auf die sie interessierenden Gesundheitsthemen unterscheiden.

Kapitel 10

In Ergänzung zur standardisierten Befragung wurden Tiefeninterviews durchgeführt, die mehr Einblick in das Nutzerverhalten und den Kontext der Nutzung liefern sollen. Augenmerk wird hier auf die assoziierten Gesundheitsinformationsthemen gelegt. Dies war notwendig, da es bisher noch keine festgelegte Definition von Gesundheitsinformationen gibt und hier die Grundlage für weitere Forschung zu diesem Thema gelegt werden soll.

Kapitel 11

In einem abschließenden Kapitel werden die Ergebnisse in ihrer Gesamtheit diskutiert und versucht dabei die neuen Erkenntnisse hervorzuheben. Am Schluss wird noch ein Ausblick über die mögliche Entwicklung von Online-Gesundheitsinformationen und notwendige weitere Forschung gegeben.

3 Reflexive Moderne und Gesundheit

3.1 Reflexive und späte Moderne von Beck und Giddens

Giddens und Beck gehen davon aus, dass wir nicht in der Postmoderne (so wie sie von Lyotards formuliert wurde) sondern in der reflexiven Moderne (Beck 1994a) leben, dies ist eine Weiterentwicklung der Moderne: „Wir treten nicht in eine Periode der Postmoderne ein, sondern wir bewegen uns auf eine Zeit zu, in der sich die Konsequenzen der Moderne radikaler und allgemeiner auswirken als bisher.“ (Giddens 1995, S. 11).

Die treibende Kraft der Moderne war die Zweckrationalität, in der reflexiven Moderne werden die Nebenfolgen der Moderne zum Antrieb. Nebenfolgen und Konsequenzen der Moderne sind größtenteils unerwartet. Ein Beispiel wäre der Einsatz von Technik wie z.B. FCKW-Kühlschränken, deren unbeabsichtigten Folge: das Ozonloch nun zur treibenden Kraft der reflexiven Moderne wurde. Die reflexive Moderne ist eine Weiterentwicklung der Moderne, jedoch nicht durch das Versagen der Moderne, sondern durch den Erfolg der Zweckrationalität in der Moderne.

Die Moderne unterscheidet sich signifikant von der traditionellen Gesellschaftsordnung, gesellschaftliche Institutionen haben einen Wandel durchzogen: „Diskontinuitäten“ der Moderne. Die Moderne als gesellschaftliche Ordnungsform tritt zum ersten Mal in Europa um das 17. Jahrhundert auf, und verbreitet sich seit dem „mehr oder weniger weltweit“ (Giddens 1995, S. 9). Das Wissen und die Erkenntnisse werden immer wieder durch neue Methoden verändert und beeinflusst. Es gibt keine einheitliche allgemeingültige Wertebasis auf denen neue Erkenntnisse aufgebaut werden können. So wurde in den letzten Jahren der „goldene“ Standard von randomisierten kontrollierten Studien zur Testung neuer Medikamente, um die neuen (vorher unbeachteten) Aspekte zu geringer Frauenquoten oder eine Überrepräsentativität weißer Testpersonen erweitert (Clarke 2003).

Die Geschwindigkeit des Wandels sowie die Reichweite des Wandels sind bezeichnend für die Moderne. Das Thema der Reichweite spielt durch die Globalisierung bei Giddens eine wichtige Rolle. Die dritte Diskontinuität ist das „Wesen der modernen Institutionen“ (Giddens 1995, S. 15). So sind manche Institutionen wie der „Nationalstaat“ neu entstanden, andere Institutionen haben trotz gleich bleibenden Namens ihr Wesen verändert, so z.B. die Familie.

Die Idee der Moderne steht im Gegensatz zur **Tradition**. Der Begriff der Tradition spiegelt die Reflexivität wider. Solange die Tradition ungefragt gelebt wurde, war keine Begrifflichkeit notwendig. In der Moderne werden Traditionen mit dem Wissen, dass es auch Neues gibt, modifiziert oder „bewusst“ übernommen.

Im Zeitalter der Globalisierung bezeichnet Beck viele Methoden der Soziologie als „Zombies“ (Beck 2002), denn Phänomene wie Klassen, die eingebunden sind in das

Konstrukt der Gesellschaft eines Nationalstaats, sind aufgrund der Globalisierung hinfällig geworden. Die Gleichsetzung einer Gesellschaft mit einer Nation ist überaltert und kann daher keine wahren Aussagen liefern.

Giddens betont die Reflexivität der Soziologie:

„Soziologisches Wissen schraubt sich in den Bereich des sozialen Lebens hinein und aus diesem Bereich wieder heraus, und es gehört als integrales Bestandteil mit zu diesem Vorgang, dass dieses Wissen dabei sowohl sich selbst als auch diesen Bereich umgestaltet.“ (Giddens 1995, S. 26)

Begriffe, die in der Soziologie verwendet werden, finden immer wieder Eingang in den allgemeinen Sprachgebrauch. Soziologische Phänomene wirken daher gleichzeitig auf die Menschen ein. Eine hohe Scheidungsrate wirkt sich direkt auf die Entscheidung zur Eheschließung aus. Das Einwirken von Expertenwissen in die private Sphäre kann auch an der Zunahme von Selbsthilfebüchern und Selbsttherapie gezeigt werden. Dasselbe kann auch für andere Expertensysteme wie z.B. die Medizin angewendet werden, die mit der Definition neuer Krankheiten wie z.B. Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom von einem Tag auf den anderen bisher „gesunde“ Kinder als „krank“ bezeichnet.

3.2 Dynamik der Moderne

Warum ist nun die Moderne schneller und reichweitender in ihren Entwicklungen als in vormodernen Zeiten? Giddens nennt drei Erscheinungen (Giddens 1995) als Ursache für die Beschleunigung: Die Trennung von Raum und Zeit, die Entbettung sozialer Systeme, die reflexive Ordnung und Unordnung gesellschaftlicher Beziehungen.

Zeit und Raum fielen in den vormodernen Zeiten zusammen, ein Treffpunkt zu einer bestimmte Uhrzeit setzte voraus, dass sich zwei Menschen am selben Punkt zur selben Zeit befanden. Wichtig ist auch, dass vor der flächendeckenden Verbreitung der Uhr es oft keine einheitliche Zeit gab. Die Verbreitung mechanischer Uhren und die Vereinheitlichung des Kalenders trugen bei zur „Entleerung der Zeit“ (Giddens 1995), die die Voraussetzung zur Entleerung des Orts darstellte. Das beste Beispiel für die Entleerung des Orts ist sicherlich das Internet, wo Menschen von überall aus der Welt Zugriff haben. Der Ort ist heute oft virtuell, soziale Kontakte setzen nicht mehr voraus, dass man konkret am selben Ort ist. Die lokale Nähe verschwindet als Hauptursache für soziale Netzwerke, wie sich dies in virtuellen Netzwerken wie z.B. „Facebook“ zeigt.

Entbettungsmechanismen stellen einen Kernpunkt der Theorie von Giddens dar, sie spielen eine essentielle Rolle bei der Entwicklung von modernen Institutionen. Es geht darum, dass der Ort an Bedeutung verliert. Im Rahmen der wirtschaftlichen Globalisierung praktizieren Firmen die Techniken des „disembedding“ und „reembedding“ ihrer Niederlassungen.

„Unter Entbettung verstehe ich das „Herausheben“ sozialer Beziehungen aus ortsgebundenen Interaktionszusammenhängen und ihre unbegrenzte Raum-Zeit-Spannen

übergreifende Umstrukturierung.“ (Giddens 1995, S. 34) Weiteres wird zwischen zwei Entbettungsmechanismen (Giddens 1995) unterschieden: „Schaffung „symbolischer Zeichen“ und „Installierung von Expertensystemen“.

Symbolische Zeichen sind „Medien des Austausches“, die universell gültig sind, so zum Beispiel Geld. Geld bewirkt einen Abstand von Raum und Zeit. Im Gegensatz zum Naturalienhandel, ist Geld ein Mittel zum Aufschub. Der Wert wird erst beim Weiterverwenden eingelöst. Es können Akteure miteinander handeln, auch wenn sie räumlich und zeitlich getrennt sind. Damit symbolische Zeichen gültig sind muss ein Vertrauen in sie bestehen, und eine Garantie, dass ihr Wert eingetauscht wird. Münzen und Papierscheine haben nur symbolischen Wert, wenn z.B. die Nationalbank dafür die Garantie übernimmt. Sie besitzen keinen realen Wert wie z.B. Goldmünzen.

In der modernen Gesellschaft, sind Tätigkeiten spezialisiert und differenziert, es wird immer notwendiger sich auf die Tätigkeit und Fertigkeiten anderer zu verlassen. **Expertentum** wird zunehmend wichtiger, Sachkenntnisse und technische Fertigkeiten umfassen einen Spezialistenkreis auf den jeder einmal angewiesen ist, bei der Benutzung von Straßen – die von Statikern konstruiert wurden – oder bei der Nutzung von Flugzeugen. Expertensysteme sind Bereiche speziellen Wissens die Teil unseres täglichen Lebens sind, in die wir jedoch keinen fundierten Einblick haben, sondern lediglich alltägliches Laienwissen wie z.B. im Umgang mit Computern. Auch hier spielt „Vertrauen“ eine Rolle, mit Garantien und Haftungsbestimmungen (oder auch Berufskodexen) wird versucht Experten zu kontrollieren.

Vertrauen in Expertensysteme oder symbolische Zeichen ist nicht gleichzusetzen mit „blindem Vertrauen“ oder Zutrauen. Vertrauen entsteht hingegen aus dem Wissen von Risiken, dem Bewusstsein, dass Experten Fehler machen.

„Der Begriff des Vertrauen lässt sich bestimmen als Zutrauen zur Zuverlässigkeit einer Person oder eines System in Hinblick auf eine gegebene Menge von Ergebnissen oder Ereignissen, wobei dieses Zutrauen einen Glauben an die Redlichkeit oder Zuneigung einer anderen Person bzw. an die Richtigkeit abstrakter Prinzipien (technisches Wissen) zum Ausdruck bringt. (Giddens 1995, S. 49)

Vertrauen entsteht aus dem oben erwähnten Phänomen der Abstandsvergrößerung zwischen Raum und Zeit, so braucht man kein Vertrauen, wenn man jeden Handgriff des Mechanikers kontrolliert. Erst durch das Fehlen von Information wird Vertrauen notwendig. Es ist jedoch nicht gesagt, dass Vertrauen immer von selbst entsteht, es entsteht vielmehr aus der Notwendigkeit und „Ausgeliefertheit“, denn in der Moderne ist man umgeben von Expertensystemen. Vertrauen besteht solange, bis das Risiko als nicht mehr akzeptabel wahrgenommen wird. „Vertrauen ist daher im Grunde kein ‚Sprung ins Engagement‘, sondern eher ein stillschweigendes Sichabfinden mit Umständen, unter denen andere Alternativen weitgehend ausgeschlossen sind.“ (Giddens 1995, S. 115) Experten oder Gruppen in Machtpositionen versuchen immer wieder ihr „Mehrwissen“ für Partikularinteressen zu verwenden wie z.B. durch Interessensvertretungen (Ärztchammer, Pharmaindustrie...).

Der Begriff der Entbettung wird durch den Begriff der **Rückbettung** ergänzt.

„Darunter verstehe ich die Rückaneignung oder Umformung entbetteter sozialer Beziehungen, durch die sie (sei es auch noch so partiell oder vorübergehend) an lokale raumzeitliche Gegebenheiten geknüpft werden sollen.“ (Giddens 1995, S. 103)

Es herrscht ein gewisses Vertrauen in abstrakte Systeme (gesichtsunabhängige Beziehungen). Dieses Vertrauen wird oft in Schnittpunkten (Zugangspunkten) von abstrakten Systemen erzeugt, in denen gesichtsabhängiges Vertrauen aufgebaut wird. So hängt das Vertrauen in die Sicherheit einer Flugreise, oft von der Seriosität der Flugbegleiterinnen ab, obwohl sie defacto keine Informationen über die Zustände der Fluglotsen liefern können. Soziale Interaktionen finden noch nicht im leeren Raum statt, sondern sind sehr wohl mit Ort und Zeit verbunden. Das Zusammentreffen von Laien und Experten sind daher ein Herzstück der abstrakten Systeme, da dort Vertrauen hergestellt oder zerstört werden kann. Deswegen wird viel Wert auf das Auftreten bei offiziellen Zusammentreffen gelegt. Auf diese Weise wird versucht, die Integrität des Vertreters abstrakter Systeme zu überprüfen. Das Internet bietet kaum mehr Möglichkeiten direkten Kontakt zu den Individuen herzustellen. Umso mehr wird von den Betreiberinnen und Betreibern von Gesundheitsportalen besonderen Wert auf die Gestaltung der Homepages gelegt.

3.2.1 Risiko

Die Tradition wurde verdrängt von der Idee der Vernunft, die versprach größere Sicherheit zu bieten. Die Reflexivität der Moderne hat jedoch bewiesen, dass Vernunft keine Sicherheit bietet, sondern neue Risiken erzeugt. Wissen bedeuten nicht mehr Gewissheit. Risiko wird jedoch als säkularisiert wahrgenommen, es werden keine übernatürlichen Erklärungsversuche herangezogen. „Glück“ im Sinne von „Wunder“ ist in der Moderne verloren gegangen. Die Minimierung von Risiken hat aufgezeigt, dass Risiken nicht ausgelöscht werden können. Risiko hat sich jeden mathematischen und statistischen Berechnungen entzogen. Beck fordert sogar einen neuen Begriff für jene „uncontrollable risks“ (Beck 2002).

Weiteres hat sich viel Wissen als vorübergehend erwiesen, da es ständigen Veränderungen ausgesetzt ist. Modernes Wissen ist ständig von einer Revidierung bedroht und die Unsicherheit moderner (wissenschaftlicher) Erkenntnisse ist präsent. So kommen immer weiter Langzeitfolgen zu Tage, die vorher kaum absehbar waren. Das dramatischste Beispiel aus der Gesundheitsbranche in den letzten Jahrzehnten ist das Schmerzmittel Contergan, das bei Schwangeren zu Missbildungen des Fötus führte³.

Unsicherheit ist keine Erscheinung der Moderne, Gefährdungen drohten jedoch in vor-modernen Zeiten von der physischen Welt (Umweltkatastrophen) und durch menschliche Gewaltanwendung. Giddens – ebenso Beck – nennen ökologische Bedrohungen als Hauptrisiko der reflexiven Moderne. Ein weiteres Risiko ist die globale militärische Macht, denn das Zerstörungspotential moderner Waffen ist enorm. Giddens sieht die

³ <http://de.wikipedia.org/wiki/Contergan-Skandal>; am 20.10.2008

Wahrscheinlichkeit eines Bürgerkrieges als gering an, und sieht dies eher als ein vormoderne Phänomen. Doch ist hier wiederum unklar, ob es sich um eine globale Theorie, oder um eine Theorie der industrialisierten Länder handelt, denn Bürgerkriege sind nach wie vor ein großes Risiko für Millionen von Menschen.

3.2.2 Die institutionellen Dimensionen der Moderne

Der **Kapitalismus** ist ein essentieller Bestandteil der Moderne. Der Wettbewerb des Kapitalismus treibt beständig technologische Innovationen voran, und zielt auf Expansion ab. „Der Kapitalismus ist seit seinen frühesten Anfängen international.“ (Giddens 1995, S. 77)

Die **Überwachungsfähigkeit** der Moderne ist mit der Entwicklung der Moderne eng verbunden (Giddens 1995). Die hohe Technisierung der Überwachungsmöglichkeiten ist charakteristisch für die Moderne, Aufsicht und Überwachung werden oft mittelbar oder unmittelbar durch Informationskontrolle ausgeübt. So ist die direkte Anwendung von Gewalt aus der Arbeitswelt ausgeschieden, die Anwendung von Gewalt ist monopolisiert vom Staat. Hierzu gehört auch die Dimension **militärische Macht** (Kontrolle über die Mittel der Gewaltanwendung) (Giddens 1995). Die vierte Dimension ist der **Industrialismus**, darunter wird die „Umgestaltung der Natur“ verstanden. Die vier Dimensionen sind miteinander verbunden, so hat die Industrialisierung des Krieges eine Interaktion mit den Mittel der Gewaltanwendung. Die Gefahr von Massenvernichtungswaffen hat das Kriegsverhalten beeinflusst. Noch offensichtlicher ist der Zusammenhang zwischen Industrialismus und Kapitalismus, die sich gegenseitig antreiben.

Wie bereits bei der raumzeitlichen Abstandsvergrößerung erwähnt, zeigt Giddens auf, dass immer mehr Interaktionen über große Entfernungen hinweg stattfinden, und der reelle Ort an Bedeutung verliert. Eine logische Auswirkung ist die Ausbreitung zahlreicher Tätigkeiten über die ganze Welt. Am leichtesten lässt sich dies zeigen an dem Prozess der weltweiten Verbreitung des Kapitalismus, doch ist er nur eine der vier Dimensionen der Globalisierung nach Giddens.

„Definieren lässt sich der Begriff der Globalisierung demnach im Sinne einer Intensivierung weltweiter sozialer Beziehungen, durch die entferntesten Orte in solcher Weise miteinander verbunden werden, dass Ereignisse an einem Ort durch Vorgänge geprägt werden, die sich an einem viele Kilometer entfernten Ort abspielen, und umgekehrt.“ (Giddens 1995, S. 85)

Dieser Prozess der Ausbreitung ist jedoch nicht eindimensional, sondern verläuft dialektisch. Die Angst vor einer „Globalhegemonie“ (Giddens 1995) des Abendlandes oder der westlichen Welt lehnen Beck sowie Giddens ab, denn selbst Konzerne wie McDonalds, die weltweit tätig sind, setzen bewusst auf landesspezifische Kost. Die wirtschaftliche Dimension der Globalisierung wird jedoch stark forciert von reichen, kapitalistischen Staaten. Sie stellen die „Hauptzentren der weltwirtschaftlichen Macht“ (Giddens 1995), denn in ihnen haben kapitalistische Wirtschaftsunternehmen oft starke politische Macht. Im Sinne der Globalisierung sind Informationen aus dem Internet von überall unabhängig von Staatsgrenzen abrufbar. Auch die Pharmaindustrie hat eine starke Globalisierung

durchgemacht und den globalen Markt entdeckt, wie man unschwer an den zahlreichen Spam-E-Mails über „Apotheken in Kanada“ erkennen kann.

Große Konzerne besitzen weder Territorialität noch legitimierte Machtanwendung. Wohlhabende Staaten (Dimension: System der Nationalstaaten) besitzen ein hohes Maß an militärischer Macht (Dimension: Militärische Weltordnung), und sind somit noch sehr wichtige Akteure, deren Autonomie von der Anerkennung der Grenzen abhängt. Internationale Beziehungen im heutigen Sprachgebrauch sind eine Erscheinung der Moderne selbst.

Die Ausbreitung des Kapitalismus brachte nicht nur die Marktwirtschaft für Güter und Dienste, sondern brachte laut Giddens (1995) ebenso die „Kommodifizierung der Arbeitskraft“ und Entstehung von Klassenverhältnissen. Die Ausbreitung von Firmen, die Entbettungsmechanismen praktizieren, bewirkt eine internationale Arbeitsteilung, die zu einer starken Differenzierung zwischen den industrialisierten und weniger industrialisierten Staaten führt. Nationalstaaten sind nicht mehr in der Lage ihre Wirtschaft alleine zu lenken.

Der Industrialismus hat für Giddens ebenfalls, die Bedeutung der Umgestaltung der Umwelt. Dies hat dazu geführt, dass ökologische Schäden die ganze Welt bedrohen können. Auch die Umgestaltung technischer Kommunikation ist eine Auswirkung des Industrialismus. Die Bedrohung der Umwelt und die Verbreitung neuer Medien erzeugt ihrerseits wiederum ein Bewusstsein für das Gefühl einer „einzigsten Welt“.

Globalisierung reicht tief in das Leben einzelner Individuen hinein, Kultur und Alltag werden geprägt von ihr. Beck (Beck 1994b) greift hier auf das Konzept von Robertson zurück, der von einer „Glokalisierung“ spricht. Ein dialektischer Prozess bewirkt, dass globale kulturelle Strömungen auf das Lokale treffen, lokale Gewohnheiten verändern, gleichzeitig jedoch wirken lokale Besonderheiten zurück. Beck (Beck 1994b) spricht auch davon, dass die Globalisierung nicht nur „von oben herab“ entsteht, sondern ebenso von einzelnen Individuen ausgeht: „Globalisierung von Innen“. Die Globalisierung der Medizin führte zu einer Ausweitung des Begriffs der „Schulmedizin“, dieser wurde in den letzten Jahren durch die komplementären Gesundheitsbegriffe aus anderen Teilen der Welt ergänzt. So erfahren vor allem traditionellen chinesische Medizin (TCM) wie Akupunktur einen regelrechten Boom.

Da Individuen Schöpfer ihrer eigenen Biographie sind, geht das Klassenbewusstsein verloren, und die traditionelle Politik der Parteien entleert sich. Das Spektrum von Links und Rechts löst sich auf, die Grenzen verschwinden. Die Wähler und Akteure handeln opportunistisch. Nach dem Prinzip des „und“ der Moderne im Gegensatz zu „Entweder-oder“ der Vormoderne sind Wähler „pro-ökologisch“ und „pro-markt“ zugleich.

Die klassischen Feindbilder wie der Kommunismus existieren nicht mehr. Es werden ständig neue Koalitionen zwischen Staaten gebildet und wieder andere aufgekündigt. Die Grenzen werden nach Beck (1986) ständig neu gezogen und neu definiert, so wird die Grenze zwischen Ländern mit Kernkraftwerken auf der einen Seite und keinen Kernkraftwerken auf der anderen Seite gezogen. In anderen Fragen werden jedoch andere Zweckbündnisse eingegangen.

Beck sah schon 1994 die Gefahren, die durch den Zusammenbruch alter Feindbilder entstand. Neue Feindbilder wurden wichtig, damit sich Regierungen legitimieren. Durch die wirtschaftliche Globalisierung und auch die Mobilität in modernen Gesellschaften geraten Regierungen immer mehr unter Legitimitätszwang, sie sind nicht mehr in der Lage die Wirtschaft in ihrem Land zu steuern. Weiteres können sie vor zahlreichen Gefahren der reflexiven Moderne wie z.B. der globalen Erwärmung oder radioaktiven Unfällen keinen Schutz mehr bieten, denn diese Gefahren kennen keine nationalstaatlichen Grenzen. Dieser Verlust an Macht führt zu einer Veränderung in der Selbstwahrnehmung der Staaten, sie definieren sich neu, der Verteidigungskonsens wurde zum Ermächtigungskonsens. „Wie weit die Ermächtigung reicht, hängt nicht mehr von dem demokratischen Souverän (Bürger) ab, sondern von der Bedrohung, die Notwendigkeit der Abwehr.“ (Beck 1994b, S. 138)

Diese permanente Ziehung von neuen Grenzen wird auch mitgetragen von Bürgerinitiativen und neuen sozialen Bewegungen wie NGOs. Sie stellen für Beck die Wiedererfindung der Politik dar, die Politik „von unten“: „Die Individuen kehren in die Politik zurück“ (Beck 1994b). Diese Subpolitik die gleichzeitig innerhalb, außerhalb und neben bestehenden Institutionen (ebenso innerhalb und außerhalb und über Nationen hinweg) funktioniert, bewirkt, dass bestehende Kategorien und Institutionen entleert werden und oft nur mehr ihren symbolischen Charakter behalten (Beck 1994a). Ein Beispiel hierfür sind Ausbau von Selbsthilfegruppen und die stärkere Positionierung von Patientenvertretungen wie z.B. durch die Diabetesgesellschaft.

Die Zunahme der Macht von Interessensvertretungen bewirkt, dass die Politik im institutionalisierten Sinn an Durchsetzungsmacht verliert. Entscheidungsprozesse werden verlangsamt, oder an den politischen Bühnen vorbei geführt. Dies führt zu einer allgemeinen Ohnmacht, Staus sind die Folge (Siehe z.B. das Scheitern der Gesundheitsreform 2008). Die Macht von verschiedenen Gruppen wirken regelverändernd, da sie auf mehreren Ebenen gleichzeitig operieren.

Gleichzeitig sind sie ein wichtiges Ergebnis der reflexiven Moderne, denn alles was vorher unpolitisch war, wird politisch: Wissenschaft oder Privatheit wie z.B. Gesundheit. Die Politisierung des Privaten – unter anderem ein Erfolg der feministischen Bewegungen – zeigt klar, wie sehr die öffentliche Meinung und auch die Gesetze in das Private hineinreichen, das Heim als Herrschaftsbereich des Patriarchen wurde den Rechten der Frau und der Kinder „geopfert“. Beck (Beck 1994b) führt weiters die Wirtschaft als ein Gebiet an, das eine Entwicklung vom Unpolitischen zum Politischen erlebt hat. Es bleibt fraglich, ob die Wirtschaft im industriellen Zeitalter wirklich von der Politik getrennt war.

Globale Bedrohungen, die nur durch gemeinsame Anstrengungen abgewendet werden können, erzeugen eine „global community of fate“ (Beck 2002). Die Vision einer Gesellschaft, die entstehen könnte, nennt Beck die **kosmopolite Gesellschaft**. Das Bewusstsein über Risiken und die Besorgnis über die Zukunft bestimmen die Gegenwart. Internationale Zusammenarbeit wird bestärkt durch den Gedanken, dass nur gemeinsam eine Lösung zu finden ist, und dass die Exklusion armer Länder von der Mitbestimmung zu Terror führen kann. „Helping those who have been excluded is no longer a humanitarian task. It is the West's own interest: the key to its security.“ (Beck 2002). Ebenso liegt die internationale Zusammenarbeit, oder auch die Unterstützung von Impfprogrammen in

anderen Ländern, im Sinne einer globalen Pandemiebekämpfung im Interesse der Nationalstaaten.

Das Aufbrechen eines globalen Bewusstseins geschieht jedoch auch von "innen", innerhalb der Staaten werden immer mehr transnationale Bewegungen aktiv, und die Konsumentinnen und Konsumenten erkennen ihre Macht. Beck visioniert einen symbolischen Massenboykott, und die „Biographie“ jeglicher Produkte, die Informationen über ökologische und arbeitsrechtliche Herstellungsbedingungen enthält.

Ein weiterer Lösungsvorschlag ist das Ende der Konkurrenz unter Staaten, einheitliche Steuern würden die Flucht des Kapitals vor Steuern beenden. Das Umsetzen dieser Visionen benötigt das Bewusstsein von Gefahren und Risiken. Für Beck war der 11. September 2001 ein „Wachrütteln“, das eine Chance zur Entstehung der kosmopoliten Gesellschaft, die von Toleranz gegenüber der „anderen“ (da ja die Grenzen immer verschwommener werden) geprägt ist, darstellt.

3.2.3 Transformierung der Intimität und Individualisierung

Durch die reflexive Moderne wurden Individuen herausgehoben aus „vorbestimmten“ Gemeinschaften, die sich oft durch Ortsgebundenheit auszeichneten, so z.B. der Kirchenverein. Auch die Ehe hat sich zu einem individuellen Risiko transformiert, dem eine individuelle Entscheidung vorausgeht. Giddens nennt Freundschaft einen Rückbettingmechanismus, der auf gegenseitiger Vertrauensbindung beruht und in den beide Parteien investieren; Treue und Ehre vormoderner Kameradschaft sind hingegen obsolet. Da solche Beziehungen nur auf persönlichen und individuellen Entscheidungen beruhen, können sie aufbrechen. Es herrschen keine strengen Vorgaben mehr. In den Worten Becks, ist jeder einzelne „zwangsweise Akteur seiner Biographie und Netzwerke“ (Beck 1994b). Die Bedeutung von „zwangsweise“ in diesem Zusammenhang meint, dass das Individuum in keine industriegesellschaftlichen Lebensformen mehr eingebettet ist: Ehe, Freundschaft und Beruf sind nicht mehr durch die Klassen und Familie vorbestimmt (unter anderem eine Errungenschaft des Sozialstaats). Da ein Individuum jedoch nicht im gesellschaftlichen Vakuum leben kann, ist es gezwungen Netzwerke zu suchen und zu erschaffen. „In der modernen Gesellschaft kommen auf den einzelnen neue institutionelle Anforderungen, Kontrollen und Zwänge zu“ (Beck 1994b). Die Anforderung und Aufforderung ist es „ein eigenes Leben zu führen“ (Beck 1994b). Eine Bastelbiographie ist stets mit Risiken verbunden, den Individuen stehen viel mehr Möglichkeiten und Optionen offen und sie sind daher stets zu Entscheidungen gezwungen.

3.2.4 Risikogesellschaft empirisch hinterfragt

Lupton et al. (2002) versuchen anhand halbstrukturierter Interviews mit 74 Australierinnen und Australiern Risikodefinition und Risikowahrnehmung zu erforschen. Sorgen über Risiken führen zur Hinterfragung von Expertensystemen und Skeptizismus über moderne Institutionen wie die Wissenschaft. Durch den Zusammenbruch traditionaler Strukturen rückt das Individuum ins Zentrum der Aufmerksamkeit und sogenannte „reflexive Biographien“ oder „Bastelbiographien“ entstehen. Diese Biographien zeichnen sich da-

durch aus, dass selbst Entscheidungen getroffen werden müssen und daher ein Versagen oder eine Krise ein individuelles Problem und kein gesellschaftliches ist. Diese neuen Lebensformen gehen mit einer hohen Verunsicherung und Angst einher. Die Interviewten definieren Risiko allgemein als eine Handlung oder Entscheidung mit ungewissem Ergebnis und einem Gefühl, nicht die Kontrolle zu haben. Die meisten Interviewten sehen Risiko als einen unvermeidlichen Bestandteil des (alltäglichen) Lebens an. Risiko ist größtenteils negativ assoziiert, wird jedoch der Möglichkeit rationaler Entscheidungen und der Wahlmöglichkeit gegenübergestellt. Risiko wird als ein immer präsenterer Teil des Lebens wahrgenommen und die Individuen versuchen Kontrolle darüber zu erlangen. Risiko wird jedoch auch teilweise als positiv betrachtet, als Teil eines gewissen Lebensstils (z.B. bei Freizeitaktivitäten). Die Autoren schließen, dass die Personen im Sinne von reflexiven Akteuren handeln, die auf bestehende Risiken reagieren, diese als beängstigend wahrnehmen, jedoch bereit sind, bewusst bestimmte Risiken einzugehen, wenn der potentielle Gewinn groß ist. Auch in der Wahrnehmung des Risikos sind die Interviewten reflexiv: Risiko wird als etwas betrachtet, das abhängig von der Perspektive des einzelnen ist. Risikowahrnehmung wird dynamisch gesehen und die veränderte Risikowahrnehmung im Laufe des Lebens wird bewusst dargestellt. Die Antworten der Interviewten auf Risiken beziehen sich auf individualisierte Risiken und persönliche Entscheidungen, die sie relativ autonom treffen. Bei der Frage nach Risiken in Australien allgemein, kristallisieren sich allgemeinere Risiken wie soziale Ungleichheit heraus. Globalisierung und Umweltprobleme werden kaum angesprochen.

Lupton et al. identifizieren bei den Interviews drei Gruppen von Risiken: körperliche Risiken (physische Risiken, gesundheitliche Risiken, Risiken durch Gewalt), finanzielle Risiken (Arbeitslosigkeit, Verantwortung für die Familie), intime Risiken (wie Ehe, Familie und Liebesbeziehungen) und Risiken verbunden mit Migration und Auslandsreisen (44 % der Befragten haben einen Migrationshintergrund). Wichtig war – insbesondere bei Personen mit kleinen Kindern – das Gefühl des „geteilten Risikos“. Gefährdungen der Gesundheit durch den Arbeitsplatz, Risiken in intimem Beziehungen und ökonomische Risiken wie Arbeitslosigkeit werden ebenfalls genannt. Ältere Menschen sind häufiger über Risiken in Bezug auf ihre Gesundheit besorgt als jüngere.

3.3 Die Gesundheitsgesellschaft

Kickbusch greift die von Giddens formulierten Handlungsprinzipien: Expansion, Optionenvielfalt, Individualisierung und Machbarkeit auf und beschreibt Gesundheit als den gesellschaftlichen Bereich für diese Veränderungen. Für Kickbusch ist die Gesundheit in der späten Moderne selbst zur treibenden Kraft der Gesellschaft geworden. Die Dynamik der Gesundheit hat Einfluss auf das ökonomische, soziale und politische Leben. Die Dynamik ergibt sich aus dem Zusammenwirken von sechs großen Trends (Kickbusch 2006a, S. 7):

- „Die Menschen leben länger und sind länger gesund,
- das Krankheitsspektrum der Gesellschaft hat sich signifikant in Richtung chronischer, zum Teil vermeidbarer Krankheiten verschoben,
- das Krankheitsversorgungssystem nimmt einen größeren Anteil am Bruttosozialprodukt ein,
- der expandierende Gesundheitsmarkt ist zum wichtigen Faktor des Wirtschaftswachstums geworden,
- die Globalisierung bringt neue Gesundheitsrisiken mit sich,
- das öffentliche und persönliche Interesse an der Gesundheit hat signifikant zugenommen.“

Kickbusch beruft sich besonders stark auf die ökonomischen Aspekte von Gesundheit und Krankheit. Auf der einen Seite gibt es den expandierenden „Gesundheitsmarkt“ auf der anderen Seite die zum Teil globalen (wirtschaftlichen) Auswirkungen von Epidemien.

Laut Kickbusch war der Gesundheitsdiskurs lange von negativen Aspekten wie vermehrtem gesundheitsschädlichem Verhalten und von Gefahren geprägt, sowie dem Drang nach einer Verbesserung des menschlichen Körpers. Kickbusch behauptet jedoch, dass die Gesundheit als Ausdruck moderner Lebensqualität vermehrt an positiver Bedeutung gewinnt. Damit geht das „Empowerment“ – die Emanzipation des Patienten – einher. Die Gesundheit wird verstärkt als positive Ressource in den Alltag eingebracht und zur aktiven Lebensgestaltung genutzt.

Die Gesundheitsgesellschaft besteht aus vier Maximen (Kickbusch 2006a, S. 10)

1. Gesundheit ist grenzenlos
2. Gesundheit ist überall
3. Gesundheit ist machbar
4. jede Entscheidung ist zugleich eine Gesundheitsentscheidung

Unter einer grenzenlosen Gesundheit versteht Kickbusch, dass die Gesundheit ein Teil der Lebenserfahrung der Individuen ist und durch die Individuen beeinflusst und bestimmt wird. Es gibt keine gültige Definition für Gesundheit, sondern der subjektive Eindruck der Individuen für ihre eigene Gesundheit. Durch diese umfassenden zahlreichen Definitionen schließt die Gesundheit immer mehr gesellschaftliche Bereiche ein und ist dadurch überall. Die unterschiedlichen Definitionen von Gesundheit benötigen immer mehr individuelle Lösungen, wodurch das staatliche Gesundheitswesen in den Hinter-

grund gedrängt wird. Unter einer machbaren Gesundheit versteht Kickbusch die Anwendung moderner Technologien bzw. Behandlungsmöglichkeiten, die eine „Perfektionierung“ des menschlichen Körpers scheinbar möglich machen. Ein signifikantes Zeichen der Moderne ist, dass Personen nicht mehr wehrlos Krankheiten ausgesetzt sind. Hier schließt sie erneut an Beck und Giddens an, für die die Moderne durch ein Abnehmen dieser Form der Gefahren gekennzeichnet ist.

Die Machbarkeit der Gesundheit entwickelt sich parallel zur Moderne und ist durch drei große Gesundheitsrevolutionen gekennzeichnet:

Die **erste Gesundheitsrevolution** fand im 19. Jahrhundert statt: Die Sicherung der öffentlichen Gesundheit z.B. durch Ausbau der Kanalisation steht im Vordergrund. Davor (18. Jahrhundert) war die Gesundheit eine persönliche Angelegenheit, lag jedoch nur zum Teil im Einfluss- und Verantwortungsbereich des Individuums. Das „persönliche“ einer Krankheit entsprach dem persönlichen Schicksal. Die erste Gesundheitsrevolution verlief parallel zur Entwicklung der Nationalstaaten und der Übernahme des Staates von Schutzfunktionen z.B. in Bereichen von übertragbaren Krankheiten oder auch der allgemeinen Schulpflicht. Der ersten Gesundheitsrevolution liegt das Paradigma der Sicherung zugrunde.

Die **zweite Gesundheitsrevolution** fand im Verlauf des 20. Jahrhunderts statt. Sie hatte medizinische Gesundheit im Blickpunkt und dadurch die Entwicklung von Versicherungssystemen und medizinischen Versorgungssystemen. Dies geschieht auch mit Hilfe der Professionalisierung der Medizin und der Gesundheitsberufe sowie der Änderung der Erwartungshaltung der Bürgerinnen und Bürger gegenüber dem Sozialstaat. Das Paradigma der zweiten Gesundheitsrevolution war die Versorgung. Die Sicherung der öffentlichen Gesundheit durch Maßnahmen in der ersten Gesundheitsrevolution treten in den Hintergrund, da sie als selbstverständlich angenommen werden. Die Gesundheit wird wiederum vermehrt zur privaten Angelegenheit und ist geprägt durch die Entwicklung einer Arzt-Patienten Beziehung. Die Verantwortung für die eigene Gesundheit unterscheidet sich von jener im 18. Jahrhundert, da eine Beeinflussung der eigenen Gesundheit durch wissenschaftliche Erkenntnisse möglich ist. So kann die „medizinische“ Gesundheit als die dominante Form des 20. Jahrhunderts angesehen werden. Die zweite Gesundheitsrevolution ist stark durch ein bio-medizinisches Patientenbild geprägt, Erfolg versprach man sich durch wissenschaftliche Durchbrüche und Erkenntnisse. In der zweiten Hälfte der zweiten Gesundheitsrevolution traten persönliche Faktoren und Verhaltensweisen in den Vordergrund (Verhaltensprävention). Diese wurden jedoch nicht in den sozialen Kontext gebettet (Verhältnisprävention).

Die **dritte Gesundheitsrevolution** fand am Beginn des 21. Jahrhunderts statt. Die dritte Gesundheitsrevolution ist geprägt durch vermehrtes Gesundheitsbewusstsein und dem Paradigma der Förderung. Es geht darum die Einzelnen auf neue Weise in den Gesundheitsprozess einzubinden und die Gesundheitsförderung in den Alltag zu überführen. Die dominante Form der Gesundheit ist jene des Gesundheitsmarktes.

Laut Kickbusch ist Gesundheit überall und umfasst immer mehr Bereiche der Gesellschaftspolitik. Immer mehr rücken die gesundheitlichen Auswirkungen sozialer Determinanten und Umweltfaktoren in den Blickpunkt der Öffentlichkeit. Immerhin sind 60 bis 80

Prozent der Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen, nicht direkt medizinischer Natur (Kickbusch 2006b). Dem Gesundheitssystem werden immer mehr Felder zugeordnet, die ursprünglich in anderen Gebieten angeordnet waren z.B. Alkoholismus oder Sucht (Clarke et al. 2003). Während in der zweiten Gesundheitsrevolution das Hauptaugenmerk auf der Bekämpfung infektiöser Krankheiten lag, treten nun wieder vermehrt Umweltfaktoren ins Blickfeld. Als neue krankmachende Faktoren identifiziert Kickbusch: Beschleunigung, (Wegfall) sozialer Netzwerke, Lebensstil, Armut, Ungleichheit und Arbeitswelt.

Die entstandene Gesundheitsgesellschaft ist das Ergebnis der kontinuierlichen Expansion der Gesundheit und ihre Umsetzung in der persönlichen Gesundheit, in der öffentlichen Gesundheit, der medizinischen Gesundheit und des Gesundheitsmarktes. Diese Expansion findet in diesen unterschiedlichen Bereichen und Handlungen statt. Die Gesundheit wird ein Begriff und eine Norm in allen Lebensbereichen.

In der späten Moderne überschneiden sich nach Kickbusch die unterschiedlichen Rollen, die Personen einnehmen: Sie sind Konsumenten auf dem Gesundheitsmarkt, Patienten im Gesundheitssystem und Bürger in der Gesundheitsgesellschaft (Kickbusch 2006a). In all diesen Rollen sind die Individuen darin gefordert Entscheidungen zu treffen, insbesondere trifft das auf die Rolle der Konsumentinnen und Konsumenten zu. Auf dem Gesundheitsmarkt stehen die Individuen wirtschaftlichen Interessen und unzähligen Angeboten gegenüber zwischen denen sie wählen können bzw. müssen. Man denke alleine an das große Angebot an Vitaminpräparaten. In der Rolle als Konsumentinnen und Konsumenten sind Personen mit einer regelrechten Informationsflut konfrontiert. Diese Informationen können jedoch sehr volatile sein, denn was heute gesund ist, kann morgen schon wieder als ungesund gelten. „In modernen Gesundheitsgesellschaften wird den BürgerInnen in ihrer Rolle als Konsumenten von Gesundheitsprodukten und Dienstleistungen viel abverlangt. Es wird selbstverständlich erwartet, dass sie fähig sind, stichhaltige Entscheide für ihre eigene und die Gesundheit anderer zu fällen. Dem liegt jedoch die irreführende Annahme zugrunde, dass die Fähigkeiten der Bürgerinnen und Bürger für ein kompetentes Handeln auf dem Markt oder im Gesundheitssystem schon vorhanden sind. In der Realität ist dies jedoch nicht so.“ (Kickbusch 2006a, S. 71). Kickbusch thematisiert den wichtigen Aspekt fehlender Ressourcen und Fähigkeiten der Individuen ihren Rollen entsprechend kompetente Entscheidungen zu treffen. Sie geht daher nicht unbedingt von dem Bild eines selbstbewussten Konsumenten am Gesundheitsmarkt aus, sondern von Individuen die einer Auswahl an Dienstleistungen und Produkten unvorbereitet gegenüberstehen. Ungeklärt bleibt wie Individuen zwischen ihren Rollen „wechseln“. Agieren sie z.B. selbstbewusst am Gesundheitsmarkt und übernehmen diese Einstellung in ihre Rolle als Patient und Bürger? Gibt es den Rollen entsprechende Verhaltensmuster? Kickbusch nimmt keine ausreichende Beschreibung und Definition der unterschiedlichen Rollen vor. Sie könnten jedoch ein nützliches Werkzeug zur Gruppierung von unterschiedlichen Informationssuchverhalten (Vgl. Kapitel 9) sein. Die Frage hierzu lautet: in welcher Rolle nutzen Individuen das Internet für Gesundheitsinformationen und erweist sich die Zuordnung zu diesen Rollen als sinnvoll? Gegenständliche Arbeit war nicht ursprünglich auf die Beantwortung dieser Forschungsfrage ausgelegt und ist daher nicht bei der Konzeption der Erhebungsinstrumente nicht berücksichtigt worden. Bei der Analyse der Ergebnisse wird jedoch versucht diese Frage ebenfalls zu beantworten.

3.3.1 Die neuen Dimensionen des Gesundheitsbegriffs

Die Expansion als ein elementares Merkmal in allen Handlungen (in den vier Gesundheitsdimensionen) berührt die Individuen (ein stetiges Augenmerk auf die eigene Gesundheit), das medizinische System (Entdeckung neuer Krankheiten und Behandlungsmodelle), die öffentliche Gesundheit (Schaffung von gesetzlichen Rahmenbedingungen und Informationskampagnen) und den Markt (Entwicklung und Bewerbung neuer Mittel). Der Gesundheitsgesellschaft liegen drei Werteorientierungen zugrunde:

- Gesundheit als Emanzipation und Empowerment
- Gesundheit als Produkt
- Gesundheit als Perfektion und ultimativer Wert

Die Moderne hat ihr Versprechen der Machbarkeit von Gesundheit durch die Befreiung von zahlreichen Krankheiten eingelöst. Hier schließt sie exakt an das Konzept der reflexiven Moderne an, die die reflexive Moderne als das Ergebnis der erfolgreichen Moderne sieht. Durch die Einführung solidarischer System und des medizinischen Fortschritts ist der Zustand frei von Krankheit zur Regel geworden und es kann ein vermehrtes Augenmerk auf die Gesundheitsförderung gelegt werden.

Der Gesundheitsbegriff ist nicht mehr durch medizinische Expertinnen und Experten und dem Gesundheitssystem definiert, sondern ist Teil der täglichen Lebensqualität und des Wohlbefindens und dadurch omnipräsent: „In dieser Perspektive wird Gesundheit konkret fassbar und es wird deutlich, dass man immer und überall etwas für seine Gesundheit tun kann, auch in kleinen Schritten“ (Kickbusch 2006a, S. 35). Gesundheit ist eine positive Lebensressource und ist in den Alltag eingebunden.

Es gibt sechs Elemente des neuen Gesundheitsbewusstseins:

Gesundheit ist Emanzipation. Die Verantwortung für den eigenen Körper und die Entwicklung eines neuen Körperbewusstseins, vor allem von Frauen, ist evident. In der Frauenbewegung zeichnet sich dies durch markante Sprüche wie „Mein Körper gehört mir“ aus. Im Sinne von Beck und Giddens wird alles politisch, so auch die Gesundheit wie z.B. im Aufkommen der AIDS Bewegung.

Die Gesundheit ist ein positiver Begriff. Die Wandlung der Gesundheit, hin zum Wellness Begriff wird wissenschaftlich durch die Entwicklung und Verbreitung der Salutogenese begleitet, die sich in dem Gesundheitsförderungskonzept der Ottawa Charta widerspiegelt. Gesundheitsförderung wird in den Alltag eingebaut.

Die Gesundheit überwindet **gesellschaftliche Tabus**. In dem Sinne, in dem Gesundheit politisch wird, werden die Tabus bezüglich Gesundheit und vor allem Krankheit überwunden. Dies manifestiert sich z.B. in den Bewegungen für Barriere-freies Leben für Menschen mit Behinderungen.

Die Gesundheit schafft Identität und Solidarität. Die eigene Gesundheit wird vermehrt zur Sinnsuche und zum Religionsersatz. Der Umgang mit einer Krankheit wird zum Teil öffentlich, z.B. in Selbsthilfegruppen oder Solidaritätsbekundungen. Man erlebt die Krankheit in einer Gruppe und engagiert sich auch in einer Gruppe für Gesundheit und Krankheit. Wie schon erwähnt ist **Gesundheit machbar** und diese „Formbarkeit“ des eigenen Körpers wird in allen möglichen Bereichen vermittelt und beworben.

Gesundheitliche Belange und vor allem Gefahren wie z.B. die Vogelgrippe werfen **globale Gesundheitsfragen** auf. Wie in der reflexiven Moderne, verlieren die Grenzen der Nationalstaaten an Bedeutung, insofern sie keinen Schutz vor Bedrohungen bieten und sich auch der Gedanke von universellen Menschenrechten verbreitet. Ein weiteres Beispiel für die globale Vernetzung und gegenseitige Abhängigkeit ist der „Milchskandal“ im Herbst 2008, wo vergiftete chinesische Milch und Milchpulver weltweit aus den Supermärkten entfernt werden mussten. Mangelnde Lebensmittelkontrollen betreffen somit selbst die Gesundheit von Menschen, die auf anderen Kontinenten leben.

All diese Elemente des neuen Gesundheitsbewusstseins bergen jedoch auch Gefahren in sich und sind daher **ambivalent** zu sehen. Zahlreichen positiven Entwicklungen stehen auch Gefahren gegenüber, wie z.B. der gesellschaftliche Zwang zur Perfektionierung des Körpers und des Lebens. Einen Drang nach einer Perfektionierung der sozialen Umgangsformen zeigt sich z.B. beim vermehrten Gebrauch von Psychopharmaka (z.B. Ritalin) bei Kindern (Breyer 2002).

3.3.2 Verantwortungsübernahme und Gesundheitskompetenz

Wie bereits Giddens und Beck geht Kickbusch davon aus, dass die Moderne Individuen dazu zwingt Entscheidungen zu treffen. Dies stärkt die Autonomie des Individuums, bedeutet jedoch gleichzeitig eine enorme Entscheidungslast. Durch die Expansion der Gesundheit wird jede Entscheidung auch gleichzeitig eine Gesundheitsentscheidung. Die Informationen für diese Entscheidungen sind sehr vielfältig und unterliegen einem ständigen Wandel z.B. die gesundheitliche Bedeutung von „light“ Produkten.

Wie Individuen mit der Entscheidungslast umgehen, hängt von ihren Gesundheitskompetenzen oder „health literacy“ ab. „Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken (...)“ (Kickbusch 2006a, S. 69).

Die Gesundheitskompetenz umfasst fünf Bereiche:

- Kompetenzbereich der persönlichen Gesundheit: dieser beinhaltet Grundwissen über Krankheit und Gesundheit, sowie Verständnis von gesundheitsförderndem Verhalten und ebenso Selbstpflege und Betreuung in der Familie.
- Kompetenzbereich Systemorientierung: Dieser beinhaltet die Fähigkeit kompetent im Gesundheitssystem zu agieren und die richtigen Ansprechpartner zu finden.
- Kompetenzbereich Konsumverhalten: Hier geht es darum, Konsumententscheidungen in Hinblick auf ihre gesundheitlichen Auswirkungen zu treffen.
- Kompetenzbereich Gesundheitspolitik: Dieser Bereich umfasst die Fähigkeit für Gesundheitsrechte politisch einzutreten und sich in Gruppen zu formieren.
- Kompetenzbereich Arbeitswelt: Hier geht es um Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, aber auch um die Fähigkeit Beruf und Privatleben auszubalancieren.

Die Rolle des Einzelnen in der Gesundheitsgesellschaft als Verantwortlicher für die eigene Gesundheit ist fordernd. Das Empowerment des Patienten ohne begleitende Kompetenzbildung ist schwierig. Personen mit unzureichenden Gesundheitskompetenzen sind oft benachteiligt, da sie nicht die Fähigkeiten und Ressourcen haben, im Alltag die richtigen Gesundheitsentscheidungen zu treffen. Gegenmaßnahmen wären Maßnahmen wie die Entwicklung von „Gesundheitslotsen“ und verbesserte Kommunikationsausbildung für das Gesundheitspersonal.

3.3.3 Soziale Ungleichheit

Kickbusch geht stärker als Giddens und Beck auf gesundheitliche Auswirkungen sozialer Determinanten ein. Beck geht vor allem von gleich verteilten Risiken und daher auch Gesundheitsgefährdungen aus, wie z.B. die gesundheitliche Belastung durch Feinstaub. Beck vernachlässigt hier jedoch die zahlreichen Möglichkeiten, die einkommensstärkere Personen haben, um diese Risikofaktoren zu minimieren. Immer wieder zeigen neue Studien, dass sozial benachteiligte Gruppen verstärkt von Gesundheitsrisiken wie z.B. Übergewicht betroffen sind (Fröschl et al. 2008). Kickbusch spricht bereits davon, dass der Diskurs über gesellschaftliche Ungleichheit vermehrt über die ungleiche Verteilung von Gesundheit geführt wird.

Lange wurde davon ausgegangen, dass das europäische Sozialversicherungsmodell gleichen Gesundheitszugang für alle bietet. Studien haben bewiesen, dass dies für den kurativen Bereich nur teilweise zutrifft. Für die Prävention zeigen sich jedoch noch mehr soziale Unterschiede. So haben sozial benachteiligte Gruppen zwar theoretisch die gleichen Wahlmöglichkeiten, ihnen fehlen jedoch häufig die notwendigen Ressourcen und Kompetenzen diese zu nützen. Des Weiteren sind zahlreiche Gesundheitsrisiken verstärkt (wie z.B. umweltbedingte) in sozial benachteiligten Wohngebieten zu finden (Wirt et al. 2007).

3.4 Reflexive Moderne und Gesundheit

Im Folgenden soll nun auf die Auswirkungen der späten oder reflexiven Moderne (wie sie Beck und Giddens formulieren) auf die Gesundheitsrisiken und das Gesundheitsverhalten eingegangen werden. Die Konzepte der oben dargestellten Theorien werden mit den besonderen Aspekten und Dimensionen der Gesundheit verknüpft.

Beck-Gernsheim (1994) bezeichnet „Verantwortung“ und „Gesundheit“ als zwei „Leitwerte“ der Gesellschaft. Durch die Verbesserung der Medizintechnologie und neue Erkenntnisse vergrößern sich auch die Begriffe der „Verantwortung“ und „Gesundheit“ in diesem Ausmaße. Denn durch immer mehr Wissen über die Entstehung von Krankheiten und neue Erkenntnisse über Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge, wächst die Verantwortung des Individuums entsprechende Vorsorgemaßnahmen zu treffen. Gesundheit ist nicht mehr „gottgegeben“, sondern ist vielmehr Ergebnis der Leistung und Anstrengung des Individuums.

Eine vorausschauende Lebensplanung, die Risiken und Chancen berücksichtigt, wird zur gesellschaftlich eingeforderten Norm: „Unter diesen Bedingungen gehört die Sorge und Vorsorge für die Gesundheit zu den biographischen Modellen, die die individualisierte Gesellschaft fordert und fördert“ (Beck-Gernsheim 1994, S. 318). Die Beteiligung des Individuums an der eigenen Gesundheit und dem eigenen Körper wird nicht nur gesellschaftlich, sondern auch politisch immer mehr eingefordert (Giddens 2001a). Die Verantwortung für die eigene Gesundheit umfasst: Informationsbeschaffung, Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle, Prävention, Risikobewertung, den richtigen Umgang mit Risiken, den richtigen Konsum und Lebensstil (Clarke et al. 2003).

Scheinbar mangelnde Gesundheit oder scheinbar mangelndes Gesundheitsbewusstsein z.B. bei adipösen Personen wird mit Disziplinlosigkeit assoziiert und wirkt sich dadurch auch auf andere Lebensbereiche wie z.B. Karrierechancen aus. Wer die Verantwortung für die eigene Gesundheit nicht übernimmt, gilt als verantwortungslos und ihm wird dies als „Schuld“ vorgeworfen (Beck-Gernsheim 1994). „Chronic illness is increasingly viewed as culpability in the face known risks, an instance of moral failure that requires the intervention of a range of political technologies“ (Galvin 2002, S.108). Strahlende Gesundheit und Fitness stehen als Symbol für erfolgreiche Menschen. Denn Gesundheit ist – als Teil der neuen Formen des Lebenslaufs in der Moderne – ein individuelles Projekt, das selbst gestaltet wird, mitsamt neuer Möglichkeiten und Risiken. Die eigene Gesundheit ist ein individuell erstrebbares Ziel, dessen Erreichen nahezu eine moralische Verpflichtung

tung ist (Clarke et al. 2003). Gesundheit ist dabei ein kontinuierliches Projekt, an dem man ständig arbeiten muss und das permanente Disziplin verlangt.

In England ging die Veränderung des Patientenverständnisses mit der Umformulierung des Patienten in „Konsumenten“ einher (Hardey 1999). Individuen werden immer mehr zu Gesundheitskonsumentinnen- und konsumenten, die eine aktive Rolle in Bezug auf ihre Gesundheit einnehmen (Giddens 2001a), das bedeutet sie sind in den Entscheidungsprozess eingebunden und fordern bestimmte Leistungen (z.B. bestimmte Medikamente) explizit ein. Dies führt auch zu einer vermehrten Anzahl an Selbsthilfegruppen und einer Verbreitung von Ratgeberliteratur (Giddens 2001a). Dieser Entwicklung liegen zwei fundamentale Prinzipien der späten Moderne zugrunde. Auf der einen Seite wird immer mehr Verantwortung für das eigene Leben und damit dem eigenen Körper übernommen, auf der anderen Seite werden Instruktionen und Anweisungen von Autoritäten nicht mehr unreflektiert übernommen (Giddens 2001a). Denn in post-traditionellen Gesellschaften werden traditionelle Autoritäten durch eine Vielzahl von Ratschlägen und Möglichkeiten ersetzt und die Individuen müssen selbst unterschiedliche Möglichkeiten ausbalancieren wie z.B. bezüglich ihrer Gesundheit. Dafür stehen ihnen zahlreiche Informationsquellen zur Verfügung, mit Hilfe derer Entscheidungen getroffen werden können (Gray et al. 2005, Vgl. Kapitel 4.2).

Die Veränderung der Verantwortung der eigenen Gesundheit gegenüber geht mit einer Veränderung der vorherrschenden Krankheiten einher. Zahlreiche traditionelle Krankheiten wie Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Röteln...) finden sich kaum noch in der westlichen Welt, sie wurden durch andere Krankheiten abgelöst. Statt Infektionskrankheiten stellen chronische Krankheiten und Krebs die Haupttodesursachen. Diese Veränderung wird die „Gesundheitstransition“ genannt (Giddens 2001a). Sie beinhaltet auch, dass sich die höchste Todesrate weg von Neugeborenen hin zu älteren Menschen verschoben hat. Durch die demographischen Veränderungen und die Veränderungen der Krankheitsursachen, kommt der Prävention immer stärkere Bedeutung zu. Zahlreiche Erkrankungen sind durch die Folgen der modernen Gesellschaft wie z.B. Fortschritt der Technologie entstanden. Viele Krankheiten sind somit ein Produkt der Moderne selbst (Giddens 2001a), z.B. Herz-Kreislaufkrankungen durch ein Überangebot an Nahrungsmittel und dem Rückgang körperlicher Arbeit. Genau diese neuen (meist chronischen) Krankheiten können aber häufig von der Schulmedizin nicht ausreichend geheilt werden (Giddens 2001a). Zusätzlich erzeugen die raschen Veränderungen in der Welt stets neue Risiken und Herausforderungen und auch Informationen über unseren Körper wie z.B. die möglichen Gesundheitsauswirkungen von genetisch modifizierter Nahrung. Es verändern sich nicht nur die Risiken, sondern es gibt stets eine größere Fülle an Informationen zur Entscheidungsfindung (Giddens 2001a). Die Suche nach mehr Information ist zu einem elementaren Bestandteil des Prozesses des selbst-verantwortlichen Handelns geworden: „...seek health-promoting information as a part of rational risk profiling at fateful moments“ (Seale 2003, S. 517).

3.4.1 Risiko und Gesundheit

Beck unterscheidet zwischen externen Gefahren und „selbst-erzeugten“ (durch Entscheidungen hervorgerufenen) Risiken. Wobei „selbst-erzeugte“ Risiken (wie z.B. Treibhauseffekte, globale Erwärmung oder Verbreitung chronischer Krankheiten wie Diabetes Mellitus) nicht unbedingt steuerbar oder kalkulierbar sind. Berechenbar ist lediglich, dass es diese Risiken gibt oder Handlungen Risiken bergen. Es geht nur um eine Auswahl zwischen unterschiedlichen Risiken. So kann z.B. das Risiko an Adipositas zu erkranken, angeblich mit erhöhtem Fischkonsum und einer Reduktion des Fleischkonsums bekämpft werden. Gleichzeitig erhöht sich durch den Konsum von Meeresfischen die Gefahr von erhöhter Bleibelastung. In diesem Sinne ist es „(...) impossible not to be ‚at risk‘“ (Clarke et al. 2003, S. 172).

Die Unberechenbarkeit von Risiken geht mit einem Versagen der Expertensysteme einher, die keine untereinander konsistenten Antworten geben können. Im Falle von chronischen Erkrankungen wie z.B. Diabetes Mellitus zeigt sich dies darin, dass sich Experten in der Prävention (gesunde Ernährung, vermehrte Bewegung) einig sind, in der konkreten Umsetzung jedoch nicht („mediterrane Diät“, asiatische Kost...) (Fröschl et al. 2008).

Der Verlust des Vertrauens in traditionelle Autoritätsfiguren wie Ärzte, Politiker und Lehrer ist ein zentraler Bestandteil der späten Moderne. Durch mehr Technologie und Wissen im Alltag werden die Expertensysteme vermehrt angezweifelt (Nettleton et al. 2003). Diese Form der Hinterfragung und Bezweiflung von Expertenwissen nennt Giddens „Detraditionalisierung“ (Nettleton et al. 2003).

Umso weniger Individuen sich an die Tradition und traditionelle Vorgaben wie auch Expertenwissen halten können, umso mehr werden die Risiken innerhalb des Individuums „ausverhandelt“ (Nettleton et al. 2003), d.h. das Individuum muss entscheiden auf welche Meinung es vertraut. Individuen sind dazu aufgerufen ihre Gesundheit genauso zu formen, wie sie ihre eigene Biographie formen (Lewis 2006a). Gesundheit wird immer mehr als Verantwortung des Individuums wahrgenommen, anstatt als gesellschaftliche oder politische Aufgabe (Lewis 2006a). Es werden z.B. Informationskampagnen für gesunde Ernährung durchgeführt, gesetzliche Rahmenbedingungen wie z.B. Subventionen für gesunde Nahrungsmittel werden jedoch nicht geschaffen (Giddens 2001a)⁴.

Ein wichtiger Aspekt der Risikogesellschaft ist, dass stets neue Formen des Risikos auftreten. Es gibt keine Zunahme von Risiken, sondern die Eigenschaften der Risiken haben sich verändert. Waren früher externe Risiken wie Naturkatastrophen (unbeeinflusst von menschlichem Handeln) die Hauptgefahren, so sind viele Risiken in der zweiten Moderne durch den Menschen selbst erzeugt. Sie sind das Ergebnis der menschlichen Intervention in die Natur. Die Tatsache, dass die Ursache für die Risiken menschlichen Ursprungs ist, bedeutet jedoch nicht, dass die Risiken kontrollierbar oder berechenbar sind. Ein Beispiel hierfür ist z.B. BSE. Jahrelang herrschte Uneinigkeit unter den Experten darüber, ob BSE („Rinderwahn“) verseuchtes Rindfleisch die Kreuzfeld-Jakobs-

⁴ Giddens (2001a) merkt jedoch an, dass die staatliche Verantwortung für die öffentliche Gesundheit eine relativ junge ist, die mit der Entstehung von „Nationalstaaten“ einhergeht.

Krankheit auslösen kann, und bis heute ist keine exakte Risikoeinschätzung möglich. Es scheint jedoch mittlerweile festzustehen, dass BSE durch die Verfütterung von Tiermehl an Kühe ausgebreitet wurde (RKI 2001). Dies ist auch ein Beispiel dafür, dass keine effektiven Maßnahmen getroffen werden können, um das Risiko zu bekämpfen, da die Ursache und die Auswirkungen zum Teil unbekannt und umstritten sind. Weitere Beispiele für umweltbedingte Gesundheitsrisiken sind z.B. die erhöhte Gefahr für Hautkrebs durch das Ozonloch, oder Gefahren von gentechnisch modifizierten Nahrungsmitteln. Trotz der Komplexität der Risikobewertung für diese Gesundheitsrisiken, sind Individuen als Laien permanent gezwungen Risikobewertungen und Risikoabschätzungen durchzuführen. Immer mehr Entscheidungen werden an die Individuen abgegeben, das bedeutet, sie müssen entscheiden, welcher Expertenmeinung zu einem Gesundheitsverhalten sie glauben.

Rimal 2001 diskutiert den Zusammenhang zwischen Risikofaktoren für eine bestimmte Krankheit und dem entsprechendem Informationssuche-Verhalten. In der Theorie der späten oder reflexiven Moderne wird nur am Rande auf unterschiedliche Risikowahrnehmungen eingegangen. Die Frage danach, wie Individuen Risiken wahrnehmen, einschätzen und dementsprechend handeln, ist jedoch sehr wichtig. Es wird angenommen, dass Personen, die ein erhöhtes Risiko für bestimmte Krankheiten haben ein erhöhtes Interesse an präventiven Maßnahmen haben und dadurch mehr Informationen suchen. Rimal zeigt jedoch, dass dieser Zusammenhang zwischen erhöhtem Risiko und intensiverem Gesundheitsverhalten häufig nicht messbar ist. Im Gegenteil: Personen mit niedrigerem selbst-wahrgenommenen Risiko suchen mehr Wissen und verhalten sich gesünder. Rimal (2001) sieht als wichtigen Einflussfaktor die Selbst-Wirksamkeit und das Gefühl der Beeinflussbarkeit einer Krankheit.

3.4.2 Definition und Aspekte von Gesundheit

Beck und Beck-Gernsheim thematisieren in ihren Arbeiten Gesundheit in der späten Moderne, geben jedoch keine Definition des Gesundheitsbegriffs vor. Kickbusch argumentiert in ihrer Arbeit, dass sich der Gesundheitsbegriff erweitert und es daher keine allgemeine gültige einzige Definition mehr gibt. Als Grundlage ihrer Arbeit greift Kickbusch jedoch auf die Definition der Weltgesundheitsorganisation in der Ottawa Charta zurück, die Gesundheit als „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ definiert. Diese Definition geht von einem ganzheitlichen positiven Gesundheitsbegriff aus, der weit über den „traditionellen“ Ansatz von Gesundheit hinausgeht (Kickbusch 2006b).

Pelikan (2009) greift die Bedeutung der „positiven Gesundheit“ aus der Ottawa Charta auf und verbindet sie mit systemtheoretischen Grundlagen. Eingebettet ist dieser Versuch ein Konzept von Gesundheit auszuformulieren in die Gedankenwelt der späten Moderne. Ziel ist es ein Konzept von Gesundheit und Krankheit zu entwickeln, das operationalisierbar d.h. empirisch messbar ist. Gesundheit soll als eine sozial bewertete und/oder erwartete Qualität verstanden werden, die an Menschen beobachtet werden kann. Gesundheit wird dabei in Bezug auf die Überlebensmöglichkeiten eines Lebewesens betrachtet. Gesundheit ist etwas, das kontinuierlich reproduziert werden muss. Die (Re)Produktion von Gesundheit erfolgt nach Pelikan in drei Subdimensionen von Quali-

tät: Ergebnisqualität, Prozessqualität und Strukturqualität. Die Ergebnisqualität der Gesundheit ist das beobachtbare und meist beschriebene Ergebnis („Outcome“), das jedoch durch die Struktur- und Prozessqualität bedingt wird. Eine Intervention zur Förderung der Ergebnisqualität hat daher auch in den vorgelagerten Strukturen und Prozessen („Input“) zu erfolgen. Mit Hilfe dieser Darstellung der Gesundheit als Qualität wird versucht die Einflüsse und Gegebenheiten der Umwelt besser zu erfassen.

Eine elementare Frage bei der Definition von Gesundheit ist das Verhältnis zu „Krankheit“. Die WHO spricht davon, dass die Gesundheit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit, nämlich ein allgemeines Wohlergehen ist. Pelikan betont, dass Krankheit ohne Gesundheit gar nicht existieren kann. Denn ein Organismus ohne Gesundheit bietet keinen Lebensraum für Krankheiten (z. B. Parasiten). Daher ist Krankheit als eine Untermenge von Gesundheit zu erfassen (und nicht als Gegensatz). Gesundheit setzt sich somit aus Krankheit (oder negativer Gesundheit) und positiver Gesundheit zusammen. Positive Gesundheit kann dann durch gesundheitsförderliche Prozess- und Strukturqualität vergrößert und dadurch die Ergebnisqualität (die wahrgenommene positive Gesundheit) verbessert werden. Damit dies überhaupt möglich ist, muss die Beeinflussung (und dadurch auch Förderung) positiver Gesundheit als machbar wahrgenommen werden. Die „machbare“ Gesundheit ist ebenfalls ein Schwerpunkt bei Kickbusch, die sie in der dritten Gesundheitsrevolution (Vgl. Kapitel 3.3) verortet.

Pelikan beschäftigt sich mit der Frage wie man gute Gesundheit messen kann, bevor deren positive Auswirkungen in der Zukunft sichtbar werden? Wie lassen sich Strukturen und Prozesse erfassen, die zu späteren Zeitpunkten als Ressource gegen Krankheiten genutzt werden können? Dafür unterscheidet er drei zusammenhängende Gesundheitsaspekte. Allen drei Aspekten ist gleich, dass sie nicht einfach gegeben sind, sondern kontinuierlich (durch unterschiedliche Maßnahmen) reproduziert werden müssen. Alle drei Gesundheitsaspekte wirken in den Systemen Körper, Psyche und Sozialstatus.

1. Die Funktionstüchtigkeit bzw. Leistungsfähigkeit. Darunter werden die Widerstandsfähigkeit gegenüber der Umwelt, indem Strukturen und Prozesse aufrecht erhalten werden, und die Handlungsfähigkeit gegenüber der Umwelt verstanden. Die Leistungsfähigkeit wird durch Krankheit oder Unfälle reduziert. Die Funktionstüchtigkeit umfasst die körperliche und psychische Gesundheit, aber auch die soziale Funktionstüchtigkeit (z.B. Zugang zu gesellschaftlichen (Infra-)Strukturen). Die Funktionstüchtigkeit ist ein objektivierbares persönliches Funktionieren und Leisten.
2. Erlebtes bzw. gefühltes Wohlbefinden (Wellness) bzw. Zufriedenheit. Das subjektive Wohlbefinden liefert einen wesentlichen Beitrag zur Qualität der Gesundheit und wirkt sich ebenfalls auf die Handlungsfähigkeit aus. Ebenso wirkt sich die Funktionstüchtigkeit (bzw. fehlende Funktionstüchtigkeit) auf das subjektive Wohlbefinden aus. Es besteht somit eine Wechselwirkung zwischen den beiden.
3. Persönliche Attraktivität wird als dritter Gesundheitsaspekt eingeführt. Dieser Aspekt umfasst am stärksten die Umwelt und die (vermeintliche) Wahrnehmung der psychischen, physischen und sozialen Merkmale durch andere Akteure.

Diese drei Aspekte der Gesundheit werden im empirischen Teil zur Analyse der Tiefeninterviews wieder aufgegriffen (Vgl. Kapitel 10). Sie bieten die Möglichkeit einer Zuordnung von Gesundheitsthemen, wobei hier insbesondere die drei Ebenen: objektiv, subjektiv und Wahrnehmung durch andere als vielversprechende Werkzeuge angesehen werden.

3.5 Zusammenschau der Theorien und Kritik

Beck und Giddens zeigen, wie die Risikoverteilung das Bewusstsein und die Präferenz der Gesellschaft weg von der Verteilung von arm und reich hinzu einer Verteilung des Risikos weiterentwickelt hat. Mit dieser Entwicklung sind gleichzeitig andere Prozesse wie Individualisierung und Globalisierung einhergegangen, die interdependent sind. Bei den Autoren folgend ist jedoch die treibende Kraft das Risiko: ökologische Katastrophen genauso wie individuelle Katastrophen wie z.B. Arbeitslosigkeit. Risiko als das tragende Konzept der reflexiven Moderne bringt neue Konflikte um die Verteilung mit sich, so werden viele ärmere Länder als Müllhalden für radioaktive Abfälle benutzt. Es zeigen sich auch zahlreiche Unterschiede zwischen den Individuen, denn in manchen Ländern herrscht durch den Sozialstaat eine „Vollkaskoversicherung“ für Individuen vor der Gefahr der Armut. Das Versicherungssystem hält jedoch nur so lange, als das Risiko erträglich ist.

Gleichzeitig wird der Schutz, den einzelne Nationen ihren Bürgern bieten können immer kleiner. Durch globale Gefahren und eine globalisierte Wirtschaft wird der Souveränitätsbereich von Nationalstaaten stark beschränkt. Die großen Unterschiede zwischen Staaten werden ergänzt durch starke soziale Ungleichheit innerhalb aller Staaten.

Die Einheit einer Nation (die vielen Soziologen noch als Ausgangspunkt dient) löst sich auf. „Nationen sind nationale Zeitungsleser-Gemeinschaften in denen sich Anonymität, Individualisierung und die Entgegensetzung von Eigenheit und Fremdheit nach dem nationalen Schematismus entwickeln und entfalten können.“ (Beck 1994b, S. 134) Durch neue Informationstechnologien, können aktuelle Nachrichten aus anderen Ländern genauso schnell gelesen werden und neue „Zeitungslesergemeinschaften“ unabhängig von nationalstaatlichen Grenzen können entstehen.

Die Souveränität von Regierungen wird jedoch nicht nur durch globale Abkommen oder supranationalen Bewegungen ausgehöhlt, sie wird gleichzeitig von innen aufgebrochen. Zahlreiche neue Bewegungen und Gruppierungen generieren Macht, die sie oft vorbei an den Institutionen ausüben.

In solchen Spannungen zwischen den aufbrechenden alten Strukturen und der Ermächtigung einzelner Gruppen bilden Medien als Informationsquellen eine elementare Rolle, da sie in der Lage sind die öffentliche Meinung zu beeinflussen, oder sogar öffentliches Bewusstsein zu erschaffen. Zahlreiche Eigenschaften der reflexiven Moderne haben globalen Charakter, da z.B. die ökologischen Risiken eine globale Bedrohung darstellen. So offensichtlich die internationale Arbeitsteilung ist, so sind andere Dimensionen der reflexiven Moderne doch problematisch: z. B virtuelle Orte, die ja hauptsächlich auf modernen Informationstechnologien beruhen, und vorrangig nur für „hoch entwickelte Länder“ zugänglich sind. Genauso fraglich scheint, ob sich ein Bewusstsein über globale Gefahren entwickelt, wenn Mangel an Informationsmedien besteht und häufig individuelle Risiken vorherrschen.

In den theoretischen Darstellungen sind jene Gesellschaften, die nicht in großem Ausmaß über modernste Techniken verfügen, unterrepräsentiert. Zahlreiche Konzepte, die

auf eine Gesellschaft mit modernsten Techniken aufbauen können nicht, weltweit übertragen werden, nur mit Hilfe des Arguments der wirtschaftlichen Interdependenz. Nach wie vor sind Bürgerinnen und Bürger zahlreicher Staaten von unzensurierten Internetverbindungen oder Satellitenempfängern abgeschnitten. Wichtig ist jedoch beiden Autoren, dass es sich bei der reflexiven oder späten Moderne nicht um ein abendländisches „Projekt“ im Sinne einer Kolonialisierung handelt, sondern um einen dialektischen Prozess, in dem das Lokale einen Aufschwung erlebt.

Der informierte Patient oder die informierte Wahl wird in der Soziologie durch die Theorie des reflexiven Konsumenten wiedergegeben (Henwood et al. 2003). Diese Anwendung der reflexiven Moderne wird oft in einer Diskussion über ein Empowerment des Patienten weitergeführt (z.B. Hardey 1999). Häufig wird davon ausgegangen, dass der Patient in der Risikogesellschaft rational mit seinen Risiken umgeht und versucht, die objektiv beste Lösung zu finden (z.B. Lupton 1997). Lupton et al. (2002) zeigen in ihrer Studie jedoch auf, dass Individuen Konsumentinnen und Konsumenten und passive Patientinnen und Patienten zu gleich sind. Genau diese Haltung wird aber vom Konzept der reflexiven Moderne – wie es Beck und Giddens formulieren – nicht ausgeschlossen. Die reflexive Moderne spricht lediglich davon, dass Individuen immer von Risiken umgeben sind und permanent gezwungen sind, Entscheidungen zum Umgang mit diesem Risiko zu treffen.

Dies heißt jedoch nicht, dass sie stets in der objektiv sinnvollsten Weise handeln, sie können sich ebenso dafür entscheiden weiterhin passive Patienten zu bleiben. Der Unterschied besteht jedoch darin, dass in der reflexiven Moderne die Wahlmöglichkeit bzw. Wahlzwang besteht. Ferguson (2002) argumentiert, dass Individuen als Gesundheitskonsumentinnen und Gesundheitskonsumenten agieren wollen und die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit übernehmen wollen. Henwood et al. (2003): „The informed patient discourse and its sociological equivalent – the `reflexive consumer` – assumes that individuals want to take more and more responsibility for their own health and that this involves active information searching. Above and beyond the traditional visit to the doctor“ (S. 597). Dies entspricht jedoch nur bedingt der Theorie der reflexiven Moderne, in der ein Individuum geradezu gezwungen wird die Verantwortung für sein eigenes Leben und alle Entscheidungen zu übernehmen. Beck-Gernsheim (1994) spricht von „Handlungschancen“ und „Handlungslasten“; oder Giddens (2001a S. 61): „Under conditions of globalization, however, we are faced with a move towards individualism in which people have actively to constitute themselves and construct their own identities.“

Elliot (2002) bezeichnet die Risikogesellschaft als einen Ort in dem ein permanentes „Risikoklima“ herrscht. Individuen sind Akteure, die versuchen mit Risiken umzugehen und sie zu managen, dafür wählen sie Strategien wie Einbindung, Akzeptanz oder Verdrängung. Das Risikoklima erzeugt Professionalisierung, Vervielfachung, Spezialisierung und vor allem Angst. Denn die Anforderungen der Risikowahrnehmung, Risikobewertung und Risikomanagement können nie vollständig erfüllt werden. Mit der Verbreitung des Risikos geht die Verbreitung von Wahlmöglichkeiten einher. Individuen sind befreit aus traditionellen Zwängen und können Entscheidungen über ihr Leben autonom treffen. Somit findet eine Privatisierung des Risikos statt: Risikowahrnehmung, Risikoinformation und Risikomanagement liegen in der Verantwortung der Individuen. Elliot kritisiert an Beck, dass genau dieser Umgang mit dem Risiko häufig von Bildung, Ressourcen und Zugang

zu Medien abhängig ist. Denn die Auflösung traditioneller sozialer Strukturen führte nur zur Ersetzung der sozialen Ungleichheit in der reflexiven Moderne. Das Internet wird nicht die fundamentalen Strukturen wie soziale Ungleichheit in der Gesundheit oder in der Epidemiologie verändern, wie dies oft angenommen wurde (Nettleton et al. 2003). Weiterhin zeigen sich dort starke soziale Unterschiede (*Digital Divide*). Vielen Individuen fehlen die Ressourcen und Fähigkeiten die Möglichkeiten des Internets adäquat zu nutzen und dadurch werden neue soziale Ungleichheiten geschaffen, die sich auf die Entscheidungsfähigkeiten (z.B. bezüglich der eigenen Gesundheit) auswirken.

Kickbusch betrachtet den Aspekt der Gesundheitskompetenz genauer. Das heißt Individuen benötigen Kompetenzen, um ihre eigene Gesundheit positiv beeinflussen zu können. Zusätzlich geht Kickbusch stärker auf die Entscheidungslast ein, mit der Individuen konfrontiert sind und die Notwendigkeit die Ressourcen der Individuen für diese Gesundheitsentscheidungen zu stärken. Kickbusch knüpft an die Theorie der reflexiven oder späten Moderne an und führt sie in der Gesundheitsgesellschaft fort. In dieser wird die Gesundheit zur treibenden Kraft und jede Entscheidung ist auch eine Gesundheitsentscheidung. Dies geht mit Entwicklungen wie der Veränderung des Krankheitsspektrums und einer Expansion des Gesundheitsmarkts einher. Es gibt keine allgemein gültige Definition von Gesundheit, sondern jedes Individuum findet seine eigene Definition. Grundlegend für diese Entwicklung ist, dass Gesundheit „machbar“ also beeinflussbar geworden ist und daher die Verantwortung dafür auf die Individuen übertragbar ist.

Zusammenfassend gehen Giddens, Beck und Kickbusch davon aus, dass das Gefühl von Risiken umgeben zu sein, eine neue Individualisierung und dadurch soziale Identität schafft (Lewis 2006a). Die Stärkung des Individuums geht mit einer Abnahme traditioneller sozialer Kategorien wie Klassen einher. Individuen wiegen Risiken ab und „wählen“ (unter mehr oder weniger rationalen Gründen) einen bestimmten Lebensstil. Dadurch wird die Theorie der reflexiven oder späten Moderne häufig auf den Gesundheitsbereich angewendet und ist in diesem Bereich auch weitgehend akzeptiert (Lewis 2006a). Becks Definition und Beschreibung der Individualisierung eignet sich als Werkzeug zur Erklärung und theoretischen Begründung, warum immer mehr Laien das Internet nutzen, um Gesundheitsinformationen zu erhalten und somit ihre eigene „Gesundheitsbiographie“ zu managen (Lewis 2006b).

Die dargestellten Theorien beschreiben, wie Individuen eine regelrechte Entscheidungslast aufgebürdet wird. Gerade die Gesundheit ist ein Bereich, in dem immer mehr Verantwortung auf die Individuen übertragen wird (Kickbusch 2006a). Dies erzeugt bei den Individuen ein Bedürfnis nach Informationen mit Hilfe derer sie Entscheidungen treffen können. Dazu zählen auch Informationen aus dem Internet. Informationen und Wissen sind in der reflexiven Moderne meist kurzlebig und rasch überholt. Hier bietet das Internet die Möglichkeit, stets das aktuellste Wissen („state of the art“) abzufragen und zu nutzen. In diesem Sinne können Individuen in der späten Moderne als reflexive Nutzerinnen und Nutzern von (online) (Gesundheits-)Informationen gesehen werden. Das Konzept der Individualisierung und der reflexiven Nutzerinnen und Nutzern dient im Laufe dieser Dissertation als Werkzeug zur Erklärung des Handelns von Informationssuchenden. Als weitere wichtige Ergebnisse der vorangegangenen Erläuterungen werden die unterschiedlichen Aspekte und Definitionen von Gesundheit im empirischen Zusammenhang überprüft und diskutiert (Vgl. Kapitel 9 und 10). Kickbusch beschreibt, wie die

Gesundheit in immer mehr Bereiche des Lebens eindringt und Personen unterschiedliche Rollen wie Patient, Konsument und Bürger einnehmen müssen. Eine nähere Definition und Erläuterung dieser Rollen bietet sie nicht, nennt aber die unterschiedlichen Ebenen in denen sie agieren: Krankenbehandlungssystem, Gesundheitsmarkt und Gesundheitsgesellschaft. In den Auswertungen in Kapitel 9 wird die Übertragung dieser Rollen auf die Forschungsergebnisse diskutiert. Die sich aus der Theorie von Kickbusch ergebenden Fragen lauten: Wird wirklich jede Entscheidung als Gesundheitsentscheidung wahrgenommen? In welcher Rolle (Patient, Konsument, Bürger) informieren sich Personen online über Gesundheit? Erweist sich diese Rollenzuordnung als hilfreich? Eine tiefergehende qualitative Analyse (Kapitel 10) untersucht die unterschiedlichen Gesundheitsinformationsdefinitionen von Internetnutzenden, diese werden ebenfalls in Bezug auf Kickbusch und die drei Gesundheitsaspekte nach Pelikan aufgearbeitet.

4 Gesundheitsinformationen im Internet

Traditionelle Gesundheitsinformationsquellen – außerhalb des Gesundheitssystems – sind personale Ressourcen, vorrangig Familie und Gleichaltrige und nicht personale Ressourcen wie Massenmedien und Bücher (Gray et al. 2005). Abgesehen von Gesundheitsdienstleistern gibt es somit zahlreiche andere Gesundheitsinformationsquellen wie Massenmedien und auch „lokale Experten“ wie z.B. Personen die an der interessierten Krankheit leiden. Zu den beliebtesten Massenmedien für Gesundheitsinformationen zählen Zeitschriften, Zeitungen, Radio und Fernsehen. In den letzten Jahren kommt zu diesen verstärkt das Internet hinzu⁵ (Cotten et al. 2004). Die Weltgesundheitsorganisation betont die Wichtigkeit von Gesundheitsinformationen und deren positive Auswirkungen und sieht daher die leichte Zugänglichkeit von Gesundheitsinformationen z.B. durch das Internet als prioritär an („accessibility“) (Groth 2000).

Das Internet bietet zahlreiche **Vorteile**, birgt aber auch einige Gefahren in Bezug auf Gesundheitsinformationen. Aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzern zählen zu den wichtigsten Vorteilen: die Privatsphäre und Anonymität (16 % geben an das Internet für sensible Gesundheitsthemen zu nutzen), der bequeme und einfache Zugang, das große Angebot an Informationen und die unterschiedlichen Ansichten sowie die rasche Verfügbarkeit der gewünschten Informationen (Fox et al. 2000). Die Möglichkeit unangenehme Fragen ohne Peinlichkeit stellen bzw. suchen zu können, wird häufig als weiterer Vorteil genannt. Die Möglichkeit zu jeder Zeit Informationen zu erhalten (zeitnahe) und die rasche Verfügbarkeit dieser, sowie dass diese Informationen die neuesten verfügbaren sind unterscheiden das Internet von anderen Medien (Cotten et al. 2004; Ritterband et al. 2003).

Weiters sind sehr detaillierte Informationen verfügbar und sie sind vor allem auf die eigene Situation abgestimmt verfügbar (z.B. Erkrankte in derselben Altersgruppe) (Ritterband et al. 2003). Ein wichtiger Aspekt ist ebenfalls, dass das Internet (sowie jede schriftliche Informationsquelle) dem Konsumenten Zeit gibt, die Informationen zu verarbeiten, Informationen immer wieder nachzuschlagen und so die eigene Genesung zu beeinflussen (Ritterband et al. 2003).

Trotz der Anonymität des Internets befürchten viele Nutzer, dass ihre Suche rückverfolgt wird und geben keine persönlichen Daten im Internet bekannt. Zu den weiteren häufig in der Literatur genannten **Gefahren** des Internets gehören die Überforderung mit Informationen, die Fehlinterpretationen von Informationen und die Verbreitung falscher Informationen (z.B. Eysenbach 2002).

Als Informationsquellen bezüglich Gesundheit wird in Österreich traditionellen Organisationen wie Gesundheitsorganisationen und Konsumentenorganisationen hohes Vertrauen entgegengebracht. Den Massenmedien vertrauen in Österreich jedoch nur 39 Prozent in Bezug auf Informationen zu Gesundheit (EORG 2003).

⁵ Seale (2003, 2005) beschäftigt sich mit der Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet unter dem Gesichtspunkt der Mediensoziologie und Wissenssoziologie und plädiert für eine Eingliederung des Internets in „traditionelle“ Medien wie Zeitschriften oder Bücher.

4.1 Informationsquellen im Internet

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Studien zum Thema Internet als Informationsquelle für Gesundheit durchgeführt (Felt 2008). Die unterschiedlichen Ansichten, Möglichkeiten und Vorstellungen machen es schwierig „das“ Internet als eine einzige Einheit zu erfassen. Viel mehr kann man bereits in Hinblick auf die verfügbaren Gesundheitsinformationen- und Interaktionsseiten von einer Art „multiplem“ Internet sprechen (Felt 2008; Gugglberger 2008). Die meiste Forschung konzentriert sich auf die Phase der Informationsbeschaffung und die dahinterliegenden Vorgehensweisen und Suchstrategien. Dies erfolgt meist im Diskurs der Wissenschaftstheorie. Ein wichtiger Unterpunkt beschäftigt sich mit dem Thema der Verlässlichkeit von Informationen. Als „Qualitätssiegel“ wurde das sogenannte „HON“ Siegel eingeführt. Diesem Siegel liegt die Idee zugrunde, dass die Internetnutzer durch den „Informationsdschungel“ des Internets hin zu sicheren Seiten geführt werden müssen (Mager 2008).

Gesundheitsinformationen werden im Internet in unterschiedlichen Varianten und für unterschiedliche Zielgruppen angeboten (Hierhold 2002). Im Folgenden soll ein Überblick über die wichtigsten Seiten und Angebote gegeben werden.

Suchmaschinen

Suchmaschinen selbst sind noch keine Informationsseiten, sie können jedoch als Startpunkt für eine Suche nach Gesundheitsinformationen genutzt werden. Studien (z.B. Fox 2006) zeigen, dass die meisten Informationssuchenden mit einer allgemeinen Suchseite (meist „Google“) beginnen. Danach wird mehr oder weniger systematisch auf die gefundenen Seiten geklickt. Allgemeine Suchen in Suchmaschinen können zu höchst unterschiedlichen Seiten führen von Fachartikeln oder einschlägigen Fachseiten hinzu esoterischen Seiten oder alternativmedizinischen Angeboten. Probeweise wurde eine Suche in www.google.at am 16.12.2007 mit folgenden Schlagworten durchgeführt: „Nase, verstopft, Schnupfen, dauerhaft“. Insgesamt wurden 964 Treffer erzielt. Unter den ersten zehn Treffern waren drei Seiten mit Medikamenten von Online-Apotheken, zwei Seiten von Pharmafirmen, eine Informationsseite einer regulären Apotheke, eine Konsumenteninformationsseite, eine Lifestyle Seite eines Fernsehsenders und eine Seite eines Medizintechnologieanbieters.

Gesundheitsportale

Gesundheitsportale bieten Informationen zu Gesundheit und Krankheit an. Das Angebot beinhaltet meist ein Online-Lexikon für Krankheiten und Symptome, allgemeine Informationsmaterialien (z.B. „gesunde Ernährung“) und die Möglichkeit einer Arztsuche. Beispiele für Gesundheitsportale in Österreich (Hierhold 2002) sind www.gesund.co.at, www.gesund.at, www.surfmed.at und www.netdokter.at.

Online-Kontaktaufnahme mit Gesundheitsprofessionisten

Ärztliche Beratung oder medizinische Beratung via E-Mail wird auf unterschiedlichen Seiten angeboten. Gesundheitsportale wie z.B. Netdokter in Österreich (jedoch nur für Kundinnen und Kunden einer privaten Krankenversicherung) bieten dieses Service an, in

manchen Ländern wird dieses Service direkt vom Kostenträger oder Ärztinnen oder Ärzten selbst angeboten. Umeffjord et al (2006) fanden bei einer Studie zu Nutzerinnen und Nutzern des schwedischen „Ask the doctor“ Angebots heraus, dass die meisten das Angebot für Erstinformationen nutzen. Am zweithäufigsten wird das Angebot als Möglichkeit zur Einholung einer Zweitmeinung genutzt. Mit anderen Studien übereinstimmend zeigen sie, dass dieses Service vorrangig von Frauen genutzt wird.

Lexika

Das Internet bietet auch die Möglichkeit allgemeiner Lexika, über die Informationen zu Krankheiten und Medikamenten eingeholt werden. Ein Beispiel hierfür wäre Wikipedia⁶. Diese Seiten bieten Informationen wie sie in traditionellen Informationsquellen wie z.B. „der Hausarzt“ verfügbar sind, jedoch mit dem Vorteil höchster Aktualität.

Newsgroups, Diskussionsforen, Selbsthilfeseiten

Diskussionsforen werden auf den meisten größeren Seiten angeboten und dienen zum Informationsaustausch. Hier treffen häufig Laien und Experten aufeinander. Für Betroffene bieten solche Seiten die Möglichkeit, genau auf ihre eigenen Erfahrungen und Erlebnisse einzugehen und nach Personen in ähnlichen Situationen zu suchen und mit ihnen in Kontakt zu treten. „Online Support Communities“ als soziale Netzwerke zum Erfahrungsaustausch mit Betroffenen haben sich in den letzten Jahren als einer der wichtigen Wege zur Beschaffung von Gesundheitsinformationen herausgestellt (Cotten et al. 2004). Diese Informationsseiten gehen meist über medizinisches Wissen hinaus, vielmehr stehen die persönlichen Erfahrungen und der Austausch dieser, sowie gegenseitige Ratschläge und Trost im Vordergrund (Akrich et al. 2008). Bei Foren zu sehr spezifischen Krankheiten (z.B. Diabetes Mellitus) werden zwischen den einzelnen Betroffenen in den Diskussionsforen teilweise therapeutische Beziehungen aufgebaut (Canal et al. 2008). Aufgrund der hohen Teilnehmerzahlen haben Diskussionsforen eine Form der „Selbstreinigung“, in der falsche Informationen gelöscht oder kommentiert werden und somit keinen langen Bestand haben (Canal et al. 2008).

Seiten von Pharmafirmen, Apotheken, Gesundheitsanbietern

Online-Apotheken und Pharmafirmen haben zahlreiche Seiten mit Gesundheitsinformationen und Lebensstilempfehlung, meist geknüpft an bestimmte Kaufempfehlungen. Gesundheitsanbieter haben oft auch Informationsseiten, insbesondere das große Feld der Alternativmedizin hat die Vorteile der Vermarktung im Internet für sich entdeckt (Hierhold 2002).

Andere Informationsseiten

Zahlreiche Seiten bieten Informationen zu Gesundheit und Lebensstilmaßnahmen an. Hier kann es sich um Konsumenteninformationsseiten, Seiten von Zeitschriften oder auch die Seite des Gesundheitsministeriums handeln.

⁶ www.wikipedia.org

Behandlungsorientierte Seiten und „elektronische Gesundheitsakten“

Eine neue Form der Internetseiten entwickelte sich aus den ökonomischen Problemen der meisten europäischen Gesundheitssysteme. Daher ist bisher viel Geld in Gesundheitsinformationsseiten wie z.B. NIH.gov geflossen (Ritterband et al. 2003). Es wird immer mehr versucht Individuen mit Hilfe des Internets zum „Manager“ ihrer eigenen Gesundheit zu machen (Ritterband et al. 2003). Die Nutzung von Online-Behandlungsmethoden wie z.B. bei psychischen Erkrankungen oder Möglichkeiten der Raucherentwöhnung stehen jedoch erst am Anfang (Ritterband et al. 2003). Der Vorteil einer Internet-Behandlung ist, dass sie gezielt auf den Nutzer und vor allem in der vom Nutzer gewählten Geschwindigkeit abläuft. Es gibt jedoch nur wenige Studien über die Effektivität von Web-Behandlungen wie z.B. bei Raucherentwöhnung oder Essstörungen. Studien (z.B. Fox 2006) liefern aber Hinweise, dass Gesundheitsinformationsseiten die Gesundheitsentscheidungen ihrer Nutzer tatsächlich beeinflussen (Ritterband et al. 2003).

4.2 Das Internet und die späte Moderne

Die reflexive Moderne bietet zahlreiche Medien zur Verbreitung von Wissen (und dadurch implizit die Hinterfragung von Expertenwissen, weil immer mehr Informationen auch immer mehr unterschiedliche Meinungen bedeuten) sowie z.B. Zeitschriften, Fernsehen und das Internet. Betrachtet man z.B. Tageszeitungen so werden hier nahezu tägliche Informationen und Tipps zur Gesunderhaltung gebracht, die sich regelmäßig selbst widersprechen. Die Gesundheitsinformationen finden sich nicht mehr nur in den „wissenschaftlichen“ Teilen der Zeitungen, sondern vermehrt neben allgemeinen „Lifestyle“-Empfehlungen wie z.B. Karrieretipps oder sogar Astrologie (Lewis 2006a). Dieser Informationsflut liegt die obligatorische Entscheidungslast der Individuen zugrunde. Daher bietet sich das Internet als Untersuchungsgegenstand für selbst-verantwortliches Handeln der Individuen im Sinne der reflexiven Moderne an (Lewis 2006a). Auch wenn andere Medien zahlreiche Gesundheitsinformationen bieten, so macht nur das Internet alle Informationen exakt zum gewünschten Zeitpunkt verfügbar, z.B. im Falle auftretender Symptome. Somit ist das Internet eingebettet in alltägliche Handlungen und Fragen, wie auch gesundheitliche Fragen zu Ernährung und Lebensstil (Lewis 2006b).

Die Entwicklung des Internets und der Prozess der reflexiven Moderne haben sich gegenseitig beeinflusst. Daher verläuft der Diskurs über die reflexive Moderne parallel zum Diskurs über das Informationszeitalter (Nettleton et al. 2003). Zahlreiche Homepages sprechen Individuen als reflexive selbst-verantwortliche Gesundheitskonsumenten an, indem sie permanente Bewertung, Kritik und Bewertung von Wissen fordern und fördern (Lewis 2006a).

Aufgrund seiner Beschaffenheit ist das Internet selbst ein Beispiel und Katalysator der reflexiven Moderne (Vgl. Kapitel 3). Das Internet selbst spiegelt die reflexive Moderne wider, denn es bietet die Möglichkeit zur Informationsbeschaffung, verpflichtet jedoch automatisch und regelmäßig zu Entscheidungen aufgrund der Überfülle an Informationen.

Das Neue an den Gesundheitsinformationen, insbesondere in den neuen Informationstechnologien, ist, dass das medizinische Wissen aus der Kontrolle und der Regulierung der Experten entkommen („escaped“) ist (Nettleton et al. 2003). Das medizinische Wissen wurde aus den Expertensystemen „disembedded“ und findet auf neue Weise gemischt mit alternativen Wissen und Wissen von Laien eine neue Form im Internet. Insofern erklärt sich das Bedürfnis zahlreicher Gesundheitsexpertinnen und –experten, das Internet zu „bändigen“ und es wieder durch eine Elite kontrollierbar zu machen (z.B. durch Einführung von Gütesiegel) (Nettleton et al. 2003). Die neue Form des medizinischen Wissen, losgelöst von dem traditionellen Expertensystem, wird zu Veränderungen in Bezug auf das Vertrauen in das Expertensystem, auf das Verhältnis von Arzt und Patient sowie auf den Umgang mit der eigenen Gesundheit führen (Nettleton et al. 2003).

5 Forschungsstand zur Internetnutzung für Gesundheitsinformationen

Im folgenden Kapitel soll ein Überblick über die jüngste Forschung zur Nutzung des Internets für Gesundheitsinformationen gegeben werden. Dazu wurde eine Datenbankrecherche in Social Sciences Citation Index durchgeführt. In dieser Recherche wurden empirische Arbeiten zur Internetnutzung für Gesundheit unabhängig von ihren theoretischen Grundlagen einbezogen. Betrachtet man aktuelle Studien zur Nutzung des Internets für Gesundheitsinformationen in der Allgemeinbevölkerung so finden sich nur sehr wenige Studien im europäischen Raum (Dumitru et al. 2007). In den USA gibt es eine große jährliche Erhebung zum Thema Internet und auch Gesundheit im Internet, die im folgenden Kapitel dargestellt wird. Ebenfalls eine große Studie in den USA gibt es zur Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen bei Kindern und Jugendlichen. Zusätzlich gibt es einige Studien zu besonderen Subgruppen, wie zum Beispiel Nutzer einer bestimmten Seite. Zahlreiche Studien gibt es zu bestimmten Krankheitsgruppen, die aber größtenteils aufgrund ihrer besonderen Problematik, nicht auf die Allgemeinbevölkerung übertragbar sind. Im europäischen Kontext konnten zwei große Studien identifiziert werden. Die Eurobarometererhebung hatte im Jahr 2003 Online-Gesundheitsinformationen zum Schwerpunkt und wurde auch in Österreich durchgeführt. Die Ergebnisse dazu werden ausführlich in diesem Kapitel behandelt. Eine weitere große Studie wurde in sieben europäischen Ländern, darunter auch Deutschland, durchgeführt.

5.1 Internetnutzung in Österreich

In Österreich hatten im Jahr 2007 60 Prozent der Haushalte Zugang zum Internet. Dieser Anteil ist von 2002 (34 %) auf 2007 stark angestiegen. Im Bundesländervergleich zeigt sich, dass in Wien mit 65 Prozent am meisten Haushalte Zugang zum Internet haben und am wenigsten in Kärnten mit 52 Prozent (Statistik Austria 2007a).

Insgesamt haben in den letzten drei Monaten zwei Drittel der Personen zwischen 16 bis 74 Jahren das Internet genutzt, das entspricht 4,1 Millionen Österreicherinnen und Österreichern. Am häufigsten nutzen junge Menschen (im Alter von 16 bis 24 Jahren) das Internet. Doch auch bei der Altersgruppe der über 65-Jährigen nutzen noch 23 Prozent das Internet. Seit Jahren ist der Unterschied zwischen Frauen und Männer konstant, so nutzen nur 61 Prozent der Frauen das Internet, im Vergleich zu 73 Prozent der Männer (Statistik Austria 2007a).

5.1.1 Die Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen in Österreich - Auswertungen der Eurobarometer Erhebung

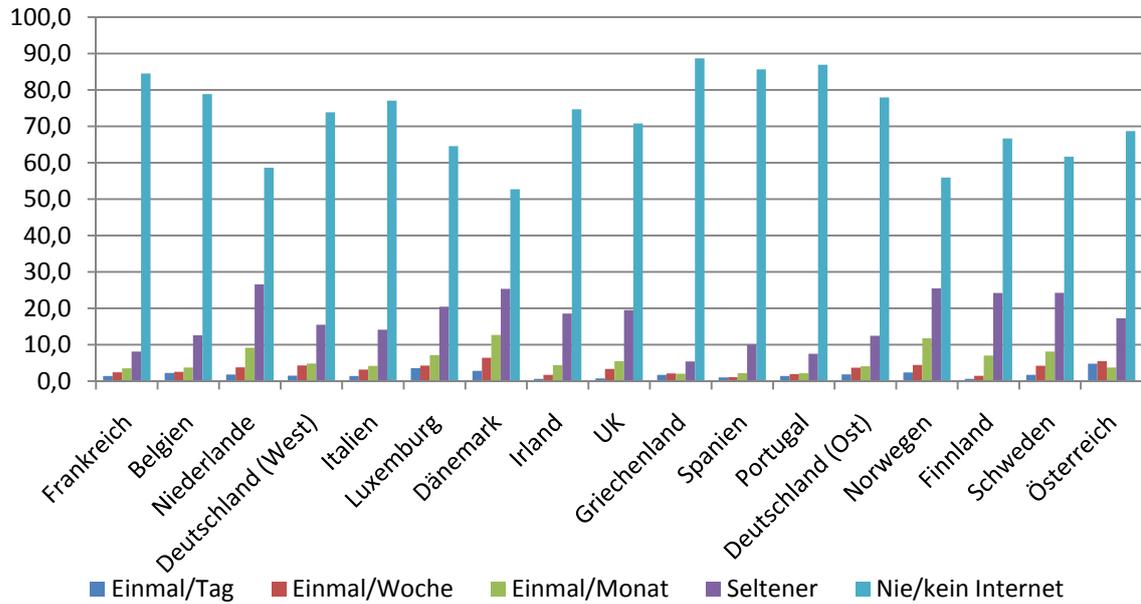
Der **Eurobarometer** ist ein Instrument der europäischen Union in der jährlich Umfragen durchgeführt werden, mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten (EORG 2003). Im Jahr 2003 ging es um Gesundheitsinformationsquellen. Die Befragung fand vom ersten September bis zum siebten Oktober 2002 in allen europäischen Mitgliedstaaten statt, in Österreich wurde sie vom Spectra Marktforschungsinstitut durchgeführt. Der Frageblock zu Gesundheit und Informationsquellen umfasst vier Fragen und ermöglicht die Einordnung des Internets im Verhältnis zu anderen Informationsquellen (Abbildung 5.2). In der Eurobarometererhebung wird ebenfalls das Vertrauen in Informationsanbieter abgefragt. Diese Frage impliziert jedoch, dass sich Personen stets bewusst sind, auf wessen Homepage sie sich gerade befinden. Eine Studie von Felt (2008) hat aufgezeigt, dass Personen angeben, kaum Zeit auf Pharmaseiten zu verbringen. Bei Experimenten offenbart sich jedoch, dass sehr wohl viel Zeit auf Pharmaseiten recherchiert wird. Insofern erscheint diese Frage problematisch und wird in der eigenen Befragung nicht erhoben.

5.1.2 Österreich im internationalen Vergleich

Im Durchschnitt nutzen in der EU-15 23 Prozent der Bevölkerung das Internet für Gesundheitsinformationen. Am häufigsten wird das Internet für Gesundheitsinformationen in Dänemark (47 %), den Niederlanden (41 %) und Schweden (39 %) genutzt. Österreich liegt mit 31 Prozent der Bevölkerung über dem Durchschnitt. Am seltensten wird das Internet für Gesundheitsinformationen in Griechenland genutzt (12 %) (EORG 2003).

In Europa liegt das Internet als Hauptinformationsquelle für Gesundheit auf Rang sieben. Insgesamt geben 23 Prozent der Europäer an, das Internet für Gesundheitsinformationen zu nutzen. Die Meisten (16 %) nutzen das Internet dafür weniger als einmal im Monat. Männer geben häufiger an das Internet für gesundheitliche Fragestellungen zu durchsuchen. Ältere Menschen nutzen seltener das Internet für Gesundheitsinformationen. Jüngere Menschen bewerten den Nutzen des Internets allgemein positiver als ältere. Mit zunehmender Bildung steigt die Internetnutzung zu Gesundheitsthemen an (EORG 2003).

Abbildung 5.1.: Häufigkeit der Internetnutzung zu Gesundheitsinformationen in europäischen Ländern n=16.686, in Prozent

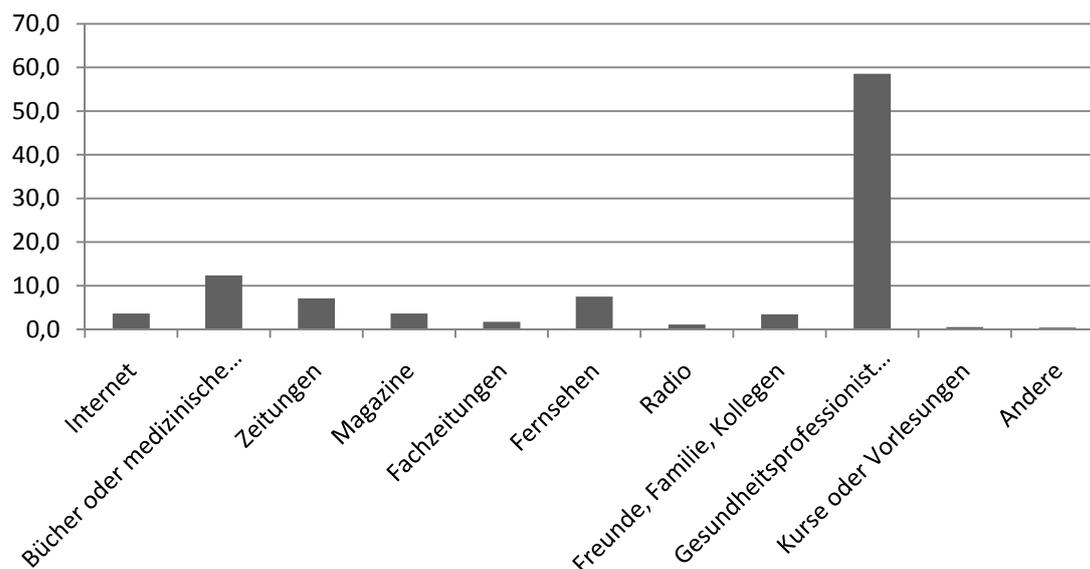


Quelle: Eurobarometer 58.0, eigene Berechnung

5.1.3 Gesundheitsinformationsquellen im Vergleich

In Österreich sind Gesundheitsprofessionisten wie Ärztinnen und Ärzte oder Apothekerinnen und Apotheker die wichtigste Gesundheitsinformationsquelle. An zweiter Stelle folgen mit 12 Prozent Bücher oder medizinische Lexika. Lediglich knapp vier Prozent der Österreicherinnen und Österreicher, geben das Internet als wichtigste Gesundheitsinformationsquelle an.

Abbildung 5.2: Hauptgesundheitsinformationsquelle in Österreich n=987, in Prozent



Quelle: Eurobarometer 58.0, eigene Berechnung

Betrachtet man die Nutzung unterschiedlicher Informationsquelle so zeigen sich **keine Geschlechterunterschiede**.

Tabelle 5.1: Hauptgesundheitsinformationsquellen nach Geschlecht in Österreich, in Prozent

Hauptgesundheitsinformationsquelle	Männer	Frauen	Gesamt
Internet	4,3	3,2	3,6
Bücher oder medizinische Lexika	10,3	13,9	12,4
Zeitungen	7,7	6,7	7,1
Magazine	4,1	3,3	3,6
Fachzeitsungen	2,4	1,2	1,7
Fernsehen	8,4	6,9	7,5
Radio	1,2	1,1	1,1
Freunde, Familie, Kollegen	4,3	2,8	3,4
Gesundheitsprofessionist (Arzt, Apotheker..)	56,0	60,5	58,6
Kurse oder Vorlesungen	0,7	0,4	0,5
Andere	0,7	0,2	0,4
Gesamt	100	100	100
Anzahl	418	569	987

Quelle: Eurobarometer 58.0, eigene Berechnung

Betrachtet man die Gesundheitsinformationsquellen nach unterschiedlichen **Altersgruppen**, zeigen sich signifikante Unterschiede. In allen Altersgruppen sind Personen die im Gesundheitswesen arbeiten die wichtigste Informationsquelle. Bei der jüngsten Al-

tersgruppe nehmen jedoch Bücher oder medizinische Lexika sowie das Internet einen wichtigeren Stellenwert ein als bei den älteren Befragten.

Tabelle 5.2: Hauptgesundheitsinformationsquelle nach Alter in Österreich in Prozent

Hauptgesundheitsinformationsquelle	15 bis unter 35	35 bis unter 55	55 und älter	Gesamt
Internet	6,1	4,1	0,3	3,6
Bücher oder medizinische Lexika	13,6	14,7	7,9	12,4
Zeitungen	4,8	7,9	8,6	7,1
Magazine	2,7	4,1	4,1	3,6
Fachzeitschriften	1,5	2,2	1,4	1,7
Fernsehen	8,8	7,1	6,6	7,5
Radio	1,2	0,8	1,4	1,1
Freunde, Familie, Kollegen	4,8	3,0	2,4	3,4
Gesundheitsprofessionist (Arzt, Apotheker..)	55,2	55,0	66,9	58,6
Kurse oder Vorlesungen	0,3	1,1	0	0,5
Andere	0,9	0	0,3	0,4
Gesamt	100	100	100	100
Anzahl	330	367	290	987

Quelle: Eurobarometer 58.0, eigene Berechnung

In der Erhebung wird nach der Einschätzung des Internets als gute Informationsquelle für Gesundheitsbelange gefragt, wobei lediglich die Antwortkategorien „ja“ oder „nein“ vorgegeben waren. Fast die Hälfte der Befragten betrachtet das Internet als eine gute Gesundheitsinformationsquelle, während ein Viertel die Informationen als nicht gut betrachtet. Ein weiteres Viertel der Befragten unterscheidet nach den vorgefundenen Informationen. Männer und Frauen schätzen dabei das Internet gleich ein.

Tabelle 5.3: Das Internet als gute Informationsquelle nach Geschlecht in Prozent

Das Internet als gute Gesundheitsinformationsquelle	Geschlecht		Gesamt
	Männer	Frauen	
Ja	49,9	47,0	48,3
Nein	22,6	25,3	24,1
Hängt von Information ab (spontan)	27,6	27,7	27,6
Gesamt	100	100	100
Anzahl	359	470	829

Quelle: Eurobarometer 58.0, eigene Berechnung

Die jüngeren Befragten schätzen das Internet als Gesundheitsinformationsquelle signifikant häufiger gut ein als ältere Befragte. Mit zunehmendem Alter scheint somit die Skepsis gegenüber dem Internet als Gesundheitsinformationsquelle zu steigen. Von den über 60 Jährigen geben nur mehr ungefähr ein Drittel an, dass das Internet eine gute Gesundheitsinformationsquelle ist.

Tabelle 5.4: Das Internet als gute Informationsquelle nach Altersgruppen in Prozent

Das Internet als gute Gesundheitsinformationsquelle	Altersgruppen			Gesamt
	15 bis unter 35	35 bis unter 55	55 und älter	
Ja	58,8	48,7	31,9	48,3
Nein	16,2	22,9	37,7	24,1
Hängt von Information ab (spontan)	25,0	28,3	30,4	27,6
Gesamt	100	100	100	100
Anzahl	308	314	207	829

Quelle: Eurobarometer 58.0, eigene Berechnung

5.1.4 Häufigkeit der Nutzung

Bei der Frage nach der Häufigkeit der Nutzung des Internets für Gesundheitsinformationsquellen, geben mehr als zwei Drittel der Befragten an, dass sie kein Internet haben oder das Internet nie für Gesundheitsinformationen nutzen. Von denen, die das Internet für Gesundheitsinformationen nutzen, tun dies die meisten sehr selten, d. h. seltener als einmal im Monat. Unter fünf Prozent nutzen das Internet täglich für Gesundheitsinformationen. Frauen und Männer unterscheiden sich nicht bei der Häufigkeit der Nutzung.

Tabelle 5.5: Häufigkeit der Internetnutzung für Gesundheitsinformationen im Internet in Österreich Männer und Frauen in Prozent

Häufigkeit der Internetnutzung für Gesundheitsinformationen in Prozent	Geschlecht		
	Männer	Frauen	Gesamt
Einmal/Tag	4,8	4,8	4,8
Einmal/Woche	5,8	5,3	5,5
Einmal/Monat	3,4	4,0	3,8
Seltener	18,6	16,4	17,3
Nie/Kein Internet	67,5	69,5	68,7
Gesamt	100	100	100
Anzahl	415	568	983

Quelle: Eurobarometer 58.0, eigene Berechnung

Wie aufgrund der Internetnutzung für Gesundheitsinformationen (Vgl. Tabelle 5.2.) zu erwarten, nutzen ältere Befragte das Internet nie für Gesundheitsinformationen oder haben kein Internet. Von den unter 30-Jährigen nutzen jedoch rund zehn Prozent das Internet täglich für Gesundheitsinformationen und nur rund die Hälfte gibt an kein Internet zu haben oder keine Gesundheitsinformationen im Internet zu suchen.

Tabelle 5.6: Häufigkeit der Internetnutzung für Gesundheitsinformationen im Internet in Österreich nach Altersgruppen in Prozent

Häufigkeit der Internetnutzung für Gesundheitsinformationen	Altersgruppen			Gesamt
	15 bis unter 35	35 bis unter 55	55 und älter	
Einmal/Tag	9,7	4,1	0,0	4,8
Einmal/Woche	9,4	5,2	1,4	5,5
Einmal/Monat	5,1	4,1	1,7	3,8
Seltener	23,9	20,3	5,9	17,3
Nie/Kein Internet	52,0	66,3	90,9	68,7
Gesamt	100	100	100	100
Anzahl	331	365	287	983

Quelle: Eurobarometer 58.0, eigene Berechnung

5.2 Charakteristika der Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern

Eine jährliche Befragung zum Thema Internet und Gesundheit wird vom **PEW (Princeton Survey Research Associates International)** Internet Projekt in den USA durchgeführt (Fox 2003; Fox 2006). Die Befragung umfasst 2.928 Erwachsene in den Vereinigten Staaten von Amerika (Fox 2006). Ein Großteil der Fragen wird jährlich erhoben und erlaubt somit Zeitreihen. In Summe werden 17 unterschiedliche Gesundheitsinformationen, die im Internet verfügbar sind, abgefragt. 80 Prozent der Erwachsenen (über 18 Jahre) nutzen das Internet für Gesundheitsinformationen. Bestimmte Gruppen nutzen vermehrt das Internet für Gesundheit: Frauen, Personen jünger als 65 Jahre, Akademiker, Personen mit mehr „Online-Erfahrung“ und Personen mit Breitbandinternetzugang. Gesundheitsinformationen im Internet zu recherchieren, zählt zu den typischen alltäglichen Handlungen im Internet, sowie das Bezahlen von Rechnungen oder die Nutzung des elektronischen Telefonbuchs.

Ein typischer Suchvorgang nach Gesundheitsinformationen verläuft folgendermaßen: Die meisten Personen (66 %) nutzen eine Suchmaschine wie z.B. Google, eine kleinere Gruppe beginnt bereits auf einer Gesundheitsseite (27 %). Fast zwei Drittel der Sucher besuchen mehr als eine Seite für Gesundheitsinformationen. Nur ein gutes Drittel der Personen gibt an, Informationen über die eigene Gesundheit zu suchen, fast die Hälfte gibt an dies für andere zu tun.

Die Hälfte der Sucher gibt an, dass die Informationen aus dem Internet ihr Verhalten beeinflussen, elf Prozent geben sogar an, dass die Informationen starke Auswirkungen haben. Die Auswirkungen sind bei jenen Personen am stärksten, die eine ernsthafte Erkrankung oder Diagnose im letzten Jahr erlebt haben.

Die meisten Personen fühlen sich durch die Informationen im Internet darin bestätigt, die richtige Gesundheitsentscheidung zu treffen. Viele fühlen sich beruhigt und erleichtert

durch die Informationen, die sie gefunden haben. Auf der anderen Seite geben auch ein Viertel der Personen an, dass sie von der Menge der Informationen überwältigt und überfordert sind. Immerhin zehn Prozent der Befragten geben an, dass sie beängstigt sind über die Informationen die sie gefunden haben.

Tabelle 5.7. gibt den Anteil von Gesundheitsinformationen-Suchenden wieder, die sich online informieren. Von Frauen, die Informationen über Gesundheit suchen, tun dies 82 Prozent auch im Internet.

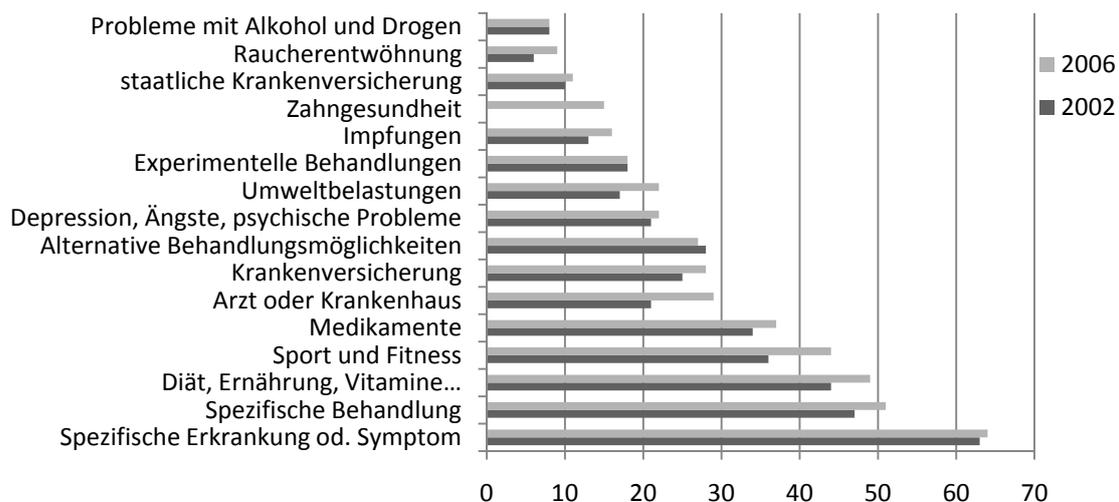
Tabelle 5.7: Sozio-demographische Merkmale von Gesundheitsinformationen-Suchenden allgemein, die Gesundheitsinformationen online gesucht haben.

Demographische Gruppe	Prozent der Personen, die online gesucht haben
Online-Frauen	82
Online-Männer	77
Internet Nutzer 18-29 Jahre	79
Internet Nutzer 30-49 Jahre	84
Internet Nutzer 50-64 Jahre	78
Internet Nutzer über 65 Jahre	68
Internetnutzer mit Matura oder weniger	71
Internetnutzer mit College Erfahrung	80
Akademische Internetnutzer	89
Internetnutzer mit 2-3 Jahren Interneterfahrung	62
Internetnutzer mit mehr als 6 Jahren Interneterfahrung	86
Internetnutzer mit einer Einwählinternetverbindung	75
Internetnutzer mit einer Breitbandverbindung zu Hause	86

Quelle: Fox 2006, S. 2

Von den Online-Gesundheitsnutzerinnen und -nutzern geben 91 Prozent an, über körperliche Krankheiten oder Informationen zu Symptomen recherchiert zu haben, gefolgt von 26 Prozent, die Informationen über psychische Krankheiten gesucht haben. Lediglich zehn Prozent der Nutzer bestellen Vitamine oder Medikamente übers Internet. 52 Prozent der Gesundheitsinformationsnutzer geben an, dass Informationen aus dem Internet „fast alle“ oder „alle“ glaubhaft sind. Nur neun Prozent beteiligen sich bei Online-Selbsthilfegruppen. Eine überraschend kleine Rolle spielt das Thema der Raucherentwöhnung oder Fragen zum Thema problematischer Alkoholkonsum oder Drogenmissbrauch. Nur zwischen acht und neun Prozent der Befragten geben an, Informationen dazu zu suchen (Vgl. Abbildung 5.3.).

Abbildung 5.3: Gesuchte Gesundheitsinformationen in Prozent



Quelle: Fox 2006, eigene Darstellung

Der geringe Prozentsatz der Personen die angeben, Online-Selbsthilfegruppen zu gesundheitlichen Themen zu nutzen, steht im Kontrast zu Studien zur allgemeinen Internetnutzung, wo 36 Prozent angeben Selbsthilfegruppen zu bestimmten medizinischen Problemen zu besuchen. Bei keiner der Themengruppen zeigen sich starke Veränderungen zwischen den Jahren 2002 bis 2006.

Von den Gesundheitsinformationsnutzerinnen und -nutzern geben 23 Prozent an, in der letzten Woche Informationen gesucht zu haben, 35 Prozent im letzten Monat, 31 Prozent im letzten halben Jahr, bei zehn Prozent ist es länger her. Da die meisten Personen das Internet für Fragestellungen zu bestimmten Krankheiten nutzen, ist das Internet nur eine Ergänzung zum Arztbesuch. 27 Prozent informieren sich vor einem Arztbesuch, 34 Prozent nach einem Arztbesuch und 35 Prozent unabhängig von einem Besuch. Lediglich zwei Prozent geben an, das Internet anstatt eines Arztbesuches zu nutzen. Personen mit sehr guter subjektiver Gesundheit geben häufiger an, Informationen für andere zu suchen. Aber immerhin 29 Prozent der Personen mit sehr guter Gesundheit suchen Informationen für sich selbst. Von den Personen mit sehr guter subjektiver Gesundheit gehen 23 Prozent einmal wöchentlich ins Internet für Gesundheitsinfos, Personen mit schlechterer Gesundheit zu 32 Prozent. Wesentlich häufiger (30 %) suchen weniger Gesunde Informationen zu psychischen Krankheiten als Personen mit sehr guter Gesundheit (19 %). Insgesamt geben von den Online-Gesundheitsinformationssuchenden 39 Prozent an, in sehr guter Gesundheit zu sein, 49 Prozent in guter, zehn Prozent in mittelmäßiger und zwei Prozent in schlechter Gesundheit.

Die Studie umfasst auch zahlreiche Fragen dazu, welche Auswirkungen die Online-Gesundheitsinformationen auf die Individuen haben. Die meisten (46 %) geben an, dass die gefundenen Informationen keine Auswirkungen haben bzw. nur geringfügige (42 %). Von denen, die angeben, dass die Informationen sie beeinflussen, sind die häufigsten Einflüsse: auf eine Entscheidung über eine Behandlung; auf die allgemeine Einstellung gegenüber der eigenen Gesundheit; oder zusätzliche Fragen an die Ärztin oder den Arzt oder das Einholen einer Zweitmeinung.

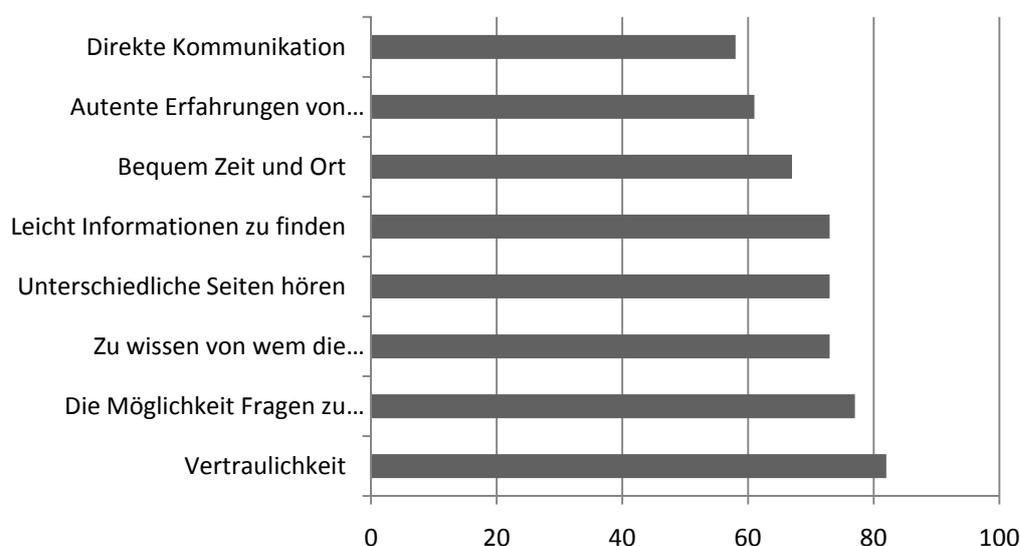
Bei der Frage danach, wie sich Personen nach den erhaltenen Informationen fühlen, zeigt sich, dass das Internet eine beruhigende und bestätigende Wirkung hat. Fast Dreiviertel der Personen geben an, dass sie sich nach der Internetsuche darin bestätigt fühlen, dass sie die richtige Gesundheitsentscheidung treffen können. Sie fühlen sich auch zuversichtlich, neue Fragen mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin zu besprechen. Beängstigt durch die Informationen im Internet fühlen sich zehn Prozent der Befragten. Von der Anzahl der Informationen überfordert fühlen sich ein Viertel der Befragten.

Die meisten Personen (49 %) geben an, die Gesundheitsinformationen für andere Personen gesucht zu haben, 37 Prozent geben an für sich selbst gesucht zu haben. Die meisten Personen suchen Gesundheitsinformationen über Suchmaschinen und besuchen dann durchschnittlich zwei bis drei Seiten. Dabei geben die Befragten häufig an, kaum oder nie auf die Informationen über die Seitenbetreiber zu achten.

Eine Studie der Kaiser Family Foundation (**KFF**) untersuchte im Jahr 2001 ebenfalls in den Vereinigten Staaten von Amerika das Thema „How young people use the internet for health information“. Eine telefonische Befragung wurde mit 1.209 15-24-Jährigen durchgeführt. 90 Prozent der Jugendlichen geben an, das Internet zu nutzen („Online-Jugendliche“). Von denen informieren mehr als drei Viertel online über Gesundheit.

Am meisten schätzen sie am Internet die Möglichkeit der Vertraulichkeit und Anonymität (Vgl. Abbildung 5.4) sowie die Möglichkeit Antworten auf spezifische Fragen und persönliche Sachverhalten zu erhalten. Ebenfalls sehr wichtig ist es, dass Informationen leicht verfügbar sind und dass Informationen aus unterschiedlichen Sichtweisen dargestellt werden. Dies schlägt sich auch im Suchverhalten der Jugendlichen nieder, die durchschnittlich fünf Seiten pro Informationsbeschaffungsvorgang besuchen. Suchmaschinen sind die häufigste Methode der Informationsbeschaffung, ein Viertel der Jugendlichen gelangt zufällig auf solche Seiten und ungefähr 16 Prozent besuchen direkt eine spezifische Seite.

Abbildung 5.4: Gründe für Internetnutzung für Gesundheitsinformationen in Prozent



Quelle: KFF 2001, eigene Darstellung

Die Hälfte der „Online-Jugendlichen“ suchen Informationen zu spezifischen Krankheiten wie Krebs oder Diabetes. Viele (44 %) Jugendliche nutzen das Internet, um Informationen über Schwangerschaft, Verhütung oder sexuell übertragbare Krankheiten zu erhalten. Weniger als ein Viertel der Jugendlichen nutzen das Internet für Informationen über ihre psychische Gesundheit (z.B. Depressionen) und Probleme mit Alkohol oder Drogen. 40 Prozent der „Online-Jugendlichen“ nutzen das Internet mindestens einmal im Monat für Gesundheitsinformationen. Die meisten (55 %) nutzen das Internet mehrmals im Jahr, um Informationen über Gesundheit zu erhalten.

Die meisten Jugendlichen besprechen die erhaltenen Gesundheitsinformationen mit Freunden oder Eltern. 39 Prozent der Jugendlichen verändern ihr Verhalten und ihre Gewohnheiten aufgrund der Informationen, die sie aus dem Internet erhalten haben. Die meisten Jugendlichen empfinden die Informationen, die sie aus dem Internet erhalten haben, als nützlich.

Baker et al. (2003) führten ebenfalls in den Vereinigten Staaten von Amerika eine Befragung von Internetnutzerinnen und Internetnutzer durch. Ungefähr 40 Prozent der Internetnutzerinnen und Internetnutzer geben an, Online-Informationen zu Gesundheit zu suchen. Weniger Leute geben an via E-Mails mit Freunden und Bekannten über Gesundheit zu kommunizieren. Sehr wenige nutzen E-Mails, um sich mit Gesundheitsexperten auszutauschen. Ungefähr ein Drittel geben an, das Internet nur alle zwei bis drei Monate für Gesundheitsinformationen zu nutzen. Weniger als ein Viertel der Online-Gesundheitsinformationssuchenden tun dies mindestens einmal im Monat oder öfter. Insgesamt sehen die Autoren der Studie Unterschiede zu vorangegangenen Studien bezüglich der Häufigkeit der Nutzung. Sie fällt wesentlich niedriger aus, als in bisherigen Studien, was zum Teil auf die Rekrutierung in anderen Studien zurückzuführen ist. In Hinblick auf sozio-demographische Unterschiede zeigt sich, dass ältere Personen das Internet signifikant seltener für Gesundheitsinformationen nutzen (es sei nochmals darauf hingewiesen, dass es sich hier nur um Personen handelt, die das Internet nutzen). Männer nutzen das Internet seltener für Gesundheitsinformationen als Frauen. Ein starker Zusammenhang zeigt sich ebenfalls zwischen dem Bildungsniveau (Ausbildung in Jahren) und der Nutzung. Keinen Einfluss hat hingegen das Einkommen. Personen mit einem schlechten subjektiven Gesundheitsstatus geben häufiger an, das Internet für Gesundheitsinformationen zu nutzen. Zwei Drittel der Online-Gesundheitsinformationssuchenden geben an, dass das Internet ihr Verständnis über Gesundheitsbelange verbessert, jedoch keinen Einfluss auf den Kontakt zu Ärztinnen oder Ärzten hat.

Die einzige große europäische Studie zusätzlich zur Eurobarometer Erhebung wurde im Rahmen des von der europäischen Kommission mitfinanzierten Projekts „**European network on e-health consumer trends**“ durchgeführt (Andreassen et al. 2007). Hierzu wurde in sieben Ländern (Norwegen, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Polen, Portugal und Lettland) eine Fragebogenerhebung mit insgesamt fast 8.000 Befragten durchgeführt. Erhoben wurden neben dem Nutzungsverhalten und soziodemographischen Merkmalen auch Daten zur Krankengeschichte. In der Gesamtbevölkerung zeigt sich, dass Männer häufiger das Internet für Gesundheitsinformationen nutzen. Kontrolliert man jedoch die Variable der Internetnutzung allgemein so zeigt sich, dass Frauen mehr Gesundheitsinformationen suchen, wenn sie bereits online sind. Ebenso zeigt sich in allen Ländern, dass die jüngste Altersgruppe am meisten Gesundheitsinformationen

online bezieht. Betrachtet man jedoch nur die Gruppe derer, die online sind, so ist die Gruppe der 30 bis 44 Jährigen am meisten mit Gesundheitsbelangen beschäftigt. Personen mit höherer Bildung nutzen das Internet häufiger für Gesundheitsinformationen. Personen mit subjektiv schlechterer Gesundheit nutzen das Internet seltener für Gesundheitsbelange, kranke Personen in der Verwandtschaft oder dem Bekanntenkreis erhöhen jedoch die Wahrscheinlichkeit der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen. Ebenso erhöhen die kürzliche Diagnose einer chronischen Krankheit oder Behinderung sowie häufige Kontakte zum Arzt, die Wahrscheinlichkeit Online-Gesundheitsinformationen zu beziehen. Als häufigste Folge von Online-Gesundheitsinformationen zeigen sich die meisten Personen erleichtert oder in ihrer Entscheidung unterstützt (19 %). Die Autoren kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass das Internet häufig nicht nur zur Informationsgewinnung sondern auch zum Informationsaustausch und zur Kommunikation genutzt wird. 27 Prozent der Internetnutzerinnen und –nutzer agieren in Foren oder Selbsthilfegruppen. Zusammenfassend erhöhen folgende Faktoren die Wahrscheinlichkeit das Internet für Gesundheit zu nutzen: junges Alter, Frauen, höhere Ausbildung, häufige Arztbesuche, chronische Krankheiten und gute subjektive Gesundheit (Wangberg et al. 2007).

Als Teil dieses Projektes wurde eine Erhebung mit 1.000 Personen in Deutschland durchgeführt (Dumitru et al. 2007). In dieser Erhebung zeigt sich, dass 53 Prozent der Befragten das Internet für Gesundheitsinformationen nutzen. Am häufigsten nutzen sie das Internet dazu, Gesundheitsinformationen nach einem Arztbesuch zu suchen (66 % der Gesundheitsinternetnutzer). Bereits an zweiter Stelle folgt, das Internet dazu zu nutzen, um zu entscheiden, ob ein Arztbesuch nötig erscheint oder sich über Gesundheit im Allgemeinen zu informieren. Auch überraschend häufig wird das Internet zur Interaktion mit einem Arzt (mit dem sie noch nie ein direktes Gespräch geführt haben) benutzt (54 %), sowie zur Suche nach Informationen vor einem Arztbesuch (54 %). Knapp weniger als die Hälfte (48 %) nutzt das Internet für Gesundheitsforen oder Selbsthilfegruppen bezüglich Gesundheit. Online-Medikamente oder andere Gesundheitsprodukte zu bestellen, geben immerhin 39 Prozent der Internetnutzer an. Als häufigste Konsequenz der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen zeigt sich die Bereitschaft, das eigene Ernährungsverhalten (49 % der Online-Gesundheitsnutzer) oder Lebensstil zu ändern, oder Fragen zur Behandlung oder Diagnose dem Arzt oder der Ärztin zu stellen. In fast der Hälfte der Fälle führt die Online-Gesundheitsinformationsbeschaffung zu einem Gefühl der Bestätigung und Beruhigung. Zu Ängsten führt sie in knapp 19 Prozent der Fälle. Zur Terminabsage bei einer Ärztin oder Arzt (10 %) oder Änderung der Medikation (6 %) führt die Information eher selten. Zur direkten Interaktion mit dem Gesundheitssystem (der eigenen elektronischen Gesundheitsakte, Online-Terminvereinbarung) kommt es eher selten nämlich in unter zehn Prozent der Fälle von Online-Gesundheitsinformationssuchenden. Die Erhebung umfasste ebenfalls die Bewertung von Gesundheitsinformationsquellen nach ihrer Wichtigkeit anhand einer Likertskala. Am wichtigsten ist das direkte Gespräch mit einem Gesundheitsexperten oder –expertin. Danach scheinen Familie, Freunde und Kollegen auf. Bücher, Enzyklopädien und Informationsbroschüren sowie Zeitschriften und auch Fernsehen und Radio werden wichtiger eingestuft als das Internet.

5.3 Studien über Nutzerinnen- und Nutzergruppen

Zahlreiche Studien beschäftigen sich mit der Frage, wer genau die Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitsinformationsangebots im Internet sind. Zu diesem Forschungsziel werden meist Nutzerinnen und Nutzer bestimmter Seiten oder Angebote ausgewählt und befragt. So führte z.B. Nicholas et al. (2001) eine große Befragung mit Nutzerinnen und Nutzern der Seite „surgery door“ durch. Im Folgenden soll ein Überblick über drei jüngere Studien zu den Nutzerinnen und Nutzern von Online-Gesundheitsinformationen gegeben werden.

Nicholas et al. (2001) führten 2000 eine Online-Befragung mit mehr als 1.000 Nutzerinnen und Nutzern der Seite „Surgery Door“ durch. 59 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer dieses Gesundheitsportals geben an, dass das Internet eines der drei wichtigsten Informationsquellen für ihre Gesundheitsbelange ist. Die anderen zwei Informationsquellen sind die Ärztin oder der Arzt und Informationsbroschüren. Das Internet überholt somit Freunde und Bekannte als Informationsquelle. Die meisten Nutzer (Dreiviertel) der Seite haben keine akuten Erkrankungen, sondern informieren sich über Maßnahmen zur Gesunderhaltung. Zwei Drittel geben an, dass die Seite ihnen das Gefühl gibt besser informiert zu sein. Über die Hälfte der Nutzerinnen und Nutzer gibt an, dass der Besuch der Seite und die gefundenen Informationen die Empfindung und Wahrnehmung ihres Gesundheitszustands verbessert hat. Gerade jene Personen, die allgemeine Informationen z.B. bezüglich Fitness suchen, berichten am meisten von einer Verbesserung.

80 Prozent der Interviewten sind weiblich und die meisten zwischen 35 und 54 Jahre alt. Die Modalgruppe verdient zwischen 15.000 und 22.000 Pfund (ungefähr 18.000 Euro bis 27.000 Euro) jährlich. 94 Prozent der Befragten sind Laien und die meisten erreichten die Seite über eine Suchmaschine (z.B. Google). Viele der Befragten geben an, dass sie Informationen für andere z.B. Familienmitglieder suchen, was zum Teil auch den hohen Anteil gesunder (d. h. Personen ohne akute Erkrankungen) erklärt.

Auch **Cotten et al. (2004)** kommen zu dem Ergebnis, dass das Internet nur eine von vielen Informationsquellen in Gesundheitsbelangen ist. Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind, sind nach wie vor die wichtigste Informationsquelle. Die meisten Personen nutzen parallel mehrere Informationsquellen und verlassen sich nicht allein auf die Informationen der Gesundheitsexpertinnen und -experten. Die Autoren beobachten ebenfalls, dass häufig Gesundheitsinformationen für andere gesucht werden und begründen dies damit, dass vor allem die „Baby-Boomer“ im Internet aktiv sind und diese Generation gleichzeitig für Kinder und Eltern die Verantwortung trägt. Ein weiterer wesentlicher Aspekt in diesem Zusammenhang ist, dass Frauen mehr Gesundheitsinformationen online suchen als Männer. Frauen suchen meist gezielter nach Informationen zu bestimmten Krankheiten und Symptomen. Männer gehen in der Suche unsystematischer vor und folgen dem Internet mit einem höheren Fokus auf Behandlung und Prognose von Krankheiten.

Die Autoren kritisieren, dass die meisten Studien rein deskriptiv sind und keine multivariaten Analysen vornehmen. Daher führen sie eine Diskriminanzanalyse der allgemeinen Sozialerhebung in den Vereinigten Staaten von Amerika 2000 durch, wo ein Sample

zum Thema Gesundheit und Internet befragt wurde. Sie vergleichen Personen die Online-Gesundheitsinformationen suchen mit Personen die Gesundheitsinformationen aus anderen Quellen suchen. Dabei stellen sie fest, dass Online-Gesundheitssuchende jünger sind, ein höheres Einkommen haben und einen höheren Bildungsabschluss vorweisen. Online-Gesundheitsinformationssuchende sind allgemein häufiger online und nutzen das Internet für zahlreiche andere Angelegenheiten. Online-Gesundheitssuchende berichten ein höheres Wohlbefinden und höhere subjektive Gesundheit als offline Gesundheitsinformationssuchende. Cotten et al. gingen von der Annahme aus, dass kränkere Personen häufiger das Internet für Gesundheitsinformationen nutzen, da sie „verzweifelt“ auf der Suche nach Informationen sind. Diese Annahme wurde widerlegt. Die Tatsache, dass gesündere Personen mehr Gesundheitsinformationen im Internet suchen als kränkere ist jedoch möglicherweise auch durch die jüngere Altersgruppe bestimmt.

Liszka et al. 2003 untersuchen Klientinnen und Klienten einer Praxis. Sie finden keinen Einfluss der subjektiven Gesundheit auf die Nutzung von Gesundheitsinformationen. Personen die Online-Gesundheitsinformationen beziehen, finden dass diese Informationen ihre Gesundheit verbessert haben. In keinem Vergleich zeigen sich Unterschiede zwischen Personen mit chronischen Erkrankungen und anderen Personen bezüglich der Informationsnutzung als signifikant.

5.3.1 Kontext der Internetnutzung

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Forschung zum Thema Gesundheitsinformationen im Internet ist, unter welchen Umständen Informationen gesucht werden und wie diese Informationen verarbeitet werden. Hier kommt dem Aspekt des Internets als neue Form des Kommunikationsmittels eine besondere Bedeutung zu. Zahlreiche Autoren (z.B. Nettleton 2003, 2005) weisen jedoch immer wieder darauf hin, dass das Internet nur als eines von vielen Medien für Gesundheitsinformationen betrachtet werden soll und nicht aus diesem Kontext herausgelöst werden soll.

Lewis (2006a, 2006b) argumentiert, dass die Internetnutzung für Gesundheitsinformationen als Teil eines eigenen neu-entstandenen Gesundheitsverhaltens zu betrachten ist: „I suggest that online health consumption needs to be seen, not so much in terms of individuals retrieving correct or incorrect health information, but rather as a complex social act that is embedded in and framed by a kind of `health habitus`“ (Lewis 2006a, S. 523). Sie untersuchte daher Online-Gesundheitskonsumentinnen und -konsumenten in Hinblick auf den weiteren sozialen und kulturellen Kontext und führte dazu qualitative Interviews mit Studierenden der Melbourne Universität sowie Bewohner einer karitativen Einrichtung durch. Der Studie lag die Annahme zugrunde, dass gerade junge Menschen als gesundheitsorientierte „do-it-yourself“ Bürger agieren und wahrscheinlich sehr reflektierte Konsumentinnen und Konsumenten von Gesundheitsinformationen sind. Als theoretische Grundlage wählte Lewis Becks Theorie der reflexiven Moderne, in der Individuen von Klassenzugehörigkeiten befreit sind und sich als „Manager“ ihrer Gesundheit sehen: „reflexive self-managing health consumers“ (Lewis 2006a, 2006b). Die Studie fragt danach, inwieweit und auf welche Art die Menschen heutzutage reflexive Konsumentinnen und Konsumenten im Zusammenhang von Gesundheit sind. Bei der Studie werden

keine Definitionen von Gesundheit oder Gesundheitsinformationen vorgegeben, sondern Ziel ist es herauszufinden, was die Interviewpartner unter diesen Begriffen einordnen. Zusätzlich werden die persönlichen Vorstellungen von Gesundheit und die Rolle dieser im Leben der Interviewten beleuchtet.

Die Interviewten betrachten ihren Körper und ihre Gesundheit durchaus als etwas, dass man regulieren kann „as ‚projects‘ to be managed“ (Lewis 2006b, S. 470). Die Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken scheint von den Themen, die in den Medien sehr präsent sind wie z.B. Übergewicht bestimmt.

Die Internetnutzung zum Thema Gesundheit zeigte sich äußerst breitgefächert, sie beinhaltet Informationen zu bestimmten Krankheiten wie Hepatitis C, Gesundheitsgefahren durch Körperveränderungen wie Tätowierungen und zahlreiche Lebensstilfaktoren wie z.B. Kampfsport in Hinblick auf die gesundheitliche Komponenten. Hier zeigte sich ein Geschlechterunterschied, während sich Mädchen vermehrt über Diäten informierten, informierten sich die jungen Männer vermehrt über Sport. Zwischen den jungen Personen aus den karitativen Einrichtungen und jenen aus der Universität Melbourne zeigt sich ein unterschiedliches Verständnis von Information in Bezug auf die Gesundheit. Junge Leute aus der karitativen Einrichtung betrachten die Gesundheit und dazugehöriger Informationen eher aus der engeren medizinischen („biomedical“) Sicht, während die Studierenden eher ein breiteres Verständnis von Gesundheit mit stärkeren Präventionsaspekten haben. Die Studentinnen und Studenten betrachten ihre eigene Gesundheit verstärkt als beeinflussbar und formbar und empfinden Gesundheitsrisiken als vermeidbar und vor allem durch den passenden Lebensstil präventabel. Sie haben ein Gefühl der Kontrolle über ihre eigene Gesundheit. Die Einwohner aus dem Obdachlosenheim betrachten Gesundheitsrisiken als externe Risiken, die sie kaum beeinflussen können und daher mit einer großen Unsicherheit verbunden sind. Obwohl die meisten Heimbewohner Raucherinnen oder Raucher sind, erwähnen sie Rauchen kein einziges Mal im Zusammenhang mit ihrer eigenen Gesundheit. Es zeigte sich auch, dass die meisten Informationen aus dem Internet kritisch hinterfragen.

Kivits (2006) führte eine qualitative Befragung via E-Mail mit 31 Online-Gesundheitsinformationssuchenden durch. Eine Annonce auf den frequentiertesten Gesundheitsinformationsseiten führte zu 31 Personen, die ein halb-strukturiertes schriftliches Interview ausfüllten. Ziel war es die Nutzung des Internet von Laien für Gesundheitsinformationen besser zu verstehen. Der Fokus liegt auf der Motivation und den Gründen für die Informationssuche, den Prozess und Ablauf der Suche und die Auswirkungen auf das Arzt-Patienten Verhältnis. Anders ausgedrückt: die Charakteristiken, der Kontext und die Auswirkungen der Internetnutzung für Gesundheitsinformationen. Wichtig war es ebenfalls, die Einbindung des Internets und von Gesundheitsentscheidungen ins tägliche Leben zu erforschen. Das Internet sollte in Hinblick auf andere Informationsquellen wie z.B. Zeitungen und Radio betrachtet werden und nicht isoliert.

Es zeigt sich, dass die Suche nach Informationen (egal ob online oder offline) als alltäglicher Prozess angesehen wird und in den normalen Tagesablauf integriert ist. Das Internet wird genutzt, um mehr Verständnis über alltägliche Befindlichkeiten zu erhalten. Die Informationen dazu werden als elementar erachtet, um Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. „Seeking health information, whether on the internet or from

other sources, this primarily illustrates interviewees' awareness of such responsibility: it is up to each of them to take their health in hand." (S. 274). Beim Prozess der Informationssuche wird auf verfügbares allgemeines medizinisches Wissen und die persönliche Erfahrung zurückgegriffen. Wichtig für die Informationssuchenden ist, dass die im Internet verfügbaren Informationen auf die persönliche Erfahrung und Befindlichkeit abgestimmt sind z.B. die Kombination von unterschiedlichen Symptomen, die vom zuständigen praktischen Arzt als unabhängige Symptome behandelt werden und nicht ganzheitlich betrachtet werden. Meist werden mehrere Webseiten aufgerufen und Informationen kritisch hinterfragt. Das dadurch erhaltene Wissen dient normalerweise als Ergänzung der Informationen, die vom Arzt erhalten werden.

Das Internet wird somit sehr wohl für alltägliche Gesundheitsbelange genutzt und zeugt insofern von einem starken Bedürfnis der Individuen die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Um die eigene Gesundheit besser „managen“ zu können, werden alle möglichen Informationsquellen genutzt und das Internet ist nur eine davon. „In a culture of health consumption (...), information is crucial to the choices individuals face daily and a precious resource in order to optimize personal health and to improve everyday health.“ (Kivits 2006, S. 279). Der Autor schließt, dass aufgrund der Verfügbarkeit von „maßgeschneiderter“ Information das Internet ein wichtiges Medium für Gesundheitsförderung ist. Das Internet könnte als Ergänzung zu dem meist nach Krankheit ausgerichteten Gesundheitssystem genutzt werden.

Gray et al. (2005) führen Fokusgruppendifkussionen mit Schülerinnen und Schülern in den USA und Großbritannien durch. Ziel war es, die Erfahrungen und Erwartungen in Bezug auf das Internet für Gesundheitsinformationen herauszufinden. Sie untersuchen das Verhalten Informationssuchender und die Rolle des Internets in diesem Kontext. Für die Bewertung von Informationsquellen und die Wahrnehmung der Information sind folgende Faktoren wichtig: bisherige Erfahrungen, das Bemerkenswerte/Herausragende an der Information und die Glaubwürdigkeit der Quelle.

Die meisten Schüler haben bereits Gesundheitsinformationen über das Internet gesucht, vorrangig über Diät und Sport (z.B. Yoga). Die Suche wird üblicherweise aktiv durchgeführt, d. h. es wird nach bestimmten Begriffen und Inhalten gesucht. Wichtig ist den Schülerinnen und Schülern dabei, dass im Internet Informationen verfügbar sind, die auf die eigene Situation anwendbar sind (personalisierte Informationen). Hervorgehoben wird auch die Möglichkeit in Chat-Räumen Informationen zu erhalten und Erfahrungen auszutauschen und dabei gleichzeitig anonym zu bleiben, insbesondere bei sensiblen Themen wie Gesundheit. Informationen im Internet werden meist kritisch betrachtet und die Schüler versuchen sich durch Informationen aus unterschiedlichen Seiten „abzusichern“ und die Konsistenz der Informationen zu vergleichen.

Diaz et al. (2002) führten eine schriftliche Befragung mit Patienten eines praktischen Arztes in Rhode Island durch. Ziel war es die gesuchten Informationen, die Bewertung der Informationen und das Verhältnis zum Arzt zu analysieren.

Mehr als die Hälfte der Befragten geben an, das Internet für Gesundheitsinformationen zu nutzen. Meist sind die Personen aus höheren Schichten. Das Durchschnittsalter in der Befragung betrug 47 Jahre, Personen die Online-Gesundheitsinformationen bezie-

hen sind im Durchschnitt jünger. Personen mit Internetnutzung für Gesundheit haben meist einen Universität (College) Abschluss und ein höheres Einkommen. Personen die das Internet für Gesundheitsinformationen nutzen, sind allgemein häufigere Nutzer des Internets. Die meisten (68 %) geben an Informationen über Diät und Ernährung zu suchen, gefolgt von Informationen über Nebenwirkungen (58 %). Weitere wichtige Aspekte sind Alternativmedizin (41 %) und das Einholen einer Zweitmeinung (41 %). Die Informationsqualität im Internet wird als sehr gut und gut eingestuft, sie wird häufig als „gleich gut“ wie die Information der eigenen Ärztin oder des eigenen Arztes angesehen. Trotzdem diskutieren die meisten Befragten die Ergebnisse ihrer Internetrecherche nicht mit der eigenen Ärztin oder dem eigenen Arzt. Anzumerken ist, dass diese Studie in einer reicheren Gegend durchgeführt wurde und die Ergebnisse daher nur sehr begrenzt für andere Regionen übertragbar sind.

Skinner et al. (2003) untersuchen in Fokusgruppendifkussionen mit kanadischen Jugendlichen die Qualität der Internetnutzung für Gesundheit und Barrieren, die dies verhindern. Junge Menschen zählen zu den frühen Nutzern des Internets und sind daher bereits vertraut mit dem Medium. Von den Jugendlichen selbst wird immer wieder, vor der drohenden Differenzierung in Personen mit Internetzugang und Personen ohne diese Möglichkeiten in Bezug auf Gesundheit (*Digital Divide*) gewarnt. Wichtig waren den Jugendlichen die Anonymität und die Privatsphäre im Internet, um Peinlichkeiten zu vermeiden.

5.3.2 Das Nutzverhalten

Zahlreiche qualitative Studien im experimentellen Setting oder mit Hilfe von Interviews beschäftigen sich mit der Frage, wie Individuen das Internet nutzen und Informationen bewerten. In Experimenten an der Universität Wien, wurde im Rahmen des Forschungsprojekts „Virtuell Informiert“ das Nutzungsverhalten von Internetnutzern zu Gesundheitsinformationen getestet (Felt 2008, Mager 2008). Mit Hilfe von log-files und Filmen wurde das Verhalten der Nutzer direkt gemessen. Die meisten Sucher nutzen Google als Startseite und kehren auch immer wieder dorthin zurück. Google wird als eine Art Leitfaden genutzt, anhand dessen man sich im Internet nicht „verirrt“. Bei dieser Suche zeigt sich, dass allgemeine Gesundheitsseiten wie Gesundheitsportale oder auch Wikipedia bei Google höher gereiht sind als Seiten zu spezifischen Erkrankungen oder Selbsthilfeseiten. Das Nutzerverhalten der Testpersonen unterscheidet sich signifikant vom Verständnis der Provider. Diese legen Wert auf die Integrität der Seite, die vorrangig auf der Hauptseite durch z.B. Qualitätssiegel ausgedrückt wird. Die Nutzer gelangen durch Google jedoch bereits direkt auf eine Subseite. Diskrepanzen zeigen sich zwischen den von den Nutzerinnen und Nutzern berichteten Suchverhalten und dem in den Filmen dokumentierten (Mager 2008).

Auch in den von Nettleton (Nettleton et al. 2005) in Großbritannien durchgeführten Interviews zeigen sich diese Paradoxien. Die meisten Interviewten sind besorgt über „schlechte“ Information im Internet und wie sie andere Personen schädigen könnten, sind jedoch überzeugt selbst die Qualität der Informationen sehr gut einschätzen zu können. Zur Bewertung der Qualität geben die meisten Nutzerinnen und Nutzer ähnliche Kriterien an: bestimmte Anbieter stehen für Qualität und die Wiederholung von Informati-

onen wird zur Validierung genutzt. Eine weitere wichtige Rolle spielt Nationalismus, Seiten aus Großbritannien werden als vertrauensvoller eingestuft als aus den USA (Nettleton et al. 2005).

Eine Studie von Sillence (Sillence et al. 2007) kommt zu dem Schluss, dass Nutzerinnen und Nutzer eine Art zwei Phasen Modell anwenden. In der ersten Phase wird die Seite sehr schnell beurteilt und bewertet und erst in der zweiten Phase die Inhalte näher betrachtet. Sie kommen auch zum dem Schluss, dass Nutzerinnen und Nutzer Seiten von Pharmafirmen relativ schnell ablehnen und auf Seiten von wohltätigen Organisationen länger verweilen.

5.3.3 Das Internet als „Behandler“

Das Internet wird immer mehr für psychologische Interventionen genutzt und hier vermehrt für Behandlungen (Ritterband et al. 2003). Der Vorteil einer Internet-Behandlung ist, dass sie auf den Nutzer abgestimmt ist und vor allem in der vom Nutzer gewählten Geschwindigkeit abläuft. Es gibt jedoch noch wenige Studien über die Effektivität von Web-Behandlungen z.B. bei Raucherentwöhnung, Essstörungen oder Diabetes. Viel Geld ist bisher in Gesundheitsinformationsseiten wie z.B. NIH.gov geflossen. Studien (z.B. Fox 2006) geben Hinweise, dass Gesundheitsinformationsseiten die Gesundheitsentscheidungen ihrer Nutzer tatsächlich beeinflussen. Die Möglichkeit, Gesundheitsinformationen gezielt und zeitgerecht via Internet zu erhalten, hat das Potential den Gesundheitsmarkt zu ändern, indem Konsumentinnen und Konsumenten stärker informiert werden Vor allem für die Behandlung von sexuelle Krankheiten ist das Internet aufgrund seiner anonymen Handhabung wichtig.

5.3.4 Internet und spezifische Krankheiten

Zahlreiche Studien existieren zu spezifischen – insbesondere stigmatisierten – Krankheiten und der Internetnutzung. Exemplarisch wird hier die Studie von Broom (2005) mit Prostatakrebs-Patienten dargestellt. Broom (2005) führte unstrukturierte, offene Interviews mit 33 Prostata-Krebs Patienten in Australien durch. Ziel war es, die Nutzung des Internets in Bezug auf Risikomanagement, Empowerment und die Auswirkungen auf die Arzt-Patienten Beziehung zu analysieren. Der Großteil der Interviewten sind Mitglieder einer Selbsthilfegruppe und werden über deren Adressenverteiler für die Studie rekrutiert. Ein kleinerer Teil (8 Teilnehmer) meldete sich aufgrund eines Artikels mit dem Aufruf zur Teilnahme in einem Computermagazin. Die Interviews werden mit Fokus auf Empowerment, Kontrolle und Risiko ausgewertet.

Das Gefühl der Kontrolle über die Erkrankung durch Nutzung des Internets für Informationssuche und Informationsaustausch mit anderen Erkrankten ist ein wichtiger Aspekt für die Interviewten. Viele berichten, dass die Informationen aus dem Internet ihnen helfen, mit ihrer Krankheit umzugehen und dass durch die erlangte Information ein Gefühl der Kontrolle über die Krankheit entsteht. Auf der anderen Seiten berichten einige, dass die vielen Informationen sie überfordert und sie das Gefühl haben, zahlreiche wichtige Informationen zu spät erhalten zu haben. Wichtig ist vielen der anonyme Informationsaus-

tausch über das Internet und die Möglichkeit sensible Fragen und Themen zu behandeln. Die meisten Interviewten sehen sich in der Lage Informationen im Internet richtig zu interpretieren und über die Qualität der Informationen entscheiden zu können.

5.4 Zusammenfassung

Das Internet ist ein bedeutendes Medium für Gesundheitsinformationen, das jedoch nur als eines von vielen Informationsmöglichkeiten zu sehen ist. Die medial stark präsenten Themen wie „Google-Dr.“ oder Medikamentenbestellung über das Internet können in den hier dargestellten Studien nicht entdeckt werden. Viel mehr gliedert sich das Internet als zusätzliche Informationsquelle in bereits bestehende und genützte Quellen ein. Insofern ist das Internet auch nicht in Konkurrenz zu einem Arztbesuch zu sehen, sondern ergänzt diesen. Nach wie vor sind Ärztinnen und Ärzte oder andere Personen im Gesundheitswesen die wichtigste Informationsquelle. „Qualitätskontrolle“ im Internet erfolgt über den Vergleich unterschiedlicher Seiten, kommt eine Information öfters vor, wird sie als validiert angesehen.

Das Internet wird aufgrund zahlreicher Vorteile immer beliebter. Zu den Vorteilen zählen die rasche Verfügbarkeit der Informationen, die Vielfalt an Informationen und dadurch die Möglichkeit Informationen auf die eigene Situation abgestimmt („personalisierte“ Informationen) zu erhalten sowie die Anonymität. Als Gefahr wird von den Jugendlichen das Thema der Verbreitung von sozialer Ungleichheit durch unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten zum Internet angebracht. Weiters gibt es auch immer wieder Personen, die sich von der Überzahl an Informationen beunruhigt oder überfordert fühlen. Die meisten Nutzerinnen und Nutzer empfinden jedoch die gefundenen und verfügbaren Informationen als unterstützend bei zu treffenden oder getroffenen Entscheidungen.

Gesundheitsinformationen im Internet können in unterschiedlichen Formen auftreten. Dementsprechend gibt es unterschiedliche Forschungsstränge zur Nutzung des Internets für Gesundheitsinformationen. Das Spezialgebiet der Auswirkungen auf das Arzt-Patienten Verhältnis, die Subkultur in Chat-Räumen und jene in sozialen Netzwerken wurden nicht näher behandelt.

Bei der Betrachtung der Charakteristika von Nutzerinnen und Nutzern von Gesundheitsinformationen zeigt sich in den meisten Studien⁷, dass Frauen zwar seltener das Internet allgemein nutzen, jedoch bei der Suche nach Gesundheitsinformationen aktiver sind als Männer. Entsprechend der Altersstruktur im Internet allgemein, sind auch die Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsinformationen vorwiegend jünger. Ebenfalls einheitlich zeigt sich, dass Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsinformationen eine bessere subjektive Gesundheit vorweisen als Nichtnutzerinnen und Nichtnutzer. Auf der einen Seite kann das durch die Altersstruktur erklärt werden, andererseits merkt Rimal (2001)

⁷ Bei der Eurobarometererhebung im europäischen Überblick finden sich mehr Männer, die sich online über Gesundheit informieren als Frauen, nicht jedoch in Österreich. Die Daten der Eurobarometererhebung für Österreich zeigen keinen Geschlechterunterschied.

an, dass dies ebenfalls auf die unterschiedliche Risikowahrnehmung zurück zu führen ist.

Beim Thema der genauen Intention der Informationssuche kommen die Studien zum Teil zu unterschiedlichen Ergebnissen. Die PEW Studie kommt zu dem Ergebnis, dass das Internet an erster Stelle für Fragestellungen zu bestimmten Krankheiten oder medizinischen Eingriffen genutzt wird. Bei anderen Studien steht jedoch immer wieder der gesundheitsförderliche und präventive Charakter im Vordergrund. Hier zeigt sich auch, dass die Ergebnisse aufgrund stark unterschiedlicher Methoden und Zielgruppen sehr voneinander abweichen und kaum Vergleiche möglich sind.

Ein geringer Anteil der bisherigen Forschung greift auf das Gesamtkonzept der reflexiven Moderne zurück; der reflexive Akteur wird jedoch immer wieder als Erklärungsmodell herangezogen. Die Fragen nach den Rollen der einzelnen Gesundheitsinformationssuchenden und deren Gesundheitsinformationsdefinition bleiben (insbesondere für den europäischen Kontext) größtenteils unbeantwortet. Die geringe oder sinkende Autorität traditioneller Experten – wie sie in den theoretischen Arbeiten proklamiert wird – kann in den hier dargestellten Studien nicht abgemessen werden: Ärztinnen und Ärzte sind nach wie vor die wichtigsten Ansprechpartner in Gesundheitsbelangen.

6 Einleitung empirischer Teil

Ziel dieser Arbeit ist es, ein Gesamtbild über die Nutzung des Internets für Gesundheitsinformationen zu zeichnen. Im Folgenden sollen die in Kapitel 1 aufgeworfenen Forschungsfragen, die aufgrund der theoretischen Konzepte vertieft wurden (Vgl. Kapitel 3) anhand empirischer Erhebungen zu beantwortet werden.

In Kapitel 3 wurden die theoretischen Grundlagen aufgearbeitet und versucht, den Gesundheitsinformationen-Suchenden als einen reflexiven Nutzer von verfügbaren Informationen vorzustellen. Dieser sucht nach Informationen, um mit der Entscheidungslast umzugehen, die ihm in der späten Moderne auferlegt wird. Diese Entscheidungslast betrifft besonders stark die Gesundheit, da nach Kickbusch jede Entscheidung auch eine Gesundheitsentscheidung ist (Vgl. Kapitel 3.3). In einem ersten Schritt wird die Internetnutzung für Gesundheitsinformationen allgemein dargestellt und der Frage nachgegangen, wie viele Österreicherinnen und Österreicher das Internet für Gesundheitsinformationen nutzen. Des Weiteren wird versucht Merkmale herauszuarbeiten, die Bezieher von Online-Gesundheitsinformationen besonders auszeichnen. Anschließend wird der Frage nachgegangen, welche Gesundheitsinformationen vorrangig im Internet nachgefragt werden. Dazu wurde einerseits auf die Erkenntnisse aus der bestehenden Forschung zurückgegriffen, andererseits auch theoretische Aspekte berücksichtigt. Die Auswertung erfolgt anhand statistischer Zuweisungen der gesuchten Themen zu Gruppen (Clusteranalyse), die von Kickbusch diskutierten Rollen der Individuen werden aber im Sinne einer Triangulation ebenfalls in den Erkenntnisgewinn mit einbezogen. Mit Hilfe der Analyse von Tiefeninterviews wird versucht, unterschiedliche mögliche Gesundheitsinformationsdefinitionen aufzudecken und sie den Ergebnissen der repräsentativen Telefonbefragung erklärend gegenüberzustellen.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wird eine Methodentriangulation vorgenommen. Unter Methodentriangulation versteht man die Kombination unterschiedlicher Forschungsdesigns, mit dem Ziel möglichst viele Dimensionen eines Phänomens zu beleuchten (Olsen 2004). Einzelne Untersuchungen wie standardisierte Fragebögen haben häufig den Nachteil, dass sie nur Ausschnitte einer Problematik aufzeigen, meist Häufigkeiten oder Ausmaß, aber nicht die dahinterliegenden Vorstellungen. Ziel der qualitativen Forschung ist es, stärker die zugrundeliegenden Zusammenhänge aufzudecken und Handlungen von Personen mit Hilfe deren eigener Wahrnehmung zu verstehen. Die qualitativen Interviews sind eine Möglichkeit die in der quantitativen Erhebung aufgedeckten Zusammenhänge zu verstehen. Die Gefahr in der Kombination von unterschiedlichen Methoden und dadurch Untersuchungsebenen besteht darin, dass eventuell zum Teil widersprüchliche Ergebnisse auftauchen können (Olsen 2004, Kelle et al. 2000).

Um die Häufigkeit der Internetnutzung für Gesundheitsinformationen und die gesuchten Themen darstellen zu können, wurde eine repräsentative Telefonbefragung durchgeführt. Ziel dieser Befragung war es zusätzlich eine Art „Typischer Gesundheitsinformationen-Suchender im Internet“ herauszuarbeiten und diesen dem allgemeinen Internetnutzer gegenüberzustellen.

Ein wichtiger Aspekt der Arbeit – insbesondere der zugrunde liegenden theoretischen Arbeiten (Vgl. Kapitel 3.3) – ist der sich erweiternde Gesundheitsbegriff. Um die Präsenz der Gesundheit im Alltag und die unterschiedlichen Aspekte dazu im Internet zu testen, wurde ein eigener Frageblock in der telefonischen Befragung eingefügt.

Zusätzlich wurde eine qualitative Erhebung durchgeführt, um dieser Detailfragestellung genauer nachzugehen. Ziel der qualitativen Erhebung war es die grundlegende Definition und das Verständnis von Gesundheitsinformationen herauszuarbeiten und die „Omnipräsenz“ von Gesundheitsentscheidungen zu eruieren. Dieser Ansatz erlaubt kaum Vergleiche zwischen den Definitionen der unterschiedlichen Arten von Nutzern. Sie ermöglicht jedoch die von Pelikan (2009) formulierten Aspekte der Gesundheit in ihrer Bedeutung bei Gesundheitsinformationen zu diskutieren.

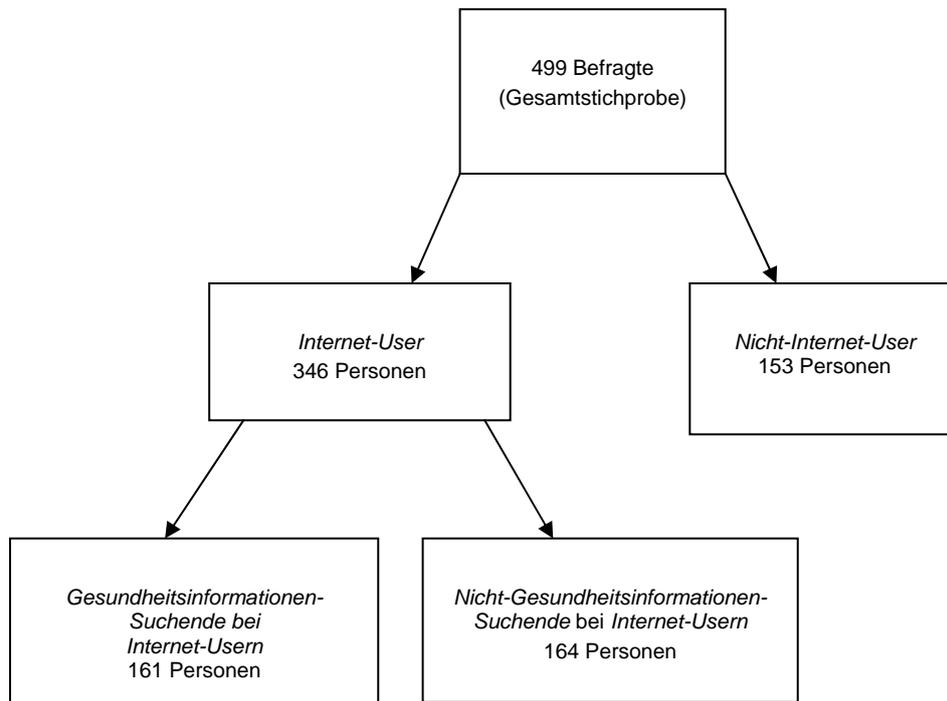
7 Die Erhebung

Die in Kapitel 2.1 aufgeworfenen Forschungsfragen sollen mit Hilfe einer Repräsentativerhebung in Österreich beantwortet werden. Im Sinne eines Gruppenvergleichs zwischen Personen, die das Internet nutzen, jedoch keine Gesundheitsinformationen beziehen, und jenen Personen, die das Internet für Gesundheitsinformationen nutzen, erscheint eine Platzierung eines Online-Fragebogens auf einschlägigen Seiten wie z.B. Netdoktor.at problematisch. Insbesondere weisen Online-Fragebögen oft überdurchschnittliche Antwortraten von „intensiven“ *Internet-Usern* auf, die dadurch die Nutzungshäufigkeit (im Vergleich zu seltenen oder mittleren Nutzerinnen und Nutzern) überschätzen (Baker et al. 2003). Aus diesen Gründen stellt das Telefoninterview das Mittel der Wahl dar. Diese Vorgangsweise wurde ebenfalls in der Eurobarometer Umfrage, sowie der KFF und PEW Studie angewendet. Eine repräsentative Befragung via Telefon ermöglicht es, sowohl *Internet-User* als auch *Nicht-Internet-User* zu untersuchen. Zusätzlich ermöglicht diese Methode, gesunde und weniger gesunde Personen zu erfassen, was zum Beispiel bei einer Stichprobenziehung über Arztpraxen oder Gesundheitsinformationsseiten problematisch wäre.

Die Stichprobenziehung erfolgt mittels einer Zufallsauswahl durch das CATI System (Computer Aided Telephone Interview) „Askme“. Personen, die zur Zeit des Anrufes nicht erreichbar sind bzw. welche sich bereit erklären, das Interview zu einem späteren Zeitpunkt zu machen, werden nochmals kontaktiert. Hierdurch sollen systematische Ausfälle durch den Zeitpunkt des Anrufes verringert werden (Kerschbaum 2007). Die Anwendung des CATI Systems verhindert zusätzlich viele Kodierungs- und Filterfehler. Das Erhebungsinstrument ist ein voll standardisierter Fragebogen, der aus erprobten und getesteten Skalen, sowie aus Eigenentwicklungen besteht. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf bereits bestehende Untersuchungen gelegt.

Die Befragung fand im Februar 2008 im Telefonlabor am Institut für Soziologie der Universität Wien statt. Da die Befragung Teil eines didaktischen Seminars am Institut für Soziologie ist, wurde besonderes Augenmerk auf die Schulung der Interviewer gelegt und die Interviews wurden unter Supervision durchgeführt.

Abbildung 7.1: Stichprobe und Anzahl der Befragten⁸



Für die Auswertung wurden Untergruppen der insgesamt 499 Befragten gebildet und in Abbildung 7.1. wieder gegeben. Von den 499 Befragten nutzen 346 Personen das Internet (*Internet-User*). Davon informieren sich 161 Personen über Gesundheit im Internet (*Gesundheitsinformationen-Suchende bei Internet-Usern*) und 164 Personen informieren sich nicht über Gesundheit (*Nicht-Gesundheitsinformationen-Suchende bei Internet-Usern*). Die fehlenden 21 Personen ergeben sich aufgrund eines technischen Fehlers im elektronischen Fragesystem und müssen aus den weiteren Überlegungen ausgeschlossen werden.

⁸ Von den 161 Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern wurden 144 Personen bezüglich gesuchten Themen und Häufigkeit der Nutzung befragt (Vgl. Kapitel 9.6.). Die fehlenden 17 Personen ergeben sich durch ein temporäres Problem in der Computersoftware zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung.

8 Der Fragebogen

Das gesamte Erhebungsinstrument wurde vor dem Einsatz einem ausführlichen und mehrstufigen Pretest unterzogen. Diese Phase bot auch die Möglichkeit, problematische Fragen zu überarbeiten und die Länge des Fragebogens zu kürzen. Die durchschnittliche Dauer der Befragung lag zwischen zehn und 25 Minuten. Als weiteres Ergebnis des Pretest wurde, die Frage nach der Internetnutzung für Bewegung und Fitness in den allgemeinen Teil der Internetnutzung verschoben, nachdem er ursprünglich ein Unterpunkt von Gesundheitsbelangen war.

Der Fragebogen besteht aus unterschiedlichen thematischen Blöcken (Vgl. Anhang B), die sich alle mit der Internetnutzung auseinandersetzen. Der Fragebogen erlaubt somit unterschiedliche Aspekte und Dimensionen der Internetnutzung in Österreich abzubilden. Aus diesem Grund wurde darauf geachtet, die jeweiligen Frageblöcke möglichst kurz zu halten und konsequenterweise wurde bei der Fragenauswahl sehr restriktiv vorgegangen und nur Fragen entsprechend der genauen Fragestellung gegenständlicher Arbeit ausgewählt.

Der erste Teil des Fragebogens beschäftigt sich mit dem Thema des *Digital Divide* im Allgemeinen und beginnt mit einer leichten Einstiegsfrage nach der Mediennutzung. Danach wird die Computer- und Internetnutzung inklusive des Orts und der Intensität abgefragt (Kerschbaum 2007). Zur Vergleichbarkeit der Daten sind diese Fragen mit der Eurobarometererhebung 47.0 und 54.0 ident (Eurobarometer 47.0 1997) (Eurobarometer 54.0 2000).

Danach schließt eine Filterfrage mit unterschiedlichen Dimensionen der Internetnutzung an. Personen, die angaben, das Internet für Informationen über Gesundheitsfragen zu nutzen, werden weitere Fragen zu dem Thema gestellt (Vgl. Kapitel 9.7). Die zusätzlichen Frageblöcke zu Unterthemen des *Digital Divide*: Einkaufen, Gesundheit, Banken und Kontaktbörsen sind größtenteils eigene Entwicklungen des Seminars. Im Folgenden soll kurz der Fragebogen im Ablauf der Fragestellungen dargestellt werden.

Der Block zu Gesundheitsinformationen stellt den ersten inhaltlichen Schwerpunkt des Fragebogens dar, Fragereiheneffekte mit anderen Themenblöcken sind somit ausgeschlossen. Nach der Filterfrage zu unterschiedlichen Formen der Internetnutzung werden Personen, die angeben, das Internet für Gesundheitsinformationen zu nutzen, weitere drei Vertiefungsfragen gestellt. Die erste Frage beschäftigt sich mit der Häufigkeit der Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet und hat die Ausprägungen „ungefähr einmal pro Woche“, „ungefähr einmal im Monat“, „ungefähr einmal im Quartal“, „selten“, „nie“. Diese Frage weicht bewusst von der Frage der Eurobarometer 58.0 ab, um die Konsistenz mit dem restlichen Fragebogen zu gewährleisten. Die nächste Frage listet Gesundheitsinformationen im Internet auf. Aufgrund seiner Ausführlichkeit stellte der PEW Fragebogen eine wichtige Grundlage bei der Erstellung dieser Liste dar, wobei die einzelnen Fragen abgewandelt wurden, um sie für Österreich übertragbar zu machen und einige Items weggelassen wurden. Die letzte Frage in diesem Themenkomplex beschäftigt sich mit dem Vertrauen in Gesundheitsinformationen aus dem Internet, von Verwandten oder Bekannten und der Ärztin oder dem Arzt. Sie besteht aus den Ausprä-

gungen „viel Vertrauen“, „eher Vertrauen“, „teils/teils“, „eher kein Vertrauen“, „kein Vertrauen“ und „keine Angabe“.

Ein weiterer Schwerpunkt in der Erhebung ist das Thema Internet-Banking und die Einstellungen bezüglich der Sicherheit des Internets. Ein weiteres Thema, das sich ebenfalls mit monetärem Transfer im Internet beschäftigt, ist Online-Shopping. Der letzte Schwerpunkt beschäftigt sich mit dem Thema der Partnersuche und sozialen Kontakten im Internet.

Am Schluss des Fragebogens werden demographische Daten und die subjektive Gesundheit erfasst. Die Frage nach der subjektiven Gesundheit ist ident mit der ATHIS06 Befragung der Statistik Austria. Die Frage nach der subjektiven Gesundheit und ihre Aussagekraft haben eine lange Tradition in der Soziologie (z.B. in der HBSC-Erhebung).

Wie repräsentativ ist die Stichprobe für die österreichische Gesamtbevölkerung? Überprüfbar ist das hinsichtlich der Zusammensetzung nach Geschlecht und Altersklassen. In der Stichprobe sind Frauen leicht überrepräsentiert, andererseits sind die 15- bis 35-Jährigen deutlich unterrepräsentiert (Vgl. Tabelle 8.1).

Tabelle 8.1: Gegenüberstellung der Stichprobe und der Bevölkerung in Österreich nach Geschlecht und Altersklassen

Geschlecht	Stichprobe		Bevölkerung Österreich	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Männer	205	41,1	4.001.861	48,6
Frauen	294	58,9	4.231.445	51,4
Gesamt	499	100,0	8.233.306	100,0
Altersklassen				
15 bis unter 35 Jahre	96	19,2	2.164.046	32,4
35 bis unter 55 Jahre	174	34,9	2.370.397	35,5
55 Jahre und älter	224	44,9	2.145.001	32,1
Fehlend	5	1,0		
Gesamt	499	100,0	6.679.444	100,0

Quelle: eigene Erhebung, Statistik Austria 2007b

9 Auswertung

Im Folgenden wird die im vorangegangenen Kapitel beschriebene Fragebogenerhebung ausgewertet: Dazu werden in einem ersten Schritt die Aktivitäten, für die das Internet genutzt wird, dargestellt.

Danach werden bestimmende Einflussfaktoren für die Internetnutzung generell, die Nutzung von Gesundheitsinformationen und die Nutzung von Gesundheitsinformationen bei *Internet-Usern* bivariat herausgearbeitet. Die Auswahl der unabhängigen Variablen (Geschlecht, Altersgruppe, Schulbildung, Einkommen, Familienstand) orientiert sich an der bisherigen Forschung zum Thema *Digital Divide* (Vgl. Kerschbaum 2007), wobei, da es im Besonderen um die Internetnutzung für Gesundheitsinformationen geht, zusätzlich der subjektive Gesundheitszustand und die Tatsache, ob sich Kinder im Haushalt befinden, als mögliche Faktoren berücksichtigt werden.

In einem zweiten Schritt zur Beantwortung der Frage, welche Faktoren Gesundheitsinformationen-Suche beeinflussen, werden alle Variablen in einem multivariaten Verfahren mittels einer logistischen Regression zusammengefasst. Dabei wird zuerst analysiert, welche Faktoren die Internetnutzung beeinflussen (Kapitel 9.4). Danach wird in Kapitel 9.5 untersucht, durch welche Faktoren die Gesundheitsinformationen-Suche in der Gesamtstichprobe bestimmt ist. Diese Darstellung dient der Beantwortung der Frage, wie sich der *Digital Divide* bezüglich Gesundheitsinformationen darstellt.

In einem letzten Schritt (Kapitel 9.6) wird die Gesundheitsinformationen-Suche ausschließlich bei *Internet-Usern* betrachtet. Dabei wird herausgearbeitet, welche spezifischen Faktoren die Suche von Gesundheitsinformationen bei *Internet-Usern* beeinflusst.

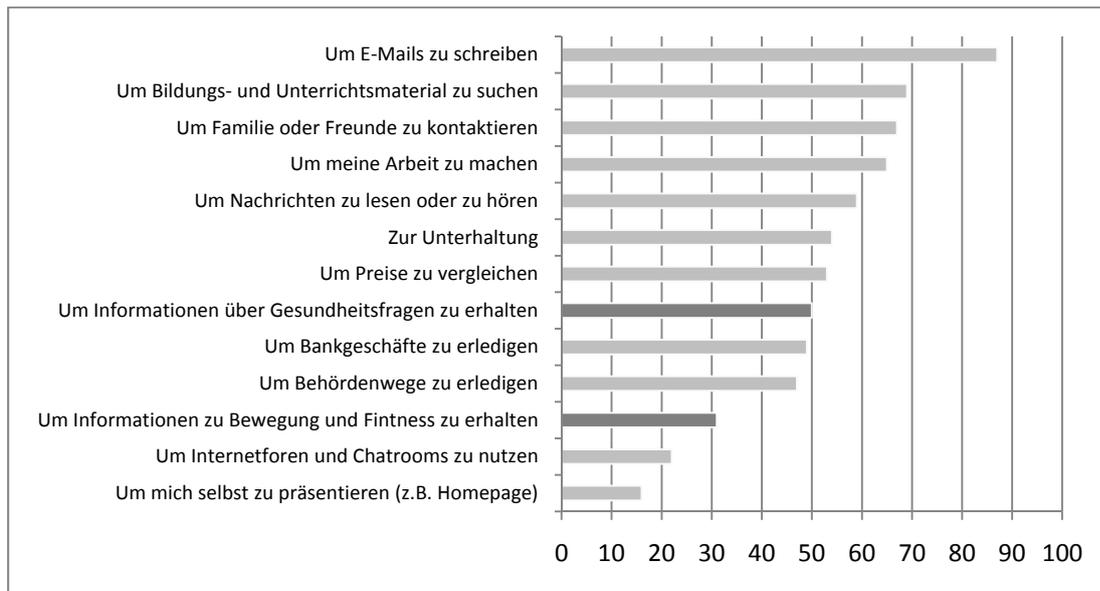
Im Kapitel 9.7 werden die *Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern* genauer betrachtet. Es wird analysiert, wie häufig sie Gesundheitsinformationen beziehen und nach welchen Themen vorrangig gesucht wird. Besonderes Augenmerk wird hier auf den Einfluss der subjektiven Gesundheit gelegt, aber auch der Problematik des Vertrauens in Gesundheitsinformationsquellen wird nachgegangen.

9.1 Gesuchte Themen im Internet

Rund 69 Prozent der Befragten geben an, das Internet zu nutzen (*Internet-User*). Das Internet bietet zahllose Möglichkeiten der Informationsbeschaffung, aber auch Möglichkeiten der Interaktion und Nutzung von Dienstleistungen (Vgl. auch Kapitel 4). Am Anfang der Fragebogenerhebung stand daher die Frage, wofür das Internet in Österreich genutzt wird, wenn es überhaupt genutzt wird. Am häufigsten wird das Internet für E-Mails genutzt (Vgl. Abbildung 9.1). Damit einhergehend steht der Kontakt zu Familie und/oder Freunde ebenfalls im Vordergrund. Insgesamt zeigt sich, dass das Internet für zahlreiche unterschiedliche Aktionen genutzt wird. Überraschend hoch scheint der Anteil jener zu sein, die das Internet für Bildungsmaterial nutzen. Danach folgt die Arbeit als wichtiges Anwendungsgebiet für das Internet. Internetforen, in denen direkter (virtueller) Kontakt

zwischen einzelnen Nutzerinnen und Nutzern hergestellt wird, werden von 22 Prozent der aktiven Internetnutzerinnen und Internetnutzer genutzt. Bisher eher selten wird das Internet zu eigenen Präsentationszwecken verwendet. Die Hälfte der Internetnutzenden suchen im Internet nach Informationen zu Gesundheit, nur 31 Prozent nach Informationen über Bewegung und Fitness.

Abbildung 9.1: Wofür nutzen Internet-User das Internet? In Prozent für Internet-User, $n=325^9$



9.1.1 Der Zusammenhang von Gesundheitsinformationssuche und Information über Bewegung und Fitness

Im vorherigen Kapitel wurde dargestellt, wofür das Internet allgemein genutzt wird. Im Fragebogen waren zwei möglicherweise verwandte gesundheitsrelevante Aktivitäten für die Internetnutzung vorgegeben worden: „um Informationen über Gesundheitsfragen zu erhalten“ und „um Informationen zu Bewegung und Fitness zu erhalten“. Es stellt sich die Frage, wie die Beantwortung dieser beiden Aktivitäten zusammen hängt. Tabelle 9.1 gibt die Prozente und Anzahl der Personen wieder, die sich über Gesundheitsfragen und Bewegung und Fitness informieren.

Es besteht ein statistisch signifikanter, aber nicht sehr hoher Zusammenhang zwischen der Verwendung des Internet für die beiden Aktivitäten. Für beide Themen gleichermaßen verwenden das Internet etwas weniger als ein Viertel der *Internet-User*, mit 26 Prozent etwas mehr ausschließlich für Gesundheitsinformationen, eine Minorität von sieben Prozent ausschließlich für Bewegung und Fitness und die größte Gruppe mit 43 Prozent für keines der beiden Themen (vgl. Tab. 9.1). In Anbetracht dieses eher geringen statis-

⁹ Die unterschiedliche Anzahl an Personen im Vergleich zu Abbildung 7.1 ergibt sich durch fehlende Antworten in einzelnen Kategorien.

tischen Zusammenhangs zwischen den beiden Internetaktivitäten wird für die folgenden Auswertungen nur noch die Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet als abhängige Variable näher untersucht, um den klaren Fokus der in Kapitel 2 beschriebenen Zielsetzung der gegenständlichen Arbeit nicht zu verlieren.

Tabelle 9.1: Zusammenhang der Verwendung des Internet für die Aktivitäten Gesundheitsinformationen bzw. Bewegung und Fitness bei Internet-Usern¹⁰

	Bewegung und Fitness	Keine Bewegung und Fitness	Gesamt
Gesundheitsinformationen	23,7% (n=77)	25,8 % (n=84)	49,5 (n=161)
Keine Gesundheitsinformationen	7,1% (n=23)	43,4% (n=141)	50,5 (n=164)
Gesamt	30,8 (n=100)	69,2 % (n=225)	100% (n=325)

9.2 Nutzung von Internet und Online-Gesundheitsinformationen

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, von welchen Faktoren die generelle Nutzung des Internets und die Nutzung des Internets für Gesundheitsinformationen abhängen. Dazu werden in einem ersten Schritt die Nutzung des Internets und die Nutzung des Internets für Gesundheitsinformationen (bei allen Befragten und auch nur bei *Internet-Usern*) abhängig von sozio-demographischen und weiteren Faktoren dargestellt. Die Auswahl der Faktoren richtet sich nach den bisherigen Ergebnissen der Forschung (Vgl. Kapitel 5; Baker et al. 2003).

Rund 69 Prozent der Befragten (Vgl. Tabelle 9.2) geben an, das Internet zu nutzen (*Internet-User*). Ein Drittel der Befragten gibt an, das Internet für Gesundheitsinformationen zu nutzen (*Gesundheitsinformationen-Suchende*). Fast die Hälfte der Internet-User nutzt das Internet auch für Gesundheitsinformationen.

Die Internetnutzung variiert z.T. beträchtlich in Abhängigkeit von den betrachteten unabhängigen Variablen. Männer (79%) geben signifikant häufiger an, das Internet zu nutzen als Frauen (63%) (Vgl. Tabelle 9.2). Die Nutzung des Internets ist in der jüngeren Altersgruppe stärker verbreitet als bei älteren Personen. In der jüngsten Altersgruppe (15 bis unter 35 Jahre) nutzen nahezu 98 Prozent der Befragten das Internet. In der Altersgruppe 55 Jahre und älter geben jedoch nur 43 Prozent an, das Internet zu nutzen. Die Unterscheidung der höchsten, abgeschlossenen Schulbildung erfolgt nach Personen mit

¹⁰ Das symmetrische Lambda der Kreuztabelle (d.h. keine der Variablen ist eindeutig abhängig oder unabhängig) beträgt 0,207 und ist signifikant. Lambda kann einen Wert zwischen 0 und 1 annehmen und entspricht der Verbesserung der Erklärung der Verteilung gegenüber einer Unabhängigkeitsannahme (Randverteilung). Der Phi-Koeffizient (Chi-Quadrat basierender Test auf Unabhängigkeit, keine eindeutige Interpretation) beträgt 0,336 und ist ebenfalls signifikant; er kann einen Wert zwischen 0 und 1 in einer 2x2 Tabelle annehmen, wobei 0 kein Zusammenhang und 1 perfekter Zusammenhang bedeutet.

Matura und Personen ohne Matura. Personen mit Matura nutzen zu 87 Prozent das Internet, während Personen ohne Matura dies nur zu 59 Prozent tun. Das Einkommen zeigt sich als signifikanter Einfluss für die Internetnutzung. Personen mit einem Haushaltsnettoeinkommen von über Euro 3.000 pro Monat nutzen zu 95 Prozent das Internet, während dies in der unteren Einkommensgruppe (weniger als Euro 1.500 pro Monat) nur 45 Prozent angeben.

Personen die angeben alleinstehend zu sein nutzen signifikant häufiger das Internet (73%) als Personen in Partnerschaften (63%). Andererseits nutzen Personen mit Kind(ern) im Haushalt häufiger das Internet (87%) als Personen ohne Kind (62%). Inwieweit diese Unterschiede mit anderen Faktoren, wie z.B. Alter, zusammenhängen wird in Kapitel 9.4 thematisiert.

Die Frage nach der subjektiven Gesundheit hat sich immer wieder als verlässlicher Indikator zur Prognose der Mortalität und Morbidität herausgestellt (DeSalvo et al. 2005; Müters et al. 2005). Sie wird üblicherweise in einer fünfstufigen Likert-Skala erfasst (Müters et al. 2005). Mit schlechter werdender subjektiver Gesundheit scheint die Nutzung des Internets abzunehmen (Vgl. Tabelle 9.2). Personen mit sehr guter Gesundheit nutzen zu 84 Prozent das Internet, Personen mit schlechter Gesundheit jedoch nur zu 31 Prozent. Inwieweit sich dahinter ein Alterseffekt verbirgt, wird ebenfalls in Kapitel 9.4 diskutiert.

Insgesamt spiegeln die Ergebnisse in Tabelle 9.2 die aktuellen Forschungsergebnisse zu *Digital Divide* wieder, wonach jüngere Personen mit tendenziell höherer Bildung und höherem Einkommen häufiger Internetzugang besitzen und häufiger das Internet nutzen (Kerschbaum 2007). Neueste Erkenntnisse zur Internetnutzung weisen darauf hin, dass Frauen mittlerweile das Internet genauso häufig nutzen wie Männer (Kerschbaum 2007), bei der bivariaten Analyse (Vgl. Tabelle 9.2) zeigt sich jedoch, dass Frauen in der untersuchten Stichprobe das Internet ein wenig seltener nutzen als Männer. Die Internetnutzung zeigt sich ebenfalls abhängig von der subjektiven Gesundheit, dem Familienstand und der Tatsache, ob Kinder im Haushalt leben. Wie sehr die Einflüsse dieser Faktoren auf Effekte anderer Variablen zurückzuführen sind, wird im nächsten Kapitel analysiert.

Betrachtet man *Gesundheitsinformationen-Suche* als abhängige Variable, so zeigen sich allgemein dieselben Effekte, jedoch in stark abgeschwächter Form. So nutzen zwar ein wenig mehr Männer (35%) das Internet für Gesundheitsinformationen als Frauen (32%), dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Andere Studien zur Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen kommen zu dem Ergebnis, dass Frauen häufiger das Internet für Gesundheitsinformationen nutzen (z.B. Nicholas et al. 2001). Dies wird damit begründet, dass Frauen meist die Rolle der Gesundheitsverantwortlichen innerhalb der Familie einnehmen. Aus diesem Grund wurde hier zusätzlich überprüft, ob Personen mit Kindern im Haushalt häufiger nach Gesundheitsinformationen suchen. Hier zeigen sich jedoch ebenfalls keine signifikanten Unterschiede.

Beim Alter zeigen sich nach wie vor signifikante Unterschiede, die 15 bis unter 35-Jährigen und die 35- bis unter 55-Jährigen nutzen jedoch das Internet fast gleich häufig für Gesundheitsinformationen (44% bzw. 42 %). Von den über 55-Jährigen beziehen jedoch nur 23 Prozent Gesundheitsinformationen aus dem Internet. Personen mit Matura nutzen das Internet signifikant häufiger für Gesundheitsinformationen (42% im Vergleich

zu 28%) und auch das Einkommen zeigt weiterhin einen Effekt. Die Variablen subjektiver Gesundheitszustand, Familienstand und Kinder im Haushalt verlieren ihren signifikanten Einfluss. Dies ist bemerkenswert und wird auch in den nachfolgenden Kapiteln diskutiert. Man könnte davon ausgehen, dass sich kränkere Personen tendenziell mehr über Gesundheit informieren und dies daher auch häufiger im Internet tun. Dies wird vielleicht von der Tatsache überlagert (siehe Auswertungen oben), dass das Internet allgemein häufiger von jüngeren Personen genutzt wird. Anhand dieser ersten bivariaten Analyse lässt sich somit sagen, dass jüngere Personen, Personen mit Matura sowie Personen mit höherem Haushaltsnettoeinkommen häufiger Gesundheitsinformationen im Internet suchen.

Betrachtet man die Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet ausschließlich bei *Internet-Usern*, so zeigen sich zwar Unterschiede, z.B. dass Frauen häufiger Gesundheitsinformationen im Internet suchen als Männer, diese Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. Dies kann zum Teil auf die Größe der Stichprobe zurückzuführen zu sein. Bei den *Internet-Usern* nutzen ältere Personen nun, wie ursprünglich erwartet, häufiger das Internet für Gesundheitsinformationen als jüngere Altersgruppen und auch Personen mit subjektiv schlechter Gesundheit nutzen das Internet häufiger für Gesundheitsinformationen als Personen mit sehr guter oder guter Gesundheit. Auch der Einfluss der Tatsache, ob Kinder im Haushalt leben ändert sich. Personen ohne Kinder im Haushalt geben bei *Internet-Usern* häufiger an, das Internet für Gesundheitsinformationen zu nutzen als Personen mit Kindern. Diese Einflüsse sind jedoch nicht statistisch signifikant. Der Bildungsabschluss hat keinen Einfluss auf Gesundheitsinformationssuche bei *Internet-Usern*.

Tabelle 9.2: Internet-Nutzung, Gesundheitsinformationen-Suche und Gesundheitsinformationen-Suche bei Internet-Usern, in Abhängigkeit von ausgewählten unabhängigen Variablen

	n	Internet-Nutzung Prozent	Online-Gesundheitsinformationen-Suche Prozent	n ^a	Gesundheitsinformationen-Suche bei Internet-Usern Prozent
Geschlecht					
Männer	205	79,0*	35,2	150	45,3
Frauen	294	62,6*	32,2	179	52,0
Gesamt+	499	69,3	33,4	329	48,9
Altersgruppen					
15 bis unter 35	96	97,9*	43,6*	92	44,6
35 bis unter 55	174	88,5*	42,2*	141	48,2
55 und älter	224	43,3*	23,4*	95	54,7
Abgeschlossene Schulbildung					
Keine Matura	304	58,6*	28,4*	166	50,0
Mit Matura	191	87,4*	41,9*	162	48,1
Monatliches Haushaltsnettoeinkommen					
Weniger als 1.500	132	44,7*	21,1*	55	49,1
Zwischen 1.500 und 3.000	146	82,2*	42,8*	112	52,7
Mehr als 3.000	73	94,5*	47,1*	66	50,0
Familienstand					
In Partnerschaft/Verheiratet	181	63,0*	29,2	111	46,8
Alleinstehend	314	73,2*	36,3	216	50,5
Kinder im Haushalt					
Kein Kind im Haushalt	345	62,0*	32,2	207	52,7
Kind(er) im Haushalt	150	86,7*	37,1	120	43,3
Subjektive Gesundheitszustand					
Sehr gut	114	84,2*	40,2	89	48,3
Gut	236	74,6*	34,2	168	46,4
Mittelmäßig	107	57,0*	30,5	59	54,2
Schlecht	29	31,0*	20,7	9	66,7
Sehr schlecht	6	0*	0	0	0

^a Hier werden nur mehr die *Internet-User* betrachtet (329 Personen).

+Die unterschiedliche Anzahl an Personen ergibt sich durch fehlende Antworten.

* unterscheiden sich signifikant bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit (Alpha) von 5 Prozent in einem Chi-Quadrat-Test.

9.3 Exkurs: Assoziationen zwischen den unabhängigen Variablen

Im diesem Kapitel wird untersucht, wie die unabhängigen Variablen untereinander zusammen hängen. Es wird daher kurz auf die Abhängigkeit und eine Einschätzung des Ausmaßes der Abhängigkeit zwischen den in Kapitel 9.2 eingeführten unabhängigen Variablen gegeben. Dazu wird das symmetrische Zusammenhangsmaß Gamma in Tabelle 9.3 wieder gegeben. Das symmetrische Gamma kann einen Wert zwischen -1 und 1 annehmen. Ein Wert nahe 0 steht für einen schwachen bzw. fehlenden Zusammenhang zwischen den Variablen. Werte nahe -1 oder 1 weisen auf einen starken Zusammenhang zwischen den Variablen hin.

Zusätzlich wurden die Zusammenhänge aller unabhängigen Variablen in Kreuztabellen einem Chi-Quadrat-Signifikanz-Test unterzogen.

Die Mehrzahl der möglichen Zusammenhänge zwischen je zwei der als unabhängig verwendeten Variablen ist nach dem Chi-Quadrat-Test signifikant. Allerdings sind die entsprechenden Gamma-Werte nicht besonders hoch, das heißt sie bewegen sich zwischen 0,238 und 0,516. Der stärkste Zusammenhang besteht zwischen den Altersgruppen und der Tatsache Kinder im Haushalt zu haben. Personen über 55 Jahren leben sehr selten mit Kindern im Haushalt. Ein ebenfalls hoher Zusammenhang zeigt sich zwischen monatlichem Haushaltsnettoeinkommen und Familienstand. Personen mit höherem Haushaltsnettoeinkommen sind häufiger Single, als Personen in den niedrigeren Einkommensstufen. Erwartungsgemäß findet sich ein Zusammenhang zwischen Alter und subjektiver Gesundheit. Personen mit höherem Alter geben häufiger eine schlechte oder mittelmäßige Gesundheit an als jüngere Befragte.

Tabelle 9.3 Symmetrisches Gamma der unabhängigen Variablen

	Geschlecht	Altersgruppen	Abgeschlossene Schulbildung	Haushaltsnettoeinkommen (3 Kategorien)	Familienstand	Kinder im Haushalt	Subjektive Gesundheitszustand
Geschlecht	1	0,094	-0,051	-0,401*	-0,238*	-0,004	0,042
Altersgruppen	0,094	1	-0,379*	-0,250*	0,142*	-0,516*	0,433*
Abgeschlossene Schulbildung	-0,051	-0,379*	1	0,484*	0,086	0,145	-0,291*
Haushaltsnettoeinkommen (3 Kategorien)	-0,401*	-0,250*	0,484*	1	0,509*	0,319*	-0,309*
Familienstand	-0,238*	0,142*	0,086	0,509*	1	0,349*	-0,117
Kind im Haushalt	-0,004	-0,516*	0,145	0,319*	0,349*	1	-0,266*
Subjektive Gesundheitszustand	0,042	0,433*	-0,291*	-0,309*	-0,117	-0,266*	1

* Diese Variablen zeigen bei einem Chi-Quadrat-Test einen signifikant von Null abweichenden Zusammenhang.

9.4 Von welchen Faktoren hängt die Internetnutzung ab?

Anschließend an die vorangegangene bivariate Analyse, die *Internet-User* abhängig von unterschiedlichen Faktoren betrachtet, gilt es nun zu testen, ob die im bivariaten Vergleich aufgezeigten Einflüsse in einem multivariaten Modell weiter bestehen. Aufgrund der dichotomen Ausprägung der abhängigen Variable bietet sich die Methode der binär logistischen Regression (durchgeführt in SPSS 16) an. Dies ermöglicht Effekte auf die abhängige Variable zu bestimmen. Zusätzlich bietet sie den Vorteil gegenüber den bereits vorangegangenen bivariaten Analysen, dass die Assoziationen zwischen den unabhängigen Variablen (Vgl. Kapitel 9.3) konstant gehalten werden. Die in der Literatur (z.B. Backhaus 2000) angegebene Mindestgröße der Stichprobe von 100 Fällen wird leicht erfüllt.

Aufgrund der bisherigen Erkenntnisse (Vgl. Kapitel 5) wurden die im Folgenden angeführten unabhängigen Variablen in das Modell eingebunden. Die logistische Regression erlaubt nun zu quantifizieren und zu testen, ob diese Merkmale, die Wahrscheinlichkeit das Internet zu nutzen, erhöhen oder senken.

- Geschlecht
- Alter
- Bildung (Mit/ ohne Matura)
- Einkommen
- Familienstand (alleinstehend/ zusammenlebend)
- Kinder im Haushalt (Keine/ eines oder mehr)
- Subjektive Gesundheit

In die Berechnung werden nur Fälle aufgenommen, in denen keine fehlenden Werte bei diesen Variablen auftreten. Auf eine Korrektur dieser fehlenden Werte mittels Interpolation wurde bewusst verzichtet.

9.4.1 Erklärungen zu den Parameter und Koeffizienten einer binär logistischen Regression

Als erster Parameter des Modelles wird der Log-Likelihood angegeben (Vgl. Tabelle 9.4). Dieser basiert auf dem Maximum-Likelihood Schätzverfahren und die Statistik folgt der Chi-Quadrat-Verteilung; aus diesem Grund hängt dieser Wert auch stark von der Fallzahl ab. Dieser Test wird verwendet, um die Güte verschiedener Modelle zu vergleichen und ein niedriger Wert (möglichst Nahe 0) spricht für eine höhere Güte des Modells. Im Unterschied zur linearen Regression können für die logistische binäre Regression keine R-Quadrate berechnet werden, die den Erklärungsgrad (erklärte Varianz) des Modells wiedergeben. Daher gibt es Pseudo-R-Quadrat Maßzahlen, die die Qualität des Modells wiedergeben sollen. Ebenso wie beim R-Quadrat gilt, dass die Vorhersagekraft eines Modells umso besser ist, je näher der Wert bei 1 liegt. Der *Cox & Snell* Wert kann kein Maximum von 1 erreichen und ist daher schwer zu interpretieren. Das R-Quadrat von *Nagelkerkes* kann jedoch den Maximalwert 1 erreichen.

Der Beta-Koeffizienten in Tabelle 9.4 gibt das Ausmaß des Einflusses und sein Vorzeichen die Richtung des Zusammenhanges an. Ein positiver Wert des Regressionskoeffizienten erhöht die Wahrscheinlichkeit, das Internet zu nutzen. Daneben wird der Standardfehler des Regressionskoeffizienten angegeben. Der Wald-Chi-Quadrat testet die Nullhypothese, dass der Koeffizient gleich 0 ist. Die Signifikanzspalte bildet den dazugehörigen p-Wert ab. Die Df-Spalte gibt die Freiheitsgrade für den Wald-Chi-Quadrat-Test an. $\text{Exp}(B)$ ist der sogenannte Effektkoeffizient und wird vom Regressionskoeffizienten gebildet und gibt den Faktor für die Vervielfachung des Wahrscheinlichkeitsverhältnisses (Odds) an, wenn die Ausprägung der unabhängigen Variablen um eine Einheit erhöht wird (bzw. bei Dummy Variablen im Vergleich zur Kontrollgruppe). Werte unter 1 geben einen negativen Einfluss auf die Zugehörigkeitswahrscheinlichkeit an (siehe dazu auch den Regressionskoeffizienten) und Werte über 1 geben einen positiven Einfluss an. Die $\text{Exp}(B)$ der Konstante gibt die Odds an, dass man z.B. das Internet nutzt, wenn alle unabhängigen Variablen in der Referenzkategorie bzw. auf null stehen; daher wird die Konstante im Normalfall in dieser Form nicht interpretiert.

9.4.2 Binär logistisches Modell zur Internetnutzung

Tabelle 9.4: Parameter eines binär logistischen Modells zur Internetnutzung

-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
222,42	0,44	0,62

Tabelle 9.5: Koeffizienten eines binär logistischen Modells zur Internetnutzung

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Geschlecht ^a	-0,661	0,361	3,358	1	0,067	0,516
Alter ^b	-0,100*	0,015	43,310	1	0,000	0,905
Bildung ^c	1,166*	0,435	7,195	1	0,007	3,208
Einkommen ^b	0,461*	0,118	15,332	1	0,000	1,586
Familienstand ^d	0,004	0,393	0,000	1	0,993	1,004
Kinder ^e	0,123	0,460	0,071	1	0,790	1,130
Gesundheit ^b	-0,095	0,208	0,208	1	0,648	0,909
Konstante	4,902	1,178	17,323	1	0,000	134,564

^a 0/1 0 Männer 1 Frauen

^b mindestens intervallskaliert

^c 0/1 Ohne Matura 1 Matura

^d 0/1 0 Alleinlebend 1 Zusammenlebend

^e 0/1 0 Keine Kinder 1 Kind oder mehr

* unterscheiden sich signifikant von 0 bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit (Alpha) von 5 Prozent.

62 Prozent der Varianz der abhängigen Variable wird durch die unabhängigen Variablen im Modell erklärt (Vgl. Tabelle 9.4). Dieser hohe Erklärungsanteil zeigt sich bereits länger in der Forschung zum Thema *Digital Divide* und ist vorrangig auf die Variablen Bildung, Alter und Einkommen zurückzuführen (Vgl. Kerschbaum 2007).

Von den sieben in das Modell einbezogenen unabhängigen Variablen haben nur drei einen signifikanten Einfluss auf die Internetnutzung. Den stärksten positiven Effekt hat der Bildungsstatus¹¹ (eine Matura zu besitzen erhöht die Chance das Internet zu nutzen um den Faktor 3,2), gefolgt vom Einkommen, während das Alter einen leicht negativen Effekt hat.

¹¹ Die Bildung geht in diesem Modell als dichotome Variable ein, sie wurde im Fragebogen mit folgenden Antwortkategorien erhoben: Kein Abschluss, Pflichtschule, Lehre/Berufsschule, BMS ohne Matura, AHS/BHS mit Matura, Universität/FH. In einer gesonderten Auswertung wurde ein Modell errechnet in dem die Bildung in diesen sechs Kategorien als unabhängige Variable einfließt. Das Modell führt zu ähnlichen Resultaten und hat ein wenig mehr erklärte Varianz durch das Modell (Nagelkerkes R-Quadrat beträgt 0,63). Es zeigen sich die gleichen signifikanten Faktoren, wobei das Einkommen einen etwas niedrigeren Effekt hat. Dafür weist die Bildung einen aufgeteilteren Effekt auf, jede Stufe der Bildung erzeugt einen Effekt von 0,503.

Da in diesem Modell der Einfluss der anderen Variablen konstant gehalten wird, heißt das, dass die Bildung unabhängig vom Einkommen einen Einfluss auf die Nutzung des Internets hat. Wie zu erwarten war, nimmt mit zunehmenden Alter die Wahrscheinlichkeit der Nutzung des Internets ab. Die anderen Faktoren (Familienstand, Kinder und Gesundheit) zeigen keinen signifikant von Null abweichenden Einfluss in diesem Modell. Das Geschlecht ist nur knapp nicht signifikant.

In der vorangegangenen bivariaten Analyse weisen alle im Modell berücksichtigten Variablen einen signifikanten Einfluss auf die Internetnutzung auf. In dem multivariaten Modell verlieren jedoch Geschlecht, Familienstand, Kinder und Gesundheit den signifikanten Einfluss. Im logistischen Modell wird dieser Erklärungsanteil höchstwahrscheinlich von den anderen relevanten Variablen Bildung, Alter und Einkommen übernommen, da diese Variablen einen starken Zusammenhang zur subjektiven Gesundheit aufweisen. So zeigt sich in Tabelle 9.3, dass Geschlecht und Haushaltsnettoeinkommen stark assoziieren. Familienstand und Kinder zeigen ebenfalls Zusammenhänge zu Alter und Einkommen. Die subjektive Gesundheit zeigt erwartungsgemäß Zusammenhänge zum Alter. Auch der festgestellte Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und sozioökonomischem Status ist bereits aus der Literatur bekannt (Wangberg et al. 2007). Dieses Abweichen der Ergebnisse von den bivariaten Auswertungen unterstreicht die Bedeutung der Kontrolle für andere Faktoren und die Problematik von Scheinzusammenhängen in diesen Bereich.

9.5 Von welchen Faktoren hängt die Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen in der Gesamtstichprobe ab?

Anschließend an die vorangegangene Analyse der abhängigen Variable Internetnutzung, wird hier die Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen untersucht. In dieser Auswertung werden die *Gesundheitsinformationen-Suchende* und Personen, die keine Gesundheitsinformationen online beziehen berücksichtigt (somit die *Nicht-Internet-User* zusammen mit den *Nicht-Gesundheitsinformationen-Suchenden* bei *Internet-Usern*, Vgl. Abbildung 7.1). Aufgrund der dichotomen Ausprägung der abhängigen Variable bietet sich wieder (wie bereits in Kapitel 9.4) die Methode der binär logistischen Regression an.

Die bereits in Kapitel 9.4 eingeführten Variablen (Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen, Familienstand, Kinder im Haushalt und subjektive Gesundheit) werden nun in einem Modell zusammengefasst. Das Modell hat einen Erklärungsanteil laut Nagelkerkes R-Quadrat von 0,16, dies kann dahingehend interpretiert werden, dass nur 16 Prozent der Varianz der abhängigen Variable durch die unabhängigen Variablen erklärt werden (Vgl. Tabelle 9.6 und Kapitel 9.4.1).

Tabelle 9.6: Parameter eines binär logistischen Modells zur Gesundheitsinformations-Suche im Internet in der Gesamtstichprobe

-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
404,17	0,11	0,16

Tabelle 9.7: Koeffizienten eines binär logistischen Modells zur Gesundheitsinformations-Suche im Internet in der Gesamtstichprobe

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Geschlecht ^a	0,229	0,251	0,838	1	0,36	1,258
Alter ^b	-0,037*	0,009	17,852	1	0,000	0,964
Bildung ^c	0,183	0,266	0,474	1	0,491	1,201
Einkommen ^b	0,192*	0,068	7,995	1	0,005	1,212
Familienstand ^d	0,428	0,286	2,235	1	0,135	1,534
Kinder ^e	-0,565*	0,282	4,006	1	0,045	0,568
Gesundheit ^b	0,129	0,157	0,673	1	0,412	1,137
Konstante	-0,330	0,637	0,269	1	0,604	0,719

^a 0/1 0 Männer 1 Frauen

^b mindestens intervallskaliert

^c 0/1 Ohne Matura 1 Matura

^d 0/1 0 Alleinlebend 1 Zusammenlebend

^e 0/1 0 Keine Kinder 1 Kind oder mehr

* unterscheiden sich signifikant von 0 bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit (Alpha) von 5 Prozent.

Auch für die Suche von Gesundheitsinformationen im Internet haben nur drei von sieben im Modell betrachteten unabhängigen Variablen einen signifikanten Einfluss. Diesmal haben Kinder im Haushalt den stärksten negativen Einfluss, während das Einkommen weiterhin einen positiven, aber geringeren Effekt hat, und das Alter weiterhin einen negativen, aber viel geringeren Effekt zeigt¹².

Entgegen den Erwartungen sinkt die Wahrscheinlichkeit, das Internet für Gesundheitsinformationen zu nutzen, mit einem oder mehreren Kindern im Haushalt. Dies ist bemerkenswert, da im vorangegangenen Modell zur Internetnutzung (Vgl. Kapitel 9.4) ein Kind im Haushalt die Chancen auf Internetnutzung tendenziell (wenn auch nicht statistisch signifikant) erhöht. Personen ohne Kinder im Haushalt nutzen das Internet jedoch zweimal so häufig für Gesundheitsinformationen wie Personen mit Kindern.

Es zeigt sich wie beim Modell zur Internetnutzung (Vgl. Kapitel 9.4), dass mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit der Internetnutzung für Gesundheitsinformationen

¹² In einer zusätzlichen Auswertung wurden die Effekte von Alter und subjektiver Gesundheit gesondert analysiert. Dabei zeigen sich keine systematischen Effekte der subjektiven Gesundheit auf die Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen wenn man das Alter konstant hält.

signifikant sinkt. Steigt das Alter um 20 Jahre, so sinkt die Wahrscheinlichkeit der Nutzung des Internets um die Hälfte.

9.6 Von welchen Faktoren hängt die Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen bei den Internet-Usern ab?

Im ersten multivariaten Modell wurde aufgezeigt, dass die Variablen Bildung, Alter und Einkommen die Tatsache beeinflussen, ob das Internet genutzt wird. In einem zweiten Schritt wurde die Tatsache untersucht, ob Personen das Internet für Gesundheitsinformationen nutzen. In einer letzten Variante wird nun die Frage untersucht, wie die gleichen unabhängigen Variablen die Nutzung von Gesundheitsinformationen bei den *Internet-Usern* beeinflussen.

Dazu wird wiederum eine logistische Regression mit den oben eingeführten Merkmalen (Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen, Familienstand, Kinder im Haushalt und subjektive Gesundheit) berechnet (Vgl. Tabellen 9.8 und 9.9 und Kapitel 9.4.1).

Tabelle 9.8. Parameter eines binär logistischen Modells zu Gesundheitsinformations-Suche bei Internet-Usern

-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R- Quadrat	Nagelkerkes R- Quadrat
331,293	,042	,056

Tabelle 9.9: Koeffizienten eines binär logistischen Modells zu Gesundheitsinformations-Suche bei Internet-Usern

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Geschlecht ^a	,513	,270	3,600	1	,058	1,670
Alter ^b	-,005	,010	,218	1	,640	,995
Bildung ^c	,022	,281	,006	1	,936	1,023
Einkommen ^b	,060	,072	,686	1	,407	1,062
Familienstand ^d	,298	,311	,914	1	,339	1,347
Kinder ^e	-,667*	,290	5,302	1	,021	,513
Gesundheit ^b	,277	,182	2,302	1	,129	1,319
Konstante	-,960	,695	1,911	1	,167	,383

^a 0/1 0 Männer 1 Frauen

^b mindestens intervallskaliert

^c 0/1 Ohne Matura 1 Matura

^d 0/1 0 Alleinlebend 1 Zusammenlebend

^e 0/1 0 Keine Kinder 1 Kind oder mehr

* unterscheiden sich signifikant von 0 bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit (Alpha) von 5 Prozent.

Der Erklärungsanteil des Modells beträgt 0,056 (Nagelkerkes R-Quadrat), das heißt lediglich fünf Prozent der Varianz der abhängigen Variable (Nutzung von Gesundheitsinformationen bei *Internet-Usern*) wird durch die Faktoren im Modell erklärt (Vgl. Tabelle 9.8 und 9.9 und Kapitel 9.4.1). Dies ist der geringste Erklärungsanteil an der abhängigen Variable von den hier dargestellten logistischen Auswertungen.

Lediglich einer der sieben im Modell betrachteten Variablen zeigt einen signifikanten Einfluss: Personen mit Kindern im Haushalt nutzen das Internet wesentlich seltener für Gesundheitsinformationen als kinderlose Haushalte. Diese Variable zeigte sich bereits in der im Kapitel 9.5 dargestellten Modellvariante als signifikanter Einflussfaktor, jedoch nicht in der bivariaten Analyse (Vgl. Tabelle 9.2). Dieser Einflussfaktor scheint erst bei Konstanzhaltung anderer Faktoren (wie z.B. Geschlecht, Vgl. Kapitel 9.3) auf und sollte daher in dieser Form nicht überinterpretiert werden.

9.7 Gesundheitsinformationen-Suchende bei Internet-Usern in genauerer Betrachtung

Jenen Personen die angeben das Internet aktiv zu nutzen und nach Gesundheitsfragen suchen, wurden weitere Fragen zur Häufigkeit der Nutzung und Art der Nutzung sowie nach dem Vertrauen in die Informationen gestellt.¹³

9.7.1 Häufigkeit der Suche nach Gesundheitsinformationen

Wie häufig wird nach Gesundheitsinformationen gesucht? Mehr als 40 Prozent nutzen das Internet dafür einmal pro Monat oder öfters (Vgl. Tabelle 9.10). Die meisten Befragten (31%) suchen weniger als einmal im Quartal nach Gesundheitsinformationen. Immerhin 18 Prozent nutzen das Internet für Gesundheitsinformationen einmal pro Woche. Signifikanztests zeigen, dass es keine Unterschiede bei der Nutzungshäufigkeit nach Geschlecht, Alter oder subjektiver Gesundheit gibt. Bei einer ANOVA der unterschiedlichen Nutzungshäufigkeiten abhängig von der Schulbildung zeigt sich ein unterschiedliches Häufigkeitsmuster zwischen Personen mit Matura und ohne Matura. So sind Personen mit Matura seltener Nutzer von Gesundheitsinformationen als Personen ohne Matura.

¹³ Von den 161 Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern wurden 144 Personen bezüglich gesuchten Themen und Häufigkeit der Nutzung befragt. Die fehlenden 17 Personen ergeben sich durch ein temporäres Problem in der Computersoftware zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung.

Tabelle 9.10: Häufigkeit der Suche nach Gesundheitsfragen bei Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern, in Prozent

	Einmal pro Woche	Einmal pro Monat	Einmal im Quartal	Seltener	Gesamt
Geschlecht					
Männer (n=62)	12,9	24,2	29,0	33,9	100,0
Frauen (n=82)	22,0	20,7	28,0	29,3	100,0
Gesamt (n=144)+	18,1	22,2	28,5	31,3	100,0
Altersgruppen					
15 bis unter 35 (n=39)	15,4	17,9	38,5	28,2	100,0
35 bis unter 55 (n=60)	15,0	21,7	25,0	38,3	100,0
55 und älter (n=45)	24,4	26,7	24,4	24,4	100,0
Abgeschlossene Schulbildung					
Keine Matura (n=74)	17,6*	32,4*	23,0*	27,0*	100,0
Mit Matura (n=70)	18,6*	11,4*	34,3*	35,7*	100,0
Subjektive Gesundheit					
Sehr gut oder gut (n=108)	16,7	21,3	31,5	30,6	100,0
Mittelmäßig oder schlechter (n=34)	23,5	26,5	17,6	32,4	100,0

* Unterscheiden sich signifikant im Mittelwertvergleich (bzw. ANOVA) bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent.

+Die unterschiedliche Anzahl an Personen ergibt sich durch fehlende Antworten.

9.7.2 Gesuchte Gesundheitsinformationen

Eine offene Frage in der bisherigen Forschung (z.B. der Eurobarometererhebung) ist, welche Gesundheitsinformationsthemen online nachgefragt werden. Nach Kickbusch können Individuen als Konsumenten, Patienten und Bürger agieren und diese Rollen können auch auf das Internet übertragen werden. Bei der Gestaltung des Fragebogens wurde auf eine Konsistenz des Fragebogens mit der bisherigen Forschung geachtet und daher die Rolle des Bürgers in einer Gesundheitsgesellschaft (z.B. Informationen bezüglich Krankenkassen, oder die Meinung der Wahlparteien zu Gesundheit) nicht berücksichtigt. Daher kann über diese Rolle auch keine Aussage getroffen werden. Die Rollen der Patienten als auch der Konsumenten sind jedoch teilweise abgebildet.

Deklarierte Nutzer von Online-Gesundheitsinformationen wurden danach gefragt, über welche Gesundheitsthemen sie sich im Internet informieren und die Antworten drauf sind in Tabelle 9.11 dargestellt. Am häufigsten informieren sich die Befragten über bestimmte Krankheiten oder medizinische Probleme. Lediglich 15 Prozent der Online-Gesundheitsinformationssuchenden informieren sich nicht über bestimmte Krankheiten oder medizinische Probleme. Zwei Drittel der Personen informieren sich über bestimmte Behandlungen oder Therapien. Ebenso viele schlagen die Bedeutung von medizinischen Fachausdrücken, wenn sie diese z.B. in Befunden nicht verstehen, im Internet nach. Über Ernährung, Diäten und Nahrungsergänzungsmittel informieren sich 56 Prozent. Mehr als ein Drittel der Personen informieren sich über ihre Symptome, bevor sie einen Arzt aufsuchen. Dieselbe Anzahl nutzt das Internet, um sich über Erfahrungen von Betroffenen oder Personen mit ähnlichen Problemen zu informieren. Ein Drittel der Befragten informieren sich über Impfungen z.B. bei Auslandsreisen. Mit 15 Prozent der Befragten informieren sich mehr Personen über Depression, Angst, Stress oder psychische Gesundheitsprobleme als über Fragen zum Thema Alkohol, Möglichkeiten zur Rauchentwöhnung oder die sexuelle Gesundheit.

Insgesamt überwiegt das Thema Krankheit und Personen agieren vorrangig in der Rolle des Patienten im Krankenbehandlungssystem. Auf der anderen Seite nutzen sie die zahlreichen Informationsmöglichkeiten die ihnen zur Verfügung stehen und agieren insofern auf einem Informationsmarkt. Auf diesem Informationsmarkt treten sie als Konsumenten von Informationen auf und bedienen sich unterschiedlicher Informationsmöglichkeiten und der Möglichkeit Zweit- oder Drittmeinungen einzuholen.

Tabelle 9.11. Gesuchte Gesundheitsinformationsthemen von Gesundheitsinformation-Suchenden bei Internet-Usern nach Geschlecht, Alter, Bildung, Gesundheitszustand und Internetnutzungshäufigkeit

		Krankheiten	Behandlungen	Psych. Gesundheit	Impfungen	Ernährung	sexuelle Gesundheit	Rauchen	Alkohol	Vor Arztbesuch	Fachausdrücke	Erfahrungen anderer Personen
Geschlecht												
Männer (n=62)	Prozent	88,7	67,7	9,7	38,7	61,3	19,4*	9,7	11,3	38,7	64,5	37,1
	Stdw	0,32	0,47	0,30	0,49	0,49	0,40	0,30	0,32	0,49	0,48	0,49
Frauen (n=82)	Prozent	81,7	64,6	19,5	31,7	52,4	4,9*	9,8	8,5	31,7	64,6	30,5
	Stdw	0,39	0,48	0,40	0,47	0,50	0,22	0,30	0,28	0,47	0,48	0,46
Gesamt (n=144)+	Prozent	84,7	66,0	15,3	34,7	56,3	11,1	9,7	9,7	34,7	64,6	33,3
	Stdw	0,36	0,48	0,36	0,48	0,50	0,32	0,30	0,30	0,48	0,48	0,47
Alterskategorien												
15 bis unter 35 (n=39)	Prozent	89,7	64,1	15,4	46,2	69,2	15,4*	7,7	15,4	41,0	59,0	28,2
	Stdw	0,31	0,49	0,37	0,51	0,47	0,37	0,27	0,37	0,50	0,50	0,46
35 bis unter 55 (n=60)	Prozent	81,7	63,3	18,3	31,7	51,7	11,7*	16,7	10,0	33,3	60,0	38,3
	Stdw	0,39	0,49	0,39	0,47	0,50	0,32	0,38	0,30	0,48	0,49	0,49
55 und älter (n=45)	Prozent	84,4	71,1	11,1	28,9	51,1	6,7*	2,2	4,4	31,1	75,6	31,1
	Stdw	0,37	0,46	0,32	0,46	0,51	0,25	0,15	0,21	0,47	0,43	0,47
Gesamt (n=143)+	Prozent	84,7	66,0	15,3	34,7	56,3	11,1	9,7	9,7	34,7	64,6	33,3
	Stdw	0,36	0,48	0,36	0,48	0,50	0,32	0,30	0,30	0,48	0,48	0,47
Abgeschlossene Bildung												
Keine Matura (n=74)	Prozent	77,0*	70,3	13,5	27,0*	55,4	6,8	12,2	9,5	32,4	63,5	40,5
	Stdw	0,42	0,46	0,34	0,45	0,50	0,25	0,33	0,29	0,47	0,48	0,49
Matura (n=70)	Prozent	92,9*	61,4	17,1	42,9*	57,1	15,7	7,1	10,0	37,1	65,7	25,7
	Stdw	0,26	0,49	0,38	0,50	0,50	0,37	0,26	0,30	0,49	0,48	0,44
Gesamt (n=144)+	Prozent	84,7	66,0	15,3	34,7	56,3	11,1	9,7	9,7	34,7	64,6	33,3
	Stdw	0,36	0,48	0,36	0,48	0,50	0,32	0,30	0,30	0,48	0,48	0,47

Fortsetzung Tabelle 9.11

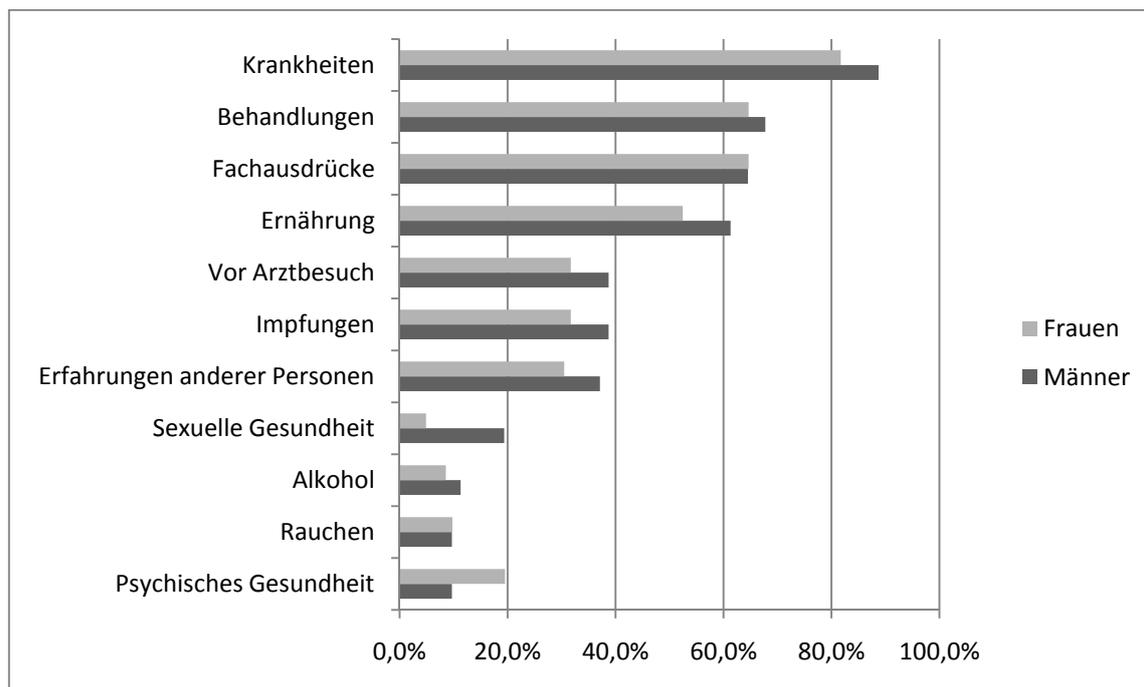
Gesundheitszustand												
Sehr gut (n=38)	Prozent	84,2	60,5	13,2	26,3	63,2	7,9	13,2	13,2	47,4	52,6	26,3
	Stdw	0,37	0,50	0,34	0,45	0,49	0,27	0,34	0,34	0,51	0,51	0,45
Gut (n=70)	Prozent	80,0	62,9	14,3	40,0	58,6	14,3	10,0	10,0	32,9	65,7	37,1
	Stdw	0,40	0,49	0,35	0,49	0,50	0,35	0,30	0,30	0,47	0,48	0,49
Mittelmässig (n=29)	Prozent	93,1	79,3	20,7	27,6	44,8	6,9	6,9	6,9	31,0	79,3	37,9
	Stdw	0,26	0,41	0,41	0,45	0,51	0,26	0,26	0,26	0,47	0,41	0,49
Schlecht (n=5)	Prozent	100,0	80,0	20,0	40,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	40,0	20,0
	Stdw	-	0,45	0,45	0,55	0,45	-	-	-	-	0,55	0,45
Gesamt (n=142)+	Prozent	84,5	66,2	15,5	33,8	55,6	10,6	9,9	9,9	35,2	64,1	33,8
	Stdw	0,36	0,47	0,36	0,47	0,50	0,31	0,30	0,30	0,48	0,48	0,47
Häufigkeit der Gesundheitsinformationssuche												
Mind. einmal pro Monat (n=58)	Prozent	87,9	82,8*	27,6*	37,9	69,0*	8,6	8,6	12,1	34,5	74,1*	37,9
	Stdw	0,33	0,38	0,45	0,49	0,47	0,28	0,28	0,33	0,48	0,44	0,49
Seltener als einmal pro Monat (n=86)	Prozent	82,6	54,7*	7,0*	32,6	47,7*	12,8	10,5	8,1	34,9	58,1*	30,2
	Stdw	0,38	0,50	0,26	0,47	0,50	0,34	0,31	0,28	0,48	0,50	0,46
Gesamt (n=144)+	Prozent	84,7	66,0	15,3	34,7	56,3	11,1	9,7	9,7	34,7	64,6	33,3
	Stdw	0,36	0,48	0,36	0,48	0,50	0,32	0,30	0,30	0,48	0,48	0,47

* Unterscheiden sich signifikant im Mittelwertvergleich (bzw. ANOVA) bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent.

+Die unterschiedliche Anzahl an Personen ergibt sich durch fehlende Antworten.

Unterscheiden sich die gesuchten Gesundheitsinformationen nach dem **Geschlecht**? Abbildung 9.2. stellt die im Internet gesuchten Themen für Männer und Frauen dar. Für die meisten Themen interessieren sich Männer und Frauen gleich häufig. Lediglich an der sexuellen Gesundheit sind Männer signifikant häufiger interessiert. Die restlichen Themen sind geschlechtsneutral, dies scheint insbesondere bei den Themen psychische Gesundheit und Ernährung überraschend. Auch der Austausch mit anderen Personen, die dieselben Erfahrungen gemacht haben, weist im Internet keine statistisch signifikanten Geschlechtsunterschiede auf.

Abbildung 9.2: Online gesuchte Gesundheitsinformationen von Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern nach Geschlecht, in Prozent (n=144)



Die meisten Themen werden von unterschiedlichen **Altersgruppen** gleich häufig gesucht (Vgl. Tabelle 9.11.). Lediglich an der sexuellen Gesundheit nimmt das Interesse mit zunehmendem Alter ab. Die Tatsache, dass sich keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen ergeben bedeutet, dass Personen unabhängig vom Alter das Internet im gleichen Ausmaß als Nachschlagemedium, Informationsmedium und Medium des Austausches nutzen. Dies ist insbesondere überraschend, da ältere Personen aufgrund ihrer schlechteren subjektiven Gesundheit auch häufiger die Rolle des Patienten einnehmen. Daher wäre zu erwarten gewesen, dass sie sich vermehrt über Krankheiten und Behandlungen informieren.

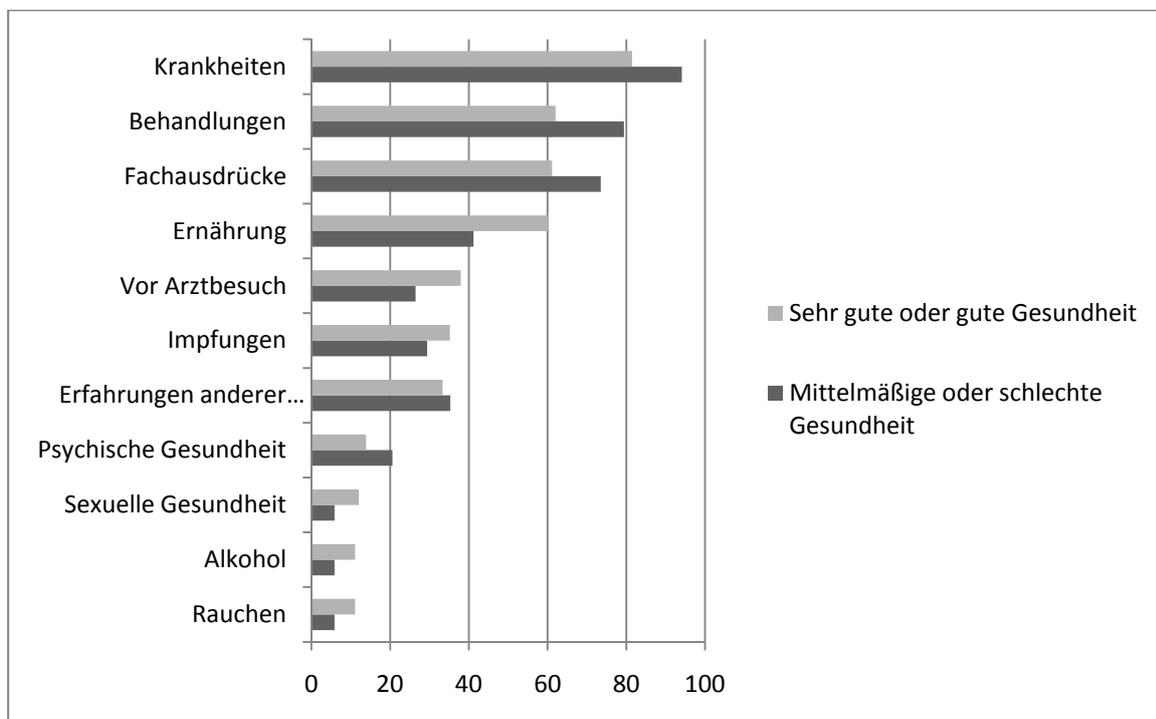
Die Themenauswahl unterscheidet sich signifikant nach abgeschlossener **Schulbildung** (mit Matura oder ohne Matura) bei den Themen Krankheiten und Impfungen. Beide werden signifikant häufiger von Personen mit Matura gesucht. Annähernd 93 Prozent der Personen mit Matura informieren sich über Krankheiten im Internet, aber lediglich 77 Prozent der Personen ohne Matura. Zum Thema Impfungen informieren sich 43 Prozent der Personen mit Matura und ungefähr ein Viertel der Personen ohne Matura. Bei der Frage nach Impfungen wurde als Beispiel Auslandsreisen angeführt. Eventuell kann durch die erhöhte Reisetätigkeit von Personen mit Matura der höhere Anteil dieser erklärt werden.

Betrachtet man die „**regelmäßigen Gesundheitsinformationen-Suchenden**“ (mindestens einmal pro Monat) und die „**seltene Gesundheitsinformationen-Suchenden**“ (einmal im Quartal oder seltener) getrennt (Vgl. Tabelle 9.11.), so zeigen sich die meisten bisher beobachteten Unterschiede. Häufige *Gesundheitsinformationen-Suchende* bei *Internet-Usern* informieren sich signifikant (t-Test, Alpha 0,05) häufiger über Behandlungsmöglichkeiten. 70 Prozent der regelmäßigen *Gesundheitsinformationen-Suchenden*

bei *Internet-Usern* informieren sich über Ernährung, Diäten und Nahrungsergänzungsmittel im Internet, jedoch unter 50 Prozent der seltenen *Gesundheitsinformationen-Suchenden* bei *Internet-Usern*. Dieser Unterschied ist signifikant (t-Test, Alpha 0,05). Interessanterweise informieren sich signifikant mehr regelmäßige *Gesundheitsinformationen-Suchende* über psychische Probleme, Stress oder Depression. Regelmäßige *Gesundheitsinformationen-Suchende* bei *Internet-Usern* schlagen häufiger Fachausdrücke nach und nutzen insofern das Internet als Nachschlagewerk für Fachausdrücke.

Betrachtet man die gesuchten Gesundheitsthemen in Hinblick auf die **subjektive Gesundheit** der Befragten, so zeigt sich kein signifikanter Unterschied. Abbildung 9.3. gibt die gesuchten Gesundheitsinformationsthemen aufgeschlüsselt nach der subjektiven Gesundheit wider.

Abbildung 9.3: *Gesuchte Gesundheitsinformationen von Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern nach subjektiver Gesundheit, in Prozent (n=142)*



9.7.3 Subjektive Gesundheit von Informationssuchenden

Unterscheidet sich die subjektive Gesundheit von *Gesundheitsinformationen-Suchenden* bei *Internet-Usern* nach den bereits eingeführten unabhängigen Variablen? Tabelle 9.12 zeigt sich, dass ältere *Gesundheitsinformationen-Suchenden* bei *Internet-Usern* eine schlechtere Gesundheit angeben als jüngere *Gesundheitsinformationen-Suchende*. Das erscheint insofern logisch als ältere Menschen allgemein eine schlechtere subjektive Gesundheit aufweisen. Geschlecht, Schulbildung und Häufigkeit der Gesundheitsinformationssuche haben keinen Einfluss auf die subjektive Einschätzung der Gesundheit bei *Gesundheitsinformationen-Suchenden* bei *Internet-Usern*.

Tabelle 9.12: Subjektive Gesundheit von Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern, Mittelwert (5-stufige Skala: 1=sehr gut, 5=sehr schlecht), in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Bildung und Häufigkeit der Gesundheitsinformationssuche

	Mittelwert	Stdw
Geschlecht		
Männer (n=67)	2,0	0,74
Frauen (n=92)	2,0	0,83
Gesamt (n=159)+	2,0	0,79
Altersgruppen		
15 bis unter 35 (n=41)	1,7*	0,68
35 bis unter 55 (n=68)	1,9*	0,73
55 und älter (n=50)	2,4*	0,83
Gesamt (n=159)+	2,0	0,79
Abgeschlossene Schulbildung		
Keine Matura (n=81)	2,1	0,82
Mit Matura (n=78)	1,9	0,76
Gesamt (n=159)+	2,0	0,79
Häufigkeit der Gesundheitsinformationssuche		
Mind. einmal pro Monat (n=58)	2,1	0,84
Seltener als einmal pro Monat (n=84)	2,0	0,74
Gesamt (n=142)+	2,0	0,79

* Unterscheiden sich signifikant bei einer ANOVA bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent.

+Die unterschiedliche Anzahl an Personen ergibt sich durch fehlende Antworten.

9.7.4 Vertrauen in Gesundheitsinformationen

Von den drei vorgegebenen Informationsquellen erfahren die Ärztin oder der Arzt nach wie vor am meisten Vertrauen als Anbieter von Gesundheitsinformationen. Die Hälfte der Personen, die sich online über Gesundheit informiert, vertraut ihrer Ärztin oder ihrem Arzt voll (Vgl. Tabelle 9.13). Knapp über zehn Prozent vertrauen ihrem Arzt oder ihrer Ärztin jedoch nur teilweise. Das Vertrauen in Gesundheitsinformationen aus dem Internet ist größer als in Informationen von Verwandten oder Bekannten. Eher kein Vertrauen in Gesundheitsinformationen haben lediglich acht Prozent der *Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern*, Informationen von Verwandten oder Bekannten stehen jedoch 26 Prozent kritisch (eher kein Vertrauen oder gar kein Vertrauen) gegenüber. Gesundheitsinformationen aus dem Internet werden insgesamt nicht unkritisch übernommen, die Meisten (die Hälfte) vertrauen den Informationen nur teilweise.

Tabelle 9.13. Vertrauen in Gesundheitsinformationsquellen von Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern in Prozent

Vertrauen	Internet	Verwandte	Ärztin/Arzt
Volles Vertrauen	11,2 (n=16)	7,7 (n=11)	52,8 (n=76)
Eher Vertrauen	28,0 (n=40)	27,3 (n=39)	32,6 (n=47)
Teils/teils	52,4 (n=75)	39,2 (n=56)	11,1 (n=16)
Eher kein Vertrauen	8,4 (n=12)	18,9 (n=27)	2,8 (n=4)
Gar kein Vertrauen	n=0	7,0 (n=10)	0,7 (n=1)
Gesamt	100,0 (n=143)	100,0 (n=143)	100,0 (n=144)

Unterscheiden sich Personen nach Geschlecht oder Alter und anderen Merkmalen in Bezug auf ihr Vertrauen in Gesundheitsinformationsquellen? Betrachtet man das Vertrauen in Gesundheitsinformationsquellen (Tabelle 9.14) abhängig von ausgewählten unabhängigen Variablen, so zeigen sich kaum Unterschiede. Lediglich Personen, die regelmäßig Gesundheitsinformationen im Internet suchen, geben ein höheres Vertrauen in das Internet als Gesundheitsinformationsquelle an, als Personen die das Internet seltener für Gesundheitsinformationen nutzen. Das erklärt sich wahrscheinlich dadurch, dass Personen die Informationen aus dem Internet eher misstrauen, das Internet auch seltener zu diesem Zweck nutzen.

Tabelle 9.14: Vertrauen in Gesundheitsinformationsquellen von Gesundheitsinformationen-Suchende bei Internet-Usern, Mittelwert (5-stufige Skala: 1=volles Vertrauen, 5=gar kein Vertrauen), nach ausgewählten unabhängigen Variablen

	Vertrauen ins Internet		Vertrauen in Verwandte		Vertrauen Ärztin/Arzt	
	Mittelwert	Stdw	Mittelwert	Stdw	Mittelwert	Stdw
Geschlecht						
Männer (n=62)	2,6	0,81	3,0	1,07	1,6	0,71
Frauen (n=81)	2,5	0,79	2,9	0,99	1,7	0,90
Gesamt (n=143)+	2,6	0,80	2,9	1,02	1,7	0,84
Altersgruppen						
15 bis unter 35 (n=39)	2,6	0,82	2,8	0,92	1,6	0,72
35 bis unter 55 (n=60)	2,6	0,74	2,9	1,02	1,7	0,83
55 und älter (n=44)	2,5	0,88	3,0	1,12	1,7	0,95
Gesamt (n=143)+	2,6	0,80	2,9	1,02	1,7	0,84
Abgeschlossene Schulbildung						
Keine Matura (n=73)	2,6	0,78	3,0	1,00	1,7	0,91
Mit Matura (n=70)	2,6	0,82	2,9	1,05	1,7	0,76
Gesamt (n=143)+	2,6	0,80	2,9	1,02	1,7	0,84
Häufigkeit der Gesundheitsinformationssuche						
Mind. einmal pro Monat (n=58)	2,4*	0,82	2,9	1,01	1,7	0,91
Seltener als einmal pro Monat (n=85)	2,7*	0,77	2,9	1,04	1,6	0,79
Gesamt (n= 143)+	2,6	0,80	2,9	1,02	1,7	0,84
Subjektive Gesundheit						
Sehr gut (n=38)	2,6	0,79	2,6	1,08	2,6	0,63
Gut (n=69)	2,6	0,77	3,1	0,90	1,8	0,84
Mittelmäßig (n=29)	2,6	0,78	2,9	1,09	1,7	0,97
Schlecht (n=5)	2,2	1,30	2,8	1,64	2,0	1,00
Gesamt (n=143)+	2,6	0,80	2,9	1,02	1,7	0,84

*Unterscheiden sich signifikant bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent

+Die unterschiedliche Anzahl an Personen ergibt sich durch fehlende Antworten.

9.8 Typen von Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern nach gesuchten Gesundheitsinformationsthemen

Eine interessante Frage ist, ob sich aufgrund der Antworten die *Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern* in unterschiedliche Typen kategorisieren lassen. Dafür bietet sich eine Clusteranalyse an, die unterschiedliche Objekte Gruppen so zuordnet, dass die Unterschiede zwischen den Gruppen (Clustern) möglichst groß sind und die Distanzen innerhalb der Gruppen möglichst gering sind (Bortz, 2005).

Das korrekte Klassifikationsinstrument für kategoriale (und damit auch für dichotome) Variable ist die Latent Class Analyse (LCA) (Vgl. Lazarsfeld et al. 1967). Bei diesem Verfahren werden die Personen (die Befragten, die Getesteten, viele Anwendungen sind im pädagogisch didaktischen Bereich unter Verwendung von Aufgaben und Tests) auf der Basis ihrer Antworten, Ausprägungen (Variablen) in Gruppen eingeteilt so, dass Unabhängigkeit der auf die Variablen konditionierten Wahrscheinlichkeiten über den Gruppen gegeben ist. Da LCA kein Standardverfahren ist und daher auch nicht Bestandteil von Standardstatistikpaketen wie SPSS (Version 16) ist, musste nach entsprechender Software gesucht werden. Dabei erwies sich das kostenlos verfügbare Programm WinLTA, das eigens von der Pennsylvania State University für latente Clusteranalysen entwickelt wurde, als hilfreich und auch sehr benutzerfreundlich.

Latent Class Analysis ist eine statistische Methode um (latente) Klassen aus multivariaten Daten mit kategorialen Variablen zu finden, z.B. Zuordnung zu Krankheiten auf der Basis des Vorhandenseins oder Fehlens von Symptomen. In diesen Fall soll das Antwortverhalten (Ja/Nein) auf die Fragen genützt werden, um unterschiedliche Klassen an *Gesundheitsinformationen-Suchenden bei Internet-Usern* zu finden.

LCA unterstellt dabei ein einfaches parametrisches Modell, das von beobachteten Daten mit Hilfe einer Maximum Likelihood Methode geschätzt wird, wobei die Daten nur in aggregierter Form eingehen. Die Parameter sind

1. Das Vorhandensein jeder der Fälle in Gruppen oder latenten Klassen.
2. Bedingte Wahrscheinlichkeiten für Antworten auf jede Kombination an Klasse und Frage, die ein zufällig gewähltes Klassenmitglied geben würde. z.B. die bedingte Wahrscheinlichkeit, dass ein Mitglied des Clusters 1 sich über Ernährung im Internet informiert.

9.8.1 Modell 1.0

In einem ersten Schritt werden die elf abgefragten Gesundheitsthemen zugeordnet. Das Modell hat einen Chi-Quadrat-Wert von 305 bei 2012 Freiheitsgraden. In diesem ersten Ansatz ergeben sich drei Cluster, deren Zugehörigkeitsparameter (Gamma) signifikant von null verschieden sind, allerdings sind die Verteilungen über die Klassen (bei einem 5%-igen Fehler erster Art) nicht signifikant unterschiedlich.

Tabelle 9.15: Gamma der Clusterzugehörigkeit und Konfidenzintervall

Cluster	Anteil Gamma	Unterer Grenzwert des Konfidenzintervall (95%)	Oberer Grenzwert des Konfidenzintervall (95%)
Cluster 1	0,468	0,166	0,791
Cluster 2	0,356	0,082	0,750
Cluster 3	0,176	0,079	0,333

Tabelle 9.16. Gesuchte Themen mit Konfidenzintervall

	Krankheit	Behandlung	Psychische Probleme	Impfungen	Ernährung	Sexuelle Gesundheit	Rauchen	Alkohol	Vor Arztbesuch	Fachausdrücke	Erfahrung anderer Personen
Cluster 1	0,699	0,431	0,105	0,249	0,456	0,036	0,114	0,081	0,117	0,392	0,146
Obere Grenze	0,481	0,202	0,028	0,132	0,317	0,005	0,053	0,026	0,013	0,128	0,046
Untere Grenze	0,859	0,688	0,294	0,416	0,601	0,183	0,227	0,214	0,494	0,722	0,352
Cluster 2	0,941	0,885	0,141	0,231	0,498	0,045	0,064	0,028	0,528	0,777	0,541
Obere Grenze	0,507	0,398	0,028	0,047	0,282	0,003	0,006	0,001	0,224	0,436	0,216
Untere Grenze	0,998	0,994	0,433	0,599	0,714	0,305	0,358	0,264	0,819	0,949	0,84
Cluster 3	0,971	0,762	0,349	0,824	0,959	0,504	0,147	0,354	0,641	0,98	0,501
Obere Grenze	0,684	0,548	0,171	0,442	0,63	0,221	0,046	0,137	0,406	0,739	0,304
Untere Grenze	0,999	0,895	0,578	0,972	0,998	0,784	0,372	0,646	0,826	0,999	0,697

Dem ersten Cluster ist ein Großteil der Befragten, nämlich nahezu die Hälfte (47 %), zuzuordnen. Diese Gruppe an Personen kann vorrangig als **schwache Nutzer** charakterisiert werden, insbesondere im Vergleich mit Cluster 3. Die vorrangige Nutzung betrifft Informationen bezüglich Krankheit, aber selbst diese Wahrscheinlichkeit von ungefähr 70 Prozent liegt deutlich unter jener der anderen Klassen (über 90 %). Am zweithöchsten liegt die Wahrscheinlichkeit sich über Ernährung zu informieren, aber auch diese liegt mit 45 Prozent unter dem der anderen Klassen (über 90 % in Cluster 3). Die Personen in diesem Cluster informieren sich ebenfalls über Ernährung und Behandlung. In beiden Fällen ist jedoch die Ausprägung bezüglich dieser Variablen in diesem Cluster am niedrigsten.

Ein generelles Charakteristikum des Clusters 3 ist die großteils absolute (in 3 Fällen - Krankheiten, Ernährung, Fachausdrücke - über 90 % und in 7 Fällen über 50 %) aber durchgängig vor allem hohe Wahrscheinlichkeit (hier insbesondere zu den Themen Ernährung, Impfungen, Sexualität, Alkohol) alle Frage positiv zu beantworten. In diesem Sinne ist diese Gruppe, die generell an Information interessiert ist, das Gegenstück zum

ersten Cluster. In diesem Cluster 3 befinden sich allerdings nur 18 Prozent der Befragten und diese kleinste Gruppe ist die, die die meisten der abgefragten Themen nutzen. Sie unterscheiden sich insbesondere bei den Themen „Impfungen“, „Ernährung“ und „sexuelle Gesundheit“ sehr stark von den anderen Clustern.

Das zweite Cluster umfasst etwas mehr als ein Drittel und ist schlechter von den beiden vorigen abzugrenzen, weil es dazwischen liegt. Diese Gruppe hat partiell hohes Interesse, ähnlich zu Gruppe 3, in den Fragen, die um Krankheiten kursieren, wie zu Krankheit, Behandlung, Erfahrung, vor Arztbesuch und zu Fachausdrücken, während dies Gruppe 2 in den anderen Fragen ähnlich zu Gruppe 1 liegt.

9.8.2 Modell 2.2.

In einem zweiten Ansatz wurden die Themen „Krankheit“ und „Behandlung“ nicht mehr in die Clusteranalyse einbezogen und zwar aus zwei Gründen: Erstens sind dies zum Teil Überbegriffe für die nachfolgenden spezifischeren Themen und zweitens, haben diese beide Variablen im Modell 1.0 sehr hohe Werte („Ladungen“), was eine Trennung zwischen Clustern erschwert.

In einer ersten Analyse der nunmehr neun Items werden wiederum drei Cluster gebildet. Die eine Clusterzugehörigkeit (Gamma) ist jedoch nicht signifikant von null unterschiedlich. Der Chi-Quadrat dieses Modells (Modell 2.1.) beträgt 166 bei 482 Freiheitsgraden. Daher werden dann in dem Modell mit neun Items nur zwei Cluster gebildet. Der Chi-Quadrat beträgt nun 187 bei 492 Freiheitsgraden.

Tabelle 9.17: Gamma der Clusterzugehörigkeit und Konfidenzintervall

Cluster	Anteil Gamma	Unterer Grenzwert des Konfidenzintervall (95%)	Oberer Grenzwert des Konfidenzintervall (95%)
Cluster 1	0,799	0,662	0,894
Cluster 2	0,201	0,106	0,338

Tabelle 9.18: Gesuchte Themen mit Konfidenzintervall

	Psychische Probleme	Impfungen	Ernährung	Sexuelle Gesundheit	Rauchen	Alkohol	Vor Arztbesuch	Fachausdrücke	Erfahrung anderer Personen
Cluster 1	0,118	0,227	0,472	0,037	0,087	0,051	0,227	0,563	0,299
Untere Grenze	0,066	0,143	0,373	0,012	0,046	0,021	0,187	0,461	0,216
Obere Grenze	0,201	0,338	0,573	0,105	0,158	0,118	0,389	0,659	0,398
Cluster 2	0,312	0,839	0,918	0,441	0,163	0,311	0,628	0,962	0,477
Untere Grenze	0,15	0,357	0,482	0,227	0,062	0,148	0,386	0,634	0,266
Obere Grenze	0,534	0,987	0,996	0,677	0,361	0,535	0,823	0,998	0,695

Diese zwei Clusters sind asymmetrisch im Verhältnis 4:1 verteilt. Das größere Cluster 1 ist durchgängig durch deutlich niedrigere und teilweise sogar absolut niedrige Zustimmungsraten charakterisiert und fasst damit die Gruppe der wenig Interessierten zusammen. Einzig Fachausdrücke erwecken das Bedürfnis nach Information. Im Verhältnis dazu ist das zweite und deutlich kleinere Cluster durch stärkeres relatives Interesse und in einzelnen Fragen (Impfung, Ernährung, Fachausdrücke) sogar durch starkes Interesse (mit Wahrscheinlichkeiten über 90%) ausgezeichnet.

9.9 Diskussion der Ergebnisse

Die durchgeführte Telefonbefragung am Institut für Soziologie mit einem dafür entwickelten Fragebogen erfasste Personen, die das Internet gar nicht nutzen sowie das Internet nutzen aber nicht für Gesundheitsinformationen und Nutzerinnen und Nutzer von Online-Gesundheitsinformationen. In Österreich nutzen ungefähr 70 Prozent der Bevölkerung das Internet und ein Drittel der Bevölkerung nutzt das Internet für Gesundheitsinformationen. Im Jahr 2002 gab ebenfalls knapp ein Drittel der Österreicherinnen und Österreicher an, das Internet für Gesundheitsinformationen zu nutzen (Eurobarometer 58.0; Vgl. Kapitel 5.1.1). Dieser Prozentsatz stellt sich in dieser Erhebung im Jahr 2008 als nicht verändert dar. Innerhalb der letzten fünf Jahre ist der Anteil der Nutzer von Online-Gesundheitsinformationen somit nicht gestiegen. Die aktuellen Ergebnisse der Forschung zu *Digital Divide* konnten in dieser Erhebung reproduziert werden: Die generell Internetnutzung hängt von Bildung, Alter und Einkommen ab.

Betrachtet man die hier vorgestellten Studien sowie die Ergebnisse der eigenen Erhebung, ergibt sich ein recht unterschiedliches Bild. Insgesamt kann festgehalten werden, dass Studien aus den USA (z.B. PEW bei Fox et al. 2006) stark von den europäischen

Ergebnissen (Eurobarometer 58.0, Andreassen et al. 2007) abweichen. In den USA wird geschätzt, dass bis zu 80 Prozent der Bevölkerung das Internet zum Thema Gesundheit nutzt. In Europa kommt dem Internet als Gesundheitsinformationsquelle eine weit geringere Bedeutung zu als in den USA. Aber nur die Studien aus den USA erlauben bisher das Ablesen von Zeittrends und tiefgehendere Analysen der Thematik, die über die bloße Nutzungshäufigkeit hinausgehen.

Gesundheitsprofessionisten, insbesondere Ärztinnen und Ärzte, sind in Österreich die wichtigste Informationsquelle. Den Ärztinnen und Ärzten wird am meisten Vertrauen entgegengebracht. Das Vertrauen in Gesundheitsinformationen aus dem Internet ist in Österreich eher gering, die Hälfte der *Gesundheitsinformationen-Suchenden* bei *Internet-Usern* vertraut Informationen aus dem Internet nur teilweise. Am wenigsten vertrauen *Gesundheitsinformationen-Suchende* bei *Internet-Usern* den Informationen ihrer Verwandten oder Bekannten. Eine Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet wird eher selten durchgeführt, laut Eurobarometererhebung weniger als einmal im Monat.

Ein in allen Studien (Vgl. Kapitel 5) wiederkehrendes Muster ist, dass jüngere Personen vermehrt Gesundheitsinformationen aus dem Internet beziehen. In der vorliegenden Untersuchung konnte jedoch gezeigt werden, dass dieser Altersunterschied auf Unterschiede in der Nutzung des Internets allgemein und nicht spezifisch auf unterschiedliches Nutzverhalten für Gesundheitsinformationen zurückzuführen ist. Im Jahr 2002 nutzten weniger als 10 Prozent der über 55-Jährigen das Internet für Gesundheitsinformationen (Vgl. Tabelle 5.6.). Im Jahr 2007 nutzten nur 23 Prozent der über 55-Jährigen das Internet für Gesundheitsinformationen. Der Anteil der Personen über 55, die das Internet für Gesundheitsinformationen verwenden, scheint daher nach oben gegangen zu sein.

Die meisten Studien kommen zu dem Schluss, dass Personen mit höherem sozioökonomischem Status vermehrt Online-Gesundheitsinformationen suchen (Vgl. Kapitel 5). Im binär logistischen Modell zur Nutzung des Internets für Gesundheitsinformationen in der Gesamtstichprobe zeigte sich das Einkommen als signifikanter Einflussfaktor auf die Tatsache, ob Personen Online-Gesundheitsinformationen beziehen. Der Bildungsabschluss – gemessen in Personen mit Matura bzw. ohne – zeigt keinen signifikanten Einfluss in dem Modell zur Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen. Bei Betrachtung von *Internet-Usern* verliert auch das Einkommen seinen signifikanten Einfluss. Die Tatsache, dass Personen mit höherem Einkommen vermehrt Gesundheitsinformationen aus dem Internet beziehen, ist somit wahrscheinlich auf die generell erhöhte Internetnutzung von Personen mit höherem Einkommen zurückzuführen.

In zahlreichen Studien wird ein Geschlechterunterschied festgestellt, insofern, als Frauen häufiger das Internet für Gesundheitsinformationen nutzen (Fox 2006; KFF 2001; Baker 2003, Cotten et al. 2004). In der hier dargestellten Erhebung konnten jedoch keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich des Anteils der Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsinformationen festgestellt werden. Auch bezüglich der gesuchten Themen lassen sich kaum Unterschiede feststellen. Lediglich beim Thema „sexuelle Gesundheit“ nutzen Männer das Internet häufiger als Frauen. Das Geschlechterverhältnis bei der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen hat sich in Österreich zwischen 2003 und 2008 nicht verändert. Der fehlende Einfluss der selbst eingeschätzten subjek-

tiven Gesundheit ist etwas überraschend, denn schlechte subjektive Gesundheit würde erwartungsgemäß die Nutzungswahrscheinlichkeit erhöhen.

Gesundheitsinformationen werden eher selten online gesucht. Aber bereits 18 Prozent der *Gesundheitsinformationen-Suchenden* bei *Internet-Usern* geben an, dies einmal pro Woche zu tun. Personen, die regelmäßig Online-Gesundheitsinformationen suchen, weisen ein anderes Themeninteresse auf als Personen, die dies seltener tun. Regelmäßige Nutzer informieren sich signifikant häufiger über Behandlungsmöglichkeiten und Ernährung im Internet. Auch das Thema psychische Probleme und das Internet als Lexikon werden häufiger genannt als von seltenen Nutzern. Die Rollen „Patient, Konsument, Bürger“ von Kickbusch wurden zur Interpretation der erhobenen Daten herangezogen, wobei das Thema der Bürgerbeteiligung bereits in der Erhebungsphase nicht berücksichtigt wurde. Die Rolle der Individuen in einem Gesundheitsmarkt scheint nicht sehr präsent zu sein. Vielmehr steht die Rolle des Patienten im Vordergrund, da Krankheit und Behandlung vorrangig nachgefragt wird (Vgl. auch Kapitel 10). Offen bleibt in dieser Erhebung wie der Anteil von 18 Prozent wöchentlicher Nutzer im Zusammenhang mit der hohen Präsenz von „Krankheit“ zu erklären ist. Denn 18 Prozent der Online-Gesundheitsinformationssuchenden informieren sich regelmäßig über Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten. Der erste Erklärungsansatz, dass es sich hierbei um chronisch Kranke handelt wird anhand der Analyse der subjektiven Gesundheit widerlegt. Eine weitere Erklärung wäre, dass es sich um ein methodisches Problem handelt, d.h. der Fragebogen so konzipiert war, dass Krankheit als wichtigeres Thema aufscheint als es in der Realität ist. Dieser Frage sollte in Zusammenhang mit den Ergebnissen aus Kapitel 10 in Zukunft genauer nachgegangen werden.

Bezüglich der gesuchten Gesundheitsthemen im Internet wird das Thema „Krankheit“ in allen Studien häufig genannt (Vgl. Kapitel 1 z.B. Fox 2006), gefolgt von dem großen Thema der Behandlung einer Krankheit. Bezüglich anderer Online-Gesundheitsthemen wie z.B. online Medikamentenbestellungen oder die Rolle des Internets vor bzw. anstatt eines Arztbesuchs, liefern die Studien unterschiedliche Ergebnisse (z.B. Fox 2006, KFF 2001). Viele Studien (z.B. Andreassen et al. 2007, Dumitru et al. 2007) belegen die Wichtigkeit von Foren und Selbsthilfegruppen bezüglich Gesundheit im Internet. Auch in Österreich geben ein Drittel der *Gesundheitsinformationen-Suchende* bei *Internet-Usern* an, Online-Selbsthilfegruppen oder Foren zu nutzen. Informationen zur Ernährung werden von mehr als der Hälfte der Online-Gesundheitsinformationssuchenden genannt. Das Internet erfüllt eine wichtige Rolle als Nachschlagewerk, in dem Fachausdrücke gesucht werden und Informationen zu einer Krankheit oder Behandlung eingeholt werden. Interessant ist, dass sich die gesuchten Themen nicht nach subjektiver Gesundheit unterscheiden. Personen mit subjektiv schlechter Gesundheit informieren sich somit nicht häufiger über Krankheiten und Behandlungen als Personen mit einer guten Gesundheit. Die allgemein gute subjektive Gesundheit steht im Gegensatz zur Präsenz der Themen Krankheit und Behandlung. Versucht man die Nutzer von Online-Gesundheitsinformationen thematisch zu gruppieren, d.h. nach ihrer Themenauswahl Cluster zu bilden, so ergibt sich das Bild eines schwachen Nutzers und eine Gruppe von sehr Interessierten sowie eine mittlere Gruppe.

Cotten et al. (2004) argumentieren, dass die Generation der „Baby-Boomer“ häufig Gesundheitsinformationen online bezieht, da sie gleichzeitig für ihre Kinder sowie Eltern

verantwortlich ist. In ähnlicher Weise diskutieren zahlreiche Autoren die Rolle der Frau als „Gesundheitsagentin“ der Familie. Aus diesem Grund wurde der Einfluss von Kindern im Haushalt auf das Nutzungsverhalten untersucht. Im Modell zur Nutzung des Internets allgemein hat diese unabhängige Variable keinen signifikanten Einfluss. In den zwei Modellvarianten der logistischen Regression zur Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen zeigt sich jedoch die Tatsache, ob Kinder im Haushalt leben, als signifikanter Einflussfaktor: Personen ohne Kinder im Haushalt nutzen das Internet häufiger für Gesundheitsinformationen als Personen, die mit Kindern im Haushalt leben.

Die Studie zeigt auf, dass Personen mit niedrigerem Gehalt seltener das Internet nutzen. Das kann dazu führen, dass die soziale Ungleichheit in Bezug auf Gesundheit noch weiter erhöht wird. Eine Studie (Wangberg et al. 2007) zeigt, dass der sozio-ökonomische Status nicht nur mit der subjektiven Gesundheit und der Nutzung des Internets allgemein korreliert, sondern eben auch mit der Nutzung des Internets für Gesundheitsinformationen.

10 Bedeutung von Gesundheitsinformationen

Der Begriff der „Gesundheitsinformation“ oder „health information“ wird unterschiedlich verwendet (Vgl. Kapitel 5). Dies kann zu Problemen bei rein standardisierten Fragebögen führen, denn wie grenzt man „Gesundheitsinformationen“ ein (Butzlaff et al. 2007)? Beinhaltet Gesundheitsinformationen Lebensstilthemen wie Yoga oder eine Internetsuche nach einem Diätrezept zur Gewichtsreduktion? Im vorangegangenen Kapitel wurden einzelne Themen diskutiert, die im wissenschaftlichen Diskurs angeführt werden und mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens für Österreich erhoben wurden. Es wurde somit bereits eine Vorauswahl der Dimensionen von Gesundheitsinformationen getroffen (wie in quantitativen Erhebungen üblich und notwendig). Um dieser Einschränkung entgegen zu wirken, wurden qualitative, offene Interviews mit Personen geführt, die das Internet für Gesundheitsinformationen nutzen. Damit soll das Verständnis von Gesundheitsinformationen besser erfasst werden. Das Verständnis von Gesundheitsinformationen hängt naturgemäß ebenfalls mit dem Verständnis von Gesundheit selbst zusammen. Als Grundlage zur Einordnung der genannten Gesundheitsinformationsthemen dienen die drei Gesundheitsaspekte: Funktionstüchtigkeit, Wohlbefinden und Attraktivität wie von Pelikan (2009) formuliert.

Als angemessene Methode zur Erfassung der subjektiven Sichtweisen und dem Verständnis der Personen wird das qualitative Interview ausgewählt (Vgl. Faltermaier et al. 1998). Mit offenen Fragen soll das Feld betreten werden. Die qualitative Erhebung dient dazu, die zugrunde liegende Definition von Gesundheitsinformationen abzubilden. Sie ist im Zusammenspiel mit der quantitativen Erhebung im Sinne einer Methodentriangulation zu sehen (Vgl. Kapitel 9).

Qualitative Sozialforschung soll es ermöglichen, das Handeln der Personen zu verstehen (Hermanns 2000) und dient häufig als Anfangspunkt einer Studie. In gegenständlicher Arbeit sollen die möglichen Definitionsmöglichkeiten von Gesundheitsinformationen beleuchtet und diskutiert werden und sollen damit die Grundlage für weitere Forschung bilden.

10.1 Auswahl der Studienpopulation

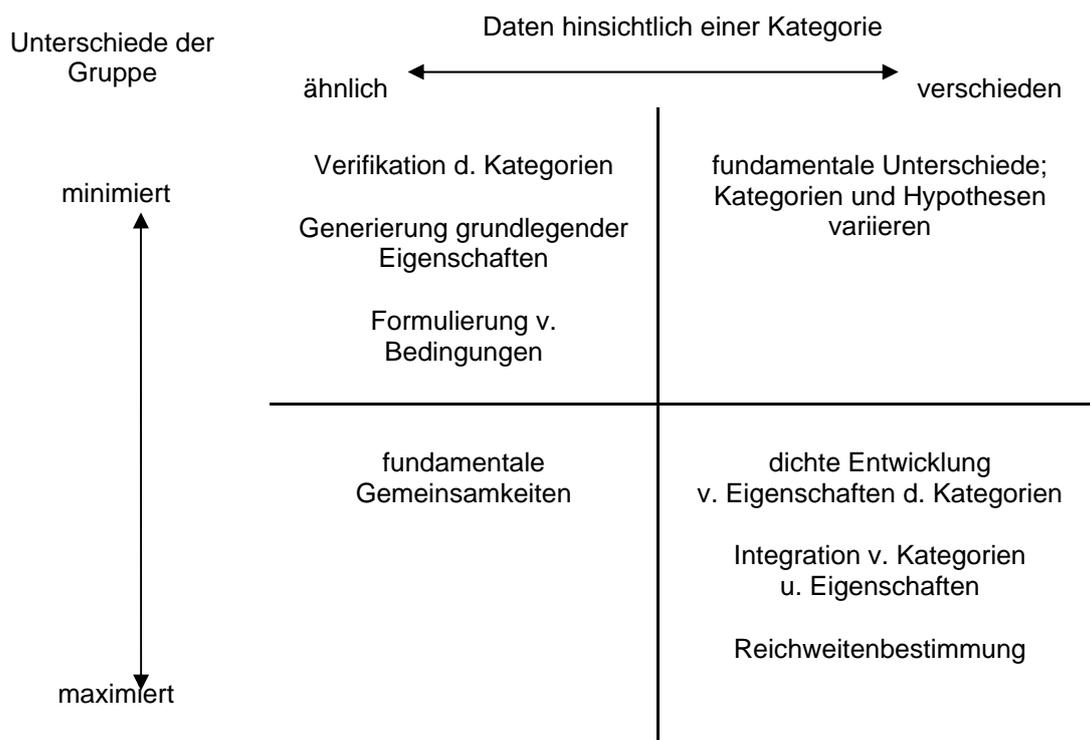
In einem ersten Schritt wurden Informationszettel an unterschiedlichen Stellen (z.B. Internetcafes, Schwarzes Brett der Universität Wien, Schwarzes Brett der Wirtschaftsuniversität Wien, sowie Postings auf Internetseiten) platziert. In diesen wurde nach Personen gesucht, die online nach Gesundheitsinformationen suchen und für ein längeres Gespräch zu dieser Thematik bereit sind.

Da das Telefoninterview mehr Anonymität gewährt und eine Reduktion der sozialen Erwünschtheit ermöglicht (Bampton et al. 2002), war dies das Mittel der Wahl. Insgesamt wurde die Abwicklung der Interviews via Telefon von den Befragten positiv betrachtet. Es ermöglicht, genau auf die Zeitbedürfnisse der Interviewten einzugehen und reduziert de-

ren Wegzeiten. Trotzdem wurde von einem Großteil der Interviewten ein persönliches Gespräch vorgezogen, vielleicht weil der persönliche Kontakt mehr „Seriosität“ vorgibt. Das sogenannte „E-Interview“ hätte den Vorteil, dass es ebenfalls weniger sozial erwünschte Antworten hervorruft und überdachte Antworten erzielt. Auf diese Form der schriftlichen Befragung via E-Mails wurde jedoch bewusst verzichtet, da eine spontane Reaktion auf den Stimulus erwünscht war. Bereits im Laufe des ersten Interviews zeigte sich, dass die Frage nach Gesundheitsinformationen allgemein als schwierig empfunden wurde und erst langsam eine freie Assoziation mit dem Wort „Gesundheitsinformation“ stattfand.

Das Sampling erfolgt anhand der Grounded Theory, die auch in anderen Studien zu diesem Thema Anwendung findet (z.B. Hardey 1999). Dabei werden Personen (oder andere Untersuchungseinheiten) gesucht, die noch zu weiteren Kategorien führen könnten. Erwartet man anhand der theoretisch angenommenen und in der Praxis entwickelten Kriterien keine neuen Erkenntnisse durch weitere Interviews, ist die theoretische Sättigung erreicht. Zu diesem Ziel wird zuerst die Gruppenauswahl anhand theoretischer Vorannahmen getroffen. Danach erfolgen weitere Einschlüsse aufgrund von Unterschieden oder Ähnlichkeiten. Dieser Methode liegt die Idee zugrunde, dass parallel erhoben und codiert wird und dadurch die Auswahl weiterer Interviewpartner erfolgt. Daher läuft der Prozesse der Personenauswahl, Datenerhebung und Codierung über einen längeren Zeitraum. Die theoretische Sättigung ist dann erreicht, wenn von einer weiteren Datenquelle keine neue Kategorie zu erwarten ist. Das theoretische Sampling gilt als theoriebildend und theorieentwickelnd und unterscheidet sich somit vom statistischen Sampling, das theorieüberprüfend wirkt (Kelle et al. 2000)

Abbildung 10.1: Vergleichsgruppen im theoretischen Sampling



Quelle: Glaser et al. 1998, S. 12

10.2 Durchführung der Interviews

In Folge der Aufrufe zur Teilnahme an der Studie meldeten sich insgesamt 41 Personen. Von diesen Personen wurden in einem ersten Schritt neun Personen in einem Vorabgespräch (Kurzinterview) am Telefon für ein weiteres Interview ausgewählt. Wichtig war hierbei, dass die Personen effektiv das Internet für Gesundheitsinformationen nutzen und bereit sind ohne Entgelt ein Interview zu führen. Die meisten Personen zogen ein persönliches Interview einem Telefoninterview vor. Aus diesem Grund wurden die meisten Interviews in einem Kaffeehaus durchgeführt. In drei Fällen wurde ein Telefoninterview durchgeführt, wobei sich keine relevanten Unterschiede im Interviewverlauf zu den Face-to-Face Interviews ergaben. Die meisten Interviews verliefen kurz und dauerten zehn bis 20 Minuten. In zwei Fällen dauerten die Interviews über eine halbe Stunde. Die Interviews wurden Juli bis September 2008 durchgeführt.

Vor jedem Interview wurde kurz der Forschungsgegenstand und die Forscherin vorgestellt, wobei die genaue Fragestellung der qualitativen Interviews bewusst offen blieb (Vgl. Hermanns 2000). In Tabelle 10.1. wird ein kurzer Überblick über die Interviewpartner gegeben. Zur vollständigen Anonymisierung wurde eine ID-Nummer für die Interviewten vergeben und die Berufsposition vage gehalten. Alle Personen waren Wiener. Diese Einschränkung ergab sich durch die Reichweite der Flyer, die verstärkt im Wiener Raum angebracht waren. Eine Person (F) ist vor einigen Jahren an Krebs erkrankt und greift in ihren Erzählungen immer wieder auf dieses Ereignis zurück. Auf die Krankheitsgeschichte der anderen Interviewten wurde nur eingegangen, falls das Thema im Interviewverlauf aufkommt. Auf eine genaue Krankenanamnese wurde in Hinblick auf die Intimität dieser Fragestellung verzichtet. Den Interviewten sollte nicht zu viel zugemutet werden, daher wurden nur Fragen gestellt, die für die Beantwortung der Fragestellung erforderlich erschienen.

Tabelle 10.1: Demographische Darstellung der Interviewpartner

ID-Nr.	Alter	Geschlecht	Abgeschlossene Ausbildung	Beruf	Familienstand
A	52	m	Pflichtschule	Pensionist/Manuelle Tätigkeit	Verheiratet, 2 Kinder
B	31	m	Pflichtschule	Manuelle Tätigkeit	Verheiratet, keine Kinder
C	40	m	Universität	Büroangestellter	In Partnerschaft, keine Kinder
D	35	m	Universität	Arbeitslos	Alleinstehend
E	37	w	Matura	Informatik	In Partnerschaft, keine Kinder
F	24	w	Matura	Studentin	Alleinstehend, Keine Kinder
G	29	w	Universität	Büroangestellte	In Partnerschaft, keine Kinder
H	55	w	Pflichtschule	Pensionistin/Angestellte	Verheiratet, 2 Kinder
I	62	m	Matura	Pensionist/Leitungsfunktion	Verheiratet, 2 Kinder

M = Männer, w = Frauen

Die Einstiegsfrage war ursprünglich „Wie nutzen Sie das Internet für Gesundheitsinformationen“. Diese Frage erwies sich als schwierige Einstiegsfrage. Daher wurde stattdessen „Als Sie das letzte Mal das Internet für Gesundheitsinformationen genutzt haben, was haben Sie da gemacht“ verwendet. Anhand dieser konnte dann auf weitere Suchepisoden gewechselt werden.

10.3 Auswertung

Die Interviews wurden transkribiert, wobei sowohl der genaue Wortlaut, als auch Pausen geachtet wurde. Ebenso wurden durcheinandergeratene Wörter erfasst und im Sinne der objektiven Hermeneutik ausgewertet wurden. Dabei wurde auf folgende Grundlagen Wert gelegt (Wernet 2000):

- Kontextfreiheit
- Wörtlichkeit
- Sequentialität
- Extensivität
- Sparsamkeit

Ziel ist es, die latenten Strukturen, also die zugrundeliegenden Denk- und Handlungsmuster, aufzuzeigen. Dazu stellen die oben angeführten fünf Prinzipien die nötigen Hilfsmittel dar. Jede Textstelle soll für sich selbstständig interpretiert werden und dies wörtlich. Der Text wird in seiner chronologischen Abfolge interpretiert. Die letzten beiden Prinzipien beschreiben, dass der Text in möglichst vielen Auslegungsvarianten analysiert

und diskutiert wird, doch ebenfalls Sparsamkeit als Prinzip angewendet wird. Als Grundlage für die Analyse gilt die Studie von Lewis (2006b), eine Befragung, um zu eruieren was unterschiedliche Personen unter „Gesundheitsinformationen“ verstehen und welche persönliche Vorstellung sie von Gesundheit haben und welche Rolle dies in ihrem Leben spielt.

In einem ersten Auswertungsschritt werden die **vordergründigen Informationen** analysiert und aufgezählt. Wichtig sind hier die assoziierten Gesundheitsinformationsthemen und die Breite der Assoziationen. In diesem Zusammenhang werden auch nachgefragte Themen erläutert, sowie auf die Abwesenheit bestimmter Themenbereiche eingegangen. Zu diesem Zweck wurden zuerst alle genannten und assoziierten Gesundheitsinformationsthemen von zwei unabhängigen Personen identifiziert und in einer Tabelle gesammelt (siehe Anhang A). Anhand dieser wurden induktiv Kategorien gebildet. Ziel dieser Kategorien ist es, die gesuchten Gesundheitsinformationen systematisch zu erfassen und in einem letzten Schritt in der Diskussion diese Kategorien kritisch der bisherigen Forschung gegenüberzustellen. Auf der einen Seite wird ausgelotet, welche neuen Möglichkeiten der Kategorienbildung es gäbe (induktiv), auf der anderen Seite erfolgt die Zuordnung mit Augenmerk auf bisherige Studien.

In einem zweiten Analyseschritt wird versucht abzuklären, welche **Intention** der Suche nach Gesundheitsinformationen zugrunde liegt. Dazu wird direkt auf Aussagen der Interviewten zurückgegriffen und ihr Suchverhalten beschrieben. Das immer wiederkehrende Verhältnis der Informationen zum Arzt wird ebenso thematisiert.

In einem dritten Schritt wird versucht die **latente Bedeutung der Aussage** zu analysieren. Dazu wird von der wörtlichen Interpretation der Textstellen abgewichen und auch der Kontext und die gesamte Interviewsituation analysiert. Ziel dieser Analyse ist es erste Hinweise für das Gesundheitsverständnis und Informationsverständnis bzw. Informationsbedürfnis der Interviewten zu identifizieren. In dieser Analyse wird das eingangs erwähnte Konzept der Gesundheitsgesellschaft als Referenzrahmen verwendet.

10.4 Ergebnisse

In den meisten Interviews zeigte sich eine Art Anfangsphase, in der die Interviewten nicht sicher waren, wie sie den Begriff „Gesundheit“ und „Gesundheitsinformationen“ verwenden sollten. Daher wurde häufig erneut, darauf hingewiesen „was immer Sie damit assoziieren“ und dass es keine „falschen“ Antworten gäbe. Im typischen Interviewverlauf begannen die Interviewten zuerst sehr krankheitsspezifische Ereignisse anzuführen und erst im längeren Verlauf des Interviews wurden immer weitere Anwendungsbeispiele angeführt. In einem Fall wurde das Interview ein zweites Mal gestartet, weil die Person unmittelbar nach Beendigung des Interviews neue Anwendungsbeispiele aufzählte. Wichtig war es den Interviewten viel Zeit und Raum für die eigenen Assoziationsketten zu lassen. Daher wurde bewusst darauf verzichtet, Fragen anzuschließen, die krankheitsspezifische oder medizinische Belange betrafen (außer es ergab sich im Gesprächsverlauf).

10.4.1 Assoziierte Gesundheitsthemen

In ihrer letzten Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet beschäftigten sich die Interviewten in allen Fällen mit **akuten Erkrankungen** oder **Symptomen** am eigenen Körper bzw. bei Bekannten oder Verwandten. Die Erzählung der letzten Informationssuche geht häufig mit der Beschreibung einer Krankheitsepisode einher. Interviewte D: *„Das letzte Mal waren meine Kopfschmerzen und Schwindelzustände. Es ist bei mir eher komplementär zum Arzt. Wenn ich etwas nicht genau verstehe oder nähere Informationen haben möchte, ich bin dann zum EEG, EKG, Computertomographie geschickt worden – und darüber habe ich mich dann informiert.“*

Das Spektrum reichte von schweren und längeren Krankheiten bis zu Fieberblasen. In fast allen Fällen wurden Befunde oder Aussagen von Ärztinnen und Ärzten kontrolliert und das Internet als „komplementär“ zum Behandlungssystem eingestuft. Nur in einem Fall standen eine Reisevorbereitung und damit einhergehende Impfungen an erster Stelle. In mehreren Fällen fand ein ausführlicher Vergleich unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten statt, z.B. wurden in einem Fall unterschiedliche Methoden zur Hüftimplantation verglichen.

In den meisten Fällen kam das Thema **Sport und Bewegung** erst nach direkter Nachfrage auf. Danach wurden aber doch meist einige Themenaspekte oder Anwendungsbeispiele dazu genannt. Eine Ausnahme ist hier Interviewter B, für den Sport bereits als zweites Themengebiet wichtig war: *„Ich sehe z.B. nach, wohin man Klettern gehen kann oder informiere mich über Krankheiten, gesundes Essen, z.B. Kochrezepte oder wenn sich körperlich irgendetwas verändert.“*

Ein weiteres Beispiel für die breitgefächerten Themenassoziationen zu Sport und Bewegung bietet Interviewter D, der nur nach Nachfragen Informationen zu Bewegung und Sport angab:

„Zum Teil aber nicht sehr regelmäßig. Wo ich welche Sportart betreiben könnte – wenn ich Tennis spielen möchte, dann schau ich nach, wo ein Tennisplatz ist. Oder beim Laufen, welche Geschäfte, Firmen oder Ansprechpartner es zur kompetenten Beratung gibt, z.B. beim Laufschuhkauf, da schaue ich wo man gut Schuhe kaufen kann, wo der Fuß und das Laufverhalten gut ausgetestet wird. Zum anderen auch Sachen, worauf man achten soll beim Schuhkauf. Beim Fuß gibt es das Stellungsverhalten, wie hinten die Achillessehne steht – da gibt es orthopädische Fehlstellungen, z.B. O-Beine, X-Beine, ist das Laufverhalten eher nach innen oder außen geneigt, dementsprechend gibt es von guten Produzenten verschiedene Schuhe für verschiedene Laufarten.“

Diese Textstelle ist ein gutes Beispiel dafür, dass Gesundheitsinformationen mit Serviceleistungen verknüpft sind und auch konsumtechnisch relevant sind. Dies ist das einzige Interview, indem eine so starke Verbindung zwischen Gesundheit und Konsum vorkommt, indem eine Kaufentscheidung unter gesundheitlichen Aspekten stattfindet.

Von einer anderen Person kam das Thema von Nahrungsergänzungsmittel als Begleitung eines Sportprogramms zum Muskelaufbau. Interviewter C.: *„Über Eiweißpräparate. Ich habe auf die Homepage von einem Sportnahrungsartikelhersteller nachgesehen,*

welche verschiedenen Produkte es gibt und danach bin ich ins Geschäft gegangen und habe es mir gekauft. Die Homepage kannte ich von einem Katalog.“

Dem Thema **Ernährung, Nahrungsergänzungsmittel** und **Diät** wird sehr viel Aufmerksamkeit gewidmet. Das Thema Ernährung tritt in unterschiedlichen Facetten auf, doch stets mit dem Grundbedürfnis, „etwas Gutes“ für den Körper zu tun. In einigen Fällen werden Nahrungsmittel zur Leistungssteigerung bei sportlichen Tätigkeiten genutzt oder zur Vorbeugung von Krankheiten. In einem Fall der Glutenunverträglichkeit wird eine Ernährungsumstellung mit Hilfe von Informationen aus dem Internet durchgeführt.

Das Thema **Alkohol** wird nur von zwei Personen angesprochen. **Tabak** oder Zigarettenkonsum wird kein einziges Mal thematisiert, obwohl sich mindestens drei Raucher unter den Interviewten befunden haben.

Im Sinne der Theorie der reflexiven Moderne und der zunehmenden Bedeutung von **Umwelt** und Gesundheit erscheint es überraschend, dass das Thema Umwelt und Gesundheit nicht vorkommt. Ebenso wenig scheinen aktuelle Gesundheitsthemen wie der „Milchskandal“ bezüglich verseuchtem chinesischem Milchpulver auf.

Das Thema „**Alternativmedizin**“ fällt nie unter diesem Begriff. In vielen Fällen kommt jedoch das Bedürfnis nach einer ganzheitlichen Medizin zu Tage. Wichtige angesprochene Themen sind Homöopathie, Nahrung als Form der Medikation und Naturheilkunde (Omega-3-Fettsäuren, Soja, Birnensaft bei Halsweh). Weitere Themenblöcke wie Yoga, Entspannungstechniken oder traditionelle chinesische Medizin bleiben weitgehend unberührt. Nur eine Interviewte nennt Yoga, bringt es jedoch gleich in den Kontext der Schulmedizin. Interviewte E: *„Beim Yoga habe ich nachgelesen wie diese Atemübungen wirken mit diesen Medianen und wie weit das gesund ist. Und die Schulmedizin wie die dann mit dem Yoga umgehen, ob die sagen ob das gut oder schlecht ist.“*

Diskussionsforen und **Selbsthilfegruppen** werden nur von einer Interviewten angesprochen, die sich jedoch auch gleichzeitig davon distanziert. Interviewte H: *„Und was mich auch beeindruckt hat, ist wenn man dann in Foren reingeht und Erfahrungsberichte von Betroffenen durchlesen kann. Das ist fast eine Art Selbsthilfegruppe und das finde ich wirklich sehr gut. Ich habe aber nichts reingeschrieben, sondern nur durchgelesen und das was mir am plausibelsten erschienen ist mir dann heraus gesammelt und das hat meine Erfahrungen unterstützt.“*

Psychologische Beratung und Stressfaktoren werden nur von einer Person genannt. Dies kann unterschiedliche Gründe haben. Entweder das Thema wird nicht als Gesundheitsinformation angesehen oder ist zu stark tabuisiert.

Keine der Befragten nennt Informationen bezüglich des **Gesundheitssystems** oder von Gesundheitsanbietern wie Öffnungszeiten oder Möglichkeiten zur Online-Kontaktaufnahme.

10.4.2 Suchverhalten und dahinterliegende Intentionen

Die meisten Personen gaben als Erstes im Interview ihr Suchverhalten im Internet an. Interviewte C: *„Hauptsächlich über die Suchmaschine Google, bzw. wenn ich in Printmedien Artikel lese und da Internetadressen stehen, dann auch über das. Worüber... unterschiedliche Themen, die mich betreffen.“* Nur in zwei Fällen wird direkt auf Seiten zurückgegriffen, die vorher in Zeitschriften empfohlen wurden. Aber auch dies ging mit einer Google Recherche einher.

In drei Interviews kam das Thema Informationssuche für andere zu Tage. In zwei Gesprächen war dies die erste genannte Episode einer Online-Gesundheitsinformationssuche. In einem Fall suchte ein Mann homöopathische Mittel für seine Frau. In einem zweiten Fall suchte eine Mutter Informationen für ihre Tochter und beschränkt sich in ihren gesuchten Themen ausschließlich auf Informationen für andere (Tochter, Ehemann...). In einem dritten Fall wurde bezüglich der schweren Erkrankung eines Freundes Informationen eingeholt. Interviewte G: *„Naja, wenn das Thema dann angesprochen wird, ist es so, dass ich dann mitrede – aber es ist nicht so, dass ich das besserwisserisch wiedergebe.“* Die Person möchte sich über die Krankheit eines Freundes informieren, nicht um mit ihm diese Information zu teilen, sondern um sich sicherer im Gespräch mit ihm zu fühlen. In den anderen beiden Fällen hingegen wurde der Informationsbeschaffungsvorgang für jemand anderen übernommen und die gefundenen Informationen danach weitergegeben. Im Gespräch mit der Mutter klingt immer wieder mit, dass sie sich verantwortlich für die Gesundheit der eigenen Tochter fühlt und dieser die besten Informationen „vorlegen“ oder präsentieren möchte.

Die Skepsis gegenüber „offiziellen“ Informationen der Expertinnen und Experten oder Vertretern des Gesundheitssystems ist ein immer wiederkehrendes Thema. In einigen Fällen kommt bei den Interviewten das Gefühl zu Tage von Ärztinnen und Ärzten nicht verstanden zu werden und sie sich daher über Gesundheit im Internet informieren. Interviewter I: *„Ich bin danach zur Ärztin gegangen und die hat nur dumm geschaut!“* Ein Interviewter drückt explizit seine Skepsis bezüglich der Informationen über Impfungen seitens der Hersteller aus, aus diesem Grund informiert er sich auch darüber im Internet und bespricht dies mit seinem Arzt. Interviewter A: *„Ich bin jetzt auch keiner, der sofort die Impfungen auffrischt nach fünf Jahren, wo es von den Firmen aus notwendig wäre – ich hab einen guten Arzt, der mit diesen Dingen wirklich sehr vertraut ist und beruflich zu tun hat und der hat gemeint, man kann alles ruhig um das Doppelte erweitern. Wenn man z.B. fünf Jahre nachher die Hepatitis-Impfung auffrischen sollte geht das auch ruhig nach zehn Jahren und auch die Zeckenimpfungen kann man länger als drei Jahre lassen! Das ist meiner Meinung nach eher Geschäftssache.“*

10.4.3 Latentes Gesundheitsverständnis und Informationsbedürfnis

Im Folgenden soll nun versucht werden das latente Gesundheitsverständnis und Informationsbedürfnis der Befragten herauszuarbeiten. Hierbei handelt es sich um einen Versuch die zahlreichen genannten Assoziationen den drei Gesundheitsaspekten von Pelikan (2009) zuzuordnen und eine Einschätzung der „Informationen“ zu erhalten. Damit soll eine Grundlage geschaffen werden anhand derer in Zukunft die unterschiedlichen Aspekte von Gesundheitsinformationen besser erfasst werden können.

Die individuelle Verantwortungsübernahme im Sinne der reflexiven Moderne zeigt sich in allen Interviews, in denen der Körper und die eigene Gesundheit als beeinflussbar wahrgenommen werden. Interviewte C.: *„Ich versuche mich gesund zu ernähren oder das was ich unter „gesund“ verstehe. Fett und Angebranntes ist nicht gut, vor dem Sport und nach dem Sport essen, nicht zu spät essen, wenig Alkohol, kein Nikotin...“*

Der Aspekt der **Funktionstüchtigkeit** bzw. der eigenen Leistungsfähigkeit wird in den Anfangsphasen der Interviews thematisiert, in denen auf akute Erkrankungen und Symptome (als fehlende Funktionstüchtigkeit) eingegangen wird. Die Themen Krankheit und Behandlung wurden bei der quantitativen Erhebung als die häufigsten nachgefragten Gesundheitshemen identifiziert (Kapitel 9).

Lewis (2006b) identifiziert in ihrer Studie ein „biomedizinisches“ Gesundheitsverständnis, indem die Funktionstüchtigkeit des Körpers und die Erhaltung dieser im Vordergrund steht. In vorliegender Analyse konzentriert sich lediglich eine Befragte (G) ausschließlich auf Krankheiten und Impfungen¹⁴. Eine mögliche Erklärung des weitgehenden Fehlens des Typus eines rein biomedizinischen Gesundheitsbegriffs könnte in der Auswahl der Studienpopulation liegen. Da es sich hier nur um Personen handelt, die das Internet für Gesundheitsinformationen nutzen, sind dies bereits Personen die sich durch ein höheres Interesse an Informationen zum Thema Gesundheit auszeichnen.

Der Gesundheitsaspekt **„gefühltes (allgemeines) Wohlbefinden“** kommt in den qualitativen Interviews besonders stark zu Tage (im Gegensatz zur quantitativen Erhebung). Mit Hilfe von Ernährung und Sport wird eine Verbesserung der eigenen Gesundheit angestrebt. Das Bedürfnis nach einem gesünderen Lebensstil wird immer wieder angesprochen. Dazu zählen neben Sport und Ernährung auch Wellness assoziierte Aktivitäten z.B. Yoga. Interviewter C antwortete auf die Frage, warum er sich im Internet über Gesundheit informiert: *„Naja, damit ich gesund bleibe und länger jung!“*. Sport steht ebenfalls für Funktionalität und auch Attraktivität. Denn durch Sport können auch bestimmte Schönheitsideale angestrebt werden. Das Thema wird hier unter Wohlbefinden eingeordnet, da die Interviewten stets auf diesen Zusammenhang hinweisen. In der Studie von Lewis wird jedoch Sport immer wieder im Zusammenhang mit der Formbarkeit und Verschönerung des eigenen Körpers genannt.

¹⁴ Wobei der Impfung ein präventiver Charakter zugrunde liegt und es nicht nur um die Wiederherstellung eines Funktionsverlusts durch Erkrankung geht.

Lewis identifiziert in ihrer Studie ebenfalls den Aspekt **Attraktivität**, in denen immer wieder ästhetische Aspekte (z.B. Tätowierungen, durchtrainierte Körper) thematisiert werden. Bei den Interviewten in der eigenen Studie wird die „Außenansicht“, also wie man von seiner Umgebung wahrgenommen wird, nicht thematisiert. Insgesamt zeigt sich die Zuordnung zum Aspekt „Attraktivität“ als problematisch. Attraktivität wird möglicherweise von den Befragten nicht unter Gesundheit subsumiert. Zusätzlich ist die „Außenperspektive“ schwer zu erfassen. In den Interviews kommt eher der Aspekt des subjektiven Wohlbefindens mit dem eigenen Körper zu Tage.

Alle Interviewten berichten von einem „**fundamentalem Informationsbedürfnis**“. Interviewter A sagt auf die Frage, wozu er Informationen zu Gesundheit aus dem Internet bezieht: *„Na zum besseren Verständnis“*. Sich zu informieren und Kontrolle über bestimmte Krankheiten zu erhalten, ist ein immer wiederkehrendes Thema. Interviewte H: *(...) oft steht man ja gewissen Dingen ohnmächtig gegenüber und erst wenn ich mich mit der Materie beschäftige, kann ich schauen, welche Maßnahmen man setzen kann.“* Einige Interviewte sprechen jedoch direkt aus, dass sie eine Art Verpflichtung zur Informationssuche verspüren. Interviewter I: *„Man muss immer Fragen stellen als kritischer Patient“*.

Ebenfalls gleich ist vielen ein gewisses Unbehagen gegenüber dem medizinischen System. Interviewte H: *„Genauso kann man ja auch Soja einnehmen, weil das gegen Wechselbeschwerden und als Krebsvorsorge gilt. Da hab ich mich von Hormonen distanziert und zu Soja gegriffen“*. Oder Interviewte C: *„(...) Und man kann sich im Internet umfassend informieren und braucht nicht gleich einen Arzt. Ich vertraue auf die Dinge, die ich aus verschiedenen Quellen im Internet lese und muss nicht gleich damit zum Arzt gehen, und viele Quellen sind mir mehr wert als eine einzige Meinung von einem angeblichen Fachmann.“*

Ein gutes Beispiel für eine Personen mit einem Informationsbedürfnis zur Vorbeugung künftiger Erkrankungen bietet Interviewte F., die sich regelmäßig über ihre vorangegangene Krebserkrankung informiert: *„Ich möchte die Neugierde stillen und einfach nachsehen, was die Ursache ist und wie man es zukünftig vermeiden könnte. Da aber die Ursachen nicht eindeutig definiert sind sondern noch in der Forschung sind, habe ich mich einfach nur so erkundigt, um einige Sachen wieder in Erinnerung zu rufen.“*

In einem einzigen Fall wird nur nach Krankheiten im Fall von Auslandsreisen oder Krankheiten von Freunden oder Bekannten gesucht und keine Informationen bezüglich Ernährung, Sport oder Maßnahmen zur Gesunderhaltung eingeholt. Interviewte (G) auf die Frage, ob sie sich über weitere Themenfelder bezüglich Gesundheit im Internet informiert: *„Nein, nicht über Risiken, die ich hab, oder die ich bekommen könnte. Das mache ich nicht.“* Auch wenn immer wieder ein starkes Informationsbedürfnis und ein Interesse an der eigenen Gesundheit genannt wird, möchten die meisten Interviewten sich von „Hypochondern“ abgrenzen. Interviewte E.: *„Vielleicht wenn ein neues Thema aufkommt, wenn ich was in der Zeitung lesen und das schaue ich dann nach, weil's mich halt interessiert. Aber selten, höchstens zweimal im Jahr oder so. Dieses ich habe Schnupfen und schaue nach, was der Schnupfen alles bedeuten kann, das habe ich nicht. Oder so Medikamente suchen, oder sowas. Ich schau eben ab und zu nach wegen Bluttest eben oder dieser Impfung. Aber sonst mache ich das eher nicht. Nicht wirklich.“*

10.5 Zusammenfassung

Lewis (2006b) zieht in ihrer Studie den Schluss (Vgl. Kapitel 5), dass die meisten Interviewten ihren Körper und ihre Gesundheit als etwas wahrnehmen, das man regulieren und managen kann. In der untersuchten karitativen Einrichtung herrscht jedoch stärker ein „biomedizinisches“ Gesundheitsverständnis vor und die Befragten empfinden Gesundheitsrisiken mehr als unbeeinflussbare, „externe“ Risiken. Studierende haben ein eher breites Verständnis von Gesundheit mit stärkerem Fokus auf Prävention. Auch andere Studien geben Hinweise, dass bei sozial Benachteiligten tendenziell eine negative und stärker auf Funktion ausgerichtete Definition von Gesundheit überwiegt (Faltermaier et al. 1998).

Die Studie von Kivits (2006) kommt zu dem Ergebnis, dass die Informationssuche und Informationsbeschaffung (auch zum Thema Gesundheit) als ein alltäglicher Prozess gesehen wird, um Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Der Begriff von Gesundheitsinformationen deckt insgesamt ein sehr breites Spektrum an Themen ab, die sehr wohl zahlreiche Elemente von Lebensstilentscheidungen (z.B. Klettern) beinhalten. In diesem Sinne ist diese Beobachtung einhergehend mit der Studie von Lewis (2006b).

Insgesamt kann in der hier dargestellten Analyse weder das Bild eines rein biomedizinischen Gesundheitsverständnisses noch der Prototyp eines neuen Gesundheitstypus, für den jede Entscheidung eine Gesundheitsentscheidung (Kickbusch 2006a, 2006b) ist, reproduziert werden. Vielmehr zeigt sich die Mischung aus einem Informationsbedürfnis bezüglich aktueller Erkrankungen und Symptomen und einem allgemeinen Bedürfnis „dem Körper und der Gesundheit etwas Gutes zu tun“. Dies betrifft in den meisten Fällen gesunde Ernährung und in einzelnen Fällen Sport. Deshalb wird ergänzend die Unterscheidung von Pelikan (2009) zur weiteren Zuordnung herangezogen. Sie erlaubt neben der Leistungsfähigkeit das subjektive Wohlbefinden als Teil des Gesundheitsverständnisses zu identifizieren. Wichtig ist daher, in weiterer Forschung alle möglichen Aspekte der Gesundheit (Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden und Attraktivität) zu erfassen. Insbesondere das Thema Attraktivität und unter welchen Bedingungen hierzu eine Assoziation stattfindet bedarf noch weiterer Forschung.

Von allen Interviewten wird immer wieder betont, dass sie „verantwortungsvoll“ mit den Informationen umgehen und sie sich größtenteils mit einer Ärztin oder einem Arzt rücksprechen. Keiner der Interviewten vertraut alleine auf die Informationen aus dem Internet. Wie bereits in vorangegangenen Studien beobachtet, ist die Internetsuche komplementär zum Arztbesuch zu sehen. Das Internet ersetzt lediglich andere Informationsquellen außerhalb des Gesundheitssystems: *„Wir haben zwar einige Gesundheitsbücher zu Hause, aber die sind halt nicht am letzten Stand und beim Internet hab ich halt schon das Gefühl, dass man den aktuellsten Stand erfährt. Außerdem kann man da verschiedenste Meinungen einholen, während ich beim Buch nur auf einen Verfasser angewiesen bin.“* Das Internet ist eine einfache Möglichkeit, um dem Bedürfnis nach Informationen nachzukommen, vor allem der einfache und schnelle Zugriff auf das Internet wird betont.

Alle Interviewten betonen ihre Kritikfähigkeit im Internet und wie wichtig es ist, Informationen kritisch zu betrachten und zu bewerten. Als wichtigstes Instrument wird hier die Nutzung zahlreicher Seiten und der Vergleich derer gesehen. Interviewte E: *„Die breite Masse wird schon mehr oder weniger das Richtige sagen.“*

Auffällig zeigt sich bei vielen Interviewten, dass sie den Informationen von ihren Ärztinnen oder Ärzten und anderen Gesundheitsprofessionisten durchwegs kritisch gegenüberstehen. Auch wenn der/dem eigenen Ärztin oder Arzt sehr wohl eine wichtige Vertrauensrolle zukommt, wird er oder sie hinterfragt und die Suche nach weiteren Informationen ist wichtig. Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass die Interviewten sich von ihren Ärztinnen und Ärzten nicht ganzheitlich wahrgenommen fühlen. Darüberhinaus finden die meisten Interviewten, dass für sie wichtige Themen wie z.B. Ernährung von Ärztinnen oder Ärzten teilweise nicht behandelt bzw. als unwichtig abgetan werden.

Nützliche Ansätze zur weiteren Erforschung von Gesundheitsinformationsdefinitionen und dem latenten Gesundheitsverständnis bieten auch die Arbeiten von Faltermaier (Faltermaier 2008; Faltermaier et al. 1998). Sie beschäftigen sich damit, wie Laien Krankheit und Gesundheit wahrnehmen und dies in ihren Handlungen berücksichtigen. Die subjektiven Konzepte und Theorien von Gesundheit sind von der Wahrnehmung gesundheitlicher Risiken und Ressourcen, der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugung sowie der Kausalattribution von Krankheit abhängig (Faltermaier et al. 1998). Laien weisen nach Faltermaier (2008) ein positives, multidimensionales und dynamisches Konzept von Gesundheit auf. Ihr Gesundheitsverhalten ist in den persönlichen Lebensstil und sozialen Kontext integriert. In der bisherigen Forschung wurden diese Erkenntnisse über Laiendefinitionen und Laienwahrnehmungen noch nicht im Zusammenhang mit Internetnutzung diskutiert, stellen jedoch spannende Fragestellungen für die Zukunft dar.

11 Schlussfolgerungen und Ausblick

In diesem abschließenden Kapitel werden die eingangs formulierten Forschungsfragen beantwortet und ein Ausblick zu weiterem Forschungsbedarf gegeben. Es wird hierzu auf die Theorie, die Literatur und die empirischen Analysen eingegangen.

11.1 Was bieten die Theorien der späten Moderne für Erklärungsansätze zur Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen?

Die Theorien der späten oder reflexiven Moderne mit ihrer Beschreibung der Individualisierung dienen in der vorliegenden Arbeit als Grundlage, um das Suchverhalten in Österreich von Laien zu Gesundheitsinformationen im Internet zu erklären. Sie erläutern, wie Expertenwissen immer stärker angezweifelt und den Individuen Verantwortung für die eigene Gesundheit übergeben wird. Ausführlich analysiert dies Kickbusch, die die Gesundheit als *die* treibende Kraft der Gesellschaft sieht. In ihren vier Maximen der Gesundheit sieht sie die Gesundheit als omnipräsent an, so auch im Internet. Tatsächlich ist das Angebot an Gesundheitsthemen und Gesundheitsseiten im Netz sehr groß, es wird jedoch von einem Großteil der österreichischen Bevölkerung nicht genutzt. In der reflexiven Moderne kommt jeglichen Informationen eine wichtige Bedeutung zu, sie beschleunigen das Anzweifeln von Expertensystemen und Vergrößern dadurch die Entscheidungslast, die an den Einzelnen abgegeben wird. Diese Entscheidungen beziehen sich jedoch häufig auf Sachverhalte, für die keine eindeutigen Antworten, sondern widersprüchliche Informationen und Empfehlungen vorliegen (z.B. zum Thema „gesunde“ Menge an Alkohol). Insgesamt bietet die reflexive Moderne ein gutes Erklärungsmodell, um die Nutzung von Gesundheitsinformationsquellen allgemein und Online-Gesundheitsinformationen im Besonderen zu erfassen. Die Weiterführung von Kickbusch thematisiert wichtige zusätzliche Aspekte wie soziale Benachteiligung und Ressourcen von Individuen sowie die Änderung von Gesundheitsdefinitionen. Diese Aspekte sind jedoch zum Teil noch nicht genügend ausformuliert, um sie empirischen Überprüfungen zu unterziehen. Für tiefgehende Analysen sind zusätzlich zur Theorie der reflexiven Moderne die Aspekte der Gesundheitskompetenz und der Risikowahrnehmung näher zu beleuchten und zu diskutieren. Sie können zum Beispiel zur Erklärung herangezogen werden, warum Personen mit subjektiv besserer Gesundheit mehr Informationen zu Gesundheit im Internet suchen. Dem Aspekt der Gesundheitskompetenz bzw. „health literacy“ wird auch von Seiten der WHO eine hohe Priorität eingeräumt (WHO 2000). Die health literacy kann als eine Schlüsseldeterminante für das Gesundheitsverhalten bezeichnet werden und sollte daher auch im Zusammenhang mit der Online-Informationssuche (und Informationsverarbeitung) diskutiert werden. Die Förderung von Gesundheitskompetenz wird als zentrale Komponente zur Bekämpfung sozialer Unterschiede bezüglich Gesundheit und zur Förderung gesunden Alters gesehen (Kickbusch et al. 2005).

Eine Analyse der bisherigen empirischen Forschungsarbeiten zeigt kein eindeutiges Bild von Gesundheitsinformationen-Suchenden. Die gewählten Ansätze und Zielgruppen weichen zum Teil stark voneinander ab und lediglich einzelne Artikel bauen aufeinander auf. Einige

Studien geben Hinweise darauf, dass das Internet stark für Gesundheitsfragen genutzt wird. Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse, größtenteils aus den Vereinigten Staaten von Amerika, ist jedoch aufgrund unterschiedlicher Verbreitung des Internets und einem nicht mit Österreich vergleichbaren Gesundheitssystem in Frage zu stellen. Die Eurobarometererhebung liefert jedoch bereits erste Erkenntnisse dazu, in welchem Ausmaß das Internet für Gesundheit in Österreich genutzt wird und welche Bevölkerungsgruppen dieses Informationsangebot vorrangig nutzen.

11.2 Wie wird in Österreich das Internet für Gesundheitsinformationen genutzt?

Kernstück der vorliegenden Arbeit ist eine repräsentative Erhebung für Österreich zur Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen. 70 Prozent der Befragten geben an, *Internet-User* zu sein, davon informiert sich die Hälfte online über Gesundheit. Daraus ergibt sich, dass circa ein Drittel der österreichischen Bevölkerung das Internet für Gesundheitsinformationen nutzt.

Anhand der Erhebung wird versucht Faktoren zu identifizieren die die Nutzung von Gesundheitsinformationen im Internet beeinflussen. Die bisherigen Forschungsergebnisse zu *Digital Divide* konnten in Bezug auf die generelle Internetnutzung reproduziert werden. Betrachtet man jedoch die Gesundheitsinformationen-Suche im Internet abhängig von denselben unabhängigen Variablen (Geschlecht, Alter, Bildung, Einkommen, Familienstand, Kinder im Haushalt, subjektive Gesundheit) so zeigen sich kaum signifikante Einflüsse. Die größte Erklärung liefert somit das Modell zur Internetnutzung allgemein. Das bedeutet zum Beispiel, dass jüngere Personen häufiger online sind und daher auch häufiger Gesundheitsinformationen aus dem Internet beziehen. Das Thema des *Digital Divide* und die Besorgnis, dass eine Trennung in Personen, die aufgrund des Zugangs zu Online-Informationen privilegiert sind und benachteiligten Gruppen, ist somit ebenfalls im Zusammenhang mit der Gesundheit zu betrachten. Dem Bereich der Gesundheitsinformationen kommt dabei besondere Bedeutung zu, da besser informierte Patienten auch eine höhere Therapietreue aufweisen (Pfeiffer 2000).

Abweichend von den Ergebnissen bisheriger Studien zeigt sich, dass Frauen nicht die Funktion einer „Gesundheitsbeauftragten“ durch Beschaffung von Online-Informationen in ihren Familien wahrnehmen. Ein Zusammenhang zur Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen zeigt sich weder in Bezug auf das Geschlecht noch auf die Familiensituation. Kinder, die im Haushalt leben, verringern sogar die Wahrscheinlichkeit Online-Gesundheitsinformationen zu beziehen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang jedoch zu erwähnen, dass die meisten Studien zum Thema Online-Gesundheitsinformationen aus den Vereinigten Staaten von Amerika stammen und daher nur sehr begrenzt auf Österreich anwendbar sind. Die einzig vergleichbare Studie für Österreich, die Eurobarometerstudie, kommt zu demselben Ergebnis wie vorliegende Arbeit: Frauen und Männer informieren sich gleich häufig online über Gesundheit.

Das Internet ist als Gesundheitsinformationsquelle nur komplementär zu Informationen aus dem Gesundheitssystem (vorrangig Ärztinnen und Ärzte) zu sehen. Nach wie vor genießen Ärztinnen und Ärzte wesentlich mehr Vertrauen als das Internet, auch wenn in den Tiefen-

interviews von den Befragten immer wieder darauf hingewiesen wird, dass sie sich gegenüber dem Wissen der Ärztinnen und Ärzte absichern wollen.

Vergleicht man die aktuelle Untersuchung mit der Eurobarometererhebung, so zeigt sich kein Anstieg der Nutzung des Internets als Gesundheitsinformationsquelle in den letzten fünf Jahren. Jüngere Österreicherinnen und Österreicher bewerten jedoch die Wichtigkeit des Internets als Informationsquelle höher und in dieser Altersgruppe (15 bis unter 35 Jährigen) geben bereits viele an, das Internet täglich für Gesundheitsinformationen zu nutzen. Insofern kann eine Erhöhung der Nutzung des Internets als Gesundheitsinformationsquelle in den nächsten Jahren erwartet werden.

Bisher gibt es keine europäischen Studien, die den allgemeinen Internetnutzer ausreichend charakterisieren und analysieren sowie die Rahmenbedingungen der Nutzung diskutieren. In der vorliegenden Arbeit wurden für Österreich Analysen bezüglich der Lebensumstände wie Familienstand oder die eigene Gesundheit erfasst und als Einflussvariablen untersucht. Weitere wichtige Einflussfaktoren wie chronische Krankheiten oder knapp zurückliegende Erkrankungen sollten in weiteren Studien mitberücksichtigt werden. Diskussionswürdig erscheint die Tatsache, dass die subjektive Gesundheit durchwegs sehr gut eingeschätzt wird, jedoch Krankheit als am häufigsten gesuchtes Thema genannt wird und allgemeine behandlungszentrierte Themen vorrangig präsent sind. Es zeichnet sich doch bereits eine Gruppe der regelmäßigen Nutzerinnen und Nutzer von Online-Gesundheitsinformationen ab, die sich auch stärker über andere Themen wie z.B. Ernährung im Internet informiert.

11.3 Welcher Gesundheitsinformationsbegriff liegt der Internetsuche zugrunde?

In einem ersten Schritt, dem noch weitere Forschungen, in diese Richtung zu folgen haben, wurden in der Erhebung einzelne gesuchte Gesundheitsthemen erfasst. Dabei zeigt sich, dass vorrangig krankheitsspezifische Themen im Internet recherchiert werden und Informationen zur Prävention nur nachgereicht sind. Diese Ergebnisse unterscheiden sich zum Teil von den Erkenntnissen der Tiefeninterviews und den theoretischen Konzepten. Bei der Analyse der Tiefeninterviews standen unterschiedliche Definitionen von Gesundheitsinformationen im Vordergrund. Zusätzlich zum Aspekt der Funktionstüchtigkeit, der ebenfalls bei den quantitativen Interviews auftaucht, kommt hier viel stärker der Gesundheitsaspekt des Wohlbefindens zu Tage.

11.4 Ausblick

Die Schätzungen über die Anzahl von Personen, die das Internet für Gesundheitsinformationen nutzen variieren zum Teil stark. So zeigt eine Studie auf, dass bereits über die Hälfte der deutschen Bevölkerung das Internet für Gesundheitsbelange nutzen. Demgegenüber stehen circa ein Drittel der Österreicher, die in der Eurobarometerstudie sowie der eigenen Studie erhoben wurden. Es könnte sein, dass diese Bandbreite unter anderem dadurch zu erklären ist, dass unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten und Themenvorgaben zu „Gesund-

heitsinformationen“ bestehen. Ziel weiterer Forschung sollte es daher unbedingt sein, eine einheitliche Definition von Gesundheitsinformationen vorzunehmen und sie in standardisierten Fragebögen einheitlich zu verwenden. Dazu bedarf es noch vorab weiterer qualitativer Forschung, um die zahlreichen Interpretationsmöglichkeiten von „Gesundheitsinformationen“ zu erfassen. Danach könnten einheitliche Subthemen (z.B. Fitness) definiert und in standardisierten Erhebungen abgefragt werden. Eine wichtige Erkenntnis für weitere Vorgehensweisen liefern die hier durchgeführten qualitativen Interviews, die ein starkes Bedürfnis nach Informationen zu allgemeinem Wohlbefinden zu Tage bringen. Eine Empfehlung aus dieser Forschung ist daher, bei Fragebogenerhebungen zum Thema Gesundheitsinformationen eine Frage der Internetnutzung bezüglich Gesundheit „zum allgemeinen Wohlbefinden“ oder ähnlicher Natur zu integrieren. In diesem Fall würden auch Personen erfasst werden, die dies nicht unbedingt als Gesundheitsinformation interpretieren.

Dem Internet wird hohes Potential zur Vermittlung von zielgruppenspezifischem Wissen und zur Unterstützung bei Behandlungen oder Präventionsmaßnahmen zugeschrieben. Durch die vielfältigen Möglichkeiten zu personalisierten Informationen zu gelangen, könnten sich neue Zugangsmöglichkeiten zu einzelnen Zielgruppen eröffnen. Bei der Planung weiterer staatlich geförderter Informationen im Internet ist jedoch zu beachten, dass die meisten Personen „Google“ benutzen und nicht gezielt auf „qualitätsgesicherte“ Seiten z.B. durch staatliche Anbieter zugreifen.

12 Datenverzeichnis

Eurobarometer 58.0, Download von www.gesis.org am 25.03.2008

Erhebung des Seminars zu Datenerhebung zu *Digital Divide* in Österreich Februar 2008

13 Literaturverzeichnis

Eurbarometer 47.0. „Gesis.“ 1997.

<http://www.za.uni-koeln.de/data/en/eurobarometer/questionnaires/austria/s2935at.pdf> (Zugriff am 10. Januar 2007).

Eurobarometer 54.0. „Gesis.“ 2000.

<http://www.za.uni-koeln.de/data/en/eurobarometer/questionnaires/austria/s3386at.pdf> (Zugriff am 10. Januar 2007).

Akrich, M., C. Meadel, und C. Remy. „Building Collectives via the Web? Information and Mobilization on cancer websites. Working papers.“ In *Virtually Informed. The Internet as (New) Health Information Source*, von Institut für Wissenschaftsforschung, 13-40. Wien: Institut für Wissenschaftsforschung, 2008.

Anderson, J., M. Rainey, und G. Eysenbach. „The impact of cyberhealthcare on the physician-patient relationship.“ *Journal of Medical System* (27(1)), 2003: 67-84.

Andreassen, H., et al. „European citizens' use of E-health services: A study of seven countries.“ *BMC Public Health* (7:53), 2007.

Backhaus, K. *Multivariate Analysemethoden: eine anwendungsorientierte Einführung*. 11. Auflage. Berlin: Springer, 2006.

Baker, L., T. Wagner, S. Singer, und M. Bundorf. „Use of the Internet and E-mail for Health Care Information. Results from a National Survey.“ *Journal of American Medical Association* (Vol. 289 (18)), 2003: 2400-2406.

Bampton, R., und C. Cowton. „The E-Interview.“ *FQS-Forum Qualitative Sozialforschung* (Vol.3 (No.2)), 2002.

Bauerle, B. „How will internet use affect the patient? A review of computer network and closed Internet-based system studies and the implications in understanding how the use of the internet affects patient populations.“ *Journal of Health Psychology* (8(1)), 2003: 25-38.

Beck, U. *Risikogesellschaft. Auf den Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp, 1986.

—. „The Cosmopolitan Society and its Enemies.“ *Theory, Culture & Society* (19(1)), 2002: 17-44.

Beck, U. *Die Erfindung des Politischen: zu einer Theorie der reflexiver Modernisierung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1994b.

Beck, U. „The reinvention of politics: towards a theory of reflexive modernization.“ In *Reflexive Modernization: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*, von Beck U., Giddens A. und Lash S., 1-55. Cambridge: Polity Press, 1994a.

—. *Was ist Globalisierung?* Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1999.

- Beck, U., und E. Beck-Gernsheim. „Individualisierung in modernen Gesellschaften- Perspektive und Kontroversen einer subjektorientierten Soziologie.“ In *Riskante Freiheiten*, von U. Beck und E. Beck-Gernsheim, 10-39. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp, 1994.
- Beck-Gernsheim, E. „Gesundheit und Verantwortung im Zeitalter der Gentechnologie.“ In *Riskante Freiheiten*, von Beck U. und Beck-Gernsheim, E., 316-335. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp, 1994.
- Berkman, N., et al. *Literacy and Health Outcomes. Summary. Evidence Report/Technology Assessment No. 87*. Rockville: AHRQ publication, 2004.
- Bortz, J. *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 6. Auflage*. Heidelberg: Springer, 2005.
- Breyer, H. *Ökologische Kinderrechte*. Brüssel: Die Grünen, 2002.
- Broom, A. „Virtually Healthy: the impact of internet use on disease experience and the doctor-patient relationship.“ *Qualitative Health Research (15(3))*, 2005: 325-345.
- Butzlaff, M., und N. Koneczny. „Mass media and their influence on individual health: efficacy versus effectiveness.“ *International Journal Public Health (52)*, 2007: 261-262.
- Canal, M. E., M. B. Dominguez, S. T. Justribo, und A. V. Duran. „Producing and Reproducing Health information in virtual patient communities.“ In *Virtually Informed. The Internet as (New) Health Information Source. Working papers.*, von Institut für Wissenschaftsforschung, 41-49. Wien: Institut für Wissenschaftsforschung, 2008.
- Cathain, A., J. Goode, D. Luff, T. Strangleman, G. Hanlon, und D. Greatbach. „Does NHS direct empower patients?“ *Social Science and Medicine (61)*, 2005: 1761-1771.
- Clarke, A., J. Shim, L. Mama, und J.R. Fosket. „Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine.“ *American Sociological Review (April 68)*, 2003: 161-194.
- Collins, L., S. Lanza, J. Schafer, und Flaherty B. *WinLTA User's Guide*. Pennsylvania State University, 2002.
- Commission of the European Communities. „eEurope 2002: Quality criteria for health related Websites.“ Brüssel, 2002.
- Commission of the European Communities. „eEurope 2005: An information society for all.“ Brüssel, 2005.
- Commission of the European Communities. „e-Health - making healthcare better for European citizens: An action plan for an European e-Health Area.“ Brüssel, 2004.
- Cotten, S., und S. Gulpa. „Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them.“ *Social Science and Medicine (59)*, 2004: 1795-1806.

Crocco, A., M. Villasis-Keever, und A. Jadad. „Analysis of cases of harm associated with use of health information on the internet.“ *Journal of American Medical Association (287(21))*, 2002: 2869-2872.

DeSalvo, K., N. Bloser, K. Reynolds, J. He, und P. Muntner. „Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question.“ *Journal of General and Internal Medicine (Nr. 20)*, 2005: 267-275.

Diaz, J., R. Griffith, J. Ng, S. Reinert, P. Friedmann, und A. Moulton. „Patients use of the internet for medical information.“ *Journal of General and Internal Medicine (17)*, 2002: 180-185.

Dumitru, R., T. Bürkle, S. Potapov, B. Lausen, B. Wiese, und Prokosch H. „Use and perception of Internet for health related purposes in Germany: results of a national survey.“ *International Journal Public Health (52)*, 2007: 275-285.

Dür, W., und J.M. Pelikan. „Gesundheit beobachten. Gesundheitsberichterstattung als Aufgabe der Gesundheitsförderung.“ In *Gesundheit beobachten. Dokumentation und Berichterstattung als Aufgabe der Gesundheitsförderung.*, von W. Dür und J.M. Pelikan, 17-30. Wien: Facultas, 2000.

Dutta-Bergman, M.J. „The impact of completeness and webuse Motivation on the credibility of e-Health information.“ *Journal of Communication (June)*, 2004: 253-269.

Eaton, L. „A third of Europeans and almost half of Americans use Internet for health information.“ *British Medical Journal (325 (7371))*, 2002: 989.

Elliot, A. „Beck's Sociology of Risk: A Critical Assesement.“ *Sociology (36)*, 2002: 293-315.

European Opinion Research Group (EORG). *European Union citizens and sources of information about health. Eurobarometer 58.0*. Brüssel: DG Sanco, 2003.

Everitt, B. *Cluster Analysis*. Cambridge: Edward Arnold, 1993.

Eysenbach, G. „How do users search for and appraise health information on the World Wide Web?“ *British Medical Journal (324)*, 2002: 573-576.

Faltermaier, T. „Health psychology and health promotion. Salutogenetic and competence-oriented approaches in an educational context.“ *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie (16 (3))*, 2008: 123-126.

Faltermaier, T., I. Kühnlein, und M. Burda-Viering. *Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*. Weinheim und München: Juventa Verlag, 1998.

Felt, U. „Virtuell informiert? Möglichkeiten und Herausforderungen für die Medizin im Internetzeitalter. Abschlussbericht.“ Wien, 2008.

Ferguson, T. „From patients to end users: Quality of online patient network needs more attention than quality of online health information.“ *British Medical Journal (324 (7337))*, 2002: 555-556.

Flick, U. „Triangulation in der qualitativen Sozialforschung.“ In *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, von U. Flick, E. Kardorff und I. Steinke, S.309-319. Frankfurt am Main: Rowohlt Verlag, 2000.

Fox, N., und C. Roberts. „GPs in cyberspace: the sociology of a "virtual community".“ *Sociological Review*, 1999: 643-671.

Fox, S. „Online health search 2006.“ *PEW*. 29. Oktober 2006.
http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Online_Health_2006.pdf (Zugriff am 7. April 2007).

—. „PEW.“ 16. Juli 2003. http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Health_Report_July_2003.pdf
(Zugriff am 7. April 2007).

Fox, S., und L. Rainee. „PEW.“ 26. November 2000.
http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Health_Report.pdf (Zugriff am 25. Dezember 2007).

Fröschl, B., S. Haas, und C. Wirl. *HTA Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhalten- und Verhältnisprävention)*. Köln: DIMDI, 2008.

Galvin, R. „Disturbing Notions of Chronic Illness and Individual Responsibility: Towards a Genealogy of Morals.“ *Health (6)*, 2002: 107-137.

Giddens, A. *Entfesselte Welt: Wie die Globalisierung unser Leben verändert*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2001b.

—. *Konsequenzen der Moderne*. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp, 1995.

—. *Modernity and Self Identity*. Cambridge: Polity Press, 1991.

—. *Sociology*. Oxford: Blackwell Publishers, 2001a.

Glaser, B., und A. Strauss. *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Hans Huber, 1998.

Gray, G., I. Young, und V. Barnekow. „Developing a health-promoting school. A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools.“ *Schools for Health*. 2006.
<http://www.schoolsforhealth.eu/upload/pubs/Developingahealthpromotingschool.pdf> (Zugriff am 12. März 2008).

Gray, N., J. Klein, P. Noyce, T. Sesselberg, und Cantrill J. „Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the internet.“ *Social Science and Medicine (60)*, 2005: 1467-1478.

Groth, S. „Orientierung im Gesundheitsdschungel.“ In *Gesundheit beobachten. Dokumentation und Berichterstattung als Aufgabe der Gesundheitsförderung*, von W. Dür und J. Pelikan, 109-114. Wien: Faculas, 2000.

Gugglberger, L. „Patient and their Internet(s): Multiple roles of the Internet in the context of handling the Health State.“ In *Virtually Informed. The Internet as (New) Health Information*

Source. *Working papers.*, von Institut für Wissenschaftsforschung, 58-65. Wien: Institut für Wissenschaftsforschung, 2008.

Hardey, M. „The story of my illness": personal accounts of illness on the internet.“ *Health: an interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* (Vol. 6(1)), 2001: 31-46.

—. „Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise.“ *Sociology of Health and Illness* (Vol. 21 No. 6), 1999: 820-835.

Hayes, M., I. Ross, M. Gasher, D. Gutstein, J. Dunn, und R. Hackett. „Telling stories: News media, health literacy and public policy in Canada.“ *Social Science and Medicine* (64), 2007: 1842-1852.

Henwood, F., S. Wyatt, A. Hart, und J. Smith. „Ignorance is bliss sometimes: constraints on the emergency of the "informed patient" in the changing landscape of health information.“ *Sociology of Health and Illness* (25 (6)), 2003: 589-607.

Hermanns, H. „Interview als Tätigkeit.“ In *Qualitative Sozialforschung, Ein Handbuch*, von U. Flick, E. Kardorff und I. Steinke, 360-368. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt, 2000.

Hierhold, R. *Medizin im Internet- Über die Veränderungen des Arzt-Patienten-Verhältnisses unter dem Eindruck neuer Kommunikationstechnologien*. Wien: Diplomarbeit, 2002.

Hitzler, R., und A. Horner. „Bastelexistenz. Über subjektive Konsequenzen der Individualisierung.“ In *Risikante Freiheiten*, von U. Beck und E. Beck-Gernsheim, 307-315. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp, 1994.

Jadad, A. „Promoting partnerships: challenges for the Internet age.“ *British Medical Journal* (No. 319), 1999 : 761-764.

Janssen, J., und W. Laatz. *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows*. Berlin: Springer, 2003.

Kaiser Family Foundation (KFF). „Generation Rx.com. How young people use the Internet for Health Information.“ Menlo Park, 2001.

Kelle, U., und C. Erzberger. „Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz.“ In *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, von U. Flick, E. Kardorff und I. Steinke, 299-309. Frankfurt am Main: Rowohlt Verlag, 2000.

Kerschbaum, J. *Digital Divide in Österreich - Ein empirischer Befund zur Nutzung und dem Verständnis moderner Informations- und Kommunikationstechnologie in Österreich*. Wien, 2007.

Kerschbaum, J., E. Donat, und R. Brandtweiner. *Internet use from the perspective of the theory of planned behaviour*. Colorado: Americas Conference on Information Systems, 2007.

Kickbusch, I. *Die Gesundheitsgesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 2006a.

- . „Gesundheit für Alle.“ *Wissensmagazin für Wirtschaft (Sommer)*, 2006b: 16-24.
- Kickbusch, I., S. Wait, und D. Maag. „Navigating health. The role of health literacy.“ Bad Gastein, 2005.
- Kiley, R. „Does the internet harm health?“ *Britisch Medical Journal (324)*, 2002: 238.
- Kivits, J. „Informed patients and the internet: a mediated context for consultations with health professionals.“ *Journal of Health Psychology (Vol. 11 No.2)*, 2006: 269-282.
- Kreuter, M.W., F.C. Bull, E.M. Clark, und D.L. Oswald. „Understanding how people process health information: A comparison of tailored and nontailored weight-loss materials.“ *Health Psychology (Vol.18 (5))*, 1999: 487-494.
- Lazarsfeld, P., und N. Henry. *Latent structure analysis*. Boston: Houghton Mifflin, 1968.
- Lewis, T. „DIY selves?: Reflexivity and habitus in young people's use of the internet for health information.“ *European Journal of Cultural Studies (9)*, 2006b: 461-479.
- . „Seeking health information on the internet: lifestyle choice or bad attack of cyberchondria?“ *Media, Culture & Society (28(4))*, 2006a: 521-539.
- Liszka, H., T. Steyer, und W. Hueston. „Virtual medical care: How are our patients using online health information?“ *Journal of Community Health (Vol. 31 (No. 5))*, 2006: 368-378.
- Lupton, D. „Consumerism, reflexivity and the medical encounter.“ *Social Science and Medicine (45(3))*, 1997: 373-381.
- Lupton, D., und J. Tulloch. „"Risk is part of your life": Risk epistemologies among a group of Australians.“ *Sociology (36(2))*, 2002: 317-335.
- Mager, A. „Multiplying "the Web". How the choice of method frames the object of the study.“ In *Virtually Informed. The Internet as (New) Health Information Source. Working papers.*, von Institut für Wissenschaftsforschung, 82-93. Wien: Institut für Wissenschaftsforschung, 2008.
- Mayer, K., und W. Müller. „Individualisierung und Standardisierung im Strukturwandel der Moderne. Lebensverläufe im Wohlfahrtsstaat.“ In *Riskante Freiheiten*, von U. Beck und E. Beck-Gernsheim, 265-266. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp, 1994.
- Müters, S., T. Lampert, und U. Maschwesky-Schneider. „Subjektive Gesundheit als Prädiktor für Mortalität.“ *Gesundheitswesen (67)*, 2005: 129-136.
- Nettleton, S. „The Emergence of E-Scaped Medicine?“ *Sociology (Vol.38 No.4)*, 2004: 661-679.
- Nettleton, S., R. Burrows, und L. O'Malley. „The mundane realities of the everyday lay use of the internet for health, and their consequences for the media convergence.“ *Sociology of Health and Illness*, 2005: 972-992.
- Nettleton, S., und R. Burrows. „E-scaped medicine Information, reflexivity and health.“ *Critical Social Policy (23(2))*, 2003: 165-185.

- Nicholoas, D., P. Huntington, P. Williams, und P. Blackburn. „Digital health information provision and health outcome.“ *Journal of Information Science* 27(4), 2001: 265-276.
- Noack, H.R. „Was können die Gesundheitswissenschaften zum Aufbau eines modernen Gesundheitsinformationssystems beitragen?“ In *Gesundheit beobachten. Dokumentation und Berichterstattung als Aufgabe der Gesundheitsförderung*, von W. Dür und J.M. Pelikan, 47-56. Wien: Facultas, 2000.
- Olsen, W. „Triangulation in Social Research.“ In *Developments in Sociology*, von M. Holborn, 103-123. Ormskirk: Causeway Press, 2004.
- Österreicher, S. *Der direkte Draht zum Arzt? Ärztinnen, Patientinnen und das Internet als Gesundheitsinformationsmedium - eine Medienanalyse im österreichischen Kontext 2000-2005*. Wien: Diplomarbeit, 2006.
- Pandey, S., J. Hart, und S. Tiwary. „Women's health and the internet: understanding emerging trends and implications.“ *Social Science and Medicine* (56), 2003: 179-191.
- Pelikan, J. „Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: leben wir in der "Gesundheitsgesellschaft"?“ *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 2009, Heft 2 Ausg.
- Pelikan, J, C. Dietscher, K. Krajic, und P. Nowak. „Eighteen core strategies for Health Promoting Hospitals.“ In *Health promotion in hospitals: Evidence and Quality Management.* , von O. Groene und M. (Ed) Garcia-Barbero, 38-52. WHO, 2005.
- Pfeiffer, K.P. „Neue Medien im Gesundheitswesen: mediale und technische Aufbereitung.“ In *Gesundheit beobachten. Dokumentation und Berichterstattung als Aufgabe der Gesundheitsförderung*, von W. Dür und J.M. Pelikan, 62-69. Wien: Facultas, 2000.
- Richardson, K. „Risk news in the world of Internet newsgroups.“ *Journal of Sociolinguistics* (5(1)), 2001: 50-72.
- Rimal, R. „Perceived Risk and Self-Efficacy as Motivators: Understanding Individuals' Long-Term Use of Health Information.“ *Journal of Communication* (Dezember), 2001: 633-654.
- Ritterband, L., L. Gonder-Frederick, D. Cox, Al Clifton, R. West, und S. Borowitz. „Internet Interventions: In Review, In Use, and Into the Future.“ *Professional Psychology: Research and Practice* (34(5)), 2003: 527-534.
- RKI Robert Koch Institut. „Die bovine spongiforme Enzephalopathie (BSE) - eine Tierseuche mit erheblicher Bedeutung für den Menschen.“ *Epidemiologisches Bulletin* (Nr. 4), 2001.
- Roessler, P. „Public health and the media - a never-ending story.“ *International Journal Public Health* (52), 2007: 259-260.
- Seale, C. „New directions for critical internet health studies: representing cancer experience on the web.“ *Sociology of Health and Illness* (27(4)), 2005: 515-540.
- . „Health and media: an overview.“ *Sociology of Health and Illness* (Vol. 25 No. 6), 2003: 513-531.

Sillence, E., P. Briggs, P.R. Harris, und L. Fishwick. „How do patients evaluate and make use of online health information?“ *Social Science and Medicine* (64), 2007: 1853-1862.

Skinner, H., S Biscope, und B. Poland. „Quality of internet access: barrier behind internet use statistics.“ *Social Science and Medicine* (57(5)), 2003: 875-880.

Slater, M.D., und D.E. Zimmermann. „Descriptions of Web sites in Search Listings: A potential obstacle to informed choice of health information.“ *Research and Practice* (Vol. 93(8)), 2003: 1281-1282.

Statistik Austria. „Ergebnisse im Überblick.“ 2007c.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/subjektiver_gesundheitszustand/index.htm.

Statistik Austria. „IKT-Einsatz. Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien in Unternehmen und in Haushalten 2007.“ Wien, 2007a.

—. *Österreichische Gesundheitsbefragung 2005/2006. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien, 2007b.

—. *Volkszählung 2001. Bildungsstand der Bevölkerung*. Wien, 2005.

Trummer, U., P. Nowak, und J. Pelikan. „Empowerment von chirurgischen PatientInnen - Modelle, Interventionen, Effekte, Erfolgsbedingungen.“ *Österreichisches Zeitschrift für Soziologie* (Vol. 27 No. 4), 2002: 97-114.

Trummer, U., U. Mueller, P. Nowak, T. Stidl, und J. Pelikan. „Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study.“ *Patient Education and Counseling* (61(2)), Mai 2006: 299-306.

Umefjord, G., K. Hamberg, H. Walker, und G. Petersson. „The use of an internet-based ask the doctor service involving family physicians: evaluation by a web survey.“ *Family Practice* (Vol. 23 No.2), 2006: 159-166.

Wangberg, S., H. Andreassen, H. Prokosch, S. Santana, T. Sorensen, und C. Chronaki. „Relations between Internet use, socio-economic status (SES), social support and subjective health.“ *Health Promotion International* (23/1), 2007: 70-77.

Wernet, A. *Einführung in die Interpretationstechnik der Objektiven Hermeneutik*. Opladen: Leseke+Budrich, 2000.

Wirl, C., und V. Puklova. *Prevalence of asthma and allergies in children. Fact sheet*. Bonn: WHO Euro, 2007.

Wittermann, H., und L. O'Grady. „E-health in the era of Web 2.0.“ In *Virtually Informed. The Internet as (New) Health Information Source. Working papers.*, von Institut für Wissenschaftsforschung, 104-120. Wien: Institut für Wissenschaftsforschung, 2008.

World Health Organisation (WHO). *From the margins to the Mainstream. Putting public health in the spotlight*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003.

—. Health promotion. Report by the Secretariat. WHA53/20000/REC/3.“ 2000.

Young, J.T. „Illness behaviour: a selective review and synthesis.“ *Sociology of Health and Illness* (26(1)), 2004: 1-31.

14 Anhang A

Bei den Interviews identifizierte Gesundheitsinformationsthemen

Assoziierte Gesundheitsinformationen
Gesundheitscheck
Befund
Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs
Schnupfen
Medikamente
Bluttest
HIV Infektion
Wellness
Steinmassagen
Schulmedizin
Yoga
Fachmedizin
Schilddrüse
Heiler
Klettern
Marathon
Trainingsplan
Gesund zu ernähren
Kalorientabelle
„was mich gerade interessiert“
„wie man etwas vermeidet“
Symptome
Eiweißpräparate
Sportnahrungsartikelhersteller
Kochrezepte
Sonnenbrand
Hintergründe von Krankheiten
Gesund zu ernähren
Fett und angebranntes
Sport
Alkohol
Nikotin
Körperfettanteil
Alkoholmoleküle
„gesund bleiben und länger jung.“
Nahrungsergänzungsmittel
Bauchweh
„nicht wohl fühle“
Rückenmuskulatur zu stärken

Inline-Skaten

Muskelkater

Fitnessabläufe

Ernährungslisten

Trainingsprogrammen

Fitnesscenter

Krankenversicherung im Ausland

Impfungen

Knieimplantat

Hüftimplantat

Zwei Methoden

Nachbehandlung

Impfungen

Tour de France

Skispringen

Doping

Globuli (Homöopathie, Anmerkung)

Fieberblasen

Sport

Sporternährung

Zusatzernährung z.B. L-Carnitin

Eiweiß und Kohlenhydrate

Selbstdiagnose

Morbus Hodgkin

Weißer Flecken auf Fingernägeln

Mangel an Spurenelementen

Supplemente

Ernährung

Therapieansätze und Klassifizierung von Morbus Hodgkin

Hobbysport z.B. Laufen

Magenschmerzen

Ernährungssachen

Psychologische Beratung

Kopfschmerzen

Schwindelzustände

EEG

EKG

Computertomographie

Befund vom Labor

Medizinische Fachsprache

Heilung

Krankheitsbezogene Ernährung

Halsentzündung

Heilungsprozess

Ernährung

Naturheilkunde
Symptome
Säureblocker
Stressfaktoren
Sportarten z.B. Tennis
Orthopädische Fehlstellungen
Hoher Cholesterinspiegel
HDL, LDL
Medikamente
Omega-3 Fettsäuren
Fischöl
Break-down
Herzinfarkt
Blutdruck
Leberwerte
Blutdrucksenkende Mittel
Schwindelig
Bewusstlos
Pulsfrequenz
trainieren
Wasser- und Fettwaage
Medikamente
Gesundenuntersuchung
Soja
Wechselbeschwerden
Krebsvorsorge
Hormone
Beipackzettel
Test, wie alt man wird
Schilddrüsenunterfunktion
Erfahrungsbericht von Betroffenen
Selbsthilfegruppe
Allergien
Zyliakie- eine Stoffwechselerkrankung
Glutenunverträglichkeit
Diät
Laktose- Histaminallergie

15 Anhang B Fragebogen

Digital Divide in Österreich

24. Jänner 2008

Forschungspraktikum WS 07/08

1. Guten Tag. Mein Name ist ... vom Institut für Soziologie der Universität Wien. Wir führen momentan eine Befragung zum Thema "Neue Medien in Österreich" durch. Wären Sie bereit uns dazu ein paar Fragen zu beantworten?

Ja

Nein

Wenn bei der 1. Frage die 2. Kategorie ausgewählt wurde

dann ENDE

2. Ich lese Ihnen nun einige Medien vor. Sagen Sie mir bitte, welche Sie benutzen. Bitte antworten Sie jeweils mit Ja oder Nein.

Fernsehen

Radio

Zeitung

Handy

Computer mit Internetanschluß

Computer ohne Internetanschluß

Wenn bei der 2. Frage die 6. Kategorie nicht ausgewählt wurde
und bei der 2. Frage die 5. Kategorie nicht ausgewählt wurde

dann bitte weiter bei der 4. Frage.

3. Wo nutzen Sie den Computer üblicherweise? Bitte antworten Sie jeweils mit "Ja" oder "Nein".
Studieren zählt in diesem Fall zu Ausbildung und nicht zu Arbeit.

in der Arbeit

zu Hause

in der Schule/ Universität

bei Freunden oder Verwandten

Unterwegs (Laptop, Palm, Internetkaffee,..)

Wenn bei der 2. Frage die 5. Kategorie ausgewählt wurde

dann bitte weiter bei der 5. Frage.

4. Haben Sie schon einmal das Internet und/ oder Email benutzt?

Ja

Nein

Wenn bei der 4. Frage die 2. Kategorie ausgewählt wurde

dann bitte weiter bei der 6. Frage.

5. Wie oft nutzen Sie das Internet und/ oder Email üblicherweise?

- 5 Tage oder öfter pro Woche
- 2 - 4 Tage pro Woche
- ungefähr einmal pro Woche
- ungefähr einmal im Monat
- seltener
- nie

dann bitte weiter bei der 7. Frage.

6. Haben Sie vor, sich in den nächsten 2 Jahren einen Internetzugang zu Hause anzuschaffen?

- Ja
- Nein
- weiß nicht

7. Bitte schätzen Sie Ihre Kenntnisse in folgenden Bereichen ein. Vergeben Sie hierzu 1-5 Punkte wobei 1 Punkt keine Kenntnisse und 5 Punkte sehr gute Kenntnisse bedeuten.

Wie beurteilen Sie Ihre ...

Unter Englischkenntnissen sind allgemeine Englischkenntnisse zu verstehen.

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	5 Punkte
.. Computerkenntnisse.	<input type="radio"/>				
.. Internetkenntnisse.	<input type="radio"/>				
.. Englischkenntnisse.	<input type="radio"/>				

Wenn bei der 4. Frage die 2. Kategorie ausgewählt wurde

dann bitte weiter bei der 10. Frage.

Wenn bei der 5. Frage die 6. Kategorie ausgewählt wurde

dann bitte weiter bei der 10. Frage.

8. Wo nutzen Sie das Internet und/ oder Email? Bitte antworten Sie jeweils mit Ja oder Nein.
Studieren zählt in diesem Fall zu Ausbildung und nicht zu Arbeit.

- in der Arbeit
- zu Hause
- in der Schule/ Universität
- bei Freunden oder Verwandten
- an einem öffentlichen Ort (Internetcafe, Terminal, Bibliothek)
- Unterwegs (mobiles Internet)
- kA

9. Wozu benutzen Sie das Internet? Ich lese Ihnen jetzt eine Liste mit verschiedenen Aktivitäten vor.
Bitte antworten Sie jeweils mit "Ja" oder "Nein".
Dazu zählen ausschließlich Aktivitäten, welche schon gemacht wurden.

- Um meine Arbeit zu machen.
- Um Bankgeschäfte zu erledigen.
- Um emails zu schreiben.
- Um Bildungs- und Unterrichtsmaterial zu suchen bzw. zu nutzen.
- Um Informationen über Gesundheitsfragen zu erhalten.
- Um Informationen zu Bewegung und Fitness zu erhalten.
- Um Preise zu vergleichen.
- Um Nachrichten zu lesen oder zu hören.
- Um Behördenwege zu erledigen.
- Um Internetforen und Chatrooms zu nutzen.
- Um Familie und/ oder Freunde zu kontaktieren.
- Zur Unterhaltung.
- Um mich selbst zu präsentieren, beispielsweise durch eine homepage.

dann bitte weiter bei der 10. Frage.

10. Mit welchen Eigenschaften verbinden Sie das Internet? Ich werde Ihnen einige Eigenschaftspaare vorlesen. Geben Sie bei jedem Paar mittels Zahlen von 1 bis 5 an, zu welcher Eigenschaft Sie eher tendieren.

Ein Punkt bedeutet das Internet ist **sicher** , fünf Punkte, das Internet ist **unsicher** . **(Bitte Entsprechendes einsetzen.)**

	1	2	3	4	5	
sicher	<input type="radio"/>	unsicher				
preiswert	<input type="radio"/>	teuer				
zeitsparend	<input type="radio"/>	zeitraubend				
entspannend	<input type="radio"/>	anstrengend				
einfach	<input type="radio"/>	schwierig				
interessant	<input type="radio"/>	uninteressant				
nützlich	<input type="radio"/>	nutzlos				
gut	<input type="radio"/>	schlecht				

Wenn bei der 4. Frage die 2. Kategorie ausgewählt wurde

dann bitte weiter bei der 23. Frage.

Wenn bei der 5. Frage die 6. Kategorie ausgewählt wurde

dann bitte weiter bei der 23. Frage.

Wenn bei der 9. Frage die 5. Kategorie nicht ausgewählt wurde

dann bitte weiter bei der 14. Frage.

11. Wir kommen nun zu einigen Fragen bezüglich Gesundheitsinformationen aus dem Internet. Zu welchen Themen haben Sie sich schon einmal informiert. Ich lese Ihnen nun einige Themen vor - bitte antworten Sie jeweils mit Ja oder nein: Informieren Sie sich im Internet über..

- .. bestimmte Krankheiten oder medizinische Probleme?
- .. bestimmte Behandlungen oder Therapien?
- .. Depression, Angst, Stress oder psychische Gesundheitsprobleme?
- .. Impfungen (z.B. bei Auslandsreisen)?
- .. Ernährung, Diäten oder Nahrungsergänzungsmittel?
- .. sexuelle Gesundheit?
- .. Möglichkeiten mit dem Rauchen aufzuhören?
- .. Fragen zum Thema Alkohol?
- .. Symptome, bevor Sie einen Arzt aufsuchen?
- .. über die Bedeutungen von medizinischen Fachausdrücken, wenn sie diese z.B. in Befunden nicht verstehen?
- .. Erfahrungen von Betroffenen oder Personen mit ähnlichen Problemen?

12. Wie oft haben Sie Informationen zu Gesundheitsfragen im letzten Jahr im Internet gesucht?

- ungefähr einmal pro Woche
- ungefähr einmal im Monat
- ungefähr einmal im Quartal (einmal in drei Monaten)
- seltener
- nie

13. Auf einer Skala von 1-5: Wieviel Vertrauen haben Sie in Information die Sie bezüglich Gesundheit erhalten wobei 1 "volles Vertrauen" und 5 "kein Vertrauen" bedeutet.

Wieviel Vertrauen haben Sie in Gesundheitsinformation die Sie

	volles Vertrauen	eher Vertrauen	teils/teils	eher kein Vertrauen	gar kein Vertrauen
.. im Internet einholen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.. von Verwandten oder Bekannten bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.. von Ihrem Arzt bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Ich werde Ihnen nun einige Fragen zu online shopping stellen. Antworten Sie bitte jeweils mit "Ja" oder "Nein". Haben Sie mindestens einmal ..

- ..online Produkte bestellt (z.B. Bücher, elekt. Geräte,..)?
- an Onlineversteigerungen teilgenommen?
- online Dienstleistungen gebucht (z.B. Reisebuchung, Kartenreservierung, Essenslieferung, ...)
- bezahlte Downloads vorgenommen (z.B. Musikdownload)?
- kostenpflichtige Internetinhalte genutzt (z.B. Abos bei Zeitungen)?

Wenn bei der 14. Frage die 1. Kategorie ausgewählt wurde

dann bitte weiter bei der 16. Frage.

Wenn bei der 14. Frage die 2. Kategorie ausgewählt wurde

dann bitte weiter bei der 16. Frage.

Wenn bei der 14. Frage die 3. Kategorie ausgewählt wurde

dann bitte weiter bei der 16. Frage.

Wenn bei der 14. Frage die 4. Kategorie ausgewählt wurde

dann bitte weiter bei der 16. Frage.

Wenn bei der 14. Frage die 5. Kategorie ausgewählt wurde

dann bitte weiter bei der 16. Frage.

15. Was sind die Gründe dafür, dass Sie noch nie Online-Shopping genutzt haben? Antworten Sie bitte jeweils mit "Ja" oder "Nein".

weiß nicht, wie es funktioniert

ungewisse Qualität der Ware

keine persönliche Beratung

Gefahr des Datenmissbrauchs

Versandkosten

Lieferzeit

Unübersichtlichkeit

Ungewissheit, ob die Ware geliefert wird

sonstiges

dann bitte weiter bei der 17. Frage.

16. Haben Sie in den letzten 8 Wochen etwas im Internet bestellt?

Ja

Nein

17. Ich werde Ihnen nun einige Aussagen zu online-shopping vorlesen und bitte Sie um Ihre Einschätzung. Sie können mit 1 – stimme zu, 2 – stimme eher zu, 3 – teiles teils, 4 stimme eher nicht zu sowie 5 – stimme nicht zu antworten.

	stimme zu	stimme eher zu	teils/teils	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
Online-Shopping ist Zeitersparnis.	<input type="radio"/>				
Vorteilhaft am Online-Shopping ist, dass man unabhängig von Ladenöffnungszeiten ist.	<input type="radio"/>				
Ein Vorteil ist, dass man ausführliche Infos über die Produkte bekommt.	<input type="radio"/>				
Beim Online-Shopping kann man gut Preise vergleichen.	<input type="radio"/>				
Vorteilhaft am Online-Shopping ist die große Produktauswahl.	<input type="radio"/>				
Ein Nachteil am Online-Shopping ist das Fehlen des Beratungsgesprächs.	<input type="radio"/>				

18. Heutzutage lernt man immer wieder Leute über das Internet kennen. Haben Sie das Internet schon einmal genutzt um Bekanntschaften zu schließen ?

FreundInnen, PartnerInnen

- Ja
- Nein

Wenn bei der 18. Frage die 1. Kategorie nicht ausgewählt wurde
dann bitte weiter bei der 23. Frage.

19. Welche Internetmedien haben Sie bei der Suche nach Bekanntschaften genutzt oder nutzen Sie aktuell? Ich lese Ihnen nun einige vor - antworten Sie bitte jeweils mit "Ja" oder "Nein".

- Foren
- Singlebörsen
- Chat (und IM)
- Communities (myspace,..)
- sonstiges

20. Welche **Absicht** verfolgen Sie damit? Ich lese Ihnen nun einige Möglichkeiten vor: Antworten Sie jeweils mit "Ja" oder "Nein".

- reine Online- Bekanntschaft (virtuelle Freunde)
- Interessensaustausch mit Gleichgesinnten
- Gemeinsame Hobbyausübung.
- Leute kennen lernen für persönlichen Kontakt
- Partnersuche (dauerhafte Beziehung)
- (kurze) sexuelle Kontakte

21. Zu welchen **Ergebnissen** führte die bisherige Suche nach Kontakten im Internet? Antworten Sie bitte wieder mit "Ja" oder "Nein".

- reine Online- Bekanntschaft (virtuelle Freunde)
- Interessensaustausch mit Gleichgesinnten
- Gemeinsame Hobbyausübung.
- Leute kennen lernen für persönlichen Kontakt
- Partnerschaft (dauerhafte Beziehung)
- (kurze) sexuelle Kontakte

22. Waren Sie bzw. sind Sie bei einer Singlebörse registriert ?

bussi.at, websingles.at

- Ja
- Nein

23. Ich stelle Ihnen nun zum Abschluss noch einige Fragen zu Ihrer persönlichen Situation. Wie schätzen Sie ihre Gesundheit im Allgemeinen ein? 1 bedeutet "sehr gut", 2 "gut", 3 "mittelmässig", 4 "schlecht" und 5 "sehr schlecht".

- sehr gut
- gut
- mittelmässig
- schlecht
- sehr schlecht

24. Wie ist ihr derzeitiger Familienstand?

- verheiratet
- in Partnerschaft
- alleinstehend

25. Wieviele Personen leben in Ihrem Haushalt?

(inkl. der interviewten Person)

- 1 Person
- 2 Personen
- 3 Personen
- 4 Personen
- 5 Personen
- mehr als 5 Personen

Wenn bei der 25. Frage die 1. Kategorie ausgewählt wurde

dann bitte weiter bei der 27. Frage.

26. Wieviele davon sind Kinder unter 18 Jahren?

- keines
- 1 Kind
- 2 Kinder
- 3 Kinder
- 4 Kinder
- mehr als 4 Kinder

27. Was ist ihre höchste abgeschlossene Schulbildung?

(Uns ist vor allem die Unterscheidung mit/ ohne Matura wichtig)

- kein Abschluss
- Pflichtschule
- Lehre / Berufsschule
- BMS ohne Matura
- AHS, BHS mit Matura
- Universität / FH

28. Sind Sie derzeit.. (Hauptbeschäftigung)

- in Ausbildung
- Angestellte/r
- Beamter/ Beamtin
- Arbeiter/in
- im Haushalt tätig
- Freiberufler/ Selbstständig
- Landwirt/in
- arbeitslos
- in Pension

29. Wie hoch ist das monatliche Haushaltsnettoeinkommen? Denken Sie bitte an alle Einkünfte: Erwerbseinkommen, Pensionen, Sozialleistungen, Alimente usw. und sagen Sie mir, in welche Stufe der Betrag fällt.

(*VOR Abzug allfälliger Ausgaben wie Miete etc*)

- 0-500 Eur
- 501-1000 Eur
- 1001-1500 Eur
- 1501-2000 Eur
- 2001-2500 Eur
- 2501-3000 Eur
- 3001 - 4000 Eur
- 4001 - 5000Eur
- über 5000 Eur

30. In welchem Land sind sie geboren?

- Österreich
- Deutschland
- ehemaliges Jugoslawien
- Türkei
- Polen
- andere

31. Ist einer oder beide Ihrer Elternteile aus dem Ausland zugewandert?

- Ja
- Nein

32. Darf ich als letzte Frage noch Ihr Alter wissen?

33. Nicht fragen: Geschlecht

- männlich
- weiblich

Vielen Dank für das Interview..

ENDE

Kurzfassung

Im Zusammenhang von Internet und Gesundheitsinformationen wird in der verfügbaren Literatur immer wieder von mündigen Patienten gesprochen, aber auch vor den Gefahren des Internets gewarnt. Es gibt jedoch sehr wenige Studien darüber, wie durchschnittliche Internetnutzende Gesundheitsinformationen verwenden oder suchen. Vorliegende Arbeit versucht daher gezielt den „durchschnittlichen Nutzer“ ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken. Die Theorien der späten oder reflexiven Moderne mit ihrer Beschreibung der Individualisierung dienen in der vorliegenden Arbeit als Grundlage, um das Verhalten der Laien in Österreich zur Suche von Gesundheitsinformationen im Internet zu erklären.

Mit Hilfe einer österreichweiten, repräsentativen Telefonbefragung und eines eigens entwickelten Fragebogen werden die Art und das Ausmaß der Nutzung von online-Gesundheitsinformationen erhoben. In Österreich nutzt ein Drittel der Bevölkerung das Internet für Gesundheitsinformationen. Bezüglich des Anteils der Nutzerinnen und Nutzer konnten keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen festgestellt werden. Die gefundenen Einflussfaktoren auf die Tatsache, ob Personen das Internet für Gesundheitsinformationen nutzen oder nicht, sind größtenteils auf die generelle Internetnutzung zurückzuführen. Diskussionen über ein Digital Divide bezüglich Gesundheitsinformationen können somit nicht von Diskussionen über Digital Divide im Allgemeinen getrennt werden.

Mit Hilfe qualitativer Interviews wurde der Frage nach möglichen Definitionen von Gesundheitsinformationen durch Laien nachgegangen. Dabei zeigt sich eine Mischung aus einem Informationsbedürfnis bezüglich aktueller Erkrankungen und Symptomen und einem allgemeinen Bedürfnis „dem Körper und der Gesundheit etwas Gutes zu tun“. Dies betrifft in den meisten Fällen gesunde Ernährung und in einzelnen Fällen Sport. Der Begriff von Gesundheitsinformationen deckt insgesamt ein sehr breites Spektrum an Themen ab, die ebenfalls zahlreiche Lebensstilentscheidungen beinhalten. Von allen Interviewten wird immer wieder betont, dass sie „verantwortungsvoll“ mit den Informationen umgehen und sich größtenteils mit einer Ärztin oder einem Arzt rücksprechen. Die Internetsuche nach Gesundheitsinformationen ist somit komplementär zum Arztbesuch zu sehen.

Ziel weiterer Forschung sollte es sein, eine Definition von Gesundheitsinformationen auszuarbeiten und sie in standardisierten Fragebögen einheitlich zu verwenden. Eine wichtige Erkenntnis für weitere Vorgehensweisen liefern die hier durchgeführten qualitativen Interviews, die ein starkes Bedürfnis nach Informationen zu einem allgemeinen Wohlbefinden aufdecken.

Abstract

This thesis focuses on the public usage of health information available on the World Wide Web. The concept of individualization as described in the late or reflexive modernity literature by Giddens and Beck is applied to explain why individuals seek health information online. The responsibility for health is increasingly shifted towards the individual and more decisions regarding daily life are somehow interlinked to questions relating to health. Recent research mainly focused on the reflexive consumer or reflexive patient but characteristics of the general public have hardly been acknowledged.

Data from a representative sample allows obtaining insight regarding the use of online health information in Austria. One third of the Austrian population uses the Internet in order to search for health information, mainly on an irregular basis. However 18 percent search the web for health information on a weekly basis. In order to determine the use of online health information a linear logistic regression was performed. The main influences (income, age, minors at home) are explained by the Internet use in general. Hardly any gender differences are found in the frequency or nature of Internet use for health information.

In order to gain further insight into the perception of online health information narrative interviews were conducted. The respondents show a broad understanding of health information and a need for information on achieving general wellbeing e.g. through nutrition or sport. Various life style decisions are connected to Internet use for health information. Despite the fact that the Internet is used as an encyclopaedia (as seen in the representative study) for health information medical doctors remain the most trusted source in order to gather information on health issues. Health information found on the www has to be seen additionally to the doctor's visit.

Further research should concentrate on issues such as health literacy and risk perception to explain the use of the Internet for health information. In order to allow valid comparisons among future studies a harmonised definition of health information needs to be elaborated, taking into account the importance of general wellbeing as indicated in this research.

Lebenslauf

PERSÖNLICHE DATEN

Name: Charlotte Wirl
Akademischer Grad: Mag.rer.soc.oec
Geburtsdatum: 31.07.1981

AUSBILDUNG

1993- 1999 GRG 15 Neusprachlicher Zweig
Juni 1999 Matura
1999 - 2004 Studium der Soziologie an der Sozial- und
Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien
2003 Erasmus Aufenthalt an der University of Surrey Roehampton,
London
Diplomarbeit Wann fühlen sich Jugendliche gesund? Faktoren die das subjek-
tive Gesundheitsempfinden Jugendlicher beeinflussen, eine
Sekundäranalyse der HBSC Studie 2001
Mai 2004 Sponson zur Mag. rer. soc. oec.
Juli 2004 Sommerkolleg Ungarisch für Fortgeschrittene I

BERUFSERFAHRUNG

01/2002-06/2002 Projektstätigkeit bei Milton Erickson Gesellschaft Österreich
06/2004-09/2004 Projektpraktikum Summer University South East Europe in Graz
03/2005-08/2005 Blue book stagiaire in Eurostat, Europäische Kommission
seit 09/2005 Sachbearbeiterin an der Gesundheit Österreich/Geschäftsbereich
ÖBIG, Mitarbeit und Projektkoordination im Arbeitsbereich
Prävention, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung

PUBLIKATIONEN UND FORSCHUNGSBERICHTE

Wirl, C. (2005) ESSPROS and SHA: The Feasibility of Harmonisation, Working paper. Eurostat
Busch, M., Bodenwinkler A., Wirl, C. (2006) Analyse suchtgiftbezogener Todesfälle 2004
Busch, M., Bodenwinkler A., Wirl, C. (2006) Analyse suchtgiftbezogener Todesfälle 2005
Haas S., Schnabel E., Wirl C. (2006) Konzept für überregional bedeutsame Vorsorgemaßnahmen
Wirl, C., Leopold C., Stürzlinger H., Patzner G. (2006) Prognose des Ärztebedarfs in Hinblick auf
die Dimensionierung universitärer Ausbildungskapazitäten (unpublished)
Busch M; Haas S; Weigl M; Wirl C; Horvath I; Stürzlinger H (2007) HTA
Langzeitsubstitutionsbehandlung Opioidabhängiger
Haas S., Busch M., Horvath I., Türscherl E., Weigl M., Wirl C. (2007): Bericht zur
Drogensituation 2006
Wirl C., Bodenwinkler A., Busch M. (2007) Analyse der suchtgiftbezogenen Todesfälle 2006
Wirl C., Puklová V. (2007) Prevalence of asthma and allergies in children. Fact sheet
Fröschl B., Haas S., Wirl C. (2008) Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen
(Verhalten- und Verhältnisprävention)
Sax G., Schmickl B., Wirl C. (2008) Erhebung und Analyse von Richtlichen zur Förderung von
Projekten in im Bereich Gesundheitsförderung/Primärprävention
Wirl C., Knaller C., Christ R. (2008) Prävention von Invaliditätspension. Analyse von
internationalen Strategien und Erfahrungen
Wirl C., Knaller C. (2008) Betriebliche Einflussfaktoren auf die Gesundheit älterer
Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer