



universität
wien

MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit:

„Qualität der Gesundheitskommunikation in slowakischen Online-
Zeitungen.“

Vielfalt, thematische Repräsentanz und öffentlicher Diskurs in der
Gesundheitskommunikation der slowakischen Massenmedien

Verfasserin:

Katarína Mikulová, Bakk. phil.

Angestrebter akademischer Grad:

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 841

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Magisterstudium Publizistik- und
Kommunikationswissenschaft

Betreuer:

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Grimm

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, 13. 11. 2014

Katarína Mikulová

DANKSAGUNG

Ein herzliches Dankeschön geht an meinen Betreuer, Univ.-Prof. Dr. Jürgen Grimm, der mich bei der Erstellung meiner Magisterarbeit mit großer Geduld unterstützt hat. Besonders möchte ich mich für seine prägnanten Beiträge zum Thema Inhaltsanalyse bedanken, die mir am meisten dabei geholfen haben, mich in der wissenschaftlichen Problematik zurechtzufinden.

GENDERING

Zugunsten der besseren Lesbarkeit wurde in dieser Arbeit auf Gendering verzichtet. Hiermit wird allerdings darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	6
1.1 Thema und kommunikationswissenschaftliches Problem	6
1.2 Erkenntnisinteresse	8
1.3 Ziel der Arbeit	8
A. THEORETISCHER TEIL	9
2. GESUNDHEITSDEBATTE	9
2.1 Gesundheitskommunikation und ihre Komplexität	9
2.1.1 Gesundheitsartikel als Gegenstand der Betrachtung	9
2.2 Exkurs: Krankheitsbild der slowakischen Bevölkerung	10
2.2.1 Gesamtbild der Bevölkerungsgesundheit	10
2.2.2 Für die Untersuchung relevante Erkrankungen	11
2.2.3 Vergleich mit Österreich	12
2.3 Anforderungen an die Medieninhalte	13
2.4 Exkurs: Boom der Komplementär- und Alternativmedizin in der Slowakei	13
2.5 Schulmedizin und Alternativmedizin	14
2.5.1 Schulmedizin	14
2.5.2 Komplementärmedizin	14
2.5.3 Warum Menschen nach Alternativen suchen	15
2.5.4 Alternativmedizin in der Slowakei	15
2.6 Legitimierung des Themas: Gesundheitskommunikation in der Slowakei	17
2.7 Forschungsstand	18
2.7.1 Internet ist für die Aufklärung über Gesundheitsfragen besonders geeignet	18
2.7.2 Am häufigsten suchen ältere und kranke Personen nach Informationen	18
2.7.3 Qualität der Medieninhalte von höchster Bedeutung	19
2.8 Legitimierung des Themas: Gesundheitskommunikation im Internet	20
3. QUALITÄTSDEBATTE	21
3.1 Qualität: Bedeutung	21
3.2 Eine journalistische Qualität gibt es nicht	21
3.3 Journalistische Normenkonstellation – komplexes Qualitätsmodell	22
3.4 Funktional- und systemorientiertes Verständnis von Journalismus	24
3.4.1 Qualitative Anforderungen an die Medieninhalte	25
3.4.2 Wahl konkreter Qualitätskriterien und ihre Begründung	26
3.5 Theoretische Interdependenzen und Resümee	26
3.6 Qualitätsdimensionen Vielfalt, Kritik und Relevanz	28
3.6.1 Vielfalt	28
3.6.2 Relevanz – thematische Repräsentanz	31
3.6.3 Kritik	33
3.7 Theoretische Matrix	39
4. FORSCHUNGSFRAGEN	41
4.1 Theoriegestiftete Bildung der Forschungsfragen: funktional-systemorientierte Theorie	41
4.2 Theoriegestiftete Bildung der Forschungsfragen: verständigungsorientierter Journalismus	42

B. EMPIRISCHER TEIL	43
5. METHODIK	43
5.1. Quantitativ-qualitative Inhaltsanalyse	43
5.2 Stichprobe	44
5.3 Zeitraum	45
6. OPERATIONALISIERUNG UND INHALTSANALYTISCHE CODIERANWEISUNG	46
6.1 Forschungsgegenstand und Analyseeinheit	46
6.1.1 Definition der „Position“	46
6.2 Allgemeines zum Codieren	50
6.3 Formales (V1 - V8)	51
6.4 Vielfalt (V9 - V13)	51
6.4.1 Perspektiven-Ebenen	51
6.4.2 Standpunkterepräsentanz und Unterscheidungsmerkmale	56
6.5 Relevanz – thematische Repräsentanz (V14 – V47)	57
6.5.1 Position - Erkrankung	59
6.5.2 Position-kommunikative Intention	64
6.6 Kritik (V48 – V57)	66
6.6.1 Begründung	67
6.6.2 Lösungs- und Vermittlungsvorschläge	69
6.6.3 Zweifel	70
6.6.4 Respekt	73
7. AUSWERTUNG UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	75
7.1 Sample	75
7.2 Thematische Repräsentanz	78
7.3 Vielfalt	88
7.4 Öffentlicher Diskurs (Kritik)	91
8. BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN	101
9. AUSBLICK	106
10. QUELLENVERZEICHNIS	109
11. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	112
C. ANHANG	114

1. Einleitung

1.1 Thema und kommunikationswissenschaftliches Problem

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“¹ (Schopenhauer)

Gesundheitsfragen gehören zu den wichtigsten Fragen im Leben eines Menschen. Zu diskutieren, was unsere Gesundheit fördert und was sie beeinträchtigt, ist an der Tagesordnung. Die heutige Gesellschaft wird jedoch durch eine Masse an Informationen überflutet², so kommt es leicht dazu, dass ein Mensch keine eindeutigen Richtlinien mehr finden kann, nach denen er sein Gesundheitsverhalten richten könnte.

Ich habe Migräne. Mein Neurologe sagt, ich hätte eine Nervenstörung und solle ein Analgetikum nehmen. Mein Therapeut sagt, es sei psychosomatisch und ich solle mich mit meinem Inneren befassen. Mein Ayurveda-Masseur sagt, dass mein „Qi“ blockiert sei und ich täglich Yoga machen sollte. Meine Frau sagt, ich sei ein Hypochonder und solle ihr lieber bei der Hausarbeiten helfen.

Diese Anekdote veranschaulicht sehr schön die Unsicherheiten, die aufkommen können, wenn wir uns nicht ausreichend über die verschiedenen Gesundheitsauffassungen informieren können. Glücklicherweise existiert Journalismus, der laut Klaus Arnold gerade in Zeiten der Unsicherheit greift und dem Publikum möglichst klar und verlässlich Information und Orientierung bereitstellt³. Die Unsicherheit, die durch die wachsende Komplexität der Gesellschaft entsteht, ist nichts Neues – es bedarf deswegen eines gut funktionierenden Journalismus, der dank professioneller Journalisten den Überblick behält und daher die richtige Richtung vorgeben kann. Erfüllt man nämlich bei der journalistischen Arbeit bestimmte Qualitätsgebote, ist die Gesellschaft durch optimale Selbstbeobachtung versorgt: ihre Mitglieder erhalten tägliche Orientierungspunkte, nach denen sie ihr Handeln richten können.⁴

Klingt alles schön und gut. Doch welche Qualität können die journalistischen Inhalte tatsächlich vorweisen? In der vorliegenden Arbeit soll dies anhand der Gesundheitskommunikation in den slowakischen Medien untersucht werden.

Die Slowakische Republik und ihr Journalismus sind heute 25 Jahre alt. Seit dem Fall des Eisernen Vorhangs ist viel geschehen. Was die Medien betrifft, erfahren die Slowaken endlich einen autonomen Journalismus. Doch auch im Hinblick auf die Gesundheit sind Trends bemerkbar: Die Slowaken erkranken immer öfter an den Zivilisationskrankheiten des Westens. Es gibt nicht viele Menschen, die wissen, dass es innerhalb Europas nach den Engländern gerade die Slowaken sind, die am häufigsten übergewichtig sind, oder

¹ Schopenhauer, 1788-1860 zitiert nach: Biendarra, 2008. S. 364

² vgl. Hastall, 2011. S. 15

³ vgl. Arnold, 2008. S. 494

⁴ vgl. Arnold, 2008. S. 493

dass sie am ersten Platz weltweit stehen, was Herz-Kreislaufkrankungen angeht. Diese Zahlen kennend kann niemand daran zweifeln, dass eine hochwertige Gesundheitskommunikation in den meistgelesenen slowakischen Medien von großer Bedeutung ist. Inwiefern es dem slowakischen Journalismus aber tatsächlich gelingt, dieser Bedeutung gerecht zu werden, bleibt die zentrale Fragestellung dieser Arbeit.

Wie wird in den slowakischen Medien über den aktuellen Gesundheitszustand der Bevölkerung berichtet? Wie wird die slowakische Bevölkerung in Bezug auf Gesundheit erzogen und wie gut erfüllt der slowakische Journalismus die Aufgabe der gesellschaftlichen Selbstbeobachtung? Haben die Slowaken die Chance, sich über ihre Gesundheitsprobleme zu informieren und hilft ihnen der Journalismus, sich in endlosen Dschungel der Behandlungsmethoden und Heilmaßnahmen auszukennen?

Dies alles sind Fragen, die im Rahmen dieser Arbeit zumindest partiell beantwortet werden sollen.

Denn wenn der Rezipient keine Informationen von hoher Qualität erhält, so kann er auch keine richtige Orientierung finden. Kann er sich in Gesundheitsfragen nicht gut orientieren, spiegelt sich dies möglicherweise in seinem Gesundheitsverhalten wider.

Im Rahmen dieser Arbeit steht die Qualität von Gesundheitsartikeln, die in slowakischen Online-Medien erschienen sind, im Zentrum der Betrachtung. Es handelt sich um eine quantitativ-qualitative inhaltsanalytische Forschung, die sich nur auf einige relevante und wichtige Qualitätsdimensionen fokussiert: Vielfalt, Relevanz und Kritik.

Thematische Repräsentanz (Relevanz)

Welche Gesundheitsthemen werden kommuniziert? Widerspiegeln sie die aktuelle Problemlage der slowakischen Bevölkerung? Sind die behandelten Gesundheitsthemen relevant, erhält das slowakische Publikum über sich selbst und seine Gesundheitsprobleme die relevantesten Informationen. Welchen Themenkreisen der größte öffentliche Raum geschenkt wird und welchen wiederum kaum, steht im Mittelpunkt der Betrachtung.

Vielfalt

Die Gesundheitsthemen sollen vielfältig sein, weil es heutzutage viele Verständnisse von Gesundheit gibt, die wiederum an die Slowaken kommuniziert werden und ihr Gesundheitsverhalten beeinflussen. Welche Perspektive und welcher Standpunkt sind aber die richtigen? Damit der Rezipient das selbst entscheiden kann, benötigt er ein bestimmtes Wissen über alle Perspektiven und Standpunkte. Er braucht mit anderen Worten eine vielfältige Darstellung des Inhalts.

Öffentlicher Diskurs (Kritik)

Die Berichterstattung sollte gegenüber verschiedenen Perspektiven kritikfähig sein, weil manche Gesundheitsratgeber die Gesundheit eher zu gefährden scheinen, als zu verbessern. Aber auch ein Journalismus, der nur noch die Schulmedizin zu Wort kommen lässt und seine Augen vor vielen Gesundheitseinrichtungen unkonventioneller Art verschließt, wäre ein misslungener Journalismus. Deswegen liegt die Aufgabe des

Journalismus auch darin, einen öffentlichen Diskurs zum Thema Gesundheit zu schaffen. Inwiefern es ihm gelingt, ist der Bestandteil der Fragestellung.

So taucht die Frage immer wieder auf: Was kann ein Slowake über seine Gesundheit erfahren, wenn er täglich die meistgelesenen Zeitungen rezipiert? Dies soll durch die vorliegende Arbeit erforscht werden.

1.2 Erkenntnisinteresse

Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit betrifft die Qualität von Medieninhalten, die sich thematisch mit Gesundheit beschäftigen und die auf bestimmten slowakischen Webseiten veröffentlicht werden. Durch diese Untersuchung soll festgestellt werden, welche Qualität die Gesundheitsartikel haben, mit denen das slowakische Publikum versorgt wird. Es ist für diese Arbeit bedeutsam, bestimmte Qualitätsdimensionen der Medieninhalte zu betrachten, damit man gewisse Schlussfolgerungen ziehen kann: Inwiefern sind die Artikel vielseitig? Inwiefern werden Themen kommuniziert, die für den Gesundheitszustand der slowakischen Bevölkerung am relevantesten erscheinen? Inwiefern gibt es in Online-Medien einen öffentlichen Diskurs zum Thema Gesundheit, in dem auf die zu Wort kommenden Perspektiven ein kritischer Blick geworfen wird? Dies wird in der Untersuchung unter die Lupe genommen.

1.3 Ziel der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, bestimmte Qualitätsdimensionen der betreffenden Inhalte zu messen, sodass es am Ende dieser Arbeit möglich ist, die Gesundheitsartikel im Hinblick auf diese Dimensionen zu beschreiben. Ziel dieser Arbeit ist es, eine Antwort auf die Frage zu finden: Wie sehen Artikel über Gesundheitsthemen in Webportalen aus? Von welcher Qualität sind sie – im Hinblick auf die zu untersuchenden Qualitätsdimensionen? In welcher Qualitätsdimension sind sie stärker/schwächer ausgeprägt? Welche Schlüsse können daraus gezogen werden?

Ziel ist es, herauszufinden, ob und inwiefern die Medieninhalte auf die aktuelle Situation in der Slowakei Rücksicht nehmen. Im Sinne des Gebotes der Vielfalt wird gefragt, inwiefern unterschiedliche Perspektiven, oder Strömungen, in den Gesundheitsartikeln erwähnt werden. Im Sinne des Gebotes der Relevanz wird gefragt, inwiefern über aktuelle Gesundheitsprobleme des Landes berichtet wird und inwiefern die Medien ihre Aufmerksamkeit bestimmten Themen schenken, zum Beispiel der Prävention oder der Behandlung – beides Themen, die den Menschen helfen könnten, gesünder zu bleiben bzw. ihr Verhalten positiv zu verändern. Und schließlich das Gebot der Kritik, zu dem die Frage gestellt wird, wie viel Raum dem öffentlichen Diskurs zum Thema Gesundheit geschenkt wird und welche Spezifika der Diskurs aufweist.

Das endgültige Ziel dieser Arbeit ist es schließlich, zu vergleichen, ob die Artikel in ihrer Qualität dem Gesundheitszustand der slowakischen Bevölkerung, aber auch der Situation in der Slowakei gerecht werden oder nicht, und in welchem Ausmaß sie das tun. Dies betrifft vor allem das Krankheitsbild des Landes und genauso den Boom an neuen Behandlungsmethoden, deren Praxis über die Schulmedizin hinausgeht.

A. THEORETISCHER TEIL

2. Gesundheitsdebatte

Im folgenden Kapitel soll ein Einblick in die aktuellen Gesundheitsthemen der slowakischen Bevölkerung ermöglicht werden. Zuerst wird allgemein erklärt, welche Aufgaben die Gesundheitskommunikation in der Gesellschaft erfüllt. Dann wird erklärt, warum eine effektive Gesundheitskommunikation im Land von großer Bedeutung ist. Es wird demonstriert, in welchem Gesundheitszustand sich die slowakische Bevölkerung befindet und welche Herausforderungen daraus für den slowakischen Journalismus abgeleitet werden können. In diesem Kapitel findet man außerdem Gründe dafür, warum gerade in der Slowakei eine hochwertige Aufklärung über Gesundheitsfragen erfolgen muss und warum im Hinblick darauf im Rahmen dieser Arbeit gerade die Online-Zeitungen untersucht werden.

2.1 Gesundheitskommunikation und ihre Komplexität

Gesundheitskommunikation wird von der Österreichischen Akademie für Präventivmedizin und Gesundheitskommunikation folgendermaßen definiert:

„Gesundheitskommunikation ist ein vielfältiger und multidisziplinärer Ansatz um verschiedenste Zielgruppen mit gesundheitsbezogenen Informationen zu erreichen. Ihr Ziel ist es, Individuen, Gemeinschaften, Gesundheitsprofessionisten, Interessengruppen, (politische) Entscheidungsträger und die Öffentlichkeit dahingehend zu beeinflussen, dass bestimmte Verhaltensweisen, Praktiken oder politische Richtlinien, welche die gesundheitlichen Ergebnisse verbessern, eingeführt, gefördert, angewendet und verstärkt werden“⁵

Wie hier ersichtlich wird, hat die Gesundheitskommunikation ein nicht zu unterschätzendes Ziel – eine Aufklärung über Gesundheitsfragen, die ein gesundheitsförderndes Verhalten bei den Rezipienten zur Folge haben soll. Im Rahmen dieser Arbeit ist es zwar nicht möglich, den ganzen Umfang der Gesundheitskommunikation des Landes zu analysieren, es wird aber ein interessantes Segment herausgenommen und untersucht: die Gesundheitsartikel in slowakischen Online-Tageszeitungen.

2.1.1 Gesundheitsartikel als Gegenstand der Betrachtung

Es bedarf keiner komplizierten Definition. Wie bereits das Wort verrät, sind Gesundheitsartikel nichts anderes, als „abgeschlossene massenmediale Beiträge, in denen das Thema Gesundheit in beliebiger Art und Weise und Ausmaß thematisiert wird.“⁶

⁵ vgl. Schiavo, Renata: Health Communication: From Theory to Practice. Chichester: Wiley, 2007. S. 7
zitiert nach: oeapg.at (o.V. o.D.)

⁶ Hastall, 2011. S. 15

Gesundheitsartikel aus bestimmten slowakischen Online-Zeitungen bilden den Forschungsgegenstand dieser Arbeit.

2.2 Exkurs: Krankheitsbild der slowakischen Bevölkerung

Warum wird gerade das Thema Gesundheit gewählt? Um auf die gesellschaftliche Relevanz des Themas hinzuweisen, wird nun der Gesundheitszustand der Bevölkerung vorgestellt. Die hohen Morbiditäts- aber auch Mortalitätsraten bei bestimmten Erkrankungen bilden den Ausgangspunkt für diese Forschung. Wie werden die Slowaken also von den beliebten Tageszeitungen im Internet über ihre Gesundheit aufgeklärt?

Anhand umfassender statistischer Daten auf Landes- und europäischer Ebene kann man ein Bündel von wichtigen Fragen (betreffend die Gesundheit) gewinnen, die für das slowakische Publikum von höchster Aktualität und Relevanz sind. Wollen die Medien ihrem Publikum die beste Orientierung leisten, sollten sie durchaus über genau diese Gesundheitsfragen berichten. Inwieweit sie es tun oder nicht, stellt einen Bestandteil der Fragestellung in dieser Arbeit dar.

2.2.1 Gesamtbild der Bevölkerungsgesundheit

Die Gesundheit der slowakischen Bevölkerung wird genauso wie im Rest Europas vor allem durch Zivilisationskrankheiten beeinträchtigt. Die meisten Slowaken sterben an einer oder mehreren chronischen Krankheiten oder Zivilisationskrankheiten.

Der aktuellste Bericht der WHO informiert über folgenden Umstand: „The Slovak population suffers mostly from noncommunicable diseases (NCDs) with leading underlying risk factors being tobacco, alcohol, obesity and lack of physical activity. [...] Leading causes of morbidity and mortality are diseases of the circulatory system 52.5% of all deaths, cancer (24.3%), external causes of death ranked the third with 5.9%. Among the oncologic diseases, the highest incidence both in men and women is colorectal cancer. Incidence of HIV/AIDS and TB is very low.”⁷

In folgender Tabelle werden für das Jahr 2011 alle Todesursachen in ihrer Häufigkeit in Bezug auf Alter und Geschlecht veranschaulicht. Die Daten stammen von der Gesundheitsbehörde der Slowakischen Republik.⁸

Abb.1.: Slowakische Bevölkerung – Todesursachen ab 64 Jahren für das Jahr 2011

Todesursachen	Männer	Frauen
Krankheiten des Kreislaufsystems	45,90%	59,80%
Tumore	26,20%	20,10%
Äußere Ursachen	8,00%	2,70%
Erkrankungen der Atemwege	7,00%	5,60%
Krankheiten des Verdauungssystems	6,40%	4,60%
sonstige Krankheiten	6,50%	7,20%

⁷ who.int (World Health Organization, Mai 2013)

⁸ vgl. uvzsr.sk (UVZSR, 2012), S. 12

Abb.2.: Slowakische Bevölkerung – Todesursachen bis 64 Jahre für das Jahr 2011

Todesursachen	Männer	Frauen
Krankheiten des Kreislaufsystems	30,40%	24,80%
Tumore	28,50%	40,00%
Äußere Ursachen	15,80%	7,70%
Erkrankungen der Atemwege	5,50%	4,70%
Krankheiten des Verdauungssystems	10,30%	10,00%
sonstige Krankheiten	9,50%	12,80%

Zu den häufigsten Todesursachen und Krankheiten lassen sich noch zwei weitere hinzufügen, die in letzten Jahren deutlich gestiegen sind. Die Slowakei registriert häufiges Vorkommen von psychiatrischen Krankheiten⁹ und ein rasch steigendes Vorkommen von Diabetes Mellitus. Das nationale slowakische Jahrbuch für Gesundheit berichtet: „Relatively frequent disease among the Slovak Republic citizens is diabetes mellitus. Since 1990 until the last monitored period (2011), the number of dispensarized persons with DM in diabetes outpatients units rose by 58.2%.“¹⁰

Die Behörde für öffentliche Gesundheit bestimmt folgende Risiken, die die Slowaken beachten sollten:

- Falsche Ernährung
- Mangelnde sportliche Betätigung
- Schlafmangel
- Rauchen
- Alkoholismus
- Psychische Spannung
- Stress
- Überlastung

Mit diesen Faktoren gehen, wie die Behörde weiter informiert, Übergewicht, Obesität, Diabetes Mellitus, hoher Blutdruck und obstruktive Lungenerkrankung einher.¹¹

2.2.2 Für die Untersuchung relevante Erkrankungen

Im Folgenden werden einige der häufigsten Erkrankungen noch einmal kurzgefasst. Warum werden sie in dieser Untersuchung als relevant angesehen? Weil sie entweder zu den häufigsten Todesursachen gehören (Herzerkrankungen, Krebserkrankungen, Verdauung, Äußere Ursachen), eine rasch steigende Tendenz (Diabetes, psychiatrische Erkrankungen) haben, oder zu den häufigsten Faktoren gehören, die diese Erkrankungen bewirken (Obesität, Alkohol, Rauchen, Stress).

⁹ vgl. uvzsr.sk (UVZSR, 2012), S. 45

¹⁰ nczisk.sk (National Health Information Center, 2012), S. 44

¹¹ vgl. uvzsr.sk (UVZSR, 2012), S. 60

Obesität

Die slowakische Bevölkerung ist übergewichtig. Laut Nationmaster.com befindet sich die Slowakei im Hinblick auf den Anteil fettleibiger Menschen (Obesitätsanteil) auf dem vierten Platz weltweit, in Europa auf dem zweiten Platz.¹² Diese überraschenden Daten werden durch eine Statistik auf nationaler Ebene bestätigt. Die Behörde der öffentlichen Gesundheit spricht von einer „höchst ungünstigen Situation“, da nur 38,2% der Bevölkerung ein optimales Gewicht haben. Die restlichen Menschen sind übergewichtig (36,2%) oder fettleibig (Obesität, 25,6%).¹³

Kreislauf-Erkrankungen

Die häufigste Todesursache bilden in der Slowakei Herz- und Kreislauferkrankungen. Im Vergleich zu der weltweiten Sterberate dieser Erkrankungen liegt die Slowakei auf dem ersten Platz.¹⁴

Krebs

Die zweithäufigste Todesursache ist Krebs – die Slowakei befindet sich auf dieser Rangliste weltweit auf dem fünften Platz.¹⁵

Diabetes Mellitus

In der Slowakei leiden etwa 7% der Bevölkerung an Diabetes. Die nationale Gesundheitsbehörde berichtet aber von einer rasch steigenden Tendenz.¹⁶

2.2.3 Vergleich mit Österreich

Im Folgenden werden die genannten Zahlen mit Österreich verglichen. Die Morbiditätsrate ist in der Slowakei oft mehrfach höher als die in Österreich; unter der österreichischen Bevölkerung gibt es dennoch viel mehr tägliche Raucher und auch mehr Fälle von Brustkrebs.¹⁷

Abb.3.: Slowakei vs. Österreich – Vergleich der häufigsten Todesursachen für das Jahr 2011¹⁸

Slowakei	Österreich	Todesursachen
19,2 pro 100 000 Frauen	21,4 pro 100 000 Frauen	Brustkrebsfälle insgesamt
405,3 pro 100 000 Personen	280 pro 100 000 Personen	Sterbefälle durch Krebs
216 pro 100 000 Personen	109,3 pro 100 000 Personen	Sterbefälle durch Herzkrankheiten
22,40%	9,10%	Obesität
24,30%	36,30%	tägliche Raucher

¹² vgl. nationalmaster.com (OECD, 2005)

¹³ vgl. uvzsr.sk (UVZSR, 2012), S. 62

¹⁴ vgl. nationalmaster.com (WHO, o.D.)

¹⁵ vgl. nationalmaster.com (OECD, 2004)

¹⁶ vgl. uvzsr.sk (UVZSR, 2012), S. 26

¹⁷ vgl. nationmaster.com (o.V. o. D.)

¹⁸ vgl. nationmaster.com (o.V. o. D.)

2.3 Anforderungen an die Medieninhalte

Die Gesundheitsberichterstattung in der Slowakei sollte demnach vor allem ausreichende Informationen über ...

- Prävention und Behandlung von Herz- und Kreislaufkrankheiten,
- Prävention und Behandlung von Krebs,
- Prävention und Behandlung von Erkrankungen des Atmungssystems,
- Prävention und Behandlung von Obesität,
- Prävention und Behandlung von Diabetes Mellitus sowie,
- Prävention und Behandlung von Verdauungserkrankungen,
- Prävention von Erkrankungen und Todesursachen, die durch äußere Ursachen bewirkt wurden,
- Prävention und Behandlung von psychischen Erkrankungen,
- Ratschläge und Tipps für einen gesunden Lebensstil,
- gesunde Ernährung,
- sportliche Betätigung,
- gesunden und ausreichenden Schlaf,
- den Kampf gegen das Rauchen,
- die Beseitigung von Alkoholismus,
- die Bewältigung von psychischer Spannung,
- die Bewältigung von Stress und Überlastung,

... an das slowakische Publikum kommunizieren. Wie sie das tut, wird im Rahmen dieser Arbeit als Erfüllung des Gebotes der Relevanz untersucht.

2.4 Exkurs: Boom der Komplementär- und Alternativmedizin in der Slowakei

Im Folgenden wird versucht, auf die Notwendigkeit des slowakischen Journalismus hinzuweisen, Perspektiven der Komplementär- und Alternativmedizin bei der Gestaltung von Gesundheitsartikeln miteinzubeziehen. Gemeint ist nicht, sie in den Vordergrund zu stellen, oder sie sogar zu befürworten, sondern sie allgemein zu berücksichtigen, weil sie, wollend oder nicht, ein Bestandteil des slowakischen Gesundheitswesens geworden sind. Es geht um die optimale Selbstbeobachtung, die der Journalismus laut Arnold der Gesellschaft ermöglichen sollte.¹⁹ Und dies kann nur dann gelingen, wenn nicht immer nur die gleichen Personen mit ihren Positionen und Themen zu Wort kommen, sondern auch neue Personen mit ungewöhnlichen Positionen und Themen aktiv miteinbezogen werden.²⁰ Komplementär- und Alternativmedizin sind in der Gesellschaft präsent. Und es ist eine journalistische Herausforderung, dies widerspiegeln zu können (und wollen) und

¹⁹ vgl. Arnold, 2008. S. 493

²⁰ vgl. Arnold, 2008. S. 494

sich mit dem Thema optimal zu befassen. Falls die Journalisten die alternativen Informationsquellen als nicht glaubwürdig empfinden, ist es ihre Aufgabe, dies an die Öffentlichkeit zu vermitteln. Schließlich geht es darum, eine möglichst klare Selbstbeobachtung der Gesellschaft zu leisten – und dies wird nur dann geschafft, wenn die meistgelesenen Zeitungen die Augen vor unkonventionellen Verständnissen und Methodiken nicht verschließen, sondern sie genauso wie in anderen Ressorts berücksichtigen und der Kritik unterwerfen. Sonst wird der Mensch um die Möglichkeit beraubt, einen journalistischen kritischen Blickwinkel auf den Bereich kennenzulernen, in dem es um das Wichtigste geht – um die Gesundheit.

2.5 Schulmedizin und Alternativmedizin

Hier soll erklärt werden, was unter Schul- und was unter Komplementärmedizin gemeint ist.

2.5.1 Schulmedizin

„Als Schulmedizin werden (...) die dem heutigen Lehrgebäude der Humanmedizin entsprechenden Denkweisen und Verfahren bezeichnet, die an den Universitäten der hoch entwickelten westlichen Länder erforscht und verwendet werden.“²¹

Im Allgemeinen werden unter Schulmedizin Denkweisen und Verfahren gemeint, die hinter den Türen der konventionellen, offiziell anerkannten Ambulanzen erfahren werden könnten. Wenn man im Zusammenhang mit Gesundheitsfragen statt „Arzt“ und „Arzneimittel“ jedoch Begriffe wie „Akupunktur“ oder „Phytotherapie“ erwähnt, bewegt man sich auf dem Boden einer unkonventionellen, ja alternativen Medizin. Dieser haftet oft der Beigeschmack der Unglaubwürdigkeit an. Ob gut oder nicht, die Beliebtheit der Alternativ- und Komplementärmedizin in der Gesellschaft wächst²² und wird daher zum Bestandteil der Realität vieler Slowaken; professioneller Journalismus sollte das berücksichtigen.

2.5.2 Komplementärmedizin

„Unter dem Terminus „Komplementärmedizin“ wird eine Vielzahl unterschiedlicher Theorie- und Praxisansätze zusammengefasst, deren gemeinsames Merkmal es ist, dass sie nicht zur konventionellen, wissenschaftlich etablierten Medizin gerechnet werden und bei deren Vertretern nicht über hinreichende Akzeptanz verfügen.“²³. „Bei aller Unterschiedlichkeit von Ansätzen wie etwa der Homöopathie, Anthroposophischen Medizin, Naturheilverfahren werden von ihren Vertretern Prinzipien der Förderung, Unterstützung oder auch Stimulation beziehungsweise Provokation von Selbstordnungsleistungen des Organismus beziehungsweise des Individuums als therapeutisches Prinzip geltend gemacht“²⁴

²¹ Willich u. a., 2008. S. A1316

²² vgl. Willich u. a., 2008. S. A1314

²³ vgl. Willich u. a., 2008. S. A1317

²⁴ vgl. Willich u. a., 2008. S. A1317

Das Letztere sollte gleichzeitig den Grund dafür darstellen, warum viele Patienten statt oder neben der schulmedizinischen Versorgung Hilfe durch Komplementärmedizin suchen. Die Gründe, warum die Menschen immer mehr nach Alternativen suchen sind gleichzeitig die Gründe, warum diese Perspektiven journalistisch eingearbeitet werden sollten. Sie beruhen nämlich auf dem Willen der Patienten, ja der Rezipienten.

2.5.3 Warum Menschen nach Alternativen suchen

Im Folgenden befassen wir uns kurz mit den Gründen, warum immer mehr Menschen nach Alternativen suchen, die über die Schulmedizin hinausgehen. Mithilfe von wissenschaftlicher Literatur kann man eine Liste dieser Faktoren erstellen:

1. Auffassungsunterschiede hinsichtlich Krankheit und Heilung

Die sich von der Schulmedizin unterscheidende Gesundheitsauffassung der Komplementärmedizin wird von den Menschen für positiv gehalten. Es gefällt den Patienten, nicht nur die „causa externa“ zu behandeln, sondern darüber hinaus salutogene Ressourcen in der Krankheitsüberwindung zu stärken. Weil Alternativmedizin die wahren Ursachen statt nur die Symptome zu entdecken und zu behandeln verspricht, gewinnt sie immer mehr Anhänger.

2. Ungenügende Berücksichtigung seelischer Faktoren

Patienten suchen nach mehr Verständnis über Zusammenhänge. Stressbewältigung aber auch therapeutische Hilfe in einer Krisensituation hilft bei den meisten Zivilisationskrankheiten. Dem schulmedizinischen Gesundheitsverständnis wird vorgeworfen, dass es die seelischen Faktoren zu wenig berücksichtigt.

3. Aktive Rolle des Patienten in Schulmedizin vermisst

Patienten möchten mehr Aktivität und Verantwortung übernehmen, was die eigene Krankheitsbewältigung und Therapie betrifft. Sie wollen sich selbst hilfreich sein.

4. Mehr Alternativen erwünscht

Insgesamt wollen Patienten mehr Alternativen zur Auswahl haben. Der Wunsch nach Erweiterung der therapeutischen Optionen seitens der Patienten wurde vor allem bei Zivilisationskrankheiten und chronischen Krankheiten bemerkt.²⁵

2.5.4 Alternativmedizin in der Slowakei

Man sieht: die Präsenz von alternativen Heilungsmethoden ist ein Faktum. Die Slowakei ist dabei keine Ausnahme. Nach der Revolution wurden die Türen für neue Informationen geöffnet – seit dieser Zeit freuen sich die unkonventionellen Gesundheitszentren über wachsende Beliebtheit. Dennoch war es nicht möglich, im Rahmen dieser Arbeit eine genaue Anzahl an alternativen Kliniken und anderen Einrichtungen festzustellen. Es scheiterte an mangelnden Auskünften seitens der Gesundheitsbehörden der Slowakischen Republik: Nach längerer E-Mail-Korrespondenz wurde klar, dass keine Landesbehörde über Statistiken und Zahlen bezüglich der Alternativmedizin verfügt. Stattdessen wurde

²⁵ vgl. Willich u. a., 2008. S. A1314

auf die lokalen Behörden bzw. Gemeindeämter verwiesen – die aber auf keine der zahlreichen Versuche, Kontakt aufzunehmen reagierten.

Nichtsdestotrotz konnten sämtliche benötigte Informationen im offiziellen Bericht über den Zustand des slowakischen Gesundheitswesens gefunden werden. Nach dieser Quelle sind alternative Methoden in der Slowakei relativ beliebt, vor allem Akupunktur, Homöopathie und Ostmedizin, Massagen, sowie Ernährungsberatung. Im Jahr 2006 haben 5394 Slowaken eine Akupunktur in Anspruch genommen, was statistisch in zehn Untersuchungen auf 10 000 Bewohner resultiert.²⁶ Außerdem wird damit gerechnet, dass die inoffizielle Zahl viel höher ist.

Aus diesem Grund lässt sich sagen, dass die Slowaken nicht nur von konventionellen sondern durchaus auch von unkonventionellen Gesundheitsberatern „erzogen“ werden. Seit dies die Realität darstellt, sollte das Thema Alternativmedizin vom professionellen Journalismus mitberücksichtigt und öffentlich kommuniziert werden.

²⁶ vgl. health.gov.sk (Gesundheitsministerium SR, 2011). S. 132-133

2.6 Legitimierung des Themas: Gesundheitskommunikation in der Slowakei

Im Folgenden werden vier konkrete Gründe genannt, warum in der Slowakei die Frage nach einer effektiven Gesundheitskommunikation noch immer aktuell ist.

Abb.4.: Gründe für Bedarf an hochqualitativen Gesundheitsartikel in den slowakischen Medien

1.	Schlechter Gesundheitszustand der slowakischen Bevölkerung	Zivilisationskrankheiten wie Krebs, Herzkrankheiten, Diabetes Mellitus und andere haben in den letzten Jahren in der Slowakei zugenommen, oder haben generell eine höhere Erscheinungsrates als zum Beispiel in Österreich. In dieser Hinsicht lässt sich also eindeutig der Schluss ziehen, dass in der Slowakei eine gut funktionierende Gesundheitskommunikation von Bedeutung ist.
2.	Optimistic Bias stark in Gesundheitsfragen etabliert	Die Notwendigkeit der Gesundheitskommunikation wird noch deutlicher, wenn man den Optimistic Bias gerade in diesem Gebiet berücksichtigt. Wie Herr Weinstein in seiner Studie aus 2001 sagt: „Die meisten Menschen sind weiterhin überzeugt, dass ihre persönliche Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung an bestimmten Gesundheitsrisiken deutlich unter der anderer Personen liegt.“²⁷
3.	Mangelnde Sensibilisierung erhöht Gesundheitskosten und Krankheitsrisiko	Die Effektivität und hohe Qualität von kommunikativen Maßnahmen, die die Gesundheit betreffen, sind enorm wichtig, wenn man das menschliche Leiden und die Kosten des Gesundheitswesens minimieren will. Es ist notwendig, den Menschen mehrere gesundheitsförderliche Maßnahmen näher zu bringen. „Zweifelloos könnte vielen Menschen viel unnötiges Leiden - und den sozialen Sicherungssystemen enorme Kosten - erspart bleiben, wenn es besser als bisher gelänge, Menschen zumindest für einige besonders relevante Gesundheitsrisiken zu sensibilisieren und zu entsprechendem Schutzverhalten zu motivieren.“²⁸
4.	Effektive Gesundheitskommunikation ist noch immer ein knappes Gut	Die wissenschaftliche Literatur sagt, „die Vervielfachung verfügbarer Gesundheitsinformationen bewirke weder eine nennenswerte Erhöhung des entsprechenden Wissensstandes in der Bevölkerung noch eine realistischere Risikowahrnehmung.“²⁹ Die Frage nach einer effektiven Gesundheitskommunikation ist daher noch immer aktuell.

²⁷ Weinstein, Neil: Public understanding of risk and reasons for smoking low-yield products. In: Smoking and Tobacco Control Monograph. No. 13. 2001. S.193-198 zitiert nach: Hastall, 2011. S. 15

²⁸ vgl. Hastall, 2011. S. 16

²⁹ vgl. Hastall, 2011. S. 15

2.7 Forschungsstand

Gesundheitskommunikation im Internet ist für die Forschung ein besonders interessantes Feld, was sich in der enormen Anzahl und Vielfalt an Studien dieser Art widerspiegelt. Thematisch überwiegt dennoch die Frage nach Vor- und Nachteilen einer internetbasierten Gesundheitskommunikation. Die Forschungswelt befasst sich also eher mit der Frage, ob und wie Internet zu einer „Public Health“ beitragen könnte. Analysen einzelner Qualitätsdimensionen in Medieninhalten wurden hingegen nicht gefunden.

Trotzdem hat der aktuelle Forschungsstand viele sinnvolle und nützliche Informationen zu bieten, die bei der Interpretation der künftigen Forschungsergebnisse durchaus miteinbezogen werden (müssen).

2.7.1 Internet ist für die Aufklärung über Gesundheitsfragen besonders geeignet

Die meisten Studien sehen das Internet als die richtige Plattform für die Verbreitung von Gesundheitsinformationen. Auf der einen Hand wird es als vorteilhaft angesehen, dass eine persuasive Kommunikation dank der möglichen Personalisierungsoptionen im Internet effizienter und wahrscheinlicher ablaufen kann³⁰, auf der anderen Hand bildet der Internetzugang eine Informationsquelle für Menschen, die sich eine professionelle Konsultation mit einem Arzt nicht leisten können, oder einfach mehr Informationen brauchen.

Menschen, die sich im Hinblick auf Gesundheitsfragen mehr auf das Internet als auf andere Informationsquellen verlassen, wurden sogar besser über bestimmte Gesundheitsfragen informiert, als diejenigen, die sich nicht per Internet informierten. „For example, researchers have found that Latinos who reported that they had obtained “a lot” of diabetes information from the Internet were more knowledgeable about diabetes compared with those who did not.“³¹

Das Internet ist durch die unterschiedlichsten Gesundheitsinformationen überflutet worden. Und obwohl sich die Wissenschaftler darauf einigen, dass es eine Chance zur globalen Aufklärung über Gesundheitsthemen bildet, drängt sich eine Frage noch stärker in den Vordergrund: Sind die Kommunikatoren bei der Verbreitung von Gesundheitsinhalten vorsichtig, was die Qualität angeht?

2.7.2 Am häufigsten suchen ältere und kranke Personen nach Informationen

Manche Studien haben versucht, die Zielgruppe zu bestimmen, welche im Internet am meisten nach Gesundheitsinformationen sucht. Die Ergebnisse unterscheiden sich nur in Kleinigkeiten – am meisten sind ältere Menschen betroffen, doch nicht jene im hohen

³⁰ vgl. Cassell u. a., 1998. S. 71

³¹ Livingston u. a., 2008. S. 638

Alter. „Access to health information is more important for older generations and because health concerns and problems tend to increase with age.“³²

Natürlich ist es aber nicht nur das Alter, das die Rezeption beeinflusst. Geschlecht, situative und psychosoziale Faktoren spielen auch eine Rolle. „Individual factors, the health situation, health information sources, and relationships with medical professionals all influence online health information seeking.“³³ People using the Internet more for health-related purposes were younger, female and affected by chronic diseases.³⁴

Interessant sind auch die Motive, die hinter einer Internetrezeption zum Zweck der Suche nach Gesundheitsinformationen stecken: „The main reasons for search on the Internet were faster access and a greater amount of information.“³⁵

Es ist klar, dass die Gesundheitskommunikation, die Online abläuft, stark nachgefragt wird und das vor allem von Menschen, deren Gesundheitszustand schlechter ist.

2.7.3 Qualität der Medieninhalte von höchster Bedeutung

Eine umfassende Studie, die auch auf die Notwendigkeit der besonderen Qualität von Gesundheitsbotschaften hinweist, ist die von Loss und Nagel, aus dem deutschen Bundesgesundheitsblatt. Eine internetbasierte Gesundheitskommunikation ist ihrer Meinung nach von großer Bedeutung für die „Public Health“. „Sie trägt zum Empowerment der Bürger bei und hilft ihnen, informierte Entscheidungen in Gesundheitsbelangen zu treffen“, ergänzen die Forscher.³⁶

Soll eine Gesundheitskommunikation effektiv sein, muss sie von hoher Qualität und professionell aufbereitet sein. Forscher erwähnen mögliche schlechte „Nebenwirkungen“, die eine nicht akkurate Gesundheitskommunikation nach sich ziehen könnte. Die Risiken seien vor allem einseitige Information, diskriminierende Botschaften, skandalisierende Berichterstattung oder unzureichende Ausrichtung auf relevante Zielgruppen.³⁷

Wie sich Loss und Nagel schließlich äußern, ist das mit dem „Erlangen“ von Qualität von den Kommunikatoren nicht so einfach: „Wie eine ethische Verantwortung von den unterschiedlichen Anbietern von Gesundheitsinformationen eingefordert werden kann, bleibt unklar.“³⁸

³² Nussbaum, J. F/Coupland, J.: The older patient-physician interaction. In: Thompson, T. L./Robinson, J.D/Beisecker, A.D.: Handbook of communication and aging research. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. 2004. S. 451–477 zitiert nach: McMillan u. a., 2008. S. 778

³³ McMillan u. a., 2008. S. 791

³⁴ Siliquini u. a., 2001. S. 1

³⁵ Siliquini u. a., 2001. S. 1

³⁶ Loss/Nagel, 2009. S. 503

³⁷ vgl. Loss/Nagel, 2009. S. 503

³⁸ Loss/Nagel, 2009. S. 503

2.8 Legitimierung des Themas: Gesundheitskommunikation im Internet

Im Folgenden werden drei Gründe genannt, warum es notwendig ist, gerade die internetbasierte Gesundheitskommunikation unter die Lupe zu nehmen.

Abb.5.: Gründe für effektive Gesundheitskommunikation im Internet

1.	GESUNDHEITSINFORMATION VOR ALLEM IM INTERNET GESUCHT	Personalisierungsoptionen und der hohe Anonymitätsgrad ermöglichen es, relevante und umfangreiche Informationen den individuellen Bedürfnissen und Wünschen entsprechend herauszusuchen.
2.	INTERNETSUCHE NACH MEHR GESUNDHEITSINFORMATION WIRD VOR ALLEM VON RISIKOGRUPPEN BETÄTIGT	Menschen, die eingeschränkte Möglichkeiten zum Arztbesuch haben, sowie kranke und ältere Menschen, begeben sich viel häufiger auf die Internet-Suche nach Gesundheitsinformationen, als andere.
3.	QUALITÄT DER INTERNETBASIERTEN GESUNDHEITSKOMMUNIKATION IST ZUR ZEIT FRAGLICH	Wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass das Internet viel zur „Public Health“ beitragen kann, es bedarf aber einer professionellen Aufbereitung der Inhalte, weil es sonst eher zur konträren Wirkung kommen kann.

3. Qualitätsdebatte

Nachdem jetzt eingehend erklärt wurde, warum es wichtig ist, die Qualität der Gesundheitskommunikation in slowakischen Online-Zeitungen zu untersuchen, ist es nun an der Zeit dafür, sich mit dem umfangreichen Thema der Qualität zu befassen. Im Folgenden wird erklärt, was Qualität ist, welche Begriffsverständnisse im Rahmen dieser Arbeit zur Geltung gebracht werden. Schließlich soll außerdem das Zusammenspiel der Qualitätstheorien an der Gesundheitsproblematik demonstriert werden. Auf diese Art wird das Verständnis des Forschungsproblems vertieft, indem auf das Zusammenspiel beider Begriffe – Qualität und Gesundheitskommunikation – hingewiesen wird.

3.1 *Qualität: Bedeutung*

Die Qualität stellt in der Gesellschaft einen anzustrebenden Wert dar, den wir, so scheint es, in jedem Spektrum unseres Lebens gerne beobachten würden: Von der Ausbildung, über das Wohnen bis hin zu Schuhen sollte alles in unserer Idealwelt von „hoher Qualität“ sein. Die Medien sind sich dessen bewusst und versprechen ihrem Publikum auch die bestmögliche Qualität: Die „Wiener Zeitung - Der erste Überblick“ oder „Die Presse - Der große Horizont“, sowie die „Frankfurter Allgemeine Zeitung - Eine der großen Zeitungen der Welt“.³⁹ Doch gerade an diesem Beispiel sieht man, dass wir im Alltag das Wort „Qualität“ fälschlicherweise nur mit einem positiven Wert verbinden. So vergessen wir, dass Qualität eigentlich ein wertungsfreier Begriff ist, der sowohl positive als auch negative Attribute zulässt.⁴⁰ Dieser häufig vorkommende linguistische Irrtum wird ein- und für allemal durch die Wirtschaftswelt und ihre klare Definition des Begriffs aufgelöst: „Qualität ist ein Grad, in dem ein Produkt mit bestimmten Anforderungen übereinstimmt.“⁴¹ Das sagt eben noch nichts über die Beschaffenheit der Anforderungen aus.

3.2 *Eine journalistische Qualität gibt es nicht*

Wie bereits die Definition verrät, kann es die Frage nach *einer* journalistischen Qualität daher nicht geben. Journalismus ist ein dynamischer Prozess, der aufgrund seiner Komplexität über unendlich viele „Qualitäten“ verfügen kann. Die Frage lautet demnach nicht, ob z.B. ein journalistischer Inhalt von guter Qualität ist, sondern welche Qualitätskriterien inwieweit von einem journalistischen Inhalt erfüllt werden. Bevor man nach Qualität fragt, muss man im Stande sein, sich folgende Fragen zu stellen: Aus welcher Perspektive schauen wir uns den Medieninhalt an? Von welchem Journalismus-Verständnis gehen wir aus? Was sind die Kriterien, die ein „hochwertiger“ Medieninhalt erfüllen soll?

³⁹ vgl. Wallisch, 1995. S. 14

⁴⁰ vgl. Schröter, 1995. S. 258

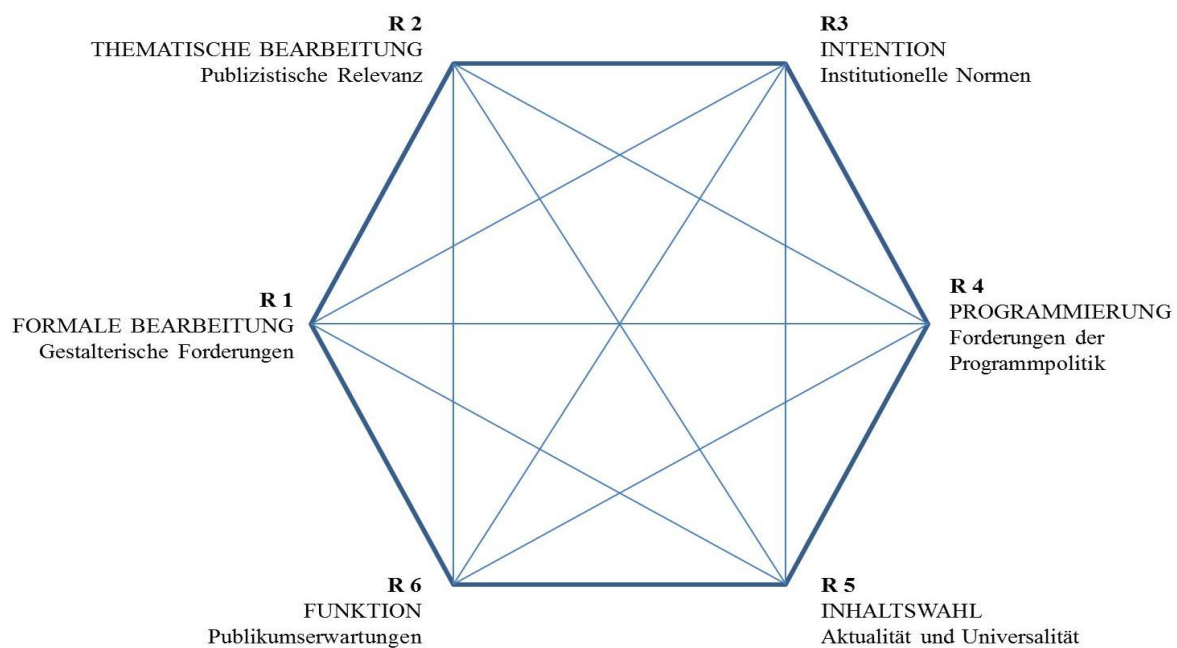
⁴¹ vgl. Deutsches Institut für Normung/Normenausschuss Qualitätsmanagement, Statistik und Zertifizierungsgrundlagen: Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe. Dreisprachige Fassung. Berlin: EN ISO 9000. 2005. S. 18 zitiert nach: Arnold, 2008. S. 491

So hat zum Beispiel ein Journalist eine unterschiedliche Vorstellung von einem hochwertigen Artikel als der Rezipient, und der Medienunternehmer wiederum eine ganz unterschiedliche Vorstellung als zum Beispiel ein Chefredakteur. Aus diesem Grund ist es nötig abzuklären, welche Qualitäten *insgesamt* dem Journalismus zugeschrieben werden können. Obwohl eine komplexe Liste dieser Art nie vollkommen sein kann, gab es in der wissenschaftlichen Geschichte Versuche, die wichtigsten Qualitätskriterien mithilfe von dynamischen Modellen zu definieren.

3.3 Journalistische Normenkonstellation – komplexes Qualitätsmodell

Saxer und Kull haben versucht, alle journalistischen Normen in einem einheitlichen Modell darzustellen, indem sie die Produktion von Journalismus in detaillierter Weise beschreiben. So meinten sie, die wichtigsten Qualitätsanforderungen an die journalistische Arbeit bestimmen zu können. An diesem Modell wird gezeigt, wie stark der Qualitätsbegriff im Hinblick auf die Perspektive oder im Hinblick auf ein konkretes Aktivitätssegment des Journalismus variieren kann.

Abb.6.: dynamisches Modell der journalistischen Qualität⁴²



Das sechseckige Modell verrät, dass die journalistische Arbeit ein dynamischer Prozess ist, der aus vielen Arbeitspunkten besteht, die untereinander starke Interdependenzen haben. Aus dem Modell lässt sich ablesen, dass nach Saxer und Kull die journalistische Arbeit nur dann von idealer Qualität ist, wenn die Anforderungen bzw. Qualitätskriterien aus allen Eckpunkten beachtet werden. Das Modell ist eher abstrakt als konkret, die Auflistung von *konkreten Qualitätskriterien innerhalb der Eckpunkte* geschieht nur oberflächlich und lässt die Türen für andere Perspektiven/Vorstellungen offen. Das Modell weist nur auf die Bereiche hin, in denen nach Qualität gefragt werden sollte – es bedarf

⁴² vgl. Saxer, Ulrich/Kull, Heinz: Publizistische Qualität und journalistische Ausbildung. Zürich, 1981. S. 49 zitiert nach: Wallisch, 1995. S. 167

allerdings einer näheren Befassung mit Kriterien, die ein Eckpunkt/ein Arbeitspaket/usw. erfüllen soll. Nun werden alle Eckpunkte grob beschrieben.

Abb.7.: Journalistische Normenkonstellation⁴³

R1	FORMALE BEARBEITUNG: gestalterische Forderungen	Es handelt sich um die eigentlichen Gestaltungen der Medieninhalte, im Hinblick auf die Spezifika von Genres und Gattungen. Welche Qualitätsanforderungen lassen sich für eine Reportage/einen Bericht/ein Feuilleton bestimmen?
R2	THEMATISCHE BEARBEITUNG: publizistische Relevanz	Hier gilt es abzuklären, unter welchen Umständen ein Thema journalistische Relevanz aufweisen kann und welche Qualitätskriterien daraus resultieren. Dies wird vom Schwerpunkt des Mediums beeinflusst: der „Newswert“ liegt bei Boulevard anderswo als bei einer Qualitätszeitung, die sich als „Vierte Gewalt“ versteht.
R3	INTENTION: institutionelle Normen	Die Autoren sprechen in diesem Fall über institutionelle Normen eines Senders oder einer Zeitung, die unmittelbar Einfluss auf den Medieninhalt haben. Genannt wird beispielsweise die Budgetierung. An dieser Stelle würde ich gerne noch die Intentionen von Interessensgruppen, Sponsoren und Kooperierenden hinzufügen, die auch ihre eigenen Qualitätsvorstellungen von einer journalistischen Arbeit haben und dann dementsprechend auch beeinflussen. Eigene „Normen“ haben zum Beispiel die Werbeindustrie, der Presserat und nicht zuletzt politische und ökonomische Interessensgruppen, die, wollen oder nicht, den Journalismus beeinflussen. Ein weiteres Beispiel bilden die öffentlich-rechtlichen Medien, die per Gesetz auch eigene Aufgaben erfüllen müssen.
R4	PROGRAMMIERUNG: Forderung der Programmpolitik	Hiermit sind bestimmte medieninterne Voraussetzungen gemeint, die erfüllt werden müssen, damit beispielsweise von einer richtigen Platzierung eines Medieninhalts in sein Umfeld die Rede sein kann.
R5	INHALTSWAHL: Aktualität und Universalität	Das Publikum sollte sich durch das Medienprodukt angesprochen fühlen, die Autoren sprechen daher von Universalität, d. h. von einer Gruppe von Qualitätskriterien, die alle erfüllt sein sollten, damit die Zielgruppe tatsächlich erreicht wird. Aktualität wird von Saxer und Kull als weiteres wichtiges Qualitätskriterium bei diesem Eckpunkt erwähnt, zu dem sich, so die Autoren, der Journalismus verpflichtet fühlen sollte. Seit dieser Zeit sind zweifellos andere Kriterien dazugekommen, die heute als „Nachrichtswerte“ genannt werden und die auf Wahl der Inhalte sicher einen entscheidenden Einfluss haben. ⁴⁴
R6	FUNKTION: Publikumserwartungen	Hier geht es um konkrete Qualitätskriterien, die das Interesse des Publikums zu wecken versuchen. Diesem Gebiet bleiben alle Türen offen – die Art und Weise, wie dies erreicht wird, variiert von Medium zu Medium bzw. von Journalist zu Journalist. ⁴⁵

⁴³ vgl. Saxer, Ulrich/Kull, Heinz: Publizistische Qualität und journalistische Ausbildung. Zürich, 1981.
S. 49 zitiert nach: Wallisch, 1995. S. 167 f.

⁴⁴ vgl. Burkart, 2002. S. 279

⁴⁵ vgl. Wallisch, 1995. S. 168-170

Wie hier ersichtlich geworden ist, ist dieses Modell relativ flexibel, da es nicht auf eine einzige Qualität abzielt, sondern unendlich viele Schattierungen erlaubt – konkrete Sichtweisen und Präferenzen werden dem Untersuchenden überlassen⁴⁶. Das Modell bildet dank seiner Komplexität den Makro-Rahmen der Qualitätsfrage in dieser Arbeit und lässt Raum, sich näher mit anderen, auf Meso- und Mikro-Ebene vorkommenden Qualitätstheorien zu befassen und sie dabei systematisch ins Modell zu integrieren. An diesem Modell werden die folgenden, mehr auf den Medieninhalt bezogenen, Theorien veranschaulicht, was einen bedeutsamen und interessanten Blickwinkel ermöglicht.

Wie das Modell bereits erklärt, gibt es zahlreiche Ansichten, durch die man die Qualitätsfrage beobachten kann. Nun stellt sich die Frage, welche Perspektive im Rahmen dieser Arbeit dominant sein wird und welche Aspekte wir dadurch betrachten werden. Die Antwort lautet: einen theoretischen Schritt weiter machen wir mithilfe des funktional-systemorientierten Verständnisses von Journalismus.

3.4 Funktional- und systemorientiertes Verständnis von Journalismus

Wie bereits in der Einleitung erklärt wurde, geht mit der Frage nach Qualität die Frage nach Perspektive einher. Es ist die Perspektive, mit der wir den Journalismus betrachten und seine Aufgabe verstehen. Nur aus diesem Verständnis heraus können wir die konkreten Qualitätskriterien ableiten.

Im Rahmen dieser Arbeit bildet die Perspektive das funktional-systemorientierte Verständnis von Journalismus. Es wird zum Bestandteil des Eckpunkts R3 des Modells nach Saxer und Kull. Hier werden die Normen bestimmt – dies stellt den ersten Initiationspunkt dar, da hier erklärt wird, welche Aufgaben der Journalismus hat und welche Anforderungen an Journalismus sich daraus ableiten. Die Qualität einer Medienbotschaft geht auf die gesellschaftliche Aufgabe von Journalismus zurück und wird von der funktional-systemorientierten Perspektive folgendermaßen definiert:

Die Aufgabe von Journalismus besteht darin,

„...eine umfassende *Orientierungsleistung* für die verschiedenen Akteure der Gesellschaft zu leisten, indem er über aktuelle, sozial relevante und faktische Vorgänge in den verschiedenen gesellschaftlichen Teilsystemen informiert.“⁴⁷

Der Journalismus soll demnach

...auf die *aktuellen Orientierungsprobleme der komplexen Gesellschaft* eingehen und eine gesellschaftliche Funktion übernehmen, die darin besteht, aktuelle Themen aus den diversen Teilsystemen der Gesellschaft als Medienangebote zur Verfügung zu stellen, um so eine möglichst anschlussfähige *Selbstbeobachtung* der Gesellschaft zu ermöglichen.⁴⁸

⁴⁶ vgl. Wallisch, 1995. S. 170

⁴⁷ Arnold, 2008. S. 493

⁴⁸ vgl. Arnold, 2008. S. 493

Bringt man diesen Ansatz mit der slowakischen Bevölkerung und ihrem Gesundheitszustand in Zusammenhang, dann übernimmt der slowakische Journalismus die Aufgabe, der slowakischen Bevölkerung aktuelle Gesundheitsthemen als Medienangebote zur Verfügung zu stellen und dadurch eine anschlussfähige Selbstbeobachtung zu ermöglichen. Der Journalismus sollte sich also darum kümmern, dass die Bevölkerung über die Entwicklung ihrer Gesundheit Bescheid weiß (Selbstbeobachtung), so dass dies vom Publikum berücksichtigt werden kann (Handlungsorientierung).

Die etwas grobe Definition von Journalismus verbirgt viel Konkretes in sich. Damit der Journalismus dem Publikum Orientierung ermöglichen kann, muss bei der Gestaltung der Medieninhalte viel beachtet werden. Hier bewegen wir uns von der Makro-Ebene der Paradigmata durch die Meso-Ebene des journalistischen Arbeitens gleich zur Mikro-Ebene, wo es ja um die eigentlichen Eigenschaften der Kommunikate geht. Die Theorie ist aus diesem Grund herausragend, da sie die abstrakte Sichtweise in konkreter Manifestation an journalistischen Produkten niederschlagen lässt und daher mehrere Ebenen gleichzeitig überbrückt.

3.4.1 Qualitative Anforderungen an die Medieninhalte

Die journalistische Herausforderung stellt in dieser Forschung die *umfassende Orientierungsleistung in Gesundheitsfragen* dar. Soll dies gelingen, müssen die Kommunikationsinhalte bestimmte qualitative Anforderungen erfüllen.

Arnold leitet aus den erwähnten Funktionen und Codes des Journalismus viele Qualitätsdimensionen ab, die der Journalismus beachten sollte. Nun werden alle von ihnen kurz erklärt, nur die drei wichtigsten werden später näher erläutert.

Abb.8.: Qualitätskriterien nach der funktional-systemorientierten Theorie⁴⁹

Qualitätskriterium	Kernaussage
VIELFALT	Aktive Miteinbeziehung neuer, auch ungewöhnlicher Perspektiven.
RELEVANZ	Richtige Selektionsmechanismen werden eingeführt, so dass relevante Inhalte ans Licht der Öffentlichkeit gebracht werden.
KRITIK	Akteure beleuchten gemeinsam das Thema, indem sie sich gegenseitig hinterfragen und ergänzen (Diskurs)
AKTUALITÄT	Es werden aktuelle Informationen, d.h. Informationen mit bestimmtem Neuigkeitswert veröffentlicht.
UNABHÄNGIGKEIT	Journalistische Arbeit wird von politisch-wirtschaftlichen Zwängen befreit.
ANSCHLUSSFÄHIGKEIT	Journalistische Angebote sind leicht zugänglich.
GLAUBWÜRDIGKEIT	Die Journalisten erstellen Medieninhalte, die auf einer plausiblen Verknüpfung von Fakten und geäußerten Aussagen beruhen.
RECHERCHE	Journalisten recherchieren im Sinne einer optimalen Selbstbeobachtung ausreichend.

⁴⁹ vgl. Arnold, 2008. S. 494 f

3.4.2 Wahl konkreter Qualitätskriterien und ihre Begründung

Obwohl alle der genannten Qualitätskriterien erfüllt sein müssen, damit der Journalismus der Gesellschaft eine optimale Handlungsorientierung bereitstellen kann, werden im Rahmen dieser Arbeit nur die ersten drei Qualitätskriterien erforscht: Vielfalt, Relevanz (*partiell*) und Kritik. Dafür ergeben sich folgende Gründe:

1. Die Gebote der Vielfalt, Kritik und Relevanz bilden gemeinsam ein Bündel an Anforderungen, die das Forschungsproblem optimal untermauern.
2. Der Gesundheitszustand der slowakischen Bevölkerung ist ungünstig. Daher ist es von Bedeutung festzustellen, ob die wichtigsten Informationen über den Gesundheitszustand und über Gesundheitsthemen in den slowakischen Medien genannt werden. Dies unterliegt dem Gebot der Relevanz, die allerdings mehr im Sinne von „thematischer Repräsentanz“ untersucht werden wird, da „Relevanz“ an sich und die Selektionsmechanismen im Rahmen dieser Arbeit nicht behandelt werden.
3. Die Slowakei ist komplexer geworden. Neue Behandlungsmethoden, Kliniken, Alternativmedizin sorgen für ein informatives Chaos. Daher ist es von Bedeutung festzustellen, ob relevante Gesundheitsthemen von vielen Perspektiven aus beleuchtet werden, sodass sich jeder Nutzer bzw. jede Nutzerin über aktuelle Gesundheitsprobleme und Heilungsmethoden eine eigene Meinung bilden kann. Dies unterliegt dem Gebot der Vielfalt.
4. Das Gebot der Kritik steht mit dem Gebot der Vielfalt in Verbindung. Wenn neue Strömungen ins Land kommen, die Krankheiten unterschiedlich verstehen und heilen, ist es wichtig, diese auch unter die Lupe zu nehmen und ausreichend zu hinterfragen. Manche Verfahren der unkonventionellen (aber auch konventionellen) Medizin könnten möglicherweise die Gesundheit eher gefährden als verbessern. Werden die Perspektiven, wenn sie artikuliert werden, ausreichend hinterfragt und kritisiert? Zum Zweck der besseren Operationalisierung wird dies anhand der Diskurstheorie untersucht, weil Kritik losgelöst aus dem diskursiven Kontext nicht betrachtet werden kann, was später bei der Operationalisierung noch einmal ausreichend begründet und erklärt wird.
5. Die Gebote der Recherche, Unabhängigkeit, Anschlussfähigkeit oder eventuell auch Aktualität bedürfen eines anderen methodologischen Zugangs. Da im Rahmen dieser Arbeit inhaltsanalytisch vorgegangen wird, kann man die anderen Gebote aus zeitökonomischen Gründen nicht erforschen.

3.5 Theoretische Interdependenzen und Resümee

Weil Zusammenhänge wichtig sind, wird in dieser Arbeit das Zusammenspiel von Meso- und Mikro-Ebene der Arnold'schen Systemtheorie mit dem Makro-Qualitätsmodell beleuchtet.

Die Gebote Relevanz, Kritik und Vielfalt bewegen sich auf der Mikroebene, weil sie jeden konkreten journalistischen Inhalt betreffen. Doch sind sie nur die Ergebnisse einer journalistischen Arbeit (Meso-Ebene), die von Werten, Normen und einem gemeinsamen Journalismus-Verständnis ausgeht. Dies bildet wiederum den Makro-Rahmen des gesamten Prozesses.

Auf das Zusammenspiel und auf die gemeinsamen Interdependenzen wird in der Grafik eingegangen. Nun folgt eine kurze Erläuterung.

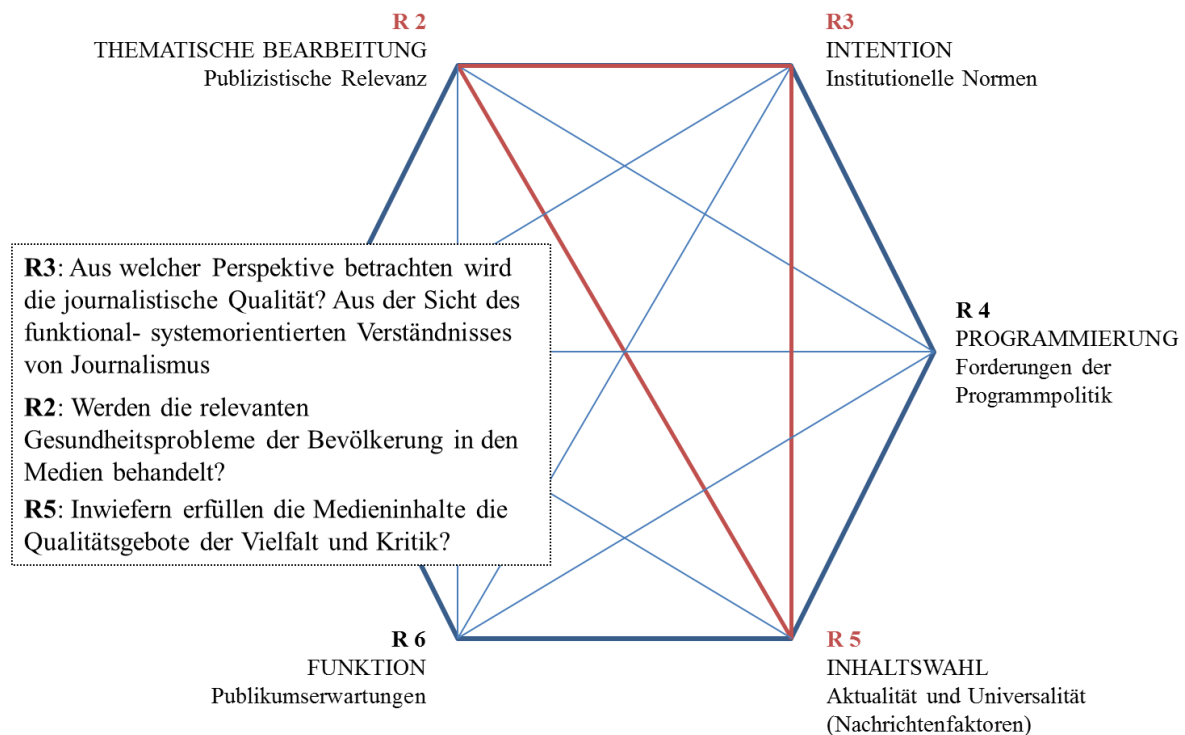
R3: institutionelle Normen & Intention: wir gehen davon aus, dass der slowakische Online-Journalismus seine Aufgabe der Orientierungsleistung für sein Publikum versteht, akzeptiert und zu erfüllen versucht. Dies bildet den Rahmen der Arbeit und legitimiert die Anforderungen an die Medieninhalte, die untersucht werden. Dies bildet so etwas wie die übergeordnete Linie, aus der die Qualitätsgebote in den Eckpunkten R2 und R5 abgeleitet werden.

R2: publizistische Relevanz: hier wird erforscht, ob aktuelle Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung für *relevant* gehalten werden, d. h. ob sie überhaupt in den Medien behandelt werden. Es wird davon ausgegangen, dass der aktuelle Gesundheitszustand der Bevölkerung von großer Relevanz sein muss, da alle zu erforschenden Medien über eine eigene Gesundheitsrubrik verfügen und landesweit erhältlich sind, sowie die größte Publikumsreichweite haben. Werden die relevanten Gesundheitsthemen behandelt? Werden die Präventionsmaßnahmen ausreichend behandelt? Inwiefern werden die Ursachen der Erkrankungen behandelt? Diese und ähnliche Fragen betreffen das Gebot der Relevanz in dieser Arbeit.

R5: Inhaltswahl und Bearbeitung: Hiermit muss man das dynamische Modell kurz ergänzen. Es wird nicht nur betrachtet, ob relevante und aktuelle Themen zu Wort kommen (in diesem Fall wäre das eher eine Frage nach der Relevanz), sondern auch, wie diese im Hinblick auf Perspektivenvielfalt und Kritik dargestellt werden.

Es werden also nur ganz kleine Spezifika von dem gesamten Qualitätsmodell unter die Lupe genommen. Im Rahmen dieser Arbeit geht es also nicht primär darum, sich ein Urteil darüber zu bilden, ob die slowakischen Online-Medien hochqualitativen Journalismus machen oder nicht – vielmehr soll beschrieben werden, wie die Medien im Hinblick auf bestimmte Themenspektren und bestimmte Qualitätskriterien aussehen und welche Schlüsse daraus gezogen werden könnten.

Abb.9.: Theoretisches Zusammenspiel - Modell nach Kull&Sacher um Arnold'sche Systemtheorie erweitert



3.6 Qualitätsdimensionen Vielfalt, Kritik und Relevanz

Nun kommen wir zur tieferen Auseinandersetzung mit den Begriffen, die in dieser Arbeit untersucht werden. Im Folgenden wird anhand der Theorie noch einmal argumentiert, warum gerade diese drei Dimensionen für die Problemstellung höchste Relevanz haben.

3.6.1 Vielfalt

Der Begriff der Vielfalt ist in der Kommunikationswissenschaft mehrfach diskutiert worden, dennoch gibt es bis heute keinen sicheren Konsens darüber, was unter diesem Begriff genau zu verstehen ist.

„Seit Beginn der Debatte über publizistische Vielfalt sind die Implikationen dieses Begriffs umstritten. Für die einen bedeutet er nichts anderes als ein umfangreiches Medienangebot. Andere fragen, ob publizistische Vielfalt nicht auch Vielfalt von Meinungen und Informationen bedeutet – und die ergibt sich keineswegs zwingend aus der Zahl der Medien.“⁵⁰

Beide genannte Perspektiven werden im Rahmen dieser Arbeit unter die Lupe genommen.

Innere Vielfalt

Der erste Aspekt, den das Gebot der Vielfalt in den Vordergrund stellt, ist der der Meinungs- und Perspektivenvielfalt. An dieser Stelle wird also genau das angesprochen, was Arnold in seinem funktional-systemorientierten Qualitätsverständnis meint, wenn er

⁵⁰ MC Quail/van Cuilenburg, 1982 zitiert nach: Rager/Weber, 1992. S. 7

sagt: „Es dürfen also nicht immer nur die gleichen (Elite-)Personen mit ihren Positionen und Themen zu Wort kommen, sondern es müssen auch neue (Elite-)Personen mit ungewöhnlichen Positionen und Themen aktiv einbezogen werden.“⁵¹ Dies spielt im Rahmen einer gut gelungenen Gesundheitskommunikation eine wichtige Rolle, denn es zielt auf die prinzipielle Offenheit gegenüber allen (auch nicht konventionellen) Gesundheitsauffassungen ab. Prinzipielle Offenheit bedeutet, „die Chance zu bieten, dass sich die jeweils beste Lösung für gesellschaftliche Probleme durchsetzen kann.“⁵²

An dieser Stelle werden Skeptiker zweifeln, da man nicht oft einen Diskurs in den Medien beobachten kann, in dem sich Experten unterschiedlicher Gesundheitsauffassungen zu aktuellen Gesundheitsproblemen äußern. Man kann sich dennoch weiter fragen: Ist es richtig, wenn der Journalismus im Gesundheitsbereich die Perspektivenvielfalt außer Acht lässt? Woher weiß der Journalist, wessen Äußerungen es verdienen, öffentlich artikuliert zu werden und wessen nicht?

Eine Reaktion darauf, die heutzutage wahrscheinlich noch vorherrscht, würde wohl lauten: Schulmedizin sei doch durch Wissenschaft bestätigt, alternative Medizin riecht nach Esoterik und kann daher nicht glaubwürdig sein. Ist das aber wirklich so? Ärzte und andere Vertreter der konventionellen Medizin, die aus hochentwickelten Ländern kommen, sagen es heute öffentlich: die Trennlinie zwischen konventioneller und unkonventioneller Medizin verschwindet. Das wichtigste Unterscheidungskriterium der empirischen Evidenz sei heute nicht mehr so eindeutig. Im Gegenteil: auf der einen Hand gibt es Strömungen der Schulmedizin, deren Erkenntnisse nicht auf Empirie beruhen, auf der anderen Hand gibt es sehr wohl Strömungen der unkonventionellen Medizin, die dies tun, wie zum Beispiel evidenzbasierte Komplementär- und Alternativmedizin oder integrative Medizin.⁵³ Wenn man also über die unkonventionelle Medizin spricht, meint man nicht gleich einen auf Placebos beruhenden Hokuspokus, der die Menschen nicht heilt, sondern betrügt. Aber auch an dieser Stelle taucht die Frage auf, ob es nicht sinnvoller wäre, auch ganz extreme Gesundheitsmethoden journalistisch unter die Lupe zu nehmen, und zwar mit dem Ziel gesellschaftlicher Aufklärung?

Im 21. Jahrhundert gibt es überraschenderweise allein in der konventionellen Gesundheitswelt Versuche, einen Diskurs mit den Vertretern der Alternativ- und Komplementärmedizin zu initiieren und das zum Ziel einer gemeinsamen Wissenserweiterung. Auf diese Art und Weise äußerte sich der Präsident der deutschen Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, der ein Symposium zum Zwecke eines strukturierten Dialogs mit unkonventionellen Gesundheitsvertretern plante. Laut ihm haben alle Vertreter (aus den Gebieten Akupunktur, anthroposophische Medizin, ayurvedische Medizin, Chirotherapie, Homöopathie, manuelle Medizin,

⁵¹ Arnold, 2008. S. 494

⁵² Arnold, 2008. S. 494

⁵³ vgl. Münstedt/Tiechfischer, 2011. S. 17-20

Naturheilverfahren, Phytotherapie, Regulationsmedizin und traditioneller chinesischen Medizin) ein hohes Interesse an der pluralistischen Diskussion geäußert.⁵⁴

Will also der Journalismus seine Aufgabe der Handlungsorientierung und gesellschaftlicher Selbstbeobachtung gut erfüllen, sollte er sich auch in Gesundheitsfragen um prinzipielle Offenheit bemühen und zwar genauso, wie dies bei politischen Fragen üblich ist. Scheint dies zu unrealistisch? Im Rahmen des Gebots der Vielfalt wird in dieser Forschungsarbeit danach gefragt, ob (überhaupt) und inwieweit der slowakische Online-Journalismus unterschiedliche Perspektiven zu Wort kommen lässt. Rager und Weber begründen dies als einen absolut legitimen Wert, der im Rahmen einer hochqualitativen Berichterstattung angestrebt werden sollte und nennen dies innere Vielfalt: „Werden in einer Zeitung, Zeitschrift oder einem Rundfunkprogramm die unterschiedlichen Positionen und Argumente, die zu den in dem jeweiligen Publikationsorgan behandelten Themen vertreten werden, im wesentlich vollständig und angemessen wiedergegeben und vertreten, so bezeichnet man diesen Zustand als innere Vielfalt.“⁵⁵

Äußere Vielfalt

Es wird zwischen der inneren und der äußeren Vielfalt unterschieden. Während die innere Vielfalt die Vielfalt von Meinungen und Perspektiven innerhalb eines Mediums meint, weist die äußere Vielfalt auf das umfangreiche und vielfältige Medienangebot hin: „Äußere Vielfalt hingegen liegt vor, wenn die Publikationsorgane der jeweiligen Sparte in ihrer Gesamtheit das gesamte Argumentationsspektrum widerspiegeln“⁵⁶ Mit anderen Worten – im Rahmen dieser Arbeit wird die Vielfalt an Perspektiven und Standpunkten nicht nur innerhalb einzelner Medieninhalte und einzelner Online-Zeitungen betrachtet, sondern auch die Vielfalt, über die alle zu betrachtenden Medien *insgesamt* verfügen.

Das Ziel dieser Untersuchung ist es festzustellen, ob die Slowaken die Chance haben, ihre Gesundheitsprobleme aus mehreren Blickwinkeln zu betrachten und ob sie die Chance haben, unterschiedliche Gesundheitsauffassungen kennenzulernen - vorwiegend diejenigen, die bereits im Lande verbreitet sind. Geht man nach der Theorie, erwartet man vom Journalismus, dass er über die Perspektiven hinausgehen kann und für die Leserschaft Orientierung schafft.

Aus der Theorie abgeleitet wird im Rahmen dieser Magisterarbeit die Vielfalt anhand der Vielfalt der Perspektiven und Standpunkte gemessen.

Der Grad an „Vielfalt“ eines Mediums oder der Medien insgesamt wird umso höher eingestuft,

- *je mehr verschiedene Perspektiven im Inhalt zu Wort kommen,*

⁵⁴ Willich u.a., 2004. S. A1318

⁵⁵ Rager/Weber, 1992. S. 91

⁵⁶ Rager/Weber, 1992. S. 91

- je mehr verschiedene - ähnliche aber auch prinzipiell gegensätzliche - Standpunkte im Inhalt zu Wort kommen.

3.6.2 Relevanz – thematische Repräsentanz

Das Gebot der Relevanz hat eine außergewöhnliche Position – die themenbezogene Theorie bezieht sich nämlich weniger auf die normative Ebene des Gebots, sondern vielmehr auf seinen Ist-Zustand. Es gibt zahlreiche Theorien, wie zum Beispiel die Nachrichtenwerttheorie, die darauf hinweisen, nach welchen Kriterien sich die Journalisten entscheiden, die Nachrichten für relevant/irrelevant zu halten. Doch dies kann (darf) man nicht als normatives Ideal verstehen, weil dies keinen Raum für Besserung schafft.⁵⁷

In der Theorie wird vielmehr das Faktum als normatives Ideal präsentiert, dass die Journalisten bzw. Medienunternehmer eigene Vorstellungen darüber haben, was ans Licht der Öffentlichkeit gebracht werden sollte oder nicht. „Sie belegen z. B. die große Bedeutung von Prominenz und Elitepersonen, des Negativen und der bereits in den Medien etablierten Themen. Dies heißt im Umkehrschluss, dass es Normalbürger, das Positive und neue Themen schwerer haben, die Schwelle zur Öffentlichkeit zu überwinden. Dadurch werden wesentliche Bereiche der gesellschaftlichen Wirklichkeit ausgeblendet.“⁵⁸

Wie bereits die vorherige Theorie klar machte, ist die Qualität eine Frage der Perspektive. Journalisten und Medienunternehmer können anscheinend verschiedene Vorstellungen von hochwertigen journalistischen Produkten haben und zwar ganz unterschiedliche von denen, die Klaus Arnold in seinen Erörterungen bezüglich Relevanz meint.

Arnold geht in seinen Erklärungen aber nicht in die Tiefe. Er weist nur noch auf den „optimalen“ Selektionsmechanismus hin, nach dem die Themenwahl eines Journalisten ablaufen sollte. „Relevanz hat eine besondere Bedeutung, da Journalismus nicht die Realität an sich uns vollständig darstellen kann, es müssen immer Selektionsentscheidungen getroffen werden.“⁵⁹

Relevanz nach Weischenberg und Scholl

Nichtsdestotrotz beruft er sich auf Erläuterungen von Scholl und Weischenberg, die sich zur Frage der Relevanz und Aktualität folgendermaßen äußerten: „Journalismus operiert mit dem Code relevant/irrelevant, wobei Relevanz eine zeitliche, soziale und sachliche Dimension hat.“⁶⁰

⁵⁷ vgl. Neuberger, 2013. S. 136

⁵⁸ Neuberger, 2013. S. 136

⁵⁹ Arnold, 2008. S. 494

⁶⁰ Scholl, Armin/Weischenberg, Siegfried: Journalismus in der Gesellschaft. Opladen/Wiesbaden: Der Westdeutsche Verlag, 1998. S. 75-78 zitiert nach: Arnold, 2008. S. 493

Anscheinend übernimmt Arnold die Erläuterungen von Scholl und Weischenberg über Aktualität und lässt sie für das Gebot der Relevanz gelten. Was sind also die drei Ebenen, die eine relevante Nachricht erfüllen sollte?

„In zeitlicher Hinsicht läßt (sic!) sich Journalismus von nicht-aktuellen und nicht-periodischen Formen der Publizistik abgrenzen. Auf der sachlichen Ebene impliziert Aktualität die Orientierung an Faktizität und steht im Gegensatz zur Potentialität, zum Entwurf möglicher Wirklichkeitskonstruktionen, die eher typisch für das literarische System sind. Schließlich läßt(sic!) sich Aktualität in sozialer Hinsicht als Relevanz begreifen und grenzt Journalismus von privaten Publikationen mit geringer Reichweite ab.“⁶¹

Wie hier ersichtlich wird, erfüllt der Forschungsgegenstand dieser Arbeit alle drei Ebenen des Gebots der Relevanz. Es handelt sich um Gesundheitsartikel aus den periodischen Online-Zeitungen (zeitliche Ebene), die über aktuelle Fakten bezüglich des Themas Gesundheit berichten (sollen) (sachliche Ebene) und schließlich ist auch die soziale Relevanz des Themas sehr hoch, da im Rahmen dieser Arbeit gerade die gesellschaftsbezogenen Gesundheitsthemen das Forschungsinteresse dieser Arbeit bilden.

Aus diesem Grund wird die Relevanz an sich im Sinne der journalistischen Selektionskriterien nicht untersucht, sondern eher die damit zusammenhängende Frage der thematischen Repräsentanz. Es interessiert uns nämlich, welche Themen *insgesamt* in den slowakischen Gesundheitsartikeln behandelt werden: *inwiefern* die von Behörden bestimmten Themen kommuniziert werden – und in *welchem Verhältnis* zu den restlichen, die genauso veröffentlicht werden, von denen die Behörden aber nicht oder nur sehr wenig gesprochen haben?

Relevanz bildet also viel mehr den Rahmen für die Forschungsfrage der thematischen Repräsentanz in dieser Arbeit. Wie sieht das thematische Spektrum des slowakischen Online-Journalismus im Hinblick auf die Gesundheitskommunikation aus? Ein breitgefächertes Spektrum an Themen wird das Ergebnis dieser Fragestellung sein.

Abschließend muss zur Frage der journalistischen Relevanz noch betont werden, worauf Neuberger und Kapern hingewiesen haben: empirische Befunde zeigen „dass Journalisten die Agenda nach ihren Interessen manipulieren können.“⁶² Dies ist gerade der Punkt, auf sich diese Untersuchung konzentriert. Uns interessiert gerade die Kluft, die zwischen der Behördenwahrnehmung und der journalistischen Wahrnehmung entsteht. Diese wird gerade an der thematischen Repräsentanz sehr gut veranschaulicht. Unter dem Dach der Relevanz wird also im Rahmen dieser Arbeit konkret die thematische Repräsentanz untersucht.

⁶¹ Scholl, Armin/Weischenberg, Siegfried: Journalismus in der Gesellschaft. Opladen/Wiesbaden: Der Westdeutsche Verlag, 1998. S. 75-78 zitiert nach: Arnold, 2008. S. 493

⁶² Neuberger, 2013. S.137

Der Grad an „relevanter thematischer Repräsentanz“ eines Mediums/Medien insgesamt wird umso höher eingestuft,

- *je mehr Informationen zu den häufigsten Todesursachen vermittelt werden,*
- *je mehr Informationen zu den Krankheiten vermittelt werden, die in der Slowakei eine rasch steigende Tendenz haben,*
- *je mehr Informationen zu den Risiken jenes falschen Gesundheitsverhaltens vermittelt werden, das zur Entstehung der oben genannten Erkrankungen oder Beeinträchtigungen führen,*
- *je mehr das Vorkommen der Erkrankungen und Todesursachen in den Medien dem realen Vorkommen der Erkrankungen und Todesursachen in der Bevölkerung entspricht.*

3.6.3 Kritik

Etwas überraschend wirkt vielleicht das Gebot der Kritik. Warum sollte ein Journalist bezüglich der Gesundheitsfragen einen kritischen Blickwinkel auf die zu Wort kommenden Perspektiven werfen? Die Frage sollte lauten: warum nicht? Aus normativer Sicht bildet dies eine der wichtigsten Funktionen der journalistischen Arbeit. Und obwohl man in diesem Zusammenhang oft zuerst nur an politische Themen denkt, bezieht sich die journalistische Aufgabe der Orientierungsleistung und Selbstbeobachtung nicht nur auf den politischen Bereich, sondern auf alle Bereiche einer Gesellschaft. Der Gesundheitsbereich hat eine annähernde Vollinklusion der Bevölkerung, von der Arnold spricht, zweifellos erreicht.⁶³

„Die Kritik- und Kontrollfunktion des Journalisten kann als ein dynamischer Prozeß (sic!) der Gegenüberstellung verschiedener bis gegensätzlicher kritischer und kontrollierender Standpunkte in der Gesellschaft selbst verstanden werden. In der Gegenüberstellung von Rede und Gegenrede entfaltet sich ein gesellschaftlicher Austausch mit der Möglichkeit einer uneingeschränkten Kritik seitens der Wissenden, der Kompetenten, der Experten.“⁶⁴

Doch was normativ gefordert wird, muss nicht unbedingt die Realität widerspiegeln. Selbst in wissenschaftlichen Kreisen mangelt es an einem regelmäßigen Diskurs, in dem sich Vertreter unterschiedlicher Gesundheitsauffassungen um einen Meinungsaustausch bemühen würden. Dazu eine Äußerung von Dr. Hoppe: „Von einer systematischen Kooperation oder gar Integration verschiedener medizinischer Grundkonzepte kann bisher nicht die Rede sein.“⁶⁵

Realistischer als einen Diskurs in den Medien zu erwarten, wäre zu erwarten, dass die Journalisten prinzipiell offen gegenüber allen Expertenperspektiven sind und dass sie jede

⁶³ Arnold, 2008. S. 493

⁶⁴ Schröter, 1995. S. 36

⁶⁵ Willich u. a., 2004. S. A 1314

Perspektive gleich kritisch behandeln. Dabei geht es nicht um eine künstlich kreierte Meinungslosigkeit, sondern eine Vorurteilsfreiheit im journalistischen Vorgehen.

„Nicht der meinungslose Journalist, nicht die meinungsfreie Mitteilung, sondern die vorurteilsfreie, nach allen Seiten offene und chancengleiche Vermittlung von kritischen und kontroversen Standpunkten kennzeichnet ausgewogene Berichterstattung.“⁶⁶

Wir sind nun also mit einem neuen Begriff, der so genannter Ausgewogenheit, konfrontiert. Kann das Gebot der Kritik mit dem Gebot der Ausgewogenheit gleichgesetzt werden? Dazu folgender Abriss.

AUSGEWOGENHEIT VERSUS KRITIK

Ausgewogenheit ist eine Bezeichnung für den „publizistischen Interessenausgleich, die Darstellung des Für und Wider, abgeleitet aus dem Neutralitätsgebot für die Arbeit der öffentlich-rechtlichen Medien. Ausgewogenheit bezieht sich entweder auf die gesamte Darbietungsfolge eines Rundfunkprogramms, auf einzelne Darbietungsteile (Artikel, Sendung) oder auf einzelne Darbietungen.“⁶⁷

In beiden Fällen – sowohl bei der Ausgewogenheit, als auch bei der Kritik, geht es um die Vertretung von unterschiedlichen Perspektiven und ihren Standpunkten. Während Arnold mit seinem Kritikgebot die „Gegenüberstellung verschiedener bis gegensätzlicher kritischer und kontrollierender Standpunkte“⁶⁸ meint, erklärt Aufermann das Gebot der Ausgewogenheit als „die gesamte Bandbreite der den gesellschaftlichen Diskussionsprozeß (sic!) prägenden Interessenpositionen und Meinungsrichtungen – in ihrer relativen Unterschiedlichkeit oder auch prinzipiellen Gegensätzlichkeit“⁶⁹

Beide Begriffe stehen sich daher sehr nahe. In beiden Fällen geht es nämlich darum, den Journalisten dazu zu bringen, „sich der Einseitigkeit und Subjektivität des einzelnen Standpunktes bewußt (sic!) zu sein. [...] Dies setzt voraus, daß (sic!) die Aufgabe der Journalismus die Gewichtung der Qualität und Kompetenz aller Standpunkte einschließt.“⁷⁰

Der Unterschied zwischen den beiden Begriffen liegt anscheinend nur in ihrer theoretischen Zugehörigkeit. Während Arnold bei der funktional-systemorientierten Theorie das Gebot der Kritik betont, spricht er bei dem demokratie-orientierten Journalismus-Verständnis von „Ausgewogenheit“. „Ausgewogenheit“ betrifft also mehr den politischen Bereich, während Kritik keine thematische Eingrenzung hat. Ausgewogenheit soll im Sinne von Neutralität die politische Unparteilichkeit bedeuten.⁷¹

⁶⁶ Schröter, 1995. S. 37

⁶⁷ Ronneberger, 1978. S. 295

⁶⁸ Schröter, 1995. S. 36

⁶⁹ Aufermann, Jörg: Rundfunkfreiheit und Programmausgewogenheit. In: Aufermann, Jörg/Scharf, Winfried/Schlie, Otto (Hrsg.), Fernsehen und Hörfunk für die Demokratie. Opladen, 1979. S. 385 zitiert nach: Hinterndorfer, 1993. S. 8

⁷⁰ Schröter, 1995. S. 34-35

⁷¹ vgl. Beck/Reinert/Schubert, 2010. S. 23

In beiden Fällen geht es jedoch um die journalistische Fähigkeit, das Thema von mehreren Blickwinkeln beleuchten zu können, sodass keine der Perspektiven bevorzugt oder abgeschwächt wird. Weil wir uns im Rahmen dieser Arbeit im Themenbereich Gesundheit bewegen, wird im Folgenden der Begriff Kritik benutzt.

EXKURS: WAS KRITIK MIT EINEM DISKURS GEMEINSAM HAT

Kritikgebot nach Arnold und Diskursqualität nach Burkart, Grimm und Russmann

Kritik wird in dieser Arbeit mithilfe des Qualitätsindex nach Grimm et.al operationalisiert und untersucht. Überraschenderweise versucht der Index nicht die Kritik, sondern die Qualität eines Diskurses zu definieren und zu operationalisieren. Wieso kann eine so diametral unterschiedliche Theorie wie diese gerade einen Bezug zum Gebot der Kritik haben? Im folgenden Exkurs werden die Argumente dieser Wahl erläutert.

Kritik braucht einen diskursiven Kontext

Kritik wird in dieser Arbeit als dynamischer Prozess verstanden, in dem sich verschiedene bis gegensätzliche Standpunkte gegenüberstehen und gemeinsam einen gesellschaftlichen Austausch mit der Möglichkeit einer uneingeschränkten Kritik seitens der Wissenden, der Kompetenten, der Experten darstellen.⁷² Wie ersichtlich, ist Kritik kein eigenständiges Gebot, das man abstrahiert vom Kontext untersuchen kann. Im Gegenteil – Kritik entsteht durch einen Kontext und dieser Kontext wird durch einen Meinungsaustausch, den man auch als „Diskurs“ bezeichnen kann, gebildet.

„Diskurs“ und „Kritik“ mögen sehr unterschiedlich wirken, doch im Hinblick auf ihre begriffliche Definition stehen sie sich sehr nahe. Während Arnold in seinem Kritikgebot betont, dass es bei der journalistischen Arbeit unerlässlich ist, mehrere Perspektiven und Standpunkte zu Wort kommen zu lassen und diese dann kritisch zu betrachten, wird nach Burkart, Grimm und Russmann gerade der verständigungsorientierte Diskurs zum Raum, in dem unterschiedliche Positionen und ihre Begründungen an die Öffentlichkeit kommuniziert werden.⁷³ Der kritische Moment fehlt nicht, er wird als das gemeinsame „Verzweifeln“ und „in Frage stellen“, wie dies etwa Habermas postuliert hat, berücksichtigt und sorgfältig operationalisiert.

Das Ziel der Arnold'schen Kritik und das des verständigungsorientierten Diskurses hängen stark zusammen. Während Arnold auf die Orientierungsleistung des Journalismus hinweist, erwähnen die Autoren des Qualitätsindex das Orientierungsziel der journalistischen Arbeit. Sie schreiben einer verständigungsorientierten journalistischen

⁷² vgl. Schröter, 1995. S. 36

⁷³ vgl. Burkart, Roland/Russmann, Uta/Grimm, Jürgen: Wie verständigungsorientiert ist Journalismus? Ein Qualitätsindex am Beispiel der Berichterstattung über Europa im Österreichischen Nationalratswahlkampf 2008. In: Pöttker/Schwarzenegger, 2010. S. 256

Berichterstattung gerade „die stimulierende und orientierende Kraft“ zu, die zur Befriedigung kollektiver Bedürfnisse dienen soll.⁷⁴

Die theoretische und begriffliche Nähe, sowie die präzise Operationalisierung, die durchaus in der Gesundheitskommunikation verwirklicht werden kann, waren die Gründe, warum der Qualitätsindex nach Grimm, Burkart und Russmann als ein optimales Konstrukt für die Operationalisierung des Kritikgebots gesehen wurde. Der Qualitätsindex wird also übernommen und an die Spezifika der zu untersuchenden Forschungsfrage angepasst.

Anforderungen an die journalistischen Produkte

Es ist von Bedeutung, durch diese Forschungsarbeit zu untersuchen, ob und wie unterschiedliche Positionen und Standpunkte in den Gesundheitsartikeln zu Wort kommen, ob ihre Äußerungen auf Begründungen beruhen, ob sie Lösungsvorschläge für gesellschaftliche Gesundheitsprobleme anbieten, wie respektvoll die Vertreter einzelner Perspektiven und Standpunkte miteinander umgehen und das Wichtigste – inwiefern sie sich gegenseitig anzweifeln und in Frage stellen.

In der Praxis sieht das ungefähr folgendermaßen aus: Äußern sich unterschiedliche Experten zum Thema Krebs, wird beobachtet, ob ihre Aussagen durch Begründungen gestützt sind, ob sie zur Krankheit Lösungsvorschläge bereitstellen, ob sie miteinander respektvoll umgehen und ob sie sich ausreichend kritisieren: es wird erforscht, ob der Journalist die Vertreter der Schulmedizin und die Vertreter der Alternativmedizin in Frage stellt, oder ob sich die Perspektiven gegenseitig anzweifeln – im Hinblick auf ihre Äußerung, ihren Status, u. ä. Im Folgenden werden die einzelnen Indikatoren noch einmal erklärt und an das Forschungsinteresse dieser Arbeit angepasst.

Begründungen

Im Hinblick auf einen Diskurs wird damit gerechnet, dass die Vertreter einzelner Perspektiven vernünftig wirken wollen und daher ihre Äußerungen begründen.⁷⁵ Im Rahmen der Gesundheitskommunikation finden die Begründungen auch ihren wichtigen Platz. Man kann nämlich davon ausgehen, dass medizinische Beratung durch Begründungen gestützt werden sollte. (Bsp.: Sie sollten weniger Fleisch essen, weil zu häufiger Fleischkonsum das Risiko einer Krebserkrankung generell erhöht.) Es wird beobachtet, inwiefern die Aussagen von Vertretern unterschiedlicher Gesundheitsauffassungen durch Begründungen gestiftet werden.

Begründung ist jedoch nicht gleich Begründung: „Es ist nötig, unterschiedliche Begründungsniveaus darzustellen. Pauschale Begründungen sind allgemein,

⁷⁴ vgl. Burkart, Roland/Russmann, Uta/Grimm, Jürgen: Wie verständigungsorientiert ist Journalismus? Ein Qualitätsindex am Beispiel der Berichterstattung über Europa im Österreichischen Nationalratswahlkampf 2008. In: Pöttker/Schwarzenegger, 2010. S. 261

⁷⁵ vgl. Burkart, Roland/Russmann, Uta/Grimm, Jürgen: Wie verständigungsorientiert ist Journalismus? Ein Qualitätsindex am Beispiel der Berichterstattung über Europa im Österreichischen Nationalratswahlkampf 2008. In: Pöttker/Schwarzenegger, 2010. S. 261

konkretisieren nicht näher. Einfache Begründungen werden durch einen Verweis auf ein einziges Faktum gestützt und spezifische Begründungen werden durch mehrere Zahlen/Daten und Fakten untermauert.“⁷⁶

Lösungsvorschläge

Einen weiteren wichtigen Aspekt bilden die Lösungsvorschläge. Diese zeigen uns, inwiefern sich die Vertreter im Hinblick auf Gesundheitsprobleme lösungsorientiert äußern. Dies bildet im Rahmen der Gesundheitskommunikation einen wichtigen Punkt, denn es interessiert uns enorm, welchen Anteil die lösungsorientierten Aussagen im Vergleich zur Gesamtheit erreichen. Dies zeigt uns unmittelbar, wie häufig die Slowaken eine Chance haben, Hilfestellungen für ihre Gesundheitsprobleme zu bekommen.

Dabei unterscheidet man drei Niveaus. Entweder beinhaltet die Aussage keinen, einen vagen, oder einen konkreten Lösungsvorschlag. Nähere Definitionen findet man in den Codieranweisungen.

Respekt

Einen sehr interessanten Aspekt spricht der Indikator Respekt an. Wie gehen die zu Wort kommenden Perspektiven miteinander um? Behandeln sie sich gleichwertig, oder haben sie gewisse Tendenzen, sich einander herabzusetzen? Wie Grimm u. a. betonen, sind „Feindseligkeiten nicht erlaubt“, weil sie die eigentliche Argumentation überlagern und die Suche nach dem besseren Argument verunmöglichen.⁷⁷ Damit das Gebot der Kritik seinen Sinn tatsächlich erfüllt, müssen sich die Partner also gegenseitig anerkennen. Dabei wird auch die journalistische Sichtweise berücksichtigt: hat der Journalist das Recht, „respektlos“ zu kritisieren? Hier bieten die Autoren des Qualitätsindexes auch eine schöne Antwort an: „Wir gehen davon aus, dass Kritik auch ohne Herabwürdigung und Missachtung des jeweils kritisierten Akteurs geäußert werden kann.“⁷⁸ Dies bildet wieder einen nächsten Beweis, dass der diskursive Austausch einen starken Bezug zur Kritik hat.

Es wird zwischen expliziter Respektlosigkeit und impliziter/expliciter Respekt darbietung unterschieden. Die eigentliche Codieranweisung wird im nächsten Kapitel zu finden sein.

Zweifel

Im Qualitätsindex wird außerdem der sprachliche Kontext wahrgenommen, in dem Zweifel geäußert werden können. Dies wird durch Habermas und seine Diskurstheorie

⁷⁶ vgl. Burkart, Roland/Russmann, Uta/Grimm, Jürgen: Wie verständigungsorientiert ist Journalismus? Ein Qualitätsindex am Beispiel der Berichterstattung über Europa im Österreichischen Nationalratswahlkampf 2008. In: Pöttker/Schwarzenegger, 2010. S. 262

⁷⁷ vgl. Burkart, Roland/Russmann, Uta/Grimm, Jürgen: Wie verständigungsorientiert ist Journalismus? Ein Qualitätsindex am Beispiel der Berichterstattung über Europa im Österreichischen Nationalratswahlkampf 2008. In: Pöttker/Schwarzenegger, 2010. S. 263

⁷⁸ vgl. Burkart, Roland/Russmann, Uta/Grimm, Jürgen: Wie verständigungsorientiert ist Journalismus? Ein Qualitätsindex am Beispiel der Berichterstattung über Europa im Österreichischen Nationalratswahlkampf 2008. In: Pöttker/Schwarzenegger, 2010. S. 261

untermauert.⁷⁹ Habermas postuliert, dass kommunikativ handelnde Akteure implizit und wechselseitig die Geltung bestimmter Ansprüche erheben und dass Kommunikation nur dann ungestört ablaufen kann, wenn keiner dieser Geltungsansprüche angezweifelt wird.⁸⁰

Worum geht es tatsächlich? Die Kommunikationspartner führen einen Diskurs, in dem sie sich gemeinsam anzweifeln und in Frage stellen – im Hinblick auf die Verständlichkeit von Äußerungen, auf die Wahrheit von Aussagen, die Wahrhaftigkeit von Kommunikatoren und die Legitimität von Handlungen bzw. handlungsleitenden Normen. Und das ist gut so. Denn gerade dies bildet den kritischen Moment, den Arnold hervorhebt. Zweifel werden also nicht als negativ wahrgenommen – ganz im Gegenteil: als kommunikative Stimuli können sie Debatten in sachlicher Hinsicht vorantreiben.⁸¹

Welche Aussagekraft hat dies für die Gesundheitskommunikation? Eine große: Vor allem betreffend der Wahrheit der Aussagen und der Wahrhaftigkeit von Kommunikatoren (alternative Medizin-Vertreter) könnte ein konstruktiver, geäußelter und nicht herabsetzender Zweifel das Verständnis des Publikums vertiefen und das Gesundheitsverhalten in eine positive Richtung bewegen.

Zusammenfassend lässt sich folgendes im Hinblick auf die Qualitätsindikatoren des Kritikgebots zusammenfassen:

Der Grad an „Kritikfähigkeit“ eines Mediums oder Medien insgesamt wird umso höher eingestuft und die Diskursqualität wird umso höher eingestuft,

- *je mehr Beiträge begründete Standpunkte enthalten und je anspruchsvoller diese Begründungen sind,*
- *je mehr von diesen Beiträgen Lösungsvorschläge enthalten und je anspruchsvoller diese Lösungsvorschläge sind,*
- *je respektvoller die Akteure miteinander umgehen und je häufiger dies der Fall ist und*
- *je diskursiver die Beiträge gestaltet sind, d.h., je häufiger die vertretenen Positionen und ihre Standpunkte angezweifelt werden.*⁸²

⁷⁹ vgl. Burkart, Roland/Russmann, Uta/Grimm, Jürgen: Wie verständigungsorientiert ist Journalismus? Ein Qualitätsindex am Beispiel der Berichterstattung über Europa im Österreichischen Nationalratswahlkampf 2008. In: Pöttker/Schwarzenegger, 2010. S. 264

⁸⁰ vgl. Burkart, Roland/Russmann, Uta/Grimm, Jürgen: Wie verständigungsorientiert ist Journalismus? Ein Qualitätsindex am Beispiel der Berichterstattung über Europa im Österreichischen Nationalratswahlkampf 2008. In: Pöttker/Schwarzenegger, 2010. S. 264

⁸¹ vgl. Burkart, Roland/Russmann, Uta/Grimm, Jürgen: Wie verständigungsorientiert ist Journalismus? Ein Qualitätsindex am Beispiel der Berichterstattung über Europa im Österreichischen Nationalratswahlkampf 2008. In: Pöttker/Schwarzenegger, 2010. S. 264

⁸² vgl. Burkart, Roland/Russmann, Uta/Grimm, Jürgen: Wie verständigungsorientiert ist Journalismus? Ein Qualitätsindex am Beispiel der Berichterstattung über Europa im Österreichischen Nationalratswahlkampf 2008. In: Pöttker/Schwarzenegger, 2010. S. 277

3.7 Theoretische Matrix

Damit das gesamttheoretische Zusammenspiel dieser Arbeit noch einmal veranschaulicht wird, wird eine „dynamisch-theoretische Matrix“ erstellt. Sie macht sichtbar, welche Zusammenhänge zwischen den einzelnen Theorien bestehen und hilft somit, den theoretischen Rahmen dieser Arbeit zu verstehen.

Was ist die journalistische Qualität?

Die Antwort auf die Frage bildet die journalistische Normenkonstellation nach Saxer und Kull. Hier wurde versucht, alle möglichen Qualitätsdimensionen der journalistischen Arbeit zu bestimmen. Gemeinsame Interdependenzen und unendliche Mengen an möglichen „Dreiecken“ weisen auf die Komplexität der journalistischen Praxis hin. Dieser einleitende theoretische Schritt hilft, die Komplexität des Qualitätsbegriffes näher zu verstehen.

Schließlich werden drei Dimensionen aus dem komplexen Qualitätsmodell von Saxer und Kull (siehe Kapitel Qualitätsdebatte) herausgenommen – und zwar die drei Eckpunkte „institutionelle Normen“, „journalistische Relevanz“ und „Inhaltswahl“.

Saxer und Kull beschreiben diese im Hinblick auf die journalistischen Qualitätsanforderungen. Es handelt sich dabei um umfangreiche Bereiche, die über das Forschungsinteresse dieser Arbeit hinausgehen. Dennoch lässt sich das Forschungsinteresse in diesem Triangel gut erklären. Die *Institutionelle Norm* stellt die system-theoretische Journalismus-Theorie nach Arnold dar. Sie erklärt nämlich die Frage der „Norm“, die Frage danach, was ein Journalismus darstellen sollte und welche Aufgaben daraus resultieren. Die *Journalistische Relevanz* betrifft die Gesundheitsdebatte und in wie fern die relevanten Gesundheitsprobleme als relevanter Inhalt angesehen werden. Dies wird von der *Inhaltswahl* genauso beeinflusst. In diesem Punkt werden die Anforderungen an journalistische Produkte abgefragt, so dass sie einen gewissen Öffentlichkeitswert gewinnen. Vielfalt und Kritik wurden in diese Gruppe zugeordnet, weil es sich aus normativer Sicht tatsächlich um Kriterien handelt, die ein gutes journalistisches Produkt erfüllen muss, um veröffentlicht zu werden. Der Triangel hat nur einen illustrativen Charakter, damit man eine Vorstellung davon bekommt, auf welchem Gebiet der journalistischen Praxis man sich im Rahmen dieser Arbeit bewegt.

Aus welcher Perspektive betrachtet man die journalistische Arbeit?

Diese Frage wird durch eine weitere Theorie beantwortet. Die Perspektive, mit der man den Journalismus im Rahmen dieser Arbeit betrachtet, ist die funktional-systemorientierte Theorie von Journalismus. Arnold spricht von der journalistischen Aufgabe, der Gesellschaft optimale Handlungsorientierung und Selbstbeobachtung bereitzustellen. Damit dies gelingt, müssen bestimmte Qualitätsdimensionen erfüllt werden. Nur ein Teil davon wird im Rahmen dieser Arbeit untersucht: Vielfalt, Relevanz und Kritik.

Wie definiert man eine hochwertige journalistische Kritik?

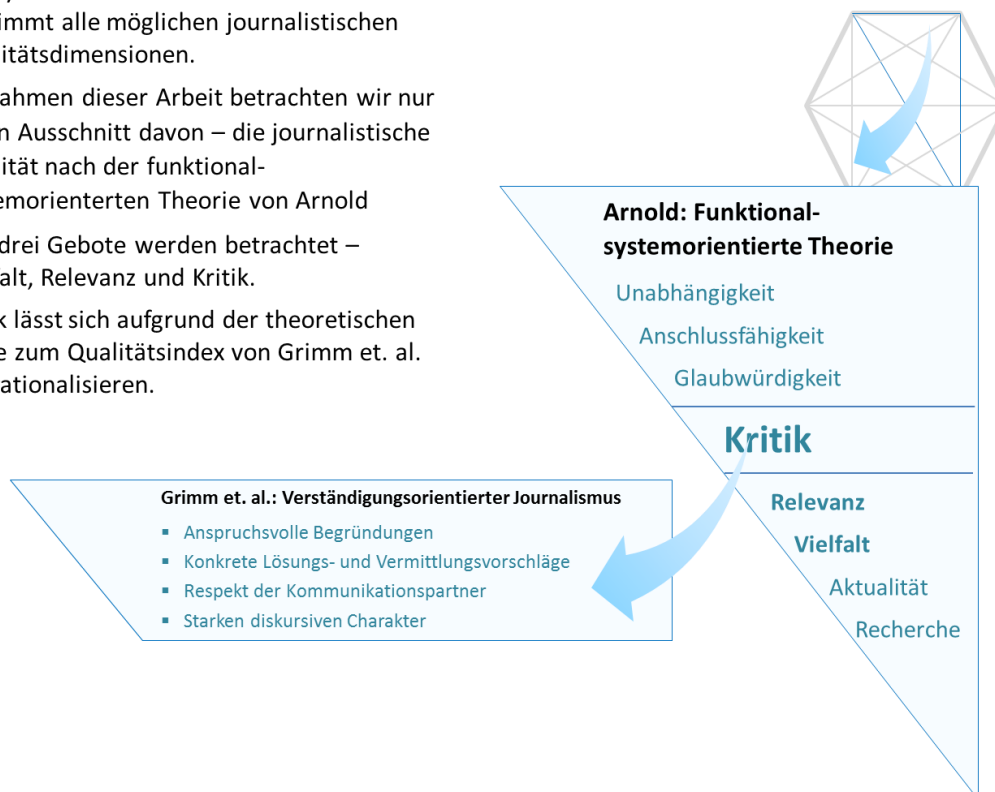
Während die Begriffe von Relevanz und Vielfalt relativ eindeutig von Arnold definiert werden, bleibt die Kritik in ihrem tieferen Verständnis relativ unklar. Was heißt es, wenn

die journalistische Arbeit das Gebot der Kritik erfüllt? Da Arnold nicht weiter erklärt, wie er sich das zu-Wort-Kommen unterschiedlicher Perspektiven, Standpunkte und ihr Hinterfragen vorstellt, wird dies durch die verständigungsorientierte Journalismus-Theorie untermauert und operationalisiert, konkret durch den Qualitätsindex eines Diskurses. Wie kann man die Kritik durch einen Index für Diskurse operationalisieren? Die theoretische Nähe der Begriffe von „Kritik“ und „Diskurs“ haben dies ermöglicht. Denn: Kritik ohne den diskursiven Kontext zu untersuchen, wäre nicht ausreichend. Schließlich handelt es sich bei der Kritik um einen dynamischen Meinungsaustausch, bei dem sich die Vertreter einzelner Perspektiven in Frage stellen. Dieses Kritikverständnis ermöglicht es, die Untersuchung anhand des Qualitätsindex von Grimm et. al. fortzusetzen.

Abb.10.: Theoretische Matrix – Basis für die Untersuchung im Überblick

- Ein dynamisches Modell nach Saxer und Kull bestimmt alle möglichen journalistischen Qualitätsdimensionen.
- Im Rahmen dieser Arbeit betrachten wir nur einen Ausschnitt davon – die journalistische Qualität nach der funktional-systemorientierten Theorie von Arnold
- Nur drei Gebote werden betrachtet – Vielfalt, Relevanz und Kritik.
- Kritik lässt sich aufgrund der theoretischen Nähe zum Qualitätsindex von Grimm et. al. operationalisieren.

Saxer /Kull: Journalistische-Normenkonstellation



4. Forschungsfragen

Nachdem die umfangreiche Theorie erklärt wurde, können nun aus ihr die Forschungsfragen abgeleitet werden. Zuerst werden die Forschungsfragen zum Journalismus-Verständnis und zu den Qualitätskriterien nach Arnold abgeleitet. Weil das Kritikgebot näherer Erläuterung bedurfte, wird das Qualitätsmaß des Kritikgebots zusätzlich vom verständigungsorientierten Journalismus-Verständnis abgeleitet.

4.1 Theoriegestiftete Bildung der Forschungsfragen: funktional-systemorientierte Theorie

Der Journalismus soll

- ✓ auf die aktuellen Orientierungsprobleme der Gesellschaft eingehen
- ✓ eine möglichst anschlussfähige Selbstbeobachtung der Gesellschaft ermöglichen.⁸³

Arnold hebt folgende Qualitätskriterien hervor, die Kommunikationsinhalten dazu verhelfen sollen, dieses journalistische Ziel zu erreichen: Vielfalt, Unabhängigkeit, Glaubwürdigkeit, Kritikfähigkeit, Relevanz, Aktualität, Recherche und Anschlussfähigkeit.

Wie bereits mehrfach erklärt, wird im Rahmen dieser Arbeit nur auf die Gebote der Vielfalt, Relevanz und Kritik eingegangen.

Zentrale Frage:

Inwiefern erfüllt der slowakische Journalismus innerhalb der Gesundheitsartikel die Aufgabe der Bereitstellung von Orientierung und Selbstbeobachtung im Hinblick auf Vielfalt, Kritik und Relevanz (thematische Repräsentanz)?

Dies wird mit Hilfe des folgenden Fragenkatalogs beantwortet:⁸⁴

1. FF1 Von welcher Qualität sind die untersuchten Kommunikationsinhalte?
 - a. Wie vielseitig sind die Artikel/die Medien/ist das Medium?
 - b. Wie kritikfähig sind die Artikel/die Medien/ist das Medium?
 - c. Inwiefern werden die von den Gesundheitsbehörden als relevant empfundenen Gesundheitsthemen tatsächlich an die Öffentlichkeit kommuniziert? Wie groß ist die Kluft zwischen dem Vorkommen von Erkrankungen und Todesursachen in den Medien und dem realen Vorkommen der Erkrankungen und Todesursachen in der Bevölkerung?

⁸³ vgl. Arnold, 2008. S. 493

⁸⁴ Anm.: Es muss dennoch angemerkt werden, dass im Rahmen dieser Arbeit die zentrale Forschungsfrage nur partiell beantwortet werden kann – Die Arnold'sche Handlungsorientierung und die gesellschaftliche Selbstbeobachtung werden nur mit einer Reihe von Qualitätsdimensionen erreicht. Kritik, thematische Repräsentanz (Relevanz) und Vielfalt sind nur einige aus dieser Reihe.

Im Großen und Ganzen geht es um die Qualität, die die slowakische Online-Berichterstattung zum Thema Gesundheit anbietet und um die daraus resultierende Frage, wie gut die journalistische Aufgabe erfüllt wird, dem Publikum möglichst die beste Handlungsorientierung aber auch gesellschaftliche Selbstbeobachtung zu bieten. Die Forschungsfragen gehen ineinander über, ergänzen einander und werden in Abhängigkeit von den Forschungsergebnissen als ein Ganzes (als ein Gesamtbild von der Qualität und daher der Erfüllung der journalistischen Aufgabe „Handlungsorientierung“ und „Selbstbeobachtung“) interpretiert. Da aber nicht alle Qualitätsgebote untersucht werden, lässt sich die Qualitätsfrage nur partiell beantworten. Hinsichtlich dieser Untersuchung lässt sich beantworten, inwiefern der slowakische Journalismus relevante Gesundheitsthemen vielseitig und kritisch kommuniziert und inwiefern er somit im Hinblick auf diese Gebote die Qualitätsanforderungen nach Arnold erfüllt und die gesellschaftliche Selbstbeobachtung und Handlungsorientierung bereitstellt.

4.2 Theoriegestiftete Bildung der Forschungsfragen: *verständigungsorientierter Journalismus*

Da das Gebot der Kritik einer näheren theoretischen Einbettung bedurfte, wurde diese Qualitätsdimension durch die verständigungsorientierte Journalismus-Theorie untermauert.

Aus der Sicht der funktional-systemorientierten Theorie ist das Kritikgebot nur ein Bestandteil der Liste von Kriterien, die erfüllt werden müssen, damit der Journalismus seine Aufgabe der Handlungsorientierung und Selbstbeobachtung schaffen kann. Die Frage aus dieser Sicht lautet daher:

FF1b: Inwiefern erfüllt der slowakische Online-Journalismus im Hinblick auf das Kritikgebot in den Gesundheitsartikeln seine Aufgabe, Handlungsorientierung und gesellschaftliche Selbstbeobachtung bereitzustellen? Wie kritikfähig sind die Gesundheitsartikel in dem Medium/in den Medien?

B. EMPIRISCHER TEIL

5. Methodik

Das Ziel dieser Untersuchung ist es, Qualitätsdimensionen gesundheitsbezogener Medieninhalte zu messen und zu analysieren – der Betrachtungsgegenstand ist der Kommunikationsinhalt (Gesundheitsartikel) und seine Qualitätsausprägungen werden inhaltsanalytisch betrachtet.

Qualitätsdimensionen, die von Arnold übernommen wurden, sind operationalisierbar und daher messbar. Dies ermöglicht, eine quantitative Inhaltsanalyse durchzuführen.

Ist die Inhaltsanalyse dennoch die beste Methodenwahl? Das Ziel ist es nämlich herauszufinden, ob der Journalismus die Aufgabe der gesellschaftlichen Selbstbeobachtung und der Handlungsorientierung erfüllt. Skeptiker könnten sagen, dass dies schon dem Bereich der Wirkungsforschung obliegt und man dies gar nicht inhaltsanalytisch erforschen könne. Allerdings soll mit der Inhaltsanalyse nicht die Wirkung der Medieninhalte untersucht werden, sondern vielmehr beschrieben werden, von welcher Beschaffenheit die Kommunikationseinheiten sind – welche „Arbeit“ das Mediensystem, einzelne Mediensektoren, oder Medieneinheiten leisten. Die Inhaltsanalyse ist dafür die beste Wahl. Es handelt sich dabei nämlich um eine oft eingesetzte Forschungsmethode, mithilfe derer gerade die Struktur von Medieninhalten, die Themen oder auch die Argumentation erfasst werden kann und soll.⁸⁵

5.1. Quantitativ-qualitative Inhaltsanalyse

Im Rahmen dieser Untersuchung wird eine quantitativ-qualitative Inhaltsanalyse gewählt. Dominant in diesem Fall ist jedoch die quantitative Erhebung, weil die Variablen sich sehr gut operationalisieren lassen. Die qualitativen Daten sind jedoch sehr hilfreich und leisten bei der Interpretation der Ergebnisse eine sehr effektive Unterstützung.

Für den quantitativen Teil dieser Forschung ist folgende Definition geeignet: „Die quantitative Inhaltsanalyse erfasst einzelne Merkmale von Texten, indem sie Textteile in Kategorien einordnet, die Operationalisierungen der interessierenden Merkmale darstellen. Die Häufigkeiten in den einzelnen Kategorien geben Auskunft über die Merkmalsausprägungen des untersuchten Textes.“⁸⁶

Auf diese Art – also quantitativ – werden die meisten Daten erfasst. Es handelt sich um eine breite Skala an Variablen: von der Erhebung der thematischen Repräsentanz, Vielfalt der Perspektiven und Standpunkte bis zu Ausprägungen einzelner Begründungen, Lösungsvorschläge, sowie von Respekt und Zweifel.

Qualitativ erhebt man hingegen jene Informationen, die für die erhobenen quantitativen Daten den Kontext liefern. So erhebt man beispielsweise, worauf sich die geäußerten Begründungen, Lösungsvorschläge, Respekt und Zweifel beziehen, oder welche konkrete

⁸⁵ vgl. Rager/Weber, 1992. S. 193

⁸⁶ Bortz/Döring, 2010. S. 149

Erkrankung die geäußerten Positionen betreffen. Ebenso qualitativ erhebt man den Inhalt, der in dem untersuchten Artikel behandelt wird. Während es bei den quantitativen Daten vor allem um statistische Ergebnisse geht, die mathematisch berechnet werden, werden die qualitativen Daten hermeneutisch interpretiert. In diesem Fall handelt es sich also um ein intersubjektives Vorgehen, bei dem vor allem die optimale Erfassung des Sinngehalts der zu untersuchenden Positionen angestrebt wird.⁸⁷ Im Rahmen dieser Arbeit werden die qualitativen Daten jedoch nicht extra ausgewertet – sie dienen ausschließlich nur der Hilfe zur Interpretation der quantitativen Daten. So werden beispielsweise Zweifel-Äußerungen genannt, nur damit man die Vorstellung gewinnt, wie die Zweifelartikulation in den betrachteten Medien ausgesehen hat usw.

5.2 Stichprobe

In dieser Studie geht es um die Qualität der Gesundheitskommunikation in den Online-Medien. Untersucht werden die Online-Versionen der drei meistgelesenen Zeitungen der Slowakei: www.sme.sk , www.cas.sk , www.pravda.sk. Es handelt sich dabei um Massenmedien, die keinen Schwerpunkt auf Gesundheit haben, aber ein breites Publikum erreichen. Es steht nämlich in Frage, in wie fern die Massenmedien die Aufgabe der Selbstbeobachtung und Handlungsorientierung leisten, weil diese gerade den größten Einfluss auf die slowakische Bevölkerung zu haben scheinen.

Es handelt sich um herkömmliche Periodika, die sich mit www.standard.at und www.krone.at (Österreich) vergleichen lassen können. Diese Medien wurden wegen ihres breiten Bekanntheitsgrades und ihrer großen Leserschaft ausgewählt.

SME (www.sme.sk)

SME, auf deutsch „Wir sind“ ist die meistgelesene slowakische Qualitätszeitung und erreicht 8% der slowakischen Bevölkerung.⁸⁸ Es handelt sich gleichzeitig um eine private Zeitung, die slowakischen Privatunternehmen, wie der Rheinisch-Bergischen Verlagsgesellschaft mbH unterliegt.⁸⁹ Seine jüngere Online-Version gehört genauso zu den meistgelesenen Online-Zeitungen. Das Thema Gesundheit hat auf der Online-Plattform eine eigene Rubrik namens „Gesundheit“. Die Gesundheitsartikel wurden dieser Rubrik entnommen.

ČAS (www.cas.sk)

Čas, auf deutsch „Die Zeit“ ist die meistgelesene slowakische Boulevardzeitung und erreicht 25% der slowakischen Bevölkerung.⁹⁰ Es handelt sich um eine private Zeitung, die dem Medienhaus „Ringier Axel Springer Media AG“ unterliegt.⁹¹ Seine jüngere Online-Version wird genauso viel gelesen. Das Thema Gesundheit bildet keinen Schwerpunkt dieses Periodikums, dennoch werden viele gesundheitsbezogene Themen an

⁸⁷ vgl. Mayring, 2002. S. 114

⁸⁸ medialne.itrend.sk (TASR, 4.11.2009)

⁸⁹ trend.sk (o.V, o.D.)

⁹⁰ medialne.itrend.sk (TASR, 4.11.2009)

⁹¹ trend.sk (o.V, o.D.)

die Öffentlichkeit vermittelt. Die Online-Zeitung hat keine eigene Gesundheitsrubrik. Die Gesundheitsartikel wurden durch den „Tag“ Gesundheit herausgesucht.

PRAVDA (www.pravda.sk)

PRAVDA, auf Deutsch „Die Wahrheit“ gehört zu den meistgelesenen Printmedien. PRAVDA ist mit dem österreichischen „Kurier“ zu vergleichen, weil es sich um eine Qualitätszeitung mit feinen Zügen einer Boulevardzeitung handelt. Sowohl die Online-Version als auch die Printversion von PRAVDA gehört der Aktiengesellschaft Florena a. s. Und wird von ihr betrieben.⁹² Pravda.sk ist nach Sme.sk und Cas.sk die drittmeist gelesene slowakische Online-Zeitung.

Im allgemeinen Ranking der meistgelesenen slowakischen Online-Portale befindet sich die Online-Zeitung Sme.sk auf dem dritten Platz, die Online-Zeitung Cas.sk auf dem sechsten Platz und die Online-Zeitung pravda.sk auf dem achten Platz.⁹³

5.3 Zeitraum

Es werden alle gesundheitsbezogenen Artikel untersucht, die innerhalb von 6 Wochen veröffentlicht wurden, und zwar im Zeitraum vom 1. Mai bis zum 14. Juni 2014.

⁹² trend.sk (o.V., o.D.)

⁹³ medialne.etrend.sk (IMmonitor - AIM - Mediaresearch & Gemius, Juni 2014)

6. Operationalisierung und Inhaltsanalytische Codieranweisung

Inzwischen wurde hinreichend erklärt, welche Qualitätsdimensionen in Artikeln aus slowakischen Online-Zeitungen betrachtet werden. Doch wie sieht die konkrete Forschungsweise Schritt für Schritt aus? Wie führt man die Forschung durch, so dass die statistischen Daten tatsächlich aussagekräftig sind? Im folgenden Kapitel wird auf diese Frage näher eingegangen.

6.1 Forschungsgegenstand und Analyseeinheit

Obwohl mehrmals darauf hingewiesen wurde, dass Online-Artikel den Untersuchungsgegenstand darstellen, muss hinzugefügt werden, dass nicht ein Artikel, sondern die sogenannte „Position“ die kleinste Analyseeinheit bildet. Das bedeutet, dass die kleinste Analyseeinheit, an der alle Variablen zu prüfen sind, die Position ist. Denn nur im Hinblick auf die Position kann man eine Perspektive, eine Äußerung des Respekts oder des Zweifels u. ä. definieren. Es sind die Positionen, aus denen ein Artikel besteht und die insgesamt einen diskursiven Moment erzeugen können.

6.1.1 Definition der „Position“

Die Analyseeinheit im Rahmen dieser Arbeit ist die Position. Bevor wir zu ihrer Definition kommen, sollte man folgendes berücksichtigen: Ein Artikel besteht aus einer oder mehreren Positionen. Diese sind in ihrer Anzahl nicht beschränkt: es werden alle Positionen pro Artikel erhoben. Eine Analyseeinheit als „Position“ zu definieren ist wissenschaftlich von Vorteil, da dies insgesamt die Quantität der erhobenen Daten vervielfachen kann, was schließlich zu statistisch stärkeren bzw. eindeutigeren Ergebnissen führt.

In der Position die kleinste Analyseeinheit zu sehen, ist in der Forschung ein relativ neuer Ansatz – man findet ihn zum Beispiel in der Studie von Burkart und Rußman, in der die Diskursqualität im öffentlichen politischen Diskurs untersucht wird. Die Definitionen von Position und Sinneinheit in jener Arbeit sind eine große Unterstützung für diese Magisterarbeit, da die Synthese aus beiden in einer sehr zugespitzten und klaren Definition der „Position“ als Analyseeinheit für diese Arbeit mündet.

SINNEINHEIT

In der erwähnten Studie versteht man eine „Codiereinheit bzw. Sinneinheit“ als zusammenhängende Textpassage, d. h. mehrere Sätze (sogar Absätze), die gemeinsam haben, dass das Subjekt der Aussage identisch ist. Eine solche Codiereinheit lässt sich im Vorhinein nicht eindeutig festlegen, weil sie eben nicht nach formalen, sondern nach inhaltlich-semanticen Kriterien definiert wird. Im Großen und Ganzen handelt es sich aber immer um einen Bedeutungs- oder Sinnzusammenhang, vorgetragen von ein- und demselben Akteur.⁹⁴

⁹⁴ vgl. Burkart/Rußman, 2010. S. 15

POSITION

Rußman und Burkart definieren die Position folgendermaßen: Mit einer Position erfassen wir den themenbezogenen Standpunkt, den ein Akteur zum zentralen Thema der Pressemitteilung vertritt. Es handelt sich dabei um eine Reihe von Äußerungen, in denen Sachbezüge vorhanden sind und auch Bewertungen zum Ausdruck kommen können. Dabei muss es sich stets um explizit geäußerte Standpunkte, Einstellungen, Meinungen zum Thema handeln.⁹⁵

Beide Definitionen sind eine große Inspiration für die Definition der Position im Rahmen dieser Arbeit. Aus beiden Definitionen wird eine Basis übernommen und weiter ergänzt – um Spezifika, die diese Arbeit erfordert.

Positionen sind in diesem Fall durchaus Sinneinheiten, die von einem Akteur vorgetragen werden, es handelt sich um Äußerungen, in denen Sachbezüge, Bewertungen und explizit geäußerte Standpunkte, Einstellungen und Meinungen, die das Thema Gesundheit betreffen, enthalten sind. Im Folgenden eine detaillierte Definition:

Die **Position** bildet eine Einheit aus Inhalt (Sinn) und Perspektive (Akteur). Eine Position besteht aus der Äußerung eines konkreten Akteurs, der zu einem spezifischen Gesundheitsthema Stellung bezieht - er spricht eine konkrete Krankheit oder einen anderen gesundheitsbezogenen Inhalt an und legt seinen Fokus dabei nur auf eine/mehrere kommunikative Intention/Intentionen. Der Akteur bestimmt in seiner Position, ob er dem Publikum z.B. Ursachen der Erkrankung, Prophylaxe, Behandlung, Untersuchung, Symptomatik, oder etwa das Erscheinungsbild näher bringt. Dabei kann eine Position über mehrere kommunikative Intentionen des Akteurs verfügen, wichtig ist dabei aber die Einheitlichkeit der Äußerung und fließende Affinität zwischen den kommunikativen Intentionen insgesamt.

Es wird erwartet, dass es in einer **Position** ebenfalls zur Äußerung von Standpunkten, Begründungen, Lösungsvorschlägen, Zweifeln und Respekt kommen kann. Während in einer Position auch mehrere Standpunkte, Begründungen und Lösungsvorschläge geäußert werden können, werden Äußerungen von Zweifel und Respekt, wenn sie sich auf Vertreter unterschiedlicher Gesundheitsauffassungen beziehen, als eigenständige Positionen betrachtet und dementsprechend codiert. Eine Position kann daher nicht vordefiniert werden – sie bildet eine **Sinneinheit** und kann **einen Satz**, aber auch **mehrere Absätze** darstellen. Eine Position ist als ein Satz/Satzbündel definiert, für den/für das folgende Charakteristika zutreffen:

⁹⁵ vgl. Burkart/Rußman, 2010. S. 10

Eine Position kann nur von einem konkreten Akteur/Journalist kommuniziert werden. Ein Akteur wird als ein Vertreter einer konkreten Perspektive angesehen. Praktisch gesehen verbindet man mit jedem explizit genannten neuen Namen (eines Akteurs, einer Organisation, oder einer „Weltbildgruppe“) auch eine neue Position.

Beispiel: „Der klinische Psychologe Tibor Hrozan ist der Meinung, dass...“ □ ein Akteur, eine Position

Ausnahme: Es kann jedoch geschehen, dass eine Position von mehreren Akteuren vertreten wird, dies geschieht jedoch nur dann, wenn die Akteure die gleiche Position vertreten und sich dementsprechend äußern.

Beispiel für die Ausnahme: „Wissenschaftler X und Wissenschaftler Y sind der Meinung, dass...“ □ zwei Akteure, eine Position

In einer Position wird nur eine Gesundheitsauffassung vertreten. Es wird erwartet, dass ein konkreter Akteur nur eine Gesundheitsauffassung vertritt.

Beispiel: Der klinische Psychologe ist der Meinung, dass man Depressionen nur mit regelmäßigen Therapien effektiv behandeln kann. □ eine klassische nicht-medizinische Gesundheitsauffassung, eine Position

Eine Position stellt eine Sinneinheit dar und bezieht sich daher meistens nur auf eine Erkrankung oder einen krankhaften Zustand und verfolgt dabei nur eine kommunikative Intention. Das heißt, wenn ein Akteur im Text über die Ursachen einer Krankheit und später über Heilungsmethoden spricht, werden diese Positionen als zwei unterschiedliche Positionen codiert. Wichtig ist dabei aber auch, auf die „Einheitlichkeit“ Rücksicht zu nehmen.

Beispiel: „Depressionen sind auf mehrere Faktoren zurückzuführen. Wichtig ist die Vulnerabilität des Patienten, Erlebnisse in der Kindheit, sowie genetische Prädispositionen. Einige Studien weisen auch darauf hin, dass die Ernährung auf die Entstehung und Entwicklung von Depressionen einen starken Einfluss haben kann. Vor allem der Konsum von Zucker und Junkfood kann die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung stark erhöhen.“ □ Depressionen, Ursachen der Erkrankung, eine Position

Ausnahme 1: Es können mehrere kommunikative Intentionen für eine Position codiert werden, allerdings nur, wenn sich ein Akteur in einem sehr kurzen Raum zu mehreren Problematiken auf einmal äußert (max. 5 Zeilen).

Beispiel für die Ausnahme 1: „Das Virus dringt über die Schleimhäute der Atemwege, des Mundes und der Augen in den Körper ein. Es erreicht diese Eintrittsorte. (Erscheinungsbild) Das Virus ist unempfindlich gegen Austrocknung und bleibt bei niedriger Temperatur und niedriger Luftfeuchtigkeit länger infektiös. (Ursachen)“ → als eine Position mit mehreren kommunikativen Intentionen (Ursachen der Krankheit und Erscheinungsbild der Krankheit wollten vom Akteur abgeklärt werden) codiert

Ausnahme 2: Wenn ein Akteur unterschiedliche kommunikative Intention so verbindet, dass sie nicht getrennt voneinander aufeinander folgen, sondern zusammen eher eine Einheit bilden, wird dies ebenso als eine Position codiert.

Beispiel für die Ausnahme 2: „Die Prävention und die Ursachen der Krankheit gehen Hand in Hand. Wenn man nicht gesund isst, ausreichend schläft und sich entspannt, achtet man sehr wenig auf die Prävention, was sich gleichzeitig in die Ursache der Erkrankung verwandeln kann.“ → Ursachen der Erkrankung und Prophylaxe sind nicht immer voneinander trennbar; als eine Position

mit mehreren kommunikativen Intentionen codiert. (Der Akteur zielt darauf ab, sowohl die Ursachen als auch die Prophylaxe in einer Position abzuklären)

Eine Position vertritt in der Regel nur einen Standpunkt. Es wird erwartet, dass ein Akteur nur einen Standpunkt zum Thema äußert.

Beispiel: „Depressionen werden heutzutage sehr effektiv mit Medikamenten geheilt.“ □ ein Standpunkt, eine Position codiert

Ausnahme: Es kann jedoch geschehen, dass ein Akteur eine Problematik von mehreren Standpunkten aus auf einmal beleuchtet. Wenn dies geschieht und die Äußerung im Hinblick auf die restlichen Spezifika außerdem als eine Position zu codieren ist, wird dies als eine Position mit mehreren Standpunkten codiert.

Beispiel für die Ausnahme: „Depressionen werden heutzutage sehr effektiv mit Medikamenten geheilt. Manche Kollegen versuchen es aber ausschließlich mithilfe mehrerer therapeutischer Sitzungen und haben auch schöne Ergebnisse erzielt“ □ Thema und Akteur bleiben gleich, mehrere Standpunkte, eine Position codiert.

Die Positionen der Journalisten werden in der Regel von den Positionen der anderen Akteure unterschieden. Wenn aber der Akteur selbst kommuniziert und dann ein Journalist im Namen dieses Akteurs eine Position kommuniziert, wird dies als eine Position codiert.

Beispiel: Journalist: Depressionen gehören zu den meist verbreitetsten Krankheiten der westlichen Welt. In der Slowakei verbreitet sich die Krankheit auch immer mehr. Sie belasten die Seele und führen oft zur Unfähigkeit, Probleme des täglichen Lebens zu lösen. Was sind aber die wichtigsten Ursachen, die dahinter stehen? (eine Position) Ein klinischer Psychologe erklärt die Problematik: „Steigende Arbeitslosigkeit, Stress am Arbeitsplatz, unsichere finanzielle Lage, das alles wirkt sich negativ auf zwischenmenschliche Beziehungen aus und hat einen enormen Einfluss auf die menschliche Seele.“ (zweite Position)

Ausnahme: Als eine Position werden Äußerungen nur in dem Fall codiert, wenn der Journalist den Akteur sehr kurz mit einem Verweis auf Fakten unterbricht, die der Akteur dann allein repliziert.

Beispiel für die Ausnahme: „Depressionen sind heute weit verbreitet“, sagt der Psychologe und ergänzt, dass der rasche Lebensstil dafür verantwortlich sei. „Die Menschen sind ständig in Eile und bemühen sich um immer größere Leistungen – dieser unglaublich schnelle Lebensstil mit hohen Ansprüchen macht sie krank“, sagt der Psychologe. → Codiert wird in diesem Fall nur der Akteur „Psychologe“.

Positionen können durchaus durch andere Positionen unterbrochen werden. Wenn die Charakteristika der Position vor und nach der Unterbrechung gleich bleiben, wird dies als eine Position codiert.

Beispiel: „Steigende Arbeitslosigkeit, Stress am Arbeitsplatz, unsichere finanzielle Lage, das alles wirkt sich negativ auf zwischenmenschliche Beziehungen aus und hat einen enormen Einfluss auf die menschliche Seele.“ (Position 1, klinischer Psychologe spricht über Ursachen von Depressionen), sagt der klinische Psychologe Tibor Hrozan, der in seiner Praxis immer öfter mit Depressionen konfrontiert wird. Depressionen heilt er mithilfe von Therapien, Medikamente sind für ihn aber auch kein Tabu. (Position 2, der Journalist spricht im Namen des Psychologen über Heilungsmethoden bei Depressionen, Unterbrechung der Position 1) „Haben Menschen immer mehr Schwierigkeiten und dabei immer höhere Ansprüche an sich selbst, resultiert das oft in großen Enttäuschungen, was wiederum in depressive Gefühle mündet.“ (Position 1, klinischer Psychologe spricht weiter über Ursachen von Depressionen)

Eine Position kann mehrere Äußerungen des Respekt oder Zweifels beinhalten, doch können sie sich nur auf eine Perspektive beziehen. Sobald der Akteur mehrere unterschiedliche Perspektiven anzweifelt oder Respekt (exklusive impliziter Respekt, der automatisch codiert wird, wenn es zu keinen expliziten Respektäußerungen kommt) äußert, müssen diese Positionen getrennt voneinander, d. h. als unterschiedliche Positionen codiert werden.

Beispiel: „Depressionen werden mit Medikamenten sehr gut geheilt, Meditationen hingegen können den Zustand des Patienten verschlechtern“, sagt der Psychiater. (explizit respektvoll – klassische Medizin „lobt“ klassische Medizin und „explizit respektlos – klassische Medizin „kritisiert“ alternative Medizin – zweimal als zwei Positionen codiert)

Eine Position kann mehrere Begründungen und Lösungsvorschläge beinhalten. Beziehen sich die Lösungsvorschläge und Begründungen immer auf das gleiche Thema, werden nur die stärkeren Ausprägungen dieser Variablen codiert.

Beispiel: Patienten mit Panik-Anfällen sollten mehr Zeit an der frischen Luft verbringen. (vager Lösungsvorschlag). Hilfreich ist es, beim Aufsteigen des Angstgefühls den Kopf zwischen die Knie zu legen und 16 tiefe Atmungen zu machen. (konkreter Lösungsvorschlag) → nur als konkreter Lösungsvorschlag codiert

Nicht codiert werden Positionen, die im relevanten Artikel keine Aussagekraft für die Gesundheitskommunikation und die zu untersuchenden Variablen haben, d. h. sie enthalten keinen konkreten Inhalt zum Thema. Dies betrifft bedeutungslose bzw. journalistische und stilistische „Spielereien“, die eher als „Textwatte“ und Brücke zwischen den Positionen verstanden werden können.

Beispiel: „Wenn Gemüse nach Fleisch duften würde, würden wir wahrscheinlich mehr davon essen!“ → wird nicht codiert

Als irrelevante Artikel werden Artikel codiert, die zwar in der Gesundheitsrubrik erscheinen, jedoch mit dem Thema der Gesundheitskommunikation eher wenig zu tun haben. Diese Artikel, bei denen keine Ausprägung der Variablen codierbar ist, werden als irrelevante Artikel codiert.

Beispiel: falsch zugeordnete Artikel, die gar nichts mit dem Thema Gesundheit zu tun haben, z. B. Artikel über Kultur, oder etwa eine Kino-Premiere.

6.2 Allgemeines zum Codieren

Mithilfe mehrerer farbiger Textmarker kann man einzelne Positionen kennzeichnen, ein Kugelschreiber dient der Kennzeichnung der Standpunkte. Des Weiteren benötigt man die ICD-Klassifikation der Erkrankungen für den Fall, dass man die Einordnung der in der Position erwähnten Erkrankung nicht ohne Hilfe vornehmen kann.

Zuerst liest man den Artikel bis zum Ende, dann kennzeichnet man die Positionen mit dem Textmarker. Erst dann kann mit der Erhebung angefangen werden. Zuerst analysiert man die einzelnen Variablen und schreibt die Ergebnisse in den Artikel; erst dann werden die Antworten im Codebuch angekreuzt.

6.3 Formales (V1 - V8)

Bei den formalen Kriterien geht es darum, die einzelnen Positionen hinsichtlich ihrer Zugehörigkeit zum Sample zu definieren. Bevor man beginnt, einzelne Qualitätsgebote zu untersuchen, gilt es, zu bestimmen, in welchem Medium der Artikel veröffentlicht wurde, an welchem Tag dies geschehen ist (Datum) und wer die Codierung durchführt (nur für künftige Forschungen von Bedeutung, denn in diesem Fall gibt es nur einen Codierer). Schließlich wird entschieden, ob der Artikel, der gerade den Betrachtungsgegenstand darstellt, über irrelevanten oder relevanten Inhalt für die Untersuchung verfügt. Ist der Artikel irrelevant, wird er als eine Position durch den Code „999“ kennzeichnet. Positionen, die gerade erhoben werden, werden pro Artikel immer nummeriert.

6.4 Vielfalt (V9 - V13)

Vielfalt bedeutet in diesem Fall die Vielfalt der zu Wort kommenden Perspektiven und Standpunkte. Die Definition bezieht sich auch auf die Erläuterungen von Arnold, der auf die Notwendigkeit der vielfältigen Darstellung von Perspektiven und Standpunkten hinweist. Nach ihm „dürfen also nicht immer nur die gleichen (Elite-)Personen mit ihren Positionen und Themen zu Wort kommen, sondern es müssen auch neue (Elite-)Personen mit ungewöhnlichen Positionen und Themen aktiv einbezogen werden.“⁹⁶

Daraus kann man folgende Definition lesen: Ein Artikel/Medium gilt bzw. Medien gelten dann als **vielfältig**, wenn

- sie Themen aus unterschiedlichen Perspektiven heraus beleuchten.
- sie Themen aus unterschiedlichen Standpunkten heraus beleuchten.

6.4.1 Perspektiven-Ebenen

Die Perspektive ist dabei die Betrachtungsweise, die im Rahmen dieser Arbeit zwei Ebenen vorweisen kann: Akteur-Typ (Nominale-Skala) und Gesundheitsauffassung (Nominalskala).

AKTEUR-TYP

Hierbei handelt es sich um die Unterscheidung zwischen Akteuren – im Hinblick auf ihre Professionalität und ihren Schwerpunkt. Als Experten werden Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Wissenschaftler, aber auch staatlich engagierte Menschen (Gesundheitsministerium, Polizei u. ä.) und Unternehmer verstanden. Als Laien werden hingegen Journalisten, Patienten und bekannte Persönlichkeiten verstanden.

Experten aus dem medizinischen Bereich: Ärzte, Psychologen, Therapeuten, aber auch Volksheiler, Heiler, Masseur, Berater aus den Bereichen Gesundheit und Ernährung u. ä.

In diesem Fall wird die Position von Experten aus dem Medizinbereich – von Ärzten, Psychologen und Therapeuten, bis hin zu Masseuren, Heiler u. ä. – vertreten.

Experten aus dem Bereich der Wissenschaft und Forschung: Wissenschaftler, Forscher

⁹⁶ Arnold, 2008. S. 494

In diesem Fall wird die Position von Experten aus der Welt der Wissenschaft vertreten. Dazu werden Universitätsprofessoren, Universitäts-Angestellte sowie Angestellte im Bereich der privaten Forschung gezählt.

Experten aus dem Bereich Staatsorgane: Ministerium für Gesundheit, staatliche Organe und Behörden

In diesem Fall wird die Position von Experten der staatlichen Organe vertreten. Es muss sich nicht unbedingt um Akteure aus dem Gesundheitswesen handeln. Häufig nehmen auch Akteure der Polizei (etwa mit Bezug auf Notwehr-Handlungen) sowie Behörden (z.B. das Gesundheitsministerium, mit Bezug auf Lebensmittelsicherheit) am öffentlichen Diskurs teil.

Experten aus dem Geschäftsbereich: Manager, Unternehmer

In diesem Fall wird die Position von Unternehmern, Managern oder anderen Akteuren aus dem kommerziellen und nicht-medizinischen Bereich vertreten. Beispiel: Unternehmer der Nahrungsmittelkonzerne, Verlage (Bücher über gesunden Lebensstil) u. ä.

Position aus der Laienperspektive: Journalist

In diesem Fall wird die Position von Journalisten vertreten. Es werden nur rein journalistische Positionen codiert, d. h. es wird eindeutig klar, dass der Journalist nicht andere Akteure repliziert.

Position aus der Laienperspektive: Bekannte Persönlichkeit

In diesem Fall wird die Position von einer bekannten Persönlichkeit vertreten. Es handelt sich um laienhafte Äußerungen von in der Öffentlichkeit bekannten Personen wie Schauspielern, Moderatoren, Sängern usw.

Position aus der Laienperspektive: Patient oder Betroffene

In diesem Fall wird die Position von Patienten oder Betroffenen vertreten. D. h. es handelt sich um erfahrene Laien, die ihre eigene Meinung äußern.

AKTEUR - GESUNDHEITSAUFASSUNG

Es handelt sich um die Unterscheidung von Gesundheitsauffassungen, die entweder explizit genannt oder vom Codierer erkannt werden. Man unterscheidet zwischen konventioneller Gesundheitsauffassung (Schulmedizin), komplementärer alternativer Gesundheitsauffassung, gemischter anerkannter Gesundheitsauffassung und konventioneller nicht-medizinischer Gesundheitsauffassung. Dabei ist eine Liste an Unterscheidungsmerkmalen zu beachten. Wenn im Text nicht eindeutig Akteur, Gruppe oder Gesundheitsauffassung genannt werden, werden die Unterscheidungsmerkmale beachtet.

Im Hinblick auf diese Perspektiven bieten sich zwei Methoden an, wie man diese voneinander unterscheiden kann. Zum einen können sie explizit genannt, oder vom Codierer erkannt werden. Dazu müssen mithilfe wissenschaftlicher Literatur konkrete Unterscheidungsmerkmale definiert werden.

Konventionelle medizinische Gesundheitsauffassung

Wenn die Gesundheitsauffassung im Text nicht explizit erwähnt wird, müssen die gesundheitsbezogenen Äußerungen über gewisse Merkmale verfügen, nach denen die Zuordnung erfolgt. Die Merkmale – die Indikatoren – werden aus der Theorie abgeleitet.

Als **konventionelle Medizin** werden die dem heutigen Lehrgebäude der Humanmedizin entsprechenden Denkweisen und Verfahren bezeichnet, die an den Universitäten der hoch entwickelten westlich-orientierten⁹⁷ Länder erforscht und verwendet werden.⁹⁸ Eine Perspektive ist dann als konventionelle Gesundheitsauffassung zu codieren, wenn:

- ...Experten genannt werden, die in einem **Gesundheitsbereich mit anerkannter westlicher Ausrichtung** tätig sind. Zum Beispiel: Ärzte und Gesundheitsspezialisten aus Krankenhäusern, offiziellen Ambulanzen, anerkannten Ernährungs- und Diätencentren u. ä.
- ...Experten genannt werden, die **ihre Ausbildung in offiziellen, westlich orientierten medizinischen, aber auch nicht-medizinischen Gesundheitsbildungsinstitutionen** abgeschlossen haben. Beispiele: Psychiater, Kardiologe, klinischer Psychologe, Chirurg, aber auch ausgebildete Ernährungsberater, Wissenschaftler, u. ä.
- ...in einer Position **chemische Medikamente und andere offiziell anerkannte medizinische aber auch nicht-medizinische Versorgungsmaßnahmen** genannt werden. Beispiele: Rehabilitation, Chemotherapie, Gastroskopie, Untersuchungen jeglicher Art, chemische Medikamente, Psychotherapie. Hierher sind auch **Nahrungsergänzungsmittel** einzuordnen, es muss jedoch erkenntlich sein, dass sie von einem Experten der Schulmedizin bzw. von einem Wissenschaftler genannt werden. Nahrungsergänzungsmittel allein können nicht hinreichend als Indikator für Schulmedizin verstanden werden. Sie sind immer nur im Hinblick auf die anderen Indikatoren entweder der Schul- oder der Alternativmedizin zuzuordnen. (Weil sie sehr wohl von beiden Gesundheitsauffassungen genutzt werden)
- ...Positionen sich **allein auf die Biologie und/oder Psychologie** des Menschen beziehen. (Hier ist zu beachten, dass sich die gesundheitsbezogenen Positionen NICHT auf die Spiritualität/Transzendenz/Metaphysik und andere außerbiologische und außerpsychologische Dogmen beziehen)
- ...das Ziel der Heilungsmethoden vor allem **die Beseitigung biologischer Abweichungen** und darüber hinaus die Erreichung der „Normalität“ im Hinblick auf die Lebensqualität und Lebenserwartung ist.⁹⁹ (Hier ist zu beachten, dass die biologischen Merkmale im Zentrum stehen, wobei die Zusammenhänge mit der Lebenssituation des Menschen/der Seele nicht angesprochen werden. Sowohl Lebenssituation als auch Seele können bei psychologischen Themen als Bestandteil der konventionellen Gesundheitsauffassung verstanden werden, es

⁹⁷ Anm.: Der Autor spricht ursprünglich von westlichen Einrichtungen. Dies wurde durch „westlich-orientierte“ Einrichtungen ersetzt, da die Slowakei nicht als westliches Land angesehen wird, ihr politisches System und „Grundauffassung“ in jedem öffentlichen Segment aber durchaus westlich sind. Schulmedizin ist die anerkannte Gesundheitsauffassung der offiziell tätigen Gesundheitseinrichtungen.

⁹⁸ vgl. Willich u. a., 2008. S. A1316

⁹⁹ vgl. Willich u. a., 2008. S. A1317

muss jedoch klar sein, dass es sich um eine psychologische Expertenperspektive handelt (explizit genannt))

- ...**die Begrifflichkeit** in der Position eindeutig auf die konventionelle Gesundheitsauffassung hinweist. Wenn es keine anderen Merkmale gibt, sind lateinische bzw. wissenschaftliche Fachausdrücke für Erkrankungen/Symptomatik/usw. als Indikatoren für konventionelle Gesundheitsauffassung zu codieren.

Komplementäre bzw. alternative Gesundheitsauffassung

Begriffsverständnis: „Unter dem Terminus „Komplementärmedizin“ wird eine Vielzahl unterschiedlicher Theorie- und Praxisansätze zusammengefasst, deren gemeinsames Merkmal es ist, dass sie nicht zur konventionellen, wissenschaftlich etablierten Medizin gerechnet werden und deren Vertreter nicht über hinreichende Akzeptanz verfügen.“¹⁰⁰

Eine Perspektive ist dann als unkonventionelle Gesundheitsauffassung zu codieren, wenn:

- ...Experten genannt werden, die im **nicht anerkannten Gesundheitsbereich** tätig sind. Zum Beispiel: Alternativkliniken, Massagezentren, Wellnesszentren, Yoga-Zentren usw.
- ...es sich um Experten handelt, die ihr Expertenwissen **in alternativen Institutionen** erworben haben, bei denen es **sich nicht um westlich-orientierte, offizielle Gesundheitsinstitutionen** handelt. Beispiel: die Schule der chinesischen Medizin, Akupunktur, Homöopathie, Kurse der Bachtherapie usw.
- ...in einer Äußerung **Naturmittel, Naturrezepten und andere nicht offiziell anerkannte Versorgungsmaßnahmen** genannt werden. Beispiel: Akupunktur, Bioresonanz, Massagen, Phytotherapie, usw.
- ...**Nahrungsergänzungsmittel** erwähnt werden; es muss jedoch erkenntlich sein, dass sie von einem Akteur der Alternativmedizin genannt werden. Nahrungsergänzungsmittel allein können aber nicht als Indikator für Alternativmedizin verstanden werden. Sie sind immer nur im Hinblick auf die anderen Indikatoren entweder der Schul- oder der Alternativmedizin zuzuordnen. (Weil sie sehr wohl von beiden Gesundheitsauffassungen genutzt werden können)
- ...von ihren Vertretern die Prinzipien der **Förderung, Unterstützung oder auch der Stimulation beziehungsweise Provokation von Selbstordnungsleistungen** des Organismus beziehungsweise des Individuums als therapeutisches Prinzip angesehen werden.¹⁰¹ (Dabei ist vor allem zu beachten, dass keine Medikamente und westlich orientierte Therapien als Heilungsmethoden, sondern vielmehr „selbstreinigende“ Naturrezepte wie etwa Fasten vorgeschlagen werden)

¹⁰⁰ Willich u. a., 2008. S. A1317

¹⁰¹ vgl. Willich u. a., 2008. S. A1317

- ...die **Begrifflichkeit** in der Äußerung eindeutig auf die alternative Gesundheitsauffassung hinweist. Es werden Begriffe wie „Chi“, „Vibration“, „Energie“ o. ä. genutzt.

Gemischte anerkannte Gesundheitsauffassung

Wie in der medizinischen Zeitschrift FORUM erklärt wurde, verlaufen die Grenzen zwischen konventioneller und komplementärer Medizin nicht mehr besonders scharf.¹⁰² In der westlichen Welt kann man heute sogar beobachten, dass neue medizinische Strömungen ergründet werden, die zwar anerkannt, aber den alternativen Denkweisen und Verfahren sehr nahe sind.¹⁰³

Aus diesem Grund wird im Rahmen dieser Arbeit noch eine weitere Gesundheitsauffassung erfasst: die anerkannte gemischte Gesundheitsauffassung. Laut FORUM gehören dazu die sogenannte evidenzbasierte Komplementär- und Alternativmedizin oder die integrative Medizin¹⁰⁴, aber auch mehrere andere Behandlungsweisen, die zwar allgemein anerkannt werden, aber eine alternative Medizin praktizieren.¹⁰⁵ Genau diese Form wird im Rahmen dieser Arbeit erfasst – es handelt sich also um anerkannte, gemischte Formen der alternativen und konventionellen Medizin. Sie werden daran erkannt, dass sie von anerkannten Experten betrieben werden, deren Gesundheitsauffassung über das konventionelle Verständnis hinausgeht.

Beispiele: Integrative Medizin, medizinische Klimatologie, Chirotherapie, Physikalische Therapie, Balneologie, o. ä. ...

Die **gemischte anerkannte Gesundheitsauffassung** definiert man als anerkannte konventionelle Gesundheitsperspektive, deren Denkweisen und Verfahren der komplementären Alternativmedizin nahe sind. Es handelt sich um integrative Medizin, evidenzbasierte Alternativmedizin und andere alternative Gesundheitsbetätigungen, die von Experten für konventionelle Medizin (Ärzte) ausgeübt werden.

Eine Perspektive ist dann als anerkannte gemischte Gesundheitsauffassung zu codieren, wenn:

- ...es sich um eine alternative Gesundheitsauffassung handelt (Erkennungsmerkmale siehe oben), die vom Arzt, d. h. von einem Experten aus einer offiziell anerkannten medizinischen Bildungsinstitution vertreten wird.
- ...ein Arzt in der Öffentlichkeit neben Maßnahmen der Schulmedizin auch alternative Maßnahmen für Heilung, Behandlung u. ä. als Alternative äußert. Ein Beispiel wäre etwa ein Naturheilmittel als Behandlung der Grippe.

¹⁰² vgl. Teichfischer/Münstedt, 2011. S. 17

¹⁰³ vgl. Teichfischer/Münstedt, 2011. S. 19

¹⁰⁴ vgl. Münstedt/Teichfischer, 2011. S. 17-20

¹⁰⁵ vgl. Münstedt/Teichfischer, 2011. S. 19

Konventionelle nicht-medizinische Gesundheitsauffassung

Eine Perspektive ist dann als konventionelle nicht-medizinische Gesundheitsauffassung zu codieren, wenn

- ...es sich um eine konventionelle Gesundheitsauffassung handelt (siehe Unterscheidungsmerkmale), aber die erwähnten Experten Anhänger einer nicht-medizinischen Ausbildung sind, d. h., wenn es sich um Psychologen, Therapeuten, Wissenschaftler o. ä. handelt

Unklare Gesundheitsauffassung

Es muss jedoch auch damit gerechnet werden, dass die gesundheitsbezogenen Äußerungen im Text keiner eindeutigen Gesundheitsauffassung/Perspektive zugeordnet werden können. Für diese unklaren Perspektiven wird Möglichkeit „Unklare Gesundheitsauffassung“ erstellt.

6.4.2 Standpunkterepräsentanz und Unterscheidungsmerkmale

Die Vielfalt an Perspektiven aber auch an Standpunkten wird von Arnold als eine der wichtigsten Qualitätsdimensionen gesehen. Laut ihm muss die Gegenüberstellung verschiedener bis gegensätzliche Standpunkte kommuniziert werden, weil sich gerade „in der Gegenüberstellung von Rede und Gegenrede [...] ein gesellschaftlicher Austausch mit der Möglichkeit einer uneingeschränkten Kritik seitens der Wissenden, der Kompetenten, der Experten“ entfaltet.¹⁰⁶

Im Hinblick auf diesen Aspekt wird daher beobachtet, ob unterschiedliche bis gegensätzliche Standpunkte im Rahmen eines Artikels zu Wort kommen. Nachdem die Äußerung einer Perspektive zugeordnet wird, wird zusätzlich noch unterschieden, welchen Standpunkt sie zum angesprochenen Thema einnimmt.

Ein **Standpunkt** wird hier als „bestimmte Einstellung, mit der man etwas sieht, beurteilt“¹⁰⁷ definiert. Ein Standpunkt ist eine konkrete Einstellung zu einer Position, es wird zwischen dem Pro- und Contra- Standpunkt gegenüber einem konkreten Thema im Artikel unterschieden.

Man geht davon aus, dass jeder Position immer ein Standpunkt zuzuordnen ist. Dieser implizite Standpunkt ist immer als „NEUTRAL“ zu codieren, da es sich um den erstgenannten Standpunkt zu einem konkreten Thema handelt. Sobald ein anderer Standpunkt zum gleichen Thema geäußert wird, wird dieser entweder als „PRO“- oder „CONTRA“-Standpunkt codiert. Ein „PRO“-Standpunkt repräsentiert einen ähnlichen Standpunkt, d. h. er vertritt den gleichen Standpunkt wie der erstgenannte. „Contra“-Standpunkte sind im Vergleich dazu konträr und vertreten eher eine gegensätzliche Meinung.

¹⁰⁶ Schröter, 1995. S. 36

¹⁰⁷ duden.de (o.V., o.D.)

Definition der Standpunkte

Neutral

Der Standpunkt, der im Hinblick auf ein konkretes Thema erstgenannt wird – es handelt sich um eine Meinung, die im Artikel noch nicht vertreten wurde.

Beispiel: Chemotherapien haben heute nicht mehr so viele negative Nebenwirkungen wie früher.

Pro

Der Standpunkt, der eine ähnliche Meinung vertritt, wie der neutrale Standpunkt.

Beispiel: Chemotherapien sind heutzutage als Heilungsmethode sehr erfolgreich.

Contra

Der Standpunkt, der im Vergleich zu dem neutralen Standpunkt eine eher gegensätzliche Meinung darstellt.

Beispiel: Chemotherapien scheinen Patienten eher zu gefährden, da sie schnell erschöpft sind und die Kraft verlieren, weiter zu kämpfen.

6.5 Relevanz – *thematische Repräsentanz* (V14 – V47)

Das Gebot der Relevanz ist – wie gesagt – etwas außergewöhnlich. Es handelt sich in diesem Fall nicht um die Frage, welche Selektionsmechanismen eingeführt werden, nach denen die Themen für relevant oder irrelevant beurteilt werden können: Vielmehr wird die Frage aufgeworfen, ob die Redaktionsmitglieder/Journalisten/Medien jene Gesundheitsthemen an die Öffentlichkeit bringen, die aus Sicht der nationalen und internationalen Gesundheitsbehörden relevant sind. Es geht also eher um die Frage der thematischen Repräsentanz in den Online-Zeitungen.

Arnold dazu: „Relevanz hat eine besondere Bedeutung, da Journalismus nicht die Realität an sich und vollständig darstellen kann, es müssen immer Selektionsentscheidungen getroffen werden.“¹⁰⁸ Man kann also nicht damit rechnen, dass die Journalisten die Realität an sich an die Öffentlichkeit kommunizieren, doch man kann erwarten, dass die wichtigsten, in der Realität durchaus aktuellen und die Bevölkerung betreffenden Themen es verdienen, von den Medien an das Publikum vermittelt zu werden.

Es wird im Rahmen dieser Untersuchung also nicht die Relevanz, sondern vielmehr die thematische Repräsentanz untersucht. Dabei werden die zu untersuchenden Äußerungen spezifischen thematischen Kreisen zugeordnet. Um dies zu ermöglichen, müssen die Themenkreise vordefiniert werden.

Der Grad an „relevanter thematischer Repräsentanz“ eines Mediums/Medien insgesamt wird umso höher eingestuft,

- *je mehr Informationen zu den häufigsten Todesursachen vermittelt werden,*
- *je mehr Informationen zu den Krankheiten vermittelt werden, die in der Slowakei eine rasch steigende Tendenz haben,*

¹⁰⁸ Arnold, 2008. S. 494

- *je mehr Informationen zu den Risiken jenes falschen Gesundheitsverhaltens vermittelt werden, das zur Entstehung der oben genannten Erkrankungen oder Beeinträchtigungen führen,*
- *je mehr das Vorkommen der Erkrankungen und Todesursachen in den Medien dem realen Vorkommen der Erkrankungen und Todesursachen in der Bevölkerung entspricht.*

Im Rahmen dieser Arbeit ist es von Bedeutung festzustellen, ob Krankheiten, die die Bevölkerung am meisten belasten, in der Öffentlichkeit entsprechend behandelt werden. Um aussagekräftige Ergebnisse zu erreichen, muss man dennoch alle behandelten Erkrankungen berücksichtigen – nur auf diese Art kann man verhältnismäßig beobachten, welchen Erkrankungen am meisten bzw. am wenigsten Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Die Erkrankungen werden zweifach erhoben. Einerseits wird ihre Zugehörigkeit zur aktuellen ICD-10-Klassifikation bestimmt, andererseits wird die kommunikative Intention des Akteurs im Rahmen der Position bestimmt. So wird darüber entschieden, ob sich die Position eher auf Ursachen, Erscheinungsbild, Prophylaxe oder ähnliches bezieht. Im Folgenden werden die einzelnen Punkte noch einmal genauer erläutert.

KRANKHEIT VS. KRANKHEITSRISIKO

Was ist eine Erkrankung? Richtet man sich nach dem ICD-System, so werden auch viele Zustände, die man im Alltag eher als gesundheitsgefährdende Faktoren wahrnimmt, als Erkrankungen betrachtet. So werden zum Beispiel Rauchen und Alkoholkonsum als Erkrankung aufgelistet, während sie im Alltag vielmehr als Faktoren wahrgenommen werden, die zur Entstehung weiterer Erkrankungen beitragen können. Auch im Rahmen dieser Arbeit werden Rauchen, Alkoholkonsum, Schlafmangel, sowie psychische Spannung eher als Risiken betrachtet, die zu schweren Krankheiten führen können. Es wird erwartet, dass Akteure auf diese Risikofaktoren im Zusammenhang mit Prophylaxe hinweisen und aus diesem Grund werden sie in dieser Arbeit als Bestandteil von prophylaktischer kommunikativer Intention wahrgenommen.

Wie werden die Erkrankungen und Krankheitsrisiken voneinander unterschieden und codiert? Eine **Krankheit** wird laut Duden generell als „körperliche, geistige oder psychische Störung, die an bestimmten Symptomen erkennbar ist“¹⁰⁹ verstanden – diese Definition ist auch für diese Arbeit ausreichend. Davon werden aber zusätzlich **Faktoren** unterschieden, die das **Krankheitsrisiko** – also das „Risiko, eine Krankheit zu bekommen“¹¹⁰ – erhöhen.

Als Faktoren, die das Risiko, eine Krankheit zu bekommen, erhöhen, werden in dieser Arbeit Faktoren wie falsche Ernährung, mangelnde Bewegung, wenig Schlafhygiene und Psychohygiene sowie häufiger Alkoholkonsum und Rauchen verstanden. Diese Faktoren sind nicht als Erkrankungen zu verstehen und werden aus diesem Grund im Rahmen der prophylaktischen kommunikativen Intention in Rücksicht genommen. Hingegen Diabetes

¹⁰⁹ duden.de (o. V., o.D.)

¹¹⁰ duden.de (o. V., o.D.)

Mellitus und Adipositas werden aus der der Sicht des ICD-Kategoriensystems als Krankheiten verstanden und werden daher als eigenständige Erkrankungen im ICD-System erhoben.

Sobald aber Rauchen oder Alkoholkonsum als Sucht behandelt werden, werden sie zusätzlich noch entsprechend ihrer Zugehörigkeit zum ICD-System als Erkrankungen kodiert. Dies betrifft genauso Schlafstörungen, die als krankhafter Zustand auch eigene ICD-Gruppe betreffen. Werden jedoch in der Position die Faktoren nur oberflächlich als „wenig Schlag“ oder „zu viel Alkohol“ u. ä. erwähnt, dürfen diese Äußerungen noch nicht als Krankheiten (Schlafstörungen und Alkoholsucht) verstanden werden und deswegen kommt es in diesem Fall nur zur Kodierung innerhalb der Prophylaxe.

6.5.1 Position - Erkrankung

Klassifikation der Krankheiten nach ICD

ICD 10 ist die neuste internationale Klassifikation der Erkrankungen und Gesundheitsprobleme. Es handelt sich um eine detaillierte Liste aller möglicher Erkrankungen und ihrer Variationen, von denen es (in der aktuellsten slowakischen Version) insgesamt 17098 gibt.¹¹¹ Es wird eine aktuelle deutsche Übersetzung der ICD aus dem Jahr 2011 in dieser Arbeit genutzt.¹¹² Die Codierung jeder einzelnen Krankheit wäre natürlich extrem zeitaufwendig. Aus diesem Grund wird die in der Äußerung behandelte Erkrankung nur der ICD-Gruppe zugeordnet, von denen es insgesamt 21 gibt. Da uns aber bestimmte Erkrankungen besonders interessieren – wie beispielsweise Diabetes – werden in manchen Fällen noch Subkategorien erstellt. Manche ICD-Gruppen werden hingegen zusammengefasst oder ausgelassen, da es sich um sehr spezifische Bereiche handelt, deren Komplexität über die Ansprüche dieser Arbeit hinausgehen. Im Folgenden werden alle ICD-Gruppen beschrieben und ein paar Beispiele zu jeder Gruppe genannt. Die Erkrankung, die in der Position erwähnt wird, wird in dieser Liste herausgesucht und der entsprechenden Gruppe zugeordnet.

Es muss angemerkt werden, welche Erkrankungen in der Position erwähnt werden. Meistens widmet sich ein Artikel nur einer Erkrankung, jedoch können innerhalb eines Textes mehrere andere Erkrankungen erwähnt werden, z.B. solche, die mit der erstgenannten Erkrankung zusammenhängen.

Beispiel: In einem Artikel, in dem es um Schlafstörungen geht, erwähnt der Autor, dass Schlafstörungen einen negativen Einfluss auf den Kreislauf haben können. In diesem Fall werden sowohl Schlafstörungen als auch das Kreislaufsystem codiert.

Infektiöse und parasitäre Krankheiten

Es handelt sich um Krankheiten, die allgemein als ansteckend oder übertragbar anerkannt sind.

Beispiele: Infektiöse Darmkrankheiten, Tuberkulose, bestimmte bakterielle Zoonosen, sonstige bakterielle Krankheiten, Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden,

¹¹¹ vgl. nczisk.sk (WHO, 2011)

¹¹² vgl. dimdi.de (ICD, 2013)

sonstige Spirochätenkrankheiten, Krankheiten durch Chlamydien, Rickettsiosen, Virusinfektionen des Zentralnervensystems, durch Arthropoden übertragene Viruskrankheiten und virale hämorrhagische Fieber, Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind, Virushepatitis, HIV, sonstige Viruskrankheiten, Mykosen u. ä.¹¹³

Neubildungen

Diese Gruppe beinhaltet alle Arten von Tumoren, sowohl bösartige als auch gutartige Neubildungen.

Beispiel: Malignome und Tumore jeglicher Art¹¹⁴

Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems

Zu dieser Gruppe gehören Anämien jeglicher Art, andere Blutstörungen aber auch Immunstörungen.

Beispiel: Anhemie, Alpha-Thalassämie, Beta-Thalassämie, Hämoglobinopathien und andere.¹¹⁵

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Diese Gruppe beinhaltet Krankheiten wie Adipositas, Diabetes Mellitus, Mangelernährung, Stoffwechselstörungen und ä.

Beispiel: Kropf, Schilddrüsenerkrankungen, Hypothyreose, Diabetes Mellitus, Hypoglykämie, Unterfunktion der Hypophyse u. ä.¹¹⁶

Diese Kategorie beinhaltet drei Subkategorien:

1. Diabetes Mellitus

Diese Kategorie ist immer dann zu kodieren, wenn der Akteur in seiner Position Diabetes Mellitus erwähnt.

2. Adipositas

Diese Kategorie ist immer dann zu kodieren, wenn der Akteur in seiner Position Fragen von Übergewicht erwähnt.

3. Sonstiges

Psychische und Verhaltensstörungen

Diese Gruppe betrifft psychische Erkrankungen und Störungen sowie Entwicklungsstörungen und Intelligenzstörungen.

Beispiel: Demenz, Delirium, Depressionen, Angststörung u. ä.¹¹⁷

¹¹³ vgl. dimdi.de (ICD, 2013)

¹¹⁴ vgl. dimdi.de (ICD, 2013)

¹¹⁵ vgl. dimdi.de (ICD, 2013)

¹¹⁶ vgl. dimdi.de (ICD, 2013)

¹¹⁷ vgl. dimdi.de (ICD, 2013)

Krankheiten des Nervensystems

Es handelt sich um Erkrankungen, die sowohl das zentrale, als auch das periphere Nervensystem betreffen.

Beispiel: Meningitis, Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, Ataxia, Parkinson-Krankheit, Alzheimer-Krankheit, Sklerose, Epilepsie, Migräne, Amnesie, Myopathie unterschiedlicher Art, zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome u. ä.¹¹⁸

Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde

Es handelt sich um Erkrankungen des Sehorgans und seiner Umgebung.

Beispiel: Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut, Glaukom, Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels, Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler, Sehstörungen und Blindheit, sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde u. ä.¹¹⁹

Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes

Es handelt sich um Erkrankungen des Hörorgans und seiner Umgebung, des inneren und äußeren Ohres, sowie des Mittelohrs.

Beispiel: Abszess des äußeren Ohres, Cholesteatom des äußeren Ohres, Nicht-infektiöse Krankheit der Ohrmuschel, akute eitrige Otitis media u. ä.¹²⁰

Erkrankungen des Kreislaufsystems

Es handelt sich um Krankheiten der Venen, Arterien, Kapillaren, Herzkrankheiten oder Störungen des Blutdrucks.

Beispiel: Akute rheumatische Myokarditis, akute rheumatische Herzkrankheit nicht näher bezeichnet, rheumatische Chorea mit Herz, rheumatische Chorea ohne Herzbeteiligung, Mitralstenose, Angina Pectoris, Myokardinfarkt, akute ischämische Herzkrankheit, atherosklerotischen Herz-Kreislauf-Krankheit u. ä.

Krankheiten des Atmungssystems

Es handelt sich um Krankheiten der Atemwege und Lungen, um Erkrankungen wie Grippe und Pneumonie.

Beispiel: akute Entzündung der Kieferhöhlen (akute Sinusitis), akute Entzündung der Stirnhöhlen (akute Stirnhöhlenentzündung), akute Entzündung der Siebbeinzellen (akute Sinusitis ethmoidalis), akute Entzündung des Keilhohlraums (akute Sinusitis Keilbein), akute Pansinusitis u. ä. Influenza (Grippe), Lungenentzündung durch Adenoviren verursacht, Lungenentzündung durch Respiratory-Syncytial-Virus verursacht, Asthma u. ä.¹²¹

Krankheiten des Verdauungssystems

Es handelt sich um Krankheiten, die das ganze Verdauungssystem betreffen, von den Zähnen bis zum Darm.

¹¹⁸ vgl. dimdi.de (ICD, 2013)

¹¹⁹ vgl. dimdi.de (ICD, 2013)

¹²⁰ vgl. dimdi.de (ICD, 2013)

¹²¹ vgl. dimdi.de (ICD, 2013)

Beispiel: Fehlen der Zähne, überzählige Zähne, Glossitis, Ösophagitis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, akute Magengeschwür mit Blutung, akute Magengeschwür mit Durchbruch, andere akute Gastritis, Alkohol-Gastritis, alkoholische Leberzirrhose, alkoholische Leberversagen, alkoholische Leberkrankheit u. ä.¹²²

Krankheiten der Haut und Unterhaut

Es handelt sich um Erkrankungen, die sowohl Haut, als auch Unterhaut betreffen – wie Dermatitis und Ekzeme.

Beispiel: Hautabszeß, Furunkel und Karbunkel der Gesichts, akute Entzündungen der Lymphknoten der oberen Extremitäten, akute Entzündungen der Lymphknoten der unteren Extremitäten, Pyoderma, Erythrasma (Erythrasma), Seborrhoische Keratose, Acanthosis nigricans, Corn (Hühneraugen) und Kallus (Kallus) u. ä.¹²³

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Es handelt sich um Erkrankungen und Störungen der Knochen und Muskeln, sowie um unterschiedliche Veränderungen der Knochendichte und -struktur.

Beispiel: Arthritis, Arthropathie, Hallux valgus (erworben), schlaffe Handgelenke (erworben) mit Behinderungen des Unterarms (Ulna Knochen, Knochen Radius, Handgelenk) u. ä.¹²⁴

Krankheiten des Urogenitalsystems

Es handelt sich um Erkrankungen der Genitalorgane, Niere und des Ureters u. ä.

Beispiel: Männliche Unfruchtbarkeit, hyperplastische Vorhaut, Phimose und Paraphimose Leukoplakie des Penis, andere entzündliche Erkrankungen des Penis, Tiefpass (Venverschluss, statisch, ischämisch) Priapismus, gutartige Brust Dysplasie, entzündliche Erkrankung der Brust, Hypertrophie der Brust u. ä.¹²⁵

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben sowie Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalie

Aufgrund der Ähnlichkeit der Erkrankungen werden drei Gruppen zu einer zusammengefasst.

Es handelt sich um unterschiedliche Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit Schwangerschaft, Geburt oder dem Wochenbett verbunden sind.

Beispiel: Embolie nach einer Fehlgeburt, ektopische Schwangerschaft und Schwangerschaft mit Blasenmole, Schock nach einer Fehlgeburt, Nierenversagen nach einer Fehlgeburt u. ä.

Es handelt sich um Erkrankungen und Schädigungen des Feten und Neugeborenen in der Perinatalperiode.

Beispiel: Blutungen aus der Nabelschnur von Neugeborenen, Gehirnblutung beim Feten und Neugeborenen, Neugeborenen-Gelbsucht mit einer Frühgeburt assoziiert u. ä.

¹²² vgl. dimdi.de (ICD, 2013)

¹²³ vgl. dimdi.de (ICD, 2013)

¹²⁴ vgl. dimdi.de (ICD, 2013)

¹²⁵ vgl. dimdi.de (ICD, 2013)

Es handelt sich um Fehlbildungen und Deformitäten unterschiedlicher Art.

Beispiel: Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarks, angeborene Anomalien der Lunge, Einseitige Lippenpalte, Angeborenes Fehlen der Vagina u. ä.¹²⁶

Symptome, Zeichen und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert werden

Symptome, die unterschiedliche Körpersysteme betreffen, doch abnorme klinische Zeichen oder Laborbefunde aufweisen.

Beispiel: Tachykardie, Dyspnoe, Schluckauf, Niesen, Blähungen, Tetanus, visuelle Halluzinationen, Nervosität, Unruhe und Erregung, Gefühl von Unglück, Demoralisierung und Apathie, Reizbarkeit, feindselige Gefühle, körperliche Gewalt, akute Schmerzen, Tod, der innerhalb weniger als 24 Stunden nach Beginn der Symptome eingetreten, anderweitig nicht erklärbarer Tod ohne Zeugen u. ä.¹²⁷

Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen sowie Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität

Aufgrund der Ähnlichkeit der Erkrankung werden drei Gruppen zu einer zusammengefasst.

Es handelt sich um Vergiftungen, Erfrierung, Verletzungen und Verbrennungen, toxische Wirkungen auf unterschiedliche Organe.

Beispiel: Oberflächliche Verletzung der Nase, offene Wunde der Kopfhaut, Weichteilschaden ersten Grades, geschlossener Bruch oder Verstauchung auf dem Kopf, Zahnbruch, Bewusstlosigkeit, Schädel- und Hirnverletzungen, Steißbeinbruch, Verstauchung und Zerrung des Iliosakralgelenk, traumatische Amputation am Ellenbogen, Fremdkörper im Kehlkopf, Verbrennungen, Vergiftungen, toxische Wirkung von Methanol, Hitzeerschöpfung durch den Verlust von Salz, Ersticken. Die Auswirkungen von Hunger, Durst, körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, psychische Misshandlung, Folgen von Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts klassifiziert

Es handelt sich um Unfälle, vorsätzliche Selbstbeschädigungen, tätliche Angriffe, Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung.

Beispiel: Fußgänger bei Zusammenstoß mit Fahrrad im Zuge eines Verkehrsunfalls verletzt, ein Motorradfahrer bei Zusammenstoß mit zwei- oder dreirädrigen Kraftfahrzeuginsassen verletzt, Verletzungen bei anderen Arten von Unfällen (nicht Verkehr), Ertrinken, Stolpern, Fall aus dem Bett, Rattenbiss u. ä.¹²⁸

Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen – nicht codiert!

Diese Gruppe wird absichtlich ausgelassen, denn es handelt sich um Faktoren, die als gesellschaftsbezogene Faktoren verstanden werden, die auf Gesundheit eines Menschen einen Einfluss haben – und dieser Schwerpunkt wird bereits im Rahmen der prophylaktischen Maßnahmen als „kommunikative Intention“ begriffen, indem sich der

¹²⁶ vgl. dimdi.de (ICD, 2013)

¹²⁷ vgl. dimdi.de (ICD, 2013)

¹²⁸ vgl. dimdi.de (ICD, 2013)

Akteur zu Gesundheitsfragen im breiteren gesellschaftsbezogenen Spektrum äußert. Hiermit werden statistische Daten über Bevölkerung sowie andere eher gesellschafts- als individuell bezogene Gesundheitsmaßnahmen und Gesundheitsfaktoren verstanden.

Beispiel: Impfungen, regelmäßige prophylaktische Untersuchung, schlechte Ergebnisse in der Schule, Arbeitslosigkeit, ungünstige Wohnverhältnisse, Verlust einer liebevollen Beziehung in der Kindheit u. ä.¹²⁹

6.5.2 Position-kommunikative Intention

Für die Frage der thematischen Repräsentanz ist nicht nur von Bedeutung, welche Erkrankungen behandelt werden, sondern auch, aus welchem Blickwinkel man die Erkrankung betrachtet. Es kann sein, dass sich der Akteur nur zu den Symptomen, oder nur zu Fragen der Prophylaxe äußert. Daher wird zusätzlich noch darin unterschieden, auf welchem Entwicklungsstadium der Erkrankung und auf welchem Blickwinkel das Hauptaugenmerk liegt. Im Folgenden werden die Spektren definiert.

Intention-Abklärung über gesundes Funktionieren des Körpers

Der Akteur zielt darauf ab, das gesunde Funktionieren des Körpers zu beschreiben. Dies geschieht oft in Verbindung mit Abklärung einer Krankheit. So kann der Akteur beispielsweise in einer Position über gesunde Nieren berichten, in einer anderen kann er Symptome beschreiben, die auf ungesundes Funktionieren der Nieren hinweisen. Erstgenannte Position wird als Position mit Intention der Abklärung über gesundes Funktionieren des Körpers codiert.

Intention-prophylaktisches Verhalten und Maßnahmen

Der Akteur zielt darauf ab, das Publikum über prophylaktisches Verhalten und prophylaktische Maßnahmen abzuklären. Es handelt sich häufig um die Beschreibung einer erwünschten oder nicht erwünschten Lebensweise, die entweder zur Gesundheit oder zur Krankheit führt. Dies betrifft ein Individuum und seinen Einfluss auf die Gesundheit. Es werden hier also Fragen der gesunden Ernährung, Sport und Bewegung gezählt – hingegen werden die gesellschaftsbezogenen Faktoren wie Arbeitslosigkeit zu dieser Gruppe nicht gezählt. (Diese haben im ICD eigene Kategorie)

Diese Kategorie hat 7 Subkategorien:

1. Gesunde Ernährung

Diese Subkategorie ist dann zu kodieren, wenn sich der Akteur zu den Fragen der gesunden Ernährung äußert – sowie auf bestimmte Essgewohnheiten und Nahrungsmittel hinweist – die als Hilfe und Behandlung bei bestimmten Erkrankungen zu verstehen sind.

2. Sport und Bewegung

Diese Subkategorie ist immer dann zu kodieren, wenn der Akteur Sport und Bewegung als prophylaktischen Faktor empfiehlt, die es hilft, einer Erkrankung vorzubeugen, oder negative Folgen einer bereits laufenden Erkrankung zu erleichtern.

¹²⁹ vgl. dimdi.de (ICD, 2013)

3. Gesunde Schlafhygiene

Diese Subkategorie ist dann zu kodieren, wenn sich der Akteur zu den Fragen von gesundem Schlaf äußert. Dabei kann es um präventive Fragen sowie Fragen bei bereits laufenden Schlafstörungen gehen.

4. Psychohygiene

Diese Subkategorie ist dann zu kodieren, wenn sich der Akteur zu präventiven Fragen der gesunden Psyche äußert. Einerseits kann es sich um vorbeugende psychohygienische Fragen handeln, andererseits um Faktoren, die bereits laufende psychische Belastung betreffen.

5. Alkohol

Diese Subkategorie ist dann zu kodieren, wenn sich der Akteur zu Alkoholkonsum und Alkoholsucht äußert.

6. Rauchen

Diese Subkategorie ist dann zu kodieren, wenn sich der Akteur zu Fragen von Rauchsucht sowie Rauchen allgemein äußert.

7. Sonstiges

Diese Subkategorie ist dann zu kodieren, wenn Akteur andere prophylaktische Maßnahmen bespricht, wie zum Beispiel angemessene Bekleidung u. ä.

Intention – Aufklärung über Entstehung und Ursachen der Erkrankung

In diese Gruppe sind Positionen einzuordnen, die einen Zusammenhang mit einer bestehenden Erkrankung haben. Der Akteur zielt in der Position darauf ab, das Publikum über Entstehung und Ursachen der Erkrankung aufzuklären.

Intention – Aufklärung über Symptomatik und Erscheinungsbild der Krankheit

In dieser Gruppe sind Positionen einzuordnen, die Symptomatik und Erscheinungsbild einer Erkrankung betreffen. Der Akteur zielt darauf ab, Symptome der Erkrankung sowie durch Erkrankung erschwerende Lebensweise der Patienten abzuklären.

Intention – Aufklärung über Untersuchungsmethoden und Diagnostik

In dieser Gruppe sind Positionen einzuordnen, die auf Aufklärung über Untersuchungsmethoden und Diagnostik unterschiedlicher Art abzielen. Es kann sein, dass der Akteur sowohl klassische diagnostische Untersuchungsmethoden als auch im Haushalt ausführende „Naturrezepte“ bespricht, die Indikation der Erkrankung ermöglichen.

Intention – Aufklärung über Behandlungsmethoden und Heilung

In dieser Gruppe sind Positionen einzuordnen, in denen sich der Akteur zur Behandlung und Heilung jeglicher Erkrankungen äußert.

Intention – Aufklärung über Erholung und möglicher Rezidive

Zu dieser Gruppe werden Positionen zugeordnet, die alle Gesundheitsfragen nach der Erkrankung betreffen. Sie befassen sich etwa mit Rückfällen, Erholung, Rehabilitation, oder anderen Fragen, die mit dem Zustand nach einer Erkrankung zusammenhängen.

Intention – Aufklärung über gesellschaftliche Zusammenhänge hinsichtlich der Gesundheitsfragen

Zu dieser Gruppe werden Positionen zugeordnet, in denen sich der Akteur im breiteren – gesellschaftlich bezogenen - Kontext zur Erkrankung oder beliebiger Gesundheitsfrage äußert. Hiermit werden vor allem statistische Informationen über Bevölkerung und ihren Gesundheitszustand aber auch soziale Faktoren wie Arbeitslosigkeit besprochen, die einen erheblichen Einfluss auf Gesundheit haben.

6.6 Kritik (V48 – V57)

Das Gebot der Kritik ist das letzte Gebot und gleichzeitig das einzige, das einen starken diskursiven Charakter hat. Etwas zu kritisieren heißt, die Positionen der zu Wort kommenden Perspektiven in Frage zu stellen. Definitionen, die das Gebot der journalistischen Kritik abzuklären versuchen, verweisen daher sehr oft auf die Notwendigkeit eines gesellschaftlichen „Meinungsaustausches“¹³⁰. Aus diesem Grund hat die journalistische Kritik einen starken diskursiven Charakter, denn man kann die Kritik nicht präzise untersuchen, ohne sie im Kontext, d. h. im laufenden Meinungsaustausch zu beobachten und zu analysieren. Der Meinungsaustausch der zu Wort kommenden Vertreter bildet daher einen festen Bestandteil dieser Qualitätsanforderung. Aus diesem Grund wird für die Untersuchung der Qualitätsindex nach Grimm u. a., gewählt, weil er, obwohl auf einer anderen, verständigungsorientierten Theorie beruhend, die Qualität eines diskursiven Meinungsaustausches zu messen versucht und den kritischen Moment des Journalismus durchaus miteinbezieht.

Das Instrument wird jedoch wegen seines starken politischen Fokus an die Bedingungen des gesundheitsbezogenen Forschungsproblems dieser Arbeit angepasst. Der Bestandteil „Lösungsvorschläge“ wird im Rahmen dieser Untersuchung nicht beobachtet, da die „Lösungen“ in der Gesundheitskommunikation nicht das Besondere an der Konfliktkommunikation darstellen, sondern vielmehr einen festen Bestandteil jeder gesundheitsbezogenen Äußerung bilden – es handelt sich ja vor allem um Vorschläge zur Gesundheitsförderung. Lösungsvorschläge werden deswegen nicht explizit untersucht.

Wir kritikfähig sind die Gesundheitsartikel in dem Medium/in den Medien?

- je mehr Beiträge begründete Standpunkte enthalten und je anspruchsvoller diese Begründungen sind,...

¹³⁰ „Die Kritik- und Kontrollfunktion des Journalisten kann als ein dynamischer Prozeß (sic!) der Gegenüberstellung verschiedener bis gegensätzlicher kritischer und kontrollierender Standpunkte in der Gesellschaft selbst verstanden werden. In der Gegenüberstellung von Rede und Gegenrede entfaltet sich ein gesellschaftlicher Austausch mit der Möglichkeit einer uneingeschränkten Kritik seitens der Wissenden, der Kompetenten, der Experten.“

- je mehr Lösungsvorschläge die Beiträge enthalten und je anspruchsvoller diese Lösungsvorschläge sind,
- je respektvoller die Akteure miteinander umgehen und je häufiger dies der Fall ist und
- je diskursiver die Beiträge gestaltet sind, d. h., je häufiger naiv unterstellte Voraussetzungen angezweifelt werden ...¹³¹
- ..., desto mehr wird das Gebot der Kritik in den journalistischen Produkten erfüllt.

6.6.1 Begründung

Eine Begründung besteht in der Angabe von Gründen bzw. Erklärungen. In diesem Fall wird beobachtet, ob und was für Gründe geäußert werden, damit die Aussagekraft von vertretenen Positionen der zu Wort kommenden Perspektiven unterstützt werden.

Da wir uns auf medizinischem Boden bewegen, haben Begründungen im Rahmen dieser Arbeit eine etwas andere Bedeutung als in der Studie von Burkart und Rußman.

Begründungen werden allgemein als aussagekräftige Äußerungen gesehen, die eine Position des Akteurs stützen. Man beobachtet also, ob der Akteur allgemein seine These mit Fakten, Zahlen, oder konkreten Sachbezügen untermauert, oder sich eher auf pauschale Begründungen beruft. Es kann sein, dass ein Akteur keine Begründung liefert – und zwar, indem er seinen Standpunkt nicht weiter erklärt.

Ob es sich um Begründungen handelt, lässt sich leicht überprüfen. Rußman und Burkart erklären das folgendermaßen: „Mit Begründungen werden die typischen „Warum?“-Fragen beantwortet: Warum hat jemand so gehandelt? Warum ist ein Zustand so und nicht anders?“¹³²

Die bloße Beschreibung von Erkrankungen wird also nicht als Begründung verstanden, auch wenn lateinische Ausdrücken und andere überzeugende Stilmittel verwendet werden. Begründungen sind immer mit Argumenten verbunden und belegen immer eine These. Im Rahmen der Gesundheitskommunikation sind das vor allem Äußerungen für oder gegen eine Heilungsmethode, ein Gesundheitsverhalten, eine Gesundheitsauffassung. Entscheidend ist der konflikthafte Punkt, der präsent sein muss.

Beispiel: „Zwölf Dänen starben seit September 2013 an den Folgen einer solchen Infektion, insgesamt 20 hatten sich mit Bakterien angesteckt, die in Wurstwaren des Herstellers gefunden worden waren. Listerien sind in der Regel nicht für gesunde, sondern nur für kranke oder geschwächte Menschen gefährlich.“¹³³ → es handelt sich zwar um Fakten, inkl. der Angabe von Zahlen, dennoch ist keine Begründung präsent, denn es gibt hier keine „Warum-Frage“, die beantwortet werden könnte und ebenso kein Konflikt-Potenzial.

Beispiel: „Über 80 Prozent der Brustkrebspatientinnen können heute darauf hoffen, nach der Ersterkrankung gesund zu bleiben. Die hohe Erfolgsquote ist zwei Faktoren zu verdanken: Tumore

¹³¹ vgl. Burkart, Roland/Rusmann, Uta/Grimm, Jürgen: Wie verständigungsorientiert ist Journalismus? Ein Qualitätsindex am Beispiel der Berichterstattung über Europa im Österreichischen Nationalratswahlkampf 2008. In: Pöttker/Schwarzenegger, 2010. S. 277

¹³² Burkart/Rußman, 2010. S. 15

¹³³ focus.de (ohne Verfasser, 14.08.2014)

der Brust werden häufiger im Frühstadium erkannt als früher. Und die Therapiepalette ist so vielfältig geworden, dass Mediziner auf fast jede Krankheitsentwicklung eine Antwort haben, um den Krebs auszuschalten, klein zu halten oder wenigstens die Beschwerden erträglich zu machen.“¹³⁴ → es handelt sich um Fakten, die eine These untermauern. Die Position wird durch Begründungen untermauert, denn es gibt hier sowohl eine Warum-Frage als auch ein Konflikt-Potenzial (Warum sollte Brustkrebs heute besser behandelbar sein?)

Im Text befindet sich eine **Begründung**, wenn Erklärungen, die eine These untermauern, angegeben werden. Begründungen werden codiert, wenn

- sich Akteure zu unterschiedlichen Gesundheitsfragen äußern und ihre Positionen generell mit Erklärungen untermauern,
- die Positionen Konflikt-Potenzial haben, d. h. wenn es sich um Äußerung handelt, die andere Akteure unterschiedlicher Gesundheitsauffassungen auch anders wahrnehmen könnten; es handelt sich vor allem um die Frage nach **unterschiedlichen Behandlungsmethoden** oder **unterschiedlichen Verständnissen von Erkrankungen**
- die Begründung eine Antwort auf eine „Warum-Frage“ anbietet.

BEGRÜNDUNGS-TYP

Hier wird zwischen mehreren Begründungsniveaus unterschieden. Die einzelnen Ausprägungen werden zwar von Rußman und Burkart übernommen, aber dennoch an das Forschungsthema dieser Arbeit angepasst.

keine Begründung

Die Äußerung wird durch keine Begründung untermauert.

Beispiel: Chemotherapien heilen Krebs bereits sehr erfolgreich.

pauschale Begründung

Es handelt sich um Standpunkte, Einstellungen bzw. Meinungen zum Thema, die mit einem Verweis auf allgemein gültige, nicht näher konkretisierte/differenzierte Behauptungen begründet werden.

Beispiel: Es ist bereits lange bekannt, dass eine Chemotherapie Krebs sehr erfolgreich heilen kann.

einfache Begründung

Der Standpunkt, die Einstellung bzw. Meinung wird durch einen Verweis auf ein konkretes Faktum begründet.

Beispiel: In meiner Praxis sehe ich, dass mithilfe einer Chemotherapie Krebs sehr erfolgreich geheilt werden kann.

¹³⁴ focus.de (Apfel, Petra; 10.07.2014)

spezifische Begründung

Der Standpunkt, die Einstellung bzw. Meinung wird durch die Angabe von konkreten Zahlen/Daten/Fakten/Quellen bzw. einen konkreten Verweis auf den Experten untermauert.¹³⁵

Beispiel: Mithilfe von Chemotherapie kann man Krebs sehr erfolgreich heilen, darauf weisen bereits mehrere Studien XY hin. Die Erfolgsrate beträgt bei rechtzeitigem Erkennen der Erkrankung bei 89%.

6.6.2 Lösungs- und Vermittlungsvorschläge

Einen weiteren wichtigen Aspekt bilden die Lösungsvorschläge. Diese zeigen uns, inwiefern sich die Vertreter – im Hinblick auf die Gesundheitsprobleme – lösungsorientiert äußern. Dies bildet im Rahmen der Gesundheitskommunikation einen wichtigen Punkt, weil es besonders interessant ist, welchen Anteil – in Bezug auf die Gesamtheit – lösungsorientierte Positionen erreichen. Dies zeigt uns unmittelbar, wie häufig die Slowaken eine Chance haben, Hilfestellung für ihre Gesundheitsprobleme zu bekommen.

Dabei unterscheidet man drei Niveaus. Entweder beinhaltet die Position keinen, einen vagen, oder einen konkreten Lösungsvorschlag.

Lösungsvorschläge sind von (direkten) Akteuren im Rahmen der jeweils geäußerten Position angesprochene konkrete Vorschläge (Konzepte, Modelle, Ideen etc.), die zum Zweck einer Problembewältigung umgesetzt werden sollten.¹³⁶ Ein Lösungsvorschlag wird dann codiert, wenn

- der Akteur Lösungen zur Bewältigung eines gesundheitsbezogenen Problems äußert. Es handelt sich dabei vor allem um Fragen nach unterschiedlichen Behandlungsmethoden, Untersuchungsmethoden, aber auch Fragen des Gesundheitswesens. Darunter sind weiter alle Vorschläge und Tipps zu verstehen, die das menschliche Gesundheitsverhalten in eine positive Richtung lenken sollen (z.B. Prophylaxe).
- die Position eine Antwort auf eine „Wie-Frage“ anbietet – das heißt zum Beispiel: Wie könnte Krebs besser geheilt werden? Wie könnte das slowakische Gesundheitswesen besser funktionieren? Wie könnte man die eigene Gesundheit positiv beeinflussen?
- Konzepte, Modelle, Ideen, Vorschläge aber auch einfache Tipps genannt werden, die sich auf Punkt 1, 2 beziehen.

¹³⁵ vgl. Burkat/Rußman, 2008. S. 11-13

¹³⁶ Burkat/Rußmann, 2009. S. 16

LÖSUNGSVORSCHLAGS-TYP

kein Lösungsvorschlag:

es ist kein Lösungsvorschlag vorhanden. Es gibt keine Vorschläge, Erklärungen, Tipps, Ratschläge oder Maßnahmen, die den Gesundheitszustand/Zustand des Gesundheitswesens verbessern könnten.

vager Lösungsvorschlag:

Es geht um Ideen zur Besserung, die jedoch unbestimmt und ungenau sind. „Ein „vager“ Lösungsvorschlag bringt eine Handlungsabsicht zum Ausdruck ohne dabei auf Zahlen/Daten/Fakten und/oder die eigentliche Umsetzung einzugehen.“¹³⁷

Beispiel: Bei Depressionen hilft es, weniger nachzudenken. Generelle Empfehlung, einen Arzt zu besuchen.

konkreter Lösungsvorschlag:

„Ein Akteur macht unter Angabe von Zahlen/Daten/Fakten konkrete Vorschläge für mögliche Maßnahmen, die zum Zweck der jeweils thematisierten Problembewältigung umgesetzt werden sollen oder verweist auf bereits in der Umsetzung befindliche Maßnahmen, die zum Zweck der jeweils thematisierten Problembewältigung eingeleitet wurden.“¹³⁸

Beispiel: Meditationstechniken und autogenes Training könnten den Depressionspatienten helfen, weniger nachzudenken und sich daher entspannter zu fühlen.

6.6.3 Zweifel

Damit wird ein Aspekt angesprochen, der einen starken diskursiven und auch kritischen Charakter hat. Die zentrale Frage lautet: werden die Äußerungen einzelner Vertreter in Frage gestellt?

Die Problematik ist in der Gesundheitskommunikation wie gesagt etwas anders als im politischen Diskurs. Aus normativer Sicht ist es klar, dass man in den Massenmedien durchaus einen öffentlichen Diskurs über gesellschaftsbezogene Themen erwartet, doch aus der Praxis wissen wir, dass diese Erwartung – außer in der Politik – sehr oft nicht erfüllt wird.

Nach Habermas sollten sich Zweifel vor allem auf Äußerungen der Kommunikationspartner beziehen. Dies betrifft vor allem Zweifel an Verständlichkeit und Wahrheit. Doch worauf beziehen sich Zweifel an Wahrhaftigkeit und Richtigkeit? Es kann sein, dass sie sich auf Äußerungen beziehen, weil der ideale Diskurs durchaus interaktiv zwischen den Kommunikationspartnern ablaufen sollte. Es kann aber auch sein, dass Zweifel nicht die Äußerungen der anzuzweifelnden Akteure betreffen, sondern nur gewisse Einstellungen. Was hiermit angesprochen werden soll, ist das Faktum, dass Vertreter der alternativen Gesundheitsauffassung oft in Frage gestellt werden, ohne

¹³⁷ Burkart/Rußmann, 2009. S. 16

¹³⁸ Burkart/Rußmann, 2009. S. 16

überhaupt im medial geführten Diskurs selbst präsent zu sein. Weil im Rahmen dieser Arbeit dennoch der diskursive Moment sehr wichtig ist, werden auch diese, nicht auf Äußerungen bezogenen, Zweifel erhoben und berücksichtigt. Denn im Hinblick auf die Gesundheitskommunikation taucht immer wieder die Frage auf: Sind sich die Vertreter unterschiedlicher Gesundheitsauffassungen einander bekannt?

Im Folgenden werden die geäußerten Zweifel beobachtet – im Hinblick auf die Verständlichkeit von Äußerungen, die Wahrheit von Aussagen, die Wahrhaftigkeit von Kommunikatoren und die Legitimität von Handlungen bzw. handlungsleitenden Normen – genau so, wie es Jürgen Habermas in seiner Diskurstheorie definiert hat.¹³⁹

Als **Zweifel** gelten Äußerungen, welche die Gültigkeit eines der kommunikativen Ansprüche mit Blick auf den/die jeweiligen Kommunikationspartner/in in Frage stellen und damit zum Problem erheben.¹⁴⁰ Zweifel wird dann codiert, wenn

- Akteure, ihre Arbeit, ihre präsentierten Positionen oder Fakten und andere gesundheitsbezogenen Sachbezüge in Frage gestellt werden. Dies betrifft vor allem:
 - Anzweifeln von Expertenwissen, Glaubwürdigkeit der Akteure
 - Anzweifeln des Erfolgs präsentierter Lösungsvorschläge
 - Anzweifeln der Glaubwürdigkeit unterschiedlicher Gesundheitsauffassungen,
 - Anzweifeln von vertretenen Positionen allgemein

¹³⁹ Reese/Schäfer, 2001. S. 53

¹⁴⁰ Burkart/Rußman, 2009. S. 14

INHALT DER ZWEIFEL

Wie bereits bei den Begründungen und Lösungsvorschlägen erwähnt, werden auch Zweifel im Hinblick auf ihren Inhalt pro Position nur einmal codiert. Alle Zweifel werden im Balken auf Deutsch übersetzt und kurz zusammengefasst. Hier wird ebenso erfasst, worauf sich der Zweifel bezieht – ob auf den Akteur, seine Position oder nur eine bestimmte Gesundheitsauffassung. Aus diesem Grund werden Zweifel im Hinblick auf diese Ebene nicht weiter codiert.

Beispiel: Ein Psychiater stellt den Erfolg der alternativen Behandlungsmethoden in Frage.

ZWEIFEL-TYP

kein Zweifel

In der Position wird kein Zweifel geäußert.

Zweifel an Verständlichkeit

Zweifel an der Verständlichkeit erkennt man daran, dass die Formulierung einer Position eines Akteurs, oder dessen Ausdrucksweise in Frage gestellt wird. Die Sprachkompetenz eines Akteurs wird angezweifelt. Die Ausdrucksweise eines Akteurs wird angezweifelt.

Beispiel: Dem Akteur wird vorgeworfen, dass er viel zu komplizierte Phrasen verwendet, oder nicht eindeutige Fachausdrücke benutzt.

Zweifel an Wahrheit

Zweifel an der „Wahrheit“ werden erkennbar, wenn in Frage gestellt wird, ob die geäußerte Behauptung eines Akteurs über konkrete Sachverhalte (Vorfälle, Tatbestände, Situationen etc.) wirklich den Tatsachen entspricht.¹⁴¹ Ein (angebliches) Faktum wird in Frage gestellt. Es wird behauptet, die Sachlage sei eine ganz andere, als die dargestellte.¹⁴²

Beispiel: Es werden (sinngemäß) folgende Behauptungen geäußert: Stimmt das wirklich so? Das stimmt so nicht. Hat sich das tatsächlich so ereignet? Stimmen diese Zahlen/Daten/Fakten? / Diese Zahlen sind falsch.¹⁴³

Zweifel an Wahrhaftigkeit

Zweifel an der „Wahrhaftigkeit“ werden erkennbar, wenn die Vertrauenswürdigkeit eines Akteurs in Frage gestellt wird. Es wird ihm z.B. Unehrlichkeit oder eine Täuschungsabsicht unterstellt.¹⁴⁴ Infragestellung der allgemeinen Vertrauenswürdigkeit.

¹⁴¹ vgl. Burkart/Rußman, 2009. S. 24

¹⁴² vgl. Burkart/Rußman, 2009. S. 24

¹⁴³ vgl. Burkart/Rußman, 2009. S. 24

¹⁴⁴ vgl. Burkart/Rußman, 2009. S. 25

Beispiel: Typische Fragen bzw. Behauptungen: Täuscht er mich? Er hat uns belogen. War er wirklich ehrlich? Er tut nur so, als ob... Hier wird auch das Infragestellen der Glaubwürdigkeit einzelner Gesundheitsauffassungen und ihren Behandlungsmethoden zugeordnet.

Zweifel an Richtigkeit

Zweifel an der „Richtigkeit“ werden erkennbar, wenn die Legitimität (Rechtmäßigkeit, Angemessenheit) des Verhaltens/Handelns eines Akteurs in Frage gestellt wird. Infragestellung der moralischen Qualifikation eines Akteurs.¹⁴⁵

ZWEIFEL-OBJEKT-GESUNDHEITSAUFFASSUNG

Im Weiteren wird bei der Frage nach Zweifeln noch eingegeben, von welcher und an welche Gesundheitsauffassung der Zweifel geäußert wird. Es werden nicht einzelne Akteure codiert, weil es interessanter ist, wie einzelne Gesundheitsauffassungen in einem gemeinsamen Diskurs einander gegenüberstehen und wie sie sich gegenseitig anzweifeln. Deswegen unterscheidet man sowohl bei dem „Zweifels-Kommunikator“ als auch dem „Zweifels-Objekt“ zwischen den üblichen Perspektiven, die bei der Vielfalt erwähnt werden.

Man unterscheidet:

- Vertreter der konventionellen Medizin
- Vertreter einer konventionellen nicht-medizinischen Auffassung
- Vertreter der Alternativmedizin
- Vertreter der gemischten anerkannten Medizin
- Vertreter einer unklaren Gesundheitsauffassung

6.6.4 Respekt

Bezüglich des Respekts wird eine zentrale Frage gestellt: Wie gehen die Kommunikationspartner miteinander um? Im Qualitätsindex wurde Respekt folgendermaßen definiert: „Respekt meint die Achtung und Anerkennung, die man seinem Gegenüber entgegenbringt. Respektvolle Positionen bringen Wertschätzung, Achtung des Gegenübers und/oder seiner Position zum Ausdruck, während in respektlosen Äußerungen deutlich wird, dass man seinem gegenüber (sic!) und/oder seinen Positionen Geringschätzung und Missachtung entgegenbringt.“¹⁴⁶

Es geht also darum, festzustellen, wie die zu Wort kommenden Vertreter unterschiedlicher Perspektiven miteinander kommunizieren, inwiefern sie das Bedürfnis haben, die anderen respektlos bzw. respektvoll zu behandeln.

Respekt ist immer zu codieren, denn man geht davon aus, dass man in seiner Position immer mindestens impliziten Respekt äußert. Respekt kann sowohl gegenüber eigene Perspektive – und vertretene Gesundheitsauffassung als auch gegenüber anderen Perspektiven und vertretenen Gesundheitsauffassungen geäußert werden. Neben dem

¹⁴⁵ vgl. Burkart/Rußman, 2009. S. 26

¹⁴⁶ vgl. Burkart/Rußman, 2009. S. 18-23

Respekt-Typ, wo entschieden wird, ob der Akteur sich selbst oder einen anderen implizit oder explizit respektvoll oder respektlos behandelt, wird noch die Gesundheitsauffassung des Objektes bestimmt. Dies wird für ausreichend gehalten, denn nicht immer ist der Objekt-Akteur klar – Akteure äußern sich vielmehr zu unterschiedlichen Methoden oder Meinungen hinsichtlich Gesundheitsfragen und diese kann man nur im Hinblick auf ihre Zugehörigkeit zur Gesundheitsauffassung bestimmen.

RESPEKT-INHALT

Hier werden nur explizit respektlose oder explizit respektvolle Äußerungen gefasst. Dabei ist es wichtig, den Punkt hervorstreichend, auf den sich der Respekt bezieht.

Beispiel: Ein Arzt äußert sich sehr respektvoll gegenüber einer Behandlungsmethode der klassischen Schulmedizin – aufgrund ihrer hohen Erfolgsrate.

RESPEKT-TYP

Es wird unterschieden zwischen

explizit respektlos

Ein Akteur macht eine explizit abwertende Position gegenüber einem anderen Akteur/Organisation/Perspektive, gegenüber einer Äußerung, die einer konkreten Perspektive zuzuordnen ist. Dies ist etwa bei Beleidigungen oder abschätzigen Bemerkungen über Beweggründe eines anderen Akteurs der Fall.

impliziter Respekt

Ein Akteur macht weder explizit positive noch explizit negative Äußerungen über einen angesprochenen Akteur/eine Organisation/Perspektive.

explizit respektvoll

Ein Akteur macht eine positive Bemerkung über den angesprochenen Akteur bzw. die angesprochene Organisation/Perspektive – mit eindeutig anerkennenden Attributen.

RESPEKT-OBJEKT-GESUNDHEITSAUFFASSUNG

Im Weiteren wird bei der Frage nach Respekt noch eingegeben, von welcher und im Bezug auf welche Gesundheitsauffassung der Respekt geäußert wird. Es werden nicht einzelne Akteure codiert, da es interessanter ist, wie die einzelnen Perspektiven einander gegenüberstehen. Deswegen unterscheidet man sowohl bei dem „Respekt-Kommunikator“ als auch dem „Respekt-Objekt“ zwischen den üblichen Perspektiven.

Man unterscheidet:

- Vertreter der konventionellen Medizin
- Vertreter einer konventionellen nicht-medizinischen Auffassung
- Vertreter der Alternativmedizin
- Vertreter der gemischten anerkannten Medizin
- Vertreter einer unklaren Gesundheitsauffassung

7. Auswertung und Interpretation der Ergebnisse

7.1 Sample

ARTIKEL

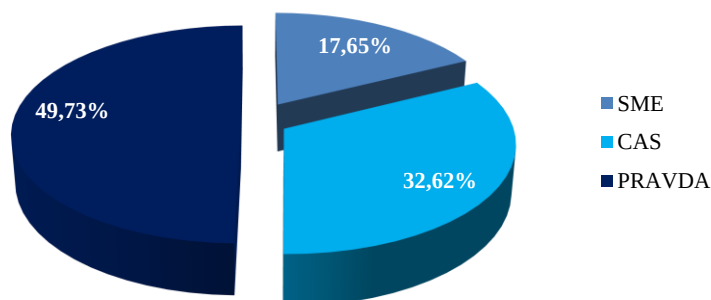
Der Gegenstand der Betrachtung waren gesundheitsbezogene Artikel in den Online-Zeitungen SME, PRAVDA, ČAS. Es wurden alle Artikel im Zeitabschnitt von 01.05.2014 bis 14.06.2014 erhoben. Insgesamt wurden 203 Artikel erhoben, davon 33 Artikel für SME, 73 Artikel für ČAS und 97 Artikel für PRAVDA. Aus allen 203 Artikeln wurden 16 Artikel als irrelevant empfunden, davon waren fast alle irrelevanten Artikel aus ČAS. Aus diesen Daten lässt sich ablesen, dass mit steigender Boulevardisierung auch die Anzahl an irrelevanten Artikeln wächst, was auch der hoch signifikante Wert bei Chi-Quadrat Test bestätigt hat. SME veröffentlicht zwar weniger Inhalt, dennoch gibt es immer einen klaren Gesundheitsbezug. Hingegen veröffentlicht ČAS sehr viel Inhalt, doch gibt es häufig Artikel, die keinen oder einen sehr begrenzten Gesundheitsbezug haben. PRAVDA gilt als eine Mischform aus Boulevard- und Qualitätszeitung. Was die Anzahl der Artikel betrifft, ähnelt sie ČAS, doch haben fast alle veröffentlichten Artikel einen klaren Gesundheitsbezug.

Abb.11.: Anzahl der Artikel im Hinblick auf Medium und ihre Relevanz für die Untersuchung

N = 397 Crosstab		irrelevanter Inhalt	relevanter Inhalt	Chi Quadrat - Test	Total
Artikel	SME	0	33	***	33
	CAS	12	61		73
	PRAVDA	4	93		97
Total		16	187		203
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$					
** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$					
N = Anzahl der Positionen					

In der Abbildung 12 sieht man die Verteilung der erhobenen Daten im Hinblick auf das Medium. Wie ersichtlich, sind die meisten analysierten Daten aus PRAVDA, denn sie veröffentlichte viel mehr Artikel im betrachteten Zeitraum als zum Beispiel SME, die im Vergleich dazu weniger Artikel veröffentlicht hat.

Abb.12.: Erhobene Daten und ihr prozentualer Anteil im Medienvergleich



N = 381

Interessant mag die Frage sein, wie regelmäßig die Artikel erscheinen. Es wurde erwartet, dass die einzelnen Online-Redaktionen die Anzahl an Gesundheitsartikel fix festgelegt haben, doch dies scheint nicht der Fall zu sein. Die gesundheitsbezogenen Artikel erscheinen eher unregelmäßig. Während an einem Tag manchmal mehr als drei Artikel pro Medium veröffentlicht werden, werden an manchen Tagen gar keine Artikel veröffentlicht. Dies trifft vor allem beim SME zu. Manche Tage blieben ganz ohne Gesundheitsinhalt – wie zum Beispiel der 01.05. und 08.05, weil diese in der Slowakei Feiertage sind.

POSITION

Die kleinste Analyseeinheit bildete die Position. Es wurden insgesamt 381 relevante Positionen erhoben. Geht es um die Anzahl der Positionen, ist die Reihenfolge der Häufigkeit gleich geblieben. Die meisten Positionen wurden in PRAVDA-Artikeln, die wenigsten in SME-Artikeln erhoben. Interessant mag vielleicht sein, dass ein Artikel aus SME im Durchschnitt die meisten Positionen hat, während ein Artikel aus ČAS hingegen über am wenigsten Positionen verfügt. Der Unterschied ist laut ANOVA signifikant: mit steigender Boulevardisierung nimmt die Anzahl der Positionen pro Artikel ab. In der Abbildung 13 sieht man, wie oft bestimmte Positionen in Medien erscheinen. Ein Artikel besteht aus den Positionen – während manche Artikel nur aus einer Position bestehen, haben manche Artikel mehr als 4 oder 5 Positionen. So ist es verständlich, dass Position 1 in allen Medien häufig erscheint, denn jeder Artikel mindestens eine Position beinhaltet. Hingegen Positionen 4, 5, 6 erscheinen eher weniger, da es nur wenige Artikel gibt, die von mehr als 4 Positionen bestehen.

Die Anzahl der Positionen ist aus dem Grund interessant, weil sie unmittelbar mit der Anzahl der zu Wort kommenden Akteure zusammenhängt. Dieses Thema wird jedoch bei der Auswertung von Vielfalt und Kritik genauer betrachtet.

Abb.13.: Die Reihenfolge der Positionen pro Artikel und ihre Anteile im Medienvergleich

N = 381 Crosstab		Position_Nummer											ANOVA	Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
Artikel_Medium	SME	33	28	16	5	3	0	0	0	0	0	0	**	85
	CAS	61	35	16	10	5	1	1	1	1	1	1		133
	PRAVDA	93	40	18	7	5	0	0	0	0	0	0		163
Total		187	103	50	22	13	1	1	1	1	1	1		381
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$ ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$ N = Anzahl der Positionen														

Ein Artikel aus der Stichprobe hatte ungefähr 1,96 Positionen. Berücksichtigt man den Modus mit 1, den Median mit 2 und die Standardabweichung mit 1,96, variierte die Anzahl der Positionen am häufigsten zwischen 1,96 bis 3,329 Positionen, was man als 1-4 Positionen pro Artikel betrachten kann (durchschnittlich). In der Abbildung 15 sieht man die Werte der deskriptiven Statistik im Medienvergleich. Wie bereits erwähnt, SME scheint am meisten Positionen pro Artikel zu haben.

Abb.14.: durchschnittliche Werte für Position

Deskriptive Statistik		Anzahl der Positionen
N	Valid	381
	Missing	16
Mean		1,96
Median		2
Mode		1
Std. Deviation		1,369
Minimum		1
Maximum		11

Abb.15.: Positionen und ihre Mittelwerte im Medienvergleich

Crosstab	Total	Min	Max	Mode	Median	Mean	St. Dev.
SME	85	1	5	2	2	2,58	1,10
CAS	133	1	11	1	2	2,18	1,65
PRAVDA	163	1	5	1	1	1,75	1,09

AUSWERTUNG

Bevor man anfängt, die Ergebnisse zu interpretieren, muss angemerkt werden, dass alle Ergebnisse nur aus den relevanten Daten berechnet wurden. Da es sich nicht um eine Befragung handelt, wurden alle Variablen für jeden relevanten Artikel ordentlich codiert. Aus diesem Grund gibt es es keine Lücken, die bei Berechnung jeder einzelner Variable definiert werden mussten. Die einzigen „Lücken“ im Codebuch, die als „9, 99, 999“ codiert wurden, erscheinen in den irrelevanten Artikeln, die in die Ergebnisse nicht miteinbezogen wurden. Alle Daten, Prozentzahlen und Ergebnisse beziehen sich also auf den Anteil „Valide Percent“, das heißt nur auf Daten ohne Miteinbeziehung der „Missing Values“.

Abb.16.: Anzahl an Positionen: valid vs. missing

Relevante Untersuchungsdaten		
N	Valid	381
	Missing	16
Total		397

7.2 Thematische Repräsentanz

Im Folgenden wird die Kluft zwischen der realen Wirklichkeit und der in den Medien konstruierten Wirklichkeit im Hinblick auf Erkrankungen thematisiert. Wie Arnold betonte, besteht die Aufgabe von Journalismus auch darin, die Gesellschaft durch ihre optimale Selbstbeobachtung zu versorgen.¹⁴⁷ Widerspiegelt der slowakische Journalismus die Wirklichkeit wider? Diesen Fragen soll nun auf den Grund gegangen werden.

ERKRANKUNGEN

Welche Erkrankungen werden in den slowakischen Online-Medien am meisten behandelt? Das Ergebnis zeigt es eindeutig – es sind die psychischen Erkrankungen, über die der slowakische Internet-User am meisten lesen kann. Auf dem zweiten Platz befinden sich die Erkrankungen des Urogenital- und Nervensystems sowie Hauterkrankungen. Dieses Ergebnis ist sehr überraschend, da psychische Erkrankungen keinen tödlichen Zustand bewirken, der als „häufige Todesursache“ von den Gesundheitsbehörden klassifiziert wird. Nichtsdestotrotz ist es gut, dass man so viel von der Psyche spricht: wie die nationale Behörde bereits veröffentlicht hat, sollte das Thema der psychischen Erkrankungen in der Öffentlichkeit wegen ihrer zunehmenden Erscheinung enttabuisiert und an die Öffentlichkeit gebracht werden.¹⁴⁸

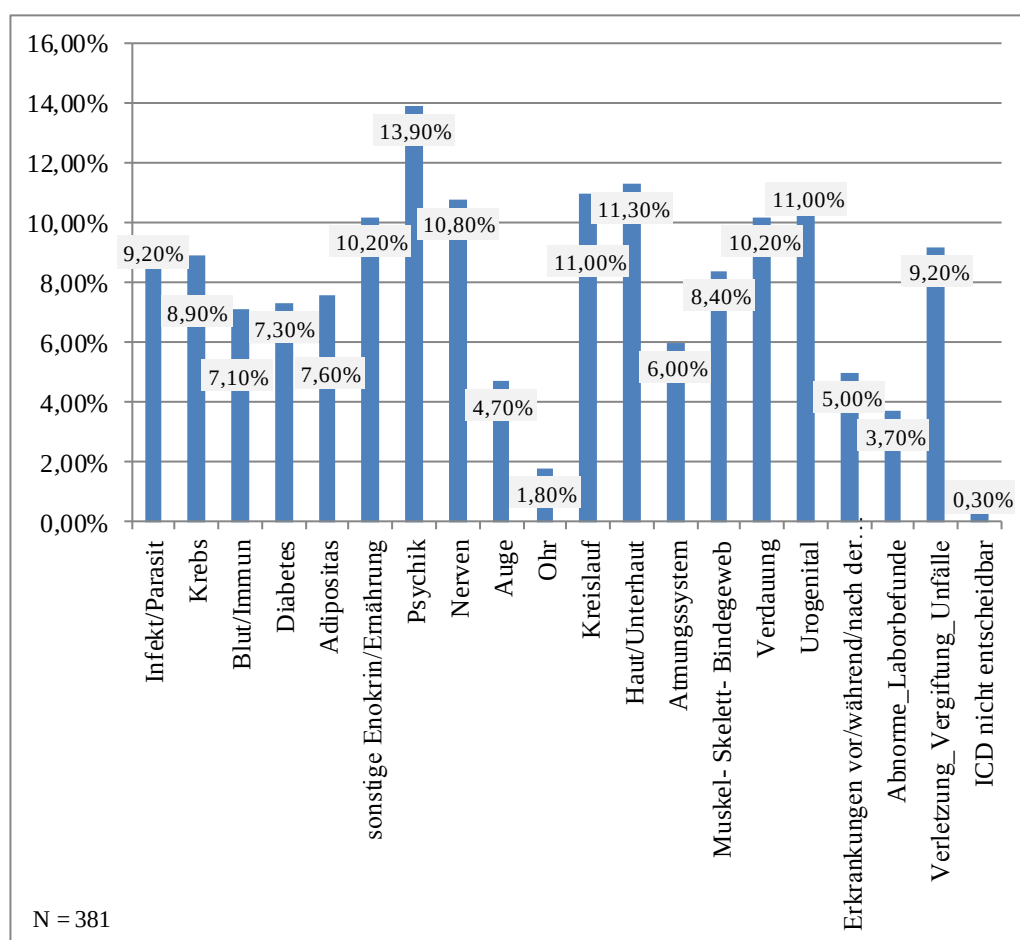
Relativ häufig wird auch über das urogenitale System, Nervenerkrankungen und Hauterkrankungen geschrieben. Keine der drei Gruppen gehört zu den Erkrankungen, die von Behörden als „häufigste Todesursache der Slowaken“ klassifiziert werden. Man kann für die häufige Berichterstattung über diese Erkrankungen aber auch eine Erklärung finden: Bei den Nervenerkrankungen muss man ergänzen, dass die Erscheinungsquote von Sclerosis Multiplex in den letzten Jahren sehr angestiegen ist, was besonders in der PRAVDA geäußert wurde.¹⁴⁹ Hauterkrankungen und urogenitale Erkrankungen sind zwar nicht lebensbedrohlich, werden aber von Betroffenen als sehr unangenehm und als psychische Belastung empfunden. Alle drei Gruppen – sowohl Nerven- als auch Haut- und Urogenitalerkrankungen – verstehen sich als schwere Krankheiten, die im ersten Fall Arbeitsunfähigkeit und im zweiten Fall Verminderung der Lebensqualität auf andere Weise (zum Beispiel kann es sein, dass sich Patienten unattraktiv fühlen, was ihrem Selbstwertgefühl schaden kann, usw.) bedeuten. Diese Faktoren sind für den Menschen enorm wichtig – weswegen darin auch der Grund dafür gesehen wird, warum Medien häufig von ihnen berichten. Am wenigsten wurden Erkrankungen behandelt, die im Vergleich zu den erstgenannten einen etwas kleineren Anteil der Gesellschaft betreffen: es handelt sich um Erkrankungen der Augen, Ohren und diejenigen Beschwerden, die mit Schwangerschaft zusammenhängen.

¹⁴⁷ vgl. Arnold, 2008. S. 493

¹⁴⁸ vgl. uvzsr.sk (UVZSR, 2012), S. 27

¹⁴⁹ vgl. zdravie.pravda.sk (Hudecová; 2010)

Abb.17.: Erkrankungen nach ICD und ihr Anteil an der gesamten medialen Präsenz



GESUNDHEITSBEHÖRDEN VS. MEDIEN

Wenn man aber von der Kluft zwischen Wirklichkeit und Medien spricht, so meint man darunter die Diskrepanz zwischen den Daten der Gesundheitsbehörden und den medialen Daten. Dies ist vor allem bei der Frage der häufigsten Todesursachen interessant, denn gerade zu diesen Erkrankungen werden von den Gesundheitsbehörden genaue Zahlen festgelegt, d. h. die Anteile von Slowaken, die im Folge der Erkrankung in Jahre 2011 gestorben sind. Wie sieht es also mit den häufigsten Todesursachen aus, auf die WHO und Landesbehörden oft hinweisen?

HERZ, KREBS STARK VERNACHLÄSSIGT

Kreislauserkrankungen werden nicht gerade selten behandelt – mit ihrem Anteil von mehr als 11% gehören sie zu den meistbehandelten Erkrankungen überhaupt. Das ist gut, denn es sind eben die Herzerkrankungen, die in der Slowakei die häufigste Todesursache darstellen.¹⁵⁰ Nichtsdestotrotz ist der Anteil von ungefähr 11% nicht ausreichend, wenn wir davon ausgehen, dass die Medien die Wirklichkeit widerspiegeln sollen. Im Gegenteil, die Kluft zwischen Berichterstattung und Wirklichkeit beträgt bis zu 40%, was sehr hoch ist. Wenig wird überraschend auch über Krebs berichtet. Die nicht einmal 9%

¹⁵⁰ vgl. uvzsr.sk (UVZSR, 2012), S. 68

in den Medien können die mehr als 20% realer Krebs-bedingter Todesfälle nicht ausgleichen. In den Abbildungen 18 und 19 ist die Kluft zwischen den Gesundheitsbehörden und Medien ziemlich sichtbar. Die Daten stellen die Diskrepanz der Daten aus den beiden Quellen dar (Anteile der Erkrankungen in Medien minus Anteile der Erkrankungen im realen Leben – Daten aus den Gesundheitsbehörden). Auf dieser Art sieht man, dass sich negative Werte vor allem bei den Herz- und Krebserkrankungen ergeben, d. h. dass gerade diese Erkrankungen deutlich unterrepräsentiert werden.

ATEM, VERDAUUNG UND UNFÄLLE: KLEINE UNTERSCHIEDE

Abgesehen von der PRAVDA wird in den untersuchten Medien eher wenig über Erkrankungen des Atemsystems geschrieben. In einem größeren Ausmaß als erwartet wird hingegen über Verdauungserkrankungen gesprochen. Die Kluft ist jedoch in beiden Fällen nicht groß – sie erreicht nicht einmal 5 %.

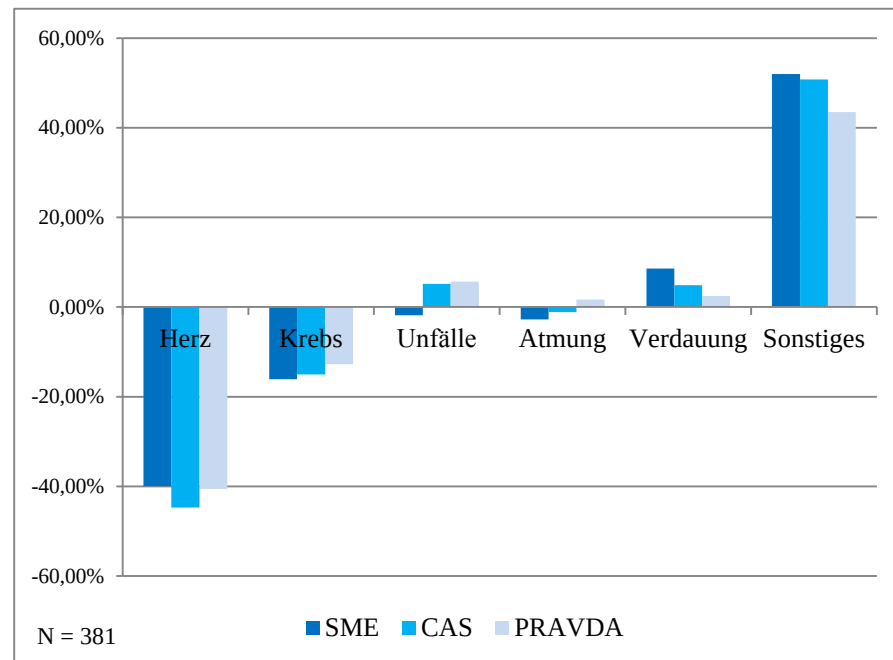
Interessant wird es bei den Unfällen. Es sieht so aus, als ob Unfälle vor allem in kommerziell orientierten Tageszeitungen behandelt werden würden: „Sensationen“ oder Artikel darüber, wo und wie jemand einen schweren Unfall erlebt hat, sind erfahrungsgemäß nicht unbedingt in Qualitätszeitungen zu finden. Tatsächlich – in der SME wird am wenigsten von Unfällen berichtet. Es muss jedoch angemerkt werden, dass die Unterschiede bei keiner der erwähnten Erkrankung signifikant sind.

CHAOS BEI QUALITÄTSANFORDERUNGEN

Betrachtet man die große Kluft bei den Herz- und Tumorerkrankungen, stellt man sich vielleicht die Frage, ob die Medien „schlecht“ arbeiten, weil sie ihre Aufgabe nicht gut erfüllen. Die Antwort lautet nein. Man stelle sich vor, dass jeder zweite Artikel, den man über Gesundheit liest, eine Herzerkrankung betrifft. Natürlich wäre das langweilig. Vielmehr als auf die Nicht-Erfüllung der journalistischen Aufgabe stößt man hier auf die Unterscheidbarkeit mehrerer Perspektiven und Qualitätsverständnisse, die miteinander kämpfen. Es gilt: ja, der Journalismus sollte der Gesellschaft ihre optimale Selbstbeobachtung ermöglichen. Doch es gilt gleichermaßen, dass der Journalismus das Publikum unterhalten sollte. Der Journalismus sollte vom Publikum rezipiert werden. Und diese Perspektiven haben ganz unterschiedliche Ansprüche, die sie an einen journalistischen Inhalt stellen.

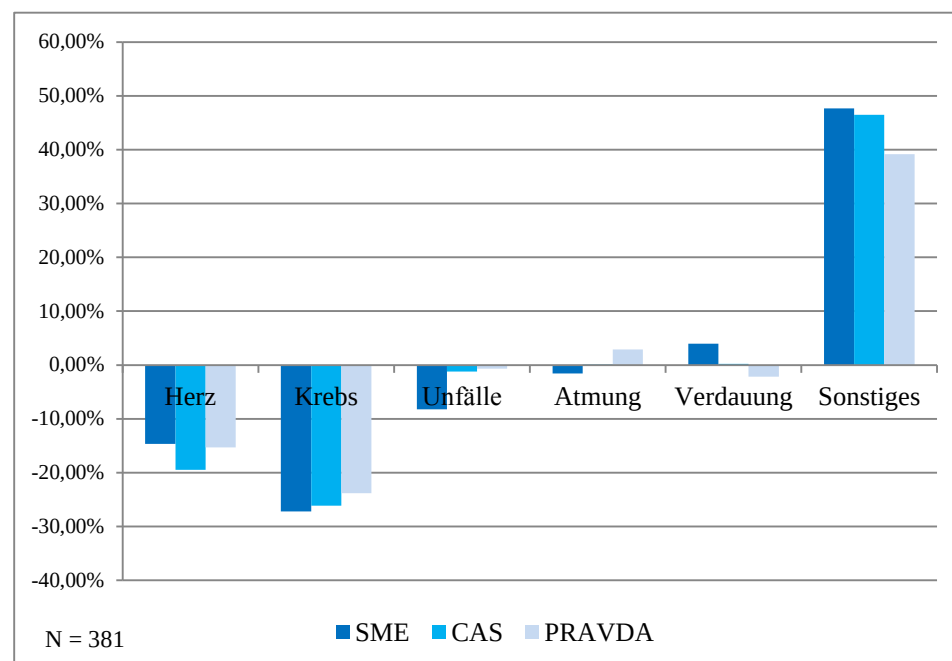
Aber ab wann wird die Kluft zum Problem? Wenn sich der Rezipient dessen nicht bewusst ist, dass er mit mehr als 50% Wahrscheinlichkeit an einer Herzerkrankung sterben kann. Die Kluft wird dann zum Problem, wenn das Publikum glaubt, dass Krebs immer nur die anderen betreffen kann, nicht aber einen selbst. Versteht der Rezipient die Medien als einen Spiegel der Gesellschaft, ist es in diesem Fall sehr wahrscheinlich, dass er die Problematik und Ernsthaftigkeit der Situation bezüglich Herz- und Tumorerkrankungen nicht wahrnimmt.

Abb.18.: Kluft zwischen der nationalen Gesundheitsbehörde und Medien – häufigste Todesursachen ab 65 Jahren in der Slowakei 2011



Verändert sich etwas, wenn man die Kluft in Hinsicht auf Todesursachen, die Menschen bis 64 Jahre betreffen, neu berechnet? Ja! Obwohl Krebs und Herz zugunsten der sonstigen Erkrankungen weiterhin zu wenig behandelt werden, sind Unfälle in allen Medien zu wenig präsent. Wie ersichtlich, sind Unfälle eine häufige Todesursachen bei den jüngeren Slowaken – und werden vor allem in der SME zu wenig behandelt.

Abb.19.: Kluft zwischen der nationalen Behörde und Medien – häufigste Todesursachen bis 65 Jahre in der Slowakei 2011



Betrachtet man die Zahlen, bekommt man den Eindruck, dass die SME, was Herzerkrankungen betrifft, eigentlich am besten informiert. In diesem Medium wird ein nicht zu unterschätzender Anteil der Gesundheitsberichterstattung gerade dieser Gruppe von Erkrankungen gewidmet. Beim Krebs ist die Tendenz aber umgekehrt: Die SME scheint hier die größte Kluft zu haben. Der Grund wird, ähnlich wie bei den Unfällen, schnell deutlich: Sensation und Negativismus. Krebs hat einen stark negativen Ruf und ruft in den Menschen besondere Angst hervor – was sehr oft vom Boulevard in Form eines Furchtappells als Anziehungsfaktor genutzt werden kann. Aus der Sicht der Gesundheitskommunikation kann dies jedoch auch positiv gesehen werden – Furchtappelle tragen zur höheren Risikowahrnehmung und daher zur Reduktion des Risikoverhaltens bei.¹⁵¹ Diese Erklärung und Annahme wird jedoch nicht durch die Statistik bestätigt – die Unterschiede zwischen den Medien sind in allen erwähnten Fällen nicht signifikant.

In der Abbildung 20 kann man die Unterschiede zwischen den Medien und Gesundheitsbehörden noch einmal sehen. Wie man sieht, ergibt sich die größte Kluft gerade bei den Krebs- und Herzerkrankungen

Berechnung: Es wurden die einzelnen Erkrankungen mit der Variable „Artikel-Medium“ in Zusammenhang in der Kreuztabelle gesetzt. Auf dieser Art wurde Chi-Quadrat Test berechnet.

Abb.20.: Häufigste Todesursachen in den Medien vs. Realität (Durchschnitt für alle Altersgruppen)

N = 381 Crosstab	SME	CAS	PRAVDA	Chi - Quadrat Test	Gesundheits- behörde	Total
Herz	12,94%	8,15%	12,27%	n.s.	41,23%	11,02%
Krebs	7,06%	8,15%	10,43%	n.s.	28,70%	8,92%
Unfälle	3,53%	10,53%	11,04%	n.s.	8,55%	9,19%
Atmung	3,53%	5,19%	7,98%	n.s.	5,70%	6,04%
Verdauung	14,12%	10,37%	7,98%	n.s.	7,83%	10,24%
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$ ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$ N = Anzahl der Positionen						

ADIPOSITAS, DIABETES, PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

Es handelt sich um Erkrankungen, die zwar nicht als Todesursachen gesehen werden, aber dennoch einen notwendigen thematischen Punkt ansprechen: es handelt sich um Gesundheitsprobleme, die die slowakische Bevölkerung immer häufiger belasten. Aus diesem Grund ist es durchaus gerechtfertigt, zu fordern, dass ihnen mehr mediale Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte.

¹⁵¹ vgl. Hoffmann/Schwarz/Mai, 2012. S. 302

Berechnung: Alle nachfolgenden Tabellen wurden durch die Häufigkeiten und den Chi-Quadrat Test berechnet. Da alle Erkrankungen und kommunikativen Intentionen des Akteurs selbstständige Variablen bilden, war die Umcodierung nicht nötig. Es wurden einfache Kreuztabellen mit der Variable „Artikel_Medium“ erstellt.

Abb.21.: Rasch steigende Erkrankungen in den Medien

N = 381 Crosstab	SME	CAS	PRAVDA	Chi - Quadrat Test	Total
Diabetes	9,41%	0,75%	11,66%	***	7,35%
Adipositas	5,88%	8,27%	7,98%	n.s.	7,61%
Psychische Störungen	18,82%	12,03%	12,88%	n.s.	13,91%
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$ ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$ N = Anzahl der Positionen					

PSYCHE ÜBERREPRÄSENTIERT

Wie bereits veranschaulicht, werden psychischen Erkrankungen von allen Erkrankungen in den meistgelesenen slowakischen Online-Zeitungen am häufigsten behandelt. Es gibt zwei Gründe, die diese Tendenz erklären könnten. Einerseits werden psychischen Erkrankungen immer häufiger¹⁵² und es gibt viele „neue“ Diagnosen wie Burnout, über die die Medien aufklären wollen. Andererseits sieht man im Alltag nur sehr wenige der existierenden psychischen Erkrankungen auch tatsächlich als solche an. Psychische Erkrankungen sind nämlich viel mehr als nur Schizophrenie, Depression und Burnout: auch zahlreiche psychosomatische Schwierigkeiten wie Schlafstörungen und Schmerzen mit psychogenem Ursprung gehören zu dieser Gruppe. Psychische Erkrankungen fassen also ein breites Spektrum an Erkrankungen, das über das Alltagsverständnis hinausgeht.

ADIPOSITAS VERNACHLÄSSIGT

Überraschend war es, festzustellen, dass relativ wenig über Übergewicht kommuniziert wird. Es wurde nicht damit gerechnet, dass psychische Erkrankungen um so viel präsenter in den Medien sind, als Adipositas. Der Anteil von 7,30% an der Gesamtheit ist zwar insgesamt nicht der kleinste, dennoch ist er sehr klein, wenn man bedenkt, dass die Slowakei die zweit „dickste“ EU-Nation darstellt.¹⁵³ Nur am Rande: Adipositas hängt unmittelbar mit Erkrankungen des Kreislaufsystems aber auch des Atmungssystems zusammen. Aus diesem Grund liegt der Schluss nahe, dass das Thema Übergewicht in den Medien zu wenig behandelt wird.

DIABETES DEUTLICH WENIGER IN BOULEVARD BEHANDELT

Über Diabetes wird etwas weniger berichtet, als über Adipositas, doch der Unterschied ist nicht groß. Ein Anteil von 7,10% an der gesamten medialen Öffentlichkeit ist sehr gut,

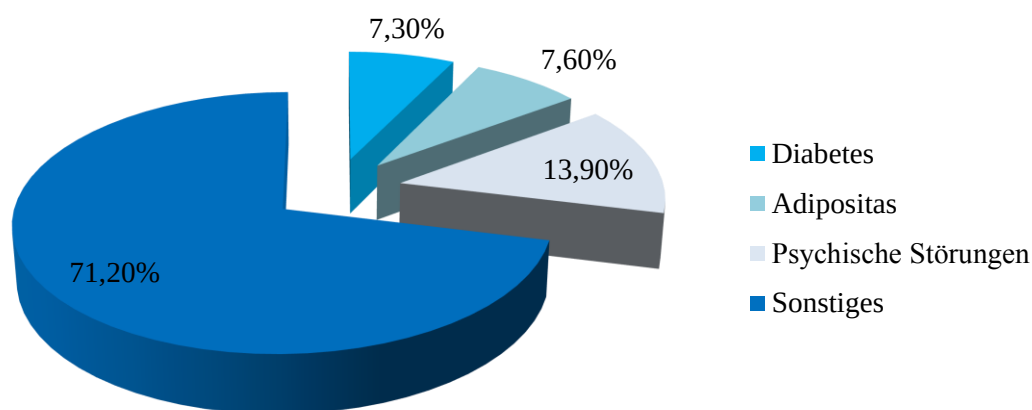
¹⁵² vgl. uvzsr.sk (UVZSR, 2012), S. 45

¹⁵³ vgl. Nationalmaster.com (OECD, 2005)

wenn man berücksichtigt, dass es gerade 7% der Slowaken sind, die unter Diabetes leiden. Wie Landesbehörden aber bereits berichteten, steigt die Erscheinungsquote noch an.¹⁵⁴ Diabetes ist die einzige Erkrankung, die im medialen Vergleich über einen signifikanten Unterschied verfügt: die Zahlen belegen, dass es gerade der Boulevard ist, in dem Diabetes zu wenig besprochen wurde.

Das, was die Medien bezüglich der Themen Adipositas und Diabetes vernachlässigt haben, haben sie zugunsten anderer Erkrankungen ausgeglichen. Wie bereits erwähnt, wird am häufigsten von psychischen Erkrankungen, Nerven- und Hauterkrankungen sowie Erkrankungen des Urogenitalsystems gesprochen.

Abb.22.: rasch steigende Erkrankungen in der Slowakei 2011 und ihr Anteil in den Medien



N = 381

KOMMUNIKATIVE INTENTION

Nicht nur die Erkrankungen, sondern auch die kommunikative Intention des Akteurs ist von Bedeutung und bildet einen wichtigen Bestandteil der thematischen Repräsentanz. Denn uns interessiert nicht nur die Frage nach dem „was?“, sondern auch jene nach dem „wie?“. Worauf legen die zu Wort kommenden Akteure den größten Schwerpunkt? Die Antwort ist eindeutig: auf die Prophylaxe. Der entsprechende Anteil beträgt fast 70%, das heißt, dass 70% der Positionen sich mit Prophylaxe befasst haben. Die Frage danach, was man tun kann, damit die Krankheit gar nicht ausbricht, steht also im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Das kann man durchaus positiv sehen, denn: keine Krankheit ist besser als eine Krankheit. Interessant ist, dass eindeutig die Frage nach der richtigen Ernährung überwiegt – wobei aber gleichzeitig schon gesagt wurde, dass Adipositas eher weniger besprochen wird als erwartet. Was heißt das nun? Die Frage nach einer gesunden Ernährung beinhaltet nicht nur Tipps dazu, was man essen sollte, um schlanker zu werden. Im Gegenteil – vielmehr wird der Fokus darauf gelegt, dass sich die Menschen ausgeglichen ernähren, notwendige Nährstoffe zu sich nehmen und richtige

¹⁵⁴ vgl. uvzsr.sk (UVZSR, 2012), S. 26

Essgewohnheiten lernen. Einen nicht zu unterschätzenden Anteil nimmt die Kategorie „Prophylaxe-Sonstiges“ ein. Was man sich darunter vorstellen soll? Es handelt sich um Tipps für ein präventives Verhalten im Bezug auf Erkrankungen, und was zu tun ist, damit man gewissen Erkrankung vorbeugt (zum Beispiel: warme Kleidung tragen, mehr Zeit an der frischen Luft verbringen, mehr Pflanzen im Haushalt, natürliche Waschmittel mit weniger chemischen Zusätzen benutzen).

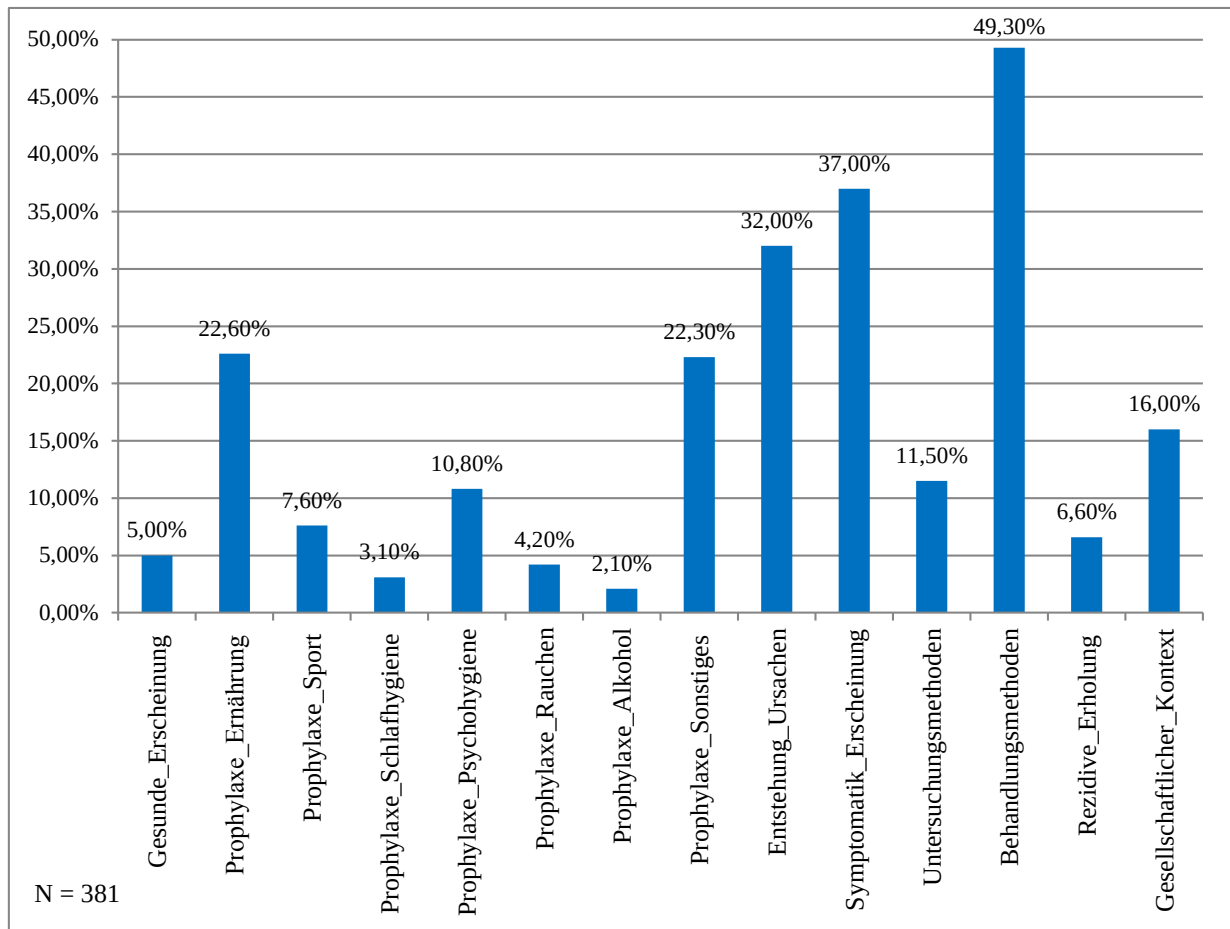
Negativ ist der geringe Anteil der Prophylaxe im Hinblick auf Alkohol- und Nikotinkonsum anzumerken¹⁵⁵. Obwohl die nationalen Gesundheitsbehörden und die WHO diese Faktoren für enorm lebensbedrohlich halten, werden sie in den Medien sehr selten kommuniziert.

Auf ein sehr gutes Ergebnis kommt dagegen die Untersuchung der Intention der Behandlung und Heilung. In diesem Fall kann man sagen, dass die Gesundheitskommunikation in den meistgelesenen Online-Zeitungen sehr lösungsorientiert ist. Wenn nicht gerade präventive Maßnahmen besprochen werden, werden Behandlungs- und Heilmethoden unterschiedlichster Art – von ärztlicher Behandlung bis hin zur Selbsthilfe – kommuniziert. Der kleinste Raum bleibt hingegen für Fragen nach Rezidiv und Erholung von einer Erkrankung. Wie ersichtlich richtet sich die Gesundheitsberichterstattung in den Medien vor allem an gesunde Menschen, die Präventionsmaßnahmen suchen, oder kürzlich Erkrankte, die noch nicht genau wissen, wie welche Symptomatik behandelt werden muss. Die restlichen Intentionen werden relativ gleichmäßig repräsentiert – bis auf die Untersuchungsmethoden. Diese könnten eindeutig mehr behandelt werden, da Slowaken nicht besonders häufig an präventiven Untersuchungen teilnehmen.¹⁵⁶

¹⁵⁵ who.int (World Health Organization, Mai 2013)

¹⁵⁶ sme.sk (Cavojec, 30.09.2008)

Abb.23.: unterschiedliche kommunikative Intentionen der Akteure und ihr Anteil in den Medien



KOMMUNIKATIVE INTENTION – MEDIENVERGLEICH

Im Hinblick auf die unterschiedlichen Medien bleibt die Tendenz gleich: am häufigsten wird über Prophylaxe geschrieben, gefolgt von den Behandlungsmethoden. Am wenigsten hingegen werden prophylaktischen Maßnahmen bezüglich „Alkohol“ und „Nikotinkonsum“, sowie die Themen Erholung und Rezidive behandelt.

PRAVDA WIDMET SICH DER FRAGE DER ERHOLUNG UND BEHANDLUNG AM MEISTEN

Betrachtet man die einzelnen Medien genauer, gibt es gewisse Tendenzen, die hier angesprochen werden sollten. Behandlungsmethoden sowie die Frage nach Erholung und Rezidive zeigen im medialen Vergleich signifikante Werte: in beiden Fällen sticht die PRAVDA als das Medium hervor, das diesen Themen die meiste Aufmerksamkeit widmet.

Abb. 24.: unterschiedliche kommunikative Intentionen der Akteure und ihr Anteil in den Medien

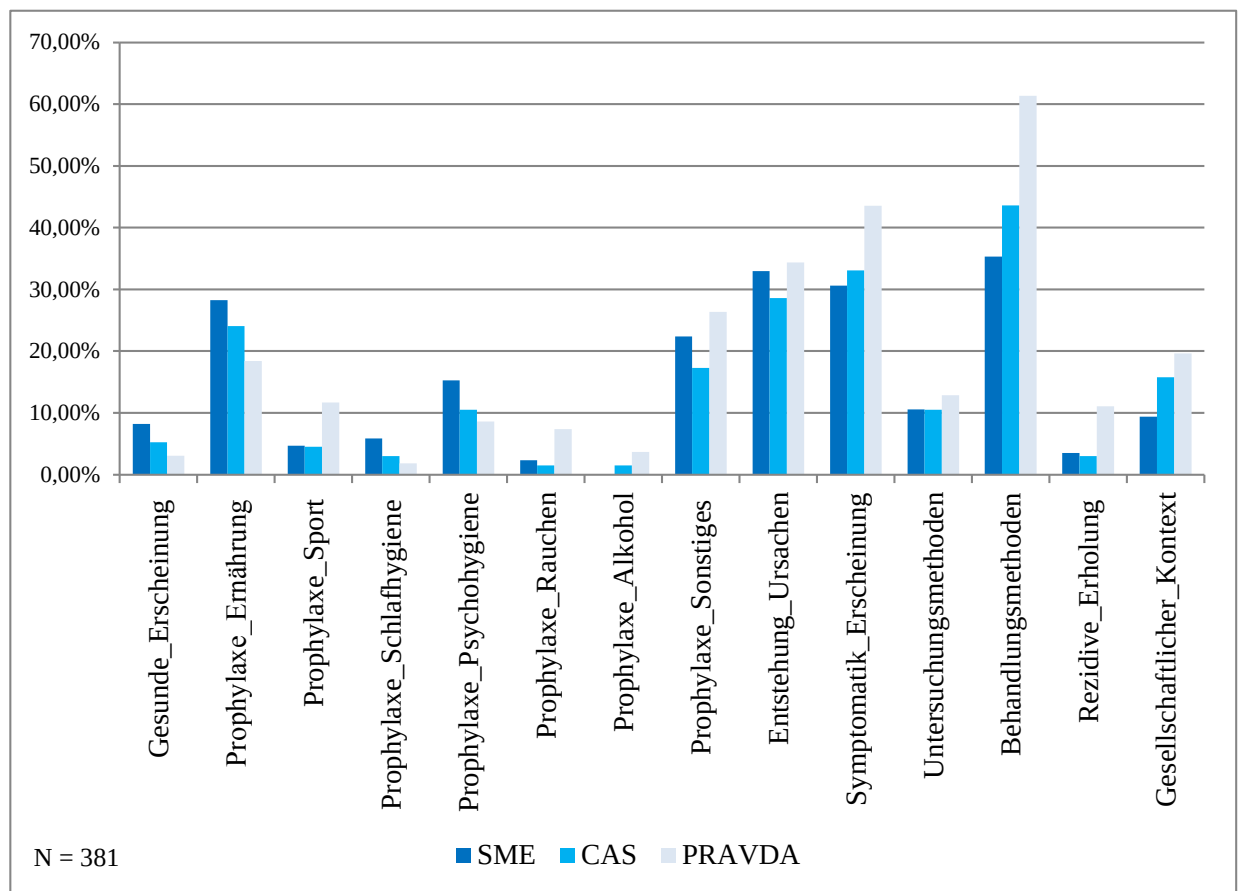


Abb.25.: unterschiedliche kommunikative Intentionen der Akteure und ihr Anteil in den Medien

N = 381 Crosstab	SME	CAS	PRAVDA	Chi - Quadrat Test	Total
Gesunde_Erscheinung	8,24%	5,26%	3,07%	n.s	4,99%
Entstehung_Ursachen	32,94%	28,57%	34,36%	n.s	32,02%
Symptomatik_Erscheinung	30,59%	33,08%	43,56%	n.s	37,01%
Untersuchungsmethoden	10,59%	10,53%	12,88%	n.s	11,55%
Behandlungsmethoden	35,29%	43,61%	61,35%	***	49,34%
Rezidive_Erholung	3,53%	3,01%	11,04%	***	6,56%
Gesellschaftlicher_Kontext	9,41%	15,67%	19,63%	n.s	16,01%
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$					
** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$					
N = Anzahl der Positionen					

Abb.26.: kommunikative Intention Prophylaxe und ihr Anteil in den Medien

N = 381 Crosstab	SME	CAS	PRAVDA	Chi - Quadrat Test	Total
Prophylaxe_Ernährung	28,24%	24,06%	18,40%	n.s	22,57%
Prophylaxe_Sport	4,71%	4,51%	11,66%	**	7,61%
Prophylaxe_Schlafhygiene	5,88%	3,01%	1,84%	n.s	3,15%
Prophylaxe_Psychohygiene	15,29%	10,53%	8,59%	n.s	10,76%
Prophylaxe_Rauchen	2,35%	1,50%	7,36%	**	4,20%
Prophylaxe_Alkohol	0,00%	1,50%	3,68%	n.s	2,10%
Prophylaxe_Sonstiges	22,35%	17,29%	26,38%	n.s	22,31%
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$ ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$ N = Anzahl der Positionen					

BOULEVARD VERLIERT UND PRAVDA GEWINNT BEI DEN FRAGEN NACH RAUCHEN UND SPORT

Dank dem Chi-Quadrat Test lässt man sich im medialen Vergleich nicht durch die einzelnen Anteile täuschen. Es sind eigentlich nur zwei Gebiete, die einen signifikanten Unterschied aufweisen – und zwar Sport und Rauchen. In beiden Fällen lässt sich sagen: Der Boulevard vernachlässigt die Themen, doch ist die Qualitätszeitung auch nicht die Nummer 1. Weder das eine, noch das andere Extrem, sondern vielmehr die „Mischform“ PRAVDA ist diesbezüglich am besten. Sie ist das Medium, das die Anforderungen der WHO bezüglich Rauchen und Sport ernst nimmt und bemüht sich, das slowakische Publikum über diese Risikofaktoren aufzuklären.

7.3 Vielfalt

Nun soll die Vielfalt ausgewertet werden: Hier geht es darum, welche Gruppen von Akteuren zu Wort kommen, welche Gesundheitsauffassungen diese Akteure vertreten und welcher Profession sie zuordenbar sind.

KLASSISCHE SICHTWEISE VOR ALLEM IN QUALITÄTSZEITUNG, ALTERNATIVE IN BOULEVARD

Vergleicht man die Anteile der einzelnen Vertreter der Gesundheitsauffassungen, so wird deutlich, dass die klassische Schulmedizin in jedem Medium eindeutig bevorzugt wird. Wie erwartet ist die alternative Gesundheitsauffassung nur schwach vertreten – vor allem in der SME. Das ist nicht überraschend, da man davon ausgehen konnte, dass der konventionelle Qualitätsjournalismus auf Nummer sicher geht und die Leser durch Erkenntnisse und Wissen aus einer „bewährten“ Quelle belehrt. Dies ist jedoch nicht als positiv zu werten, da durchaus auch alternative Heilungsmethoden existieren, die man als „bewährt“ betrachten kann – sie sollten jedoch zuerst durch sorgfältige journalistische Recherche entdeckt und unter die Lupe genommen werden. Aus der Sicht des Vielfaltsgebots ist es also nicht positiv zu sehen – im Gegenteil: es ist von Nachteil, dass

die alternativen Strömungen fast ausschließlich auf den Boulevard und seine Bearbeitung begrenzt sind, da dies schließlich zur Unglaubwürdigkeit der Vertreter dieser Gesundheitsauffassung beitragen kann.

Berechnung:

Diese Unterschiede wurden durch den Chi-Quadrat Test bestätigt. Zuerst musste man die Variable „Akteur_GA“ mehrmals so umcodieren, dass es nur zwei Ausprägungen dieser Variable gab – zum Beispiel die klassische Gesundheitsauffassung vs. die restlichen. Durch dieses Vorgehen wurden schließlich fünf neue Variablen erstellt – man findet sie bei SPSS am Ende der Liste, wo alle Variablen mit dem Kürzel „Chi“ als Kennzeichnung für den „Chi-Quadrat Test“ anfangen. Die erste Variable heißt zum Beispiel „Chi_Akteur_GA_Schul_medizinisch“, während die restlichen analog dazu benannt werden. Dann wurde mit jeder dieser Variablen ein Chi-Quadrat Test durch eine Kreuztabelle mit der Variable „Artikel_Medium“ erstellt und der P-Wert betrachtet.

Abb. 27.: Gesundheitsauffassungen der Akteure im Medienvergleich

N = 381 Crosstab		Artikel_Medium			Chi - Quadrat Test	Total
		SME	CAS	PRAVDA		
Akteur_GA	Klassische Gesundheitsauffassung - medizinisch	84,71%	52,63%	66,26%	***	65,62%
	Klassische Gesundheitsauffassung - nicht medizinisch	4,71%	21,05%	12,27%	***	13,65%
	Alternative Gesundheitsauffassung	1,18%	13,53%	11,04%	***	9,71%
	gemischte Gesundheitsauffassung	0,00%	2,26%	2,45%	n.s.	1,84%
	sonstige/unklare Gesundheitsauffassung	9,41%	10,53%	7,98%	n.s.	9,19%
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$ ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$ N = Anzahl der Positionen						

MEDIZINEXPERTEN AM HÄUFIGSTEN IN QUALITÄTSZEITUNG, BETROFFENE LAIEN IM BOULEVARD

Wer sind die Akteure, die sich zu den Gesundheitsfragen äußern? Der größte Anteil wird von Journalisten und Experten aus dem Medizinbereich kommuniziert. Das Gute daran: diese Experten sind nicht nur Ärzte aus der klassischen Medizin, denn die Einordnung in den „Medizinbereich“ geschieht unabhängig von der Gesundheitsauffassung. Im Gegenteil, es handelt sich allgemein um Gesundheitsexperten in ihren jeweiligen Gebieten. Berücksichtigt man jedoch die Zahlen und P-Werte, bemerkt man, dass der Boulevard nicht nur Vertretern der Alternativmedizin, sondern auch betroffenen Laien mehr Diskussionsraum widmet. Die Betroffenen sind in diesem Fall Leser und Leserinnen, Patienten und andere Laien aus der „gewöhnlichen“ Gesellschaft, die über ihre eigenen Erfahrungen sprechen. Der Unterschied zwischen den Medien ist groß und wird durch den Chi-Quadrat Test wiederum bestätigt. Bei der Frage nach dem Typus der Laien gibt es jedoch mehrere überraschende Ergebnisse: die Bekanntschaft des Akteurs wird nicht in der ČAS, sondern in der PRAVDA am meisten genutzt! Auch das ist ein Zeichen für die steigende Boulevardisierung der „ehemaligen“ slowakischen Qualitätszeitung. Überraschend wirkt vielleicht auch, dass im wahrgenommenen Zeitabschnitt in der Qualitätszeitung keine Staatsakteure zu Wort kamen. Im Gegenteil:

sie haben stattdessen über das Boulevardmedium an der Diskussion teilgenommen. Das letzte hoch signifikante Ergebnis bildet die journalistische Perspektive – kein Wunder, dass sich Journalisten vor allem in Qualitätszeitungen zu Wort melden. Gerade hier sollte der Ruf nach der Professionalität der Angestellten am stärksten sein.

Berechnung: Genauso wie bei der vorigen Frage nach der Gesundheitsauffassung wurde auch bei der Frage nach der professioneller Beschaffenheit vorgegangen – alle Ausprägungen wurden zunächst in neue Variablen umcodiert, sodass schließlich eine Kreuztabelle mit zwei Ausprägungen für diese Variable entstand. Auf diese Art wurden sieben neue Variablen erstellt: alle beginnen mit „Chi“ als Zeichen für den Chi-Quadrat Test. Die erste Variable heißt „Chi_Akteur_ExpMediziner“, die restlichen wurden analog dazu benannt. Danach wurde jede neu erstellte Variable mit der Variable „Artikel_Medium“ in die Kreuztabelle eingesetzt. Dann wurde der Chi-Quadrat Test berechnet.

Abb.28.: Professionelle Beschaffenheit der Akteure im Medienvergleich

N = 381 Crosstab		Artikel_Medium			Chi - Quadrat Test	Total
		SME	CAS	PRAVDA		
Akteur_Typ	Expertenperspektive-Medizinbereich	41,18%	24,81%	40,49%	***	35,17%
	Expertenperspektive-Wissenschaft	2,35%	8,27%	6,75%	n.s.	6,30%
	Expertenperspektive-staatliche Organe	0,00%	9,02%	4,29%	**	4,99%
	Expertenperspektive-Unternehmer	0,00%	4,51%	3,68%	n.s.	3,15%
	Laienperspektive-Journalist	56,47%	39,85%	32,52%	***	40,42%
	Laienperspektive-Betroffene	0,00%	12,78%	4,91%	***	6,56%
	Laienperspektive-Celebrity	0,00%	0,75%	7,36%	***	3,41%
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$ ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$ N = Anzahl der Positionen						

POSITIONEN EHER NEU UND BEFÜRWORDEND, NUR WENIG KONTRÄR

Im Hinblick auf die Standpunkte sind zwei Tendenzen bemerkbar – einerseits bringen die Positionen immer neue Kenntnisse ins Plenum, was sich in der hohen Anzahl an neutralen Standpunkten niederschlägt. Diese Standpunkten werden jedoch nur wenig der Kritik unterworfen: die einzelnen Positionen werden eher durch ähnliche Positionen gestiftet und untermauert, als durch eine konträre, gegensätzliche Position in Frage gestellt. Gerade die SME, eine Qualitätszeitung, kann die wenigsten konträren Standpunkte vorweisen. Wie ersichtlich, sind die Unterschiede zwischen den Medien laut Chi-Quadrat Test aber nicht signifikant.

Berechnung: Weil bereits am Anfang für jeden Standpunkt-Typ eine eigene Variable erstellt wurde, war keine Umcodierung nötig. In diesem Fall wurden nur Kreuztabellen mit der Variable „Artikel_Medium“ erstellt und der P-Wert betrachtet.

Abb.29.: Standpunkte im medialen Vergleich

N = 381 Crosstab	SME	CAS	PRAVDA	Chi - Quadrat Test	Total
Standpunkt_PRO	32,94%	25,56%	27,61%	n.s.	28,08%
Standpunkt_CONTRA	5,88%	10,53%	12,27%	n.s.	10,24%
Standpunkt_NEUTRAL	96,47%	95,49%	98,77%	n.s.	97,11%
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$ ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$ N = Anzahl der Positionen					

7.4 Öffentlicher Diskurs (Kritik)

Nun zum Thema des öffentlichen Diskurses. Hier ist noch einmal zu betonen, dass ein öffentlicher Diskurs an dieser Stelle unmittelbar mit dem Gebot der Kritik nach Arnold zusammenhängt. Es geht um das gemeinsame Diskutieren und Hinterfragen einzelner Positionen (= Analyseeinheiten in dieser Studie) und Äußerungen zu bestimmten Themen.

Das Ergebnis ist jedenfalls interessant: es ist nicht die Qualitätszeitung, deren Berichterstattung die höchste Qualität hat. Geht man nach dem Qualitätsindex ist die SME schlechter als die Boulevardzeitung ČAS. Über die höchste Qualität verfügt eindeutig die „gemischte Form“ aus Boulevard- und Qualitätsmedium: die Online-Zeitung PRAVDA. Um das Ergebnis zu überprüfen, wurde der T-Test durchgeführt: Dieser hat im Hinblick auf den Gesamtindex einen hoch signifikanten Unterschied ergeben – man kann also mit Sicherheit sagen, dass es im Hinblick auf die Diskursqualität einen signifikanten Unterschied zwischen den Medien gibt. Betrachtet man die Zahlen in den Indices, so lässt sich sagen, dass die SME über die niedrigste Qualität, die PRAVDA hingegen über die höchste Qualität verfügt.

Hoch signifikante Unterschiede wurden, abgesehen vom Respektmaß, in allen Variablen für die Messung der Diskursqualität festgestellt. Die PRAVDA scheint in den Fragen des Begründungsniveaus und der Lösungsorientierung eindeutig einen Vorsprung zu haben. Überraschend mag das Ergebnis bei der Artikulation von Zweifeln sein: es ist nicht die Qualitätszeitung, die am meisten in Frage stellt! In der slowakischen Online-Gesundheitskommunikation ist es eindeutig der Boulevard! Die SME hat als Qualitätszeitung in allen Fällen enttäuscht: Gute Diskurse zu Gesundheitsfragen sind seltener als in allen anderen untersuchten Medien.

Berechnung:

Wie ersichtlich, wurde in diesem Fall ein Index erstellt. Zuerst wurden alle Variablen umcodiert, sodass ihre Ausprägungen auf einer gemeinsamen statistischen Skala liegen. Weil manche Variablen eine Ordinalskala bilden, wurde eine Umwandlung nach dem Schema 1-0 nicht möglich. Schließlich wurden die Variablen folgendermaßen umgewandelt:

Begründung: kein = 0; pauschal = 1; einfach = 2; spezifisch = 3
Lösung: kein = 0; vage = 1,5; konkret = 3
Respekt: explizit negativ = 0, implizit positiv = 1,5; explizit positiv = 3
Zweifel: kein Zweifel = 0, Zweifel = 3 (dies beinhaltet alle Zweifel-Typen)

Sobald die Variablen umcodiert waren (sie befinden sich in SPSS am Ende der Liste und fangen mit dem Wort „Index“ an, zum Beispiel Index_Begründung), wurde der Index der Diskursqualität in SPSS mit „Compute Variable“ berechnet. In diesem Fall lautete die Formel: (Begründung + Lösung + Respekt + Zweifel)/4. Schließlich wurden Mittelwerte verglichen und der T-Test gemacht.

Abb.30.: Qualitätsindex und Diskursqualität im medialen Vergleich / T-Test

N = 381 Crosstab	SME	ČAS	PRAVDA	T-Test	Total
Begründungsniveau	1,52	1,87	2,13	***	1,91
Lösungsorientierung	1,85	1,83	2,32	**	2,04
Repektmaß	1,50	1,44	1,55	n.s.	1,50
Zweifelartikulation	0,18	0,47	0,15	***	0,27
Index-Diskursqualität	1,26	1,40	1,54	**	1,43
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$ ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$ N = Anzahl der Positionen					

BEGRÜNDUNGSNIVEAUS

Die erste Frage, die im Hinblick auf die Diskursqualität berücksichtigt werden sollte, ist die Frage zu den Begründungsniveaus. In diesem Fall betrachtet man, wie stark die Positionen durch Begründung gestiftet werden. Das Ergebnis ist mehr als beeindruckend: mehr als zwei Drittel der Positionen wurden durch Begründungen untermauert. Wie lässt sich dies erklären? Die Gesundheitskommunikation stellt einen spezifischen Themenbereich dar, in dem die Akteure immer wieder argumentieren. Zum Beispiel geht es darum, warum man ein bestimmtes Verhalten/Essen/Trinken vermeiden soll, oder welche Therapie wirkungsvoll ist und welche wiederum nicht. Abschließend lässt sich sagen, dass die Akteure, die in slowakischen Online-Zeitungen an einem gesundheitsbezogenen Diskurs teilnehmen, ihre präsentierten Positionen auch optimal begründen. Nichtsdestotrotz gibt es auch hier mediale Unterschiede.

PRAVDA UND BOULEVARD BEGRÜNDEN MEHR ALS QUALITÄTSZEITUNG SME

Wie man bereits aus dem Gesamtindex herauslesen konnte, sind die Unterschiede hinsichtlich der Begründungsniveaus hoch signifikant – zugunsten von PRAVDA und zum Nachteil von SME. Dieses Ergebnis wird auch durch einen Chi-Quadrat Test bestätigt. Bei der Frage, ob die Position begründet wird oder nicht, ist eines klar: die SME begründet am wenigsten, die PRAVDA hingegen am meisten.

Berechnung: Die Variable „Begründungs-Typ“ wurde in die Variable „Chi_Begründung_ja_nein“ umcodiert. Auf diese Art wurden zwei Ausprägungen für die Begründung gewonnen, die darauf hinweisen, ob in der Position eine Begründung präsent ist oder nicht. Danach wurde die Variable mit der Variable „Artikel_Medium“ in eine Kreuztabelle eingesetzt und der Chi-Quadrat Test durchgeführt.

Abb.31.: Begründungsniveaus: Positionen mit und ohne Begründung im Medienvergleich

N = 381 Crosstab		Artikel_Medium			Chi - Quadrat Test	Total
		SME	CAS	PRAVDA		
Begründung_Typ	keine Begründung	40,00%	25,56%	15,95%	***	24,67%
	Begründung	60,00%	74,44%	84,05%		75,33%
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien p<0,01						
** signifikanter Unterschied zwischen den Medien p<0,05						
N = Anzahl der Positionen						

BEGRÜNDUNGSNIVEAU IM MEDIENVERGLEICH NICHT SIGNIFIKANT

Wie ersichtlich, macht bezüglich des Begründungsniveaus nicht die Stärke der Begründung den größten Unterschied, sondern, ob es eine Begründung gibt, oder nicht. Setzt man jedoch die einzelnen Begründungsniveaus mit Variable Artikel_Medium in Zusammenhang, so ergibt sich kein signifikanter Unterschied.

Berechnung: Die Variable „Begründung_Typ“ wurde in die neuen Variablen „Chi_Begründung_pauschal“, „Chi_Begründung_einfach“ und „Chi_Begründung_Spezifisch“ umcodiert. In diesem Fall wurde die Möglichkeit „keine Begründung“ als missing value definiert. Schließlich wurde eine Kreuztabelle mit jeder Variable erstellt und der Chi-Quadrat Test durchgeführt.

Abb.32.:Begründungsniveaus: pauschale, einfache, spezifische Begründung im Medienvergleich

N = 381 Crosstab		Artikel_Medium			Chi - Quadrat Test	Total
		SME	CAS	PRAVDA		
Begründung_Typ	pauschale Begründung	5,88%	7,07%	7,30%	n.s.	6,97%
	einfache Begründung	35,29%	34,34%	31,39%	n.s.	33,10%
	spezifische Begründung	58,82%	58,59%	61,31%	n.s.	59,93%
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$ ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$ N = Anzahl der Positionen						

LÖSUNGSORIENTIERUNG

Ein zweites Merkmal bildet die Lösungsorientierung. In diesem Fall wurde unter die Lupe genommen, ob die Akteure in ihren Positionen pragmatisch bleiben und ihrem Publikum praktische Ratschläge anbieten. Es wurde zwischen keinen, vagen und spezifischen Lösungsvorschlag unterschieden.

AM MEISTEN LÖSUNGSORIENTIERT IST DIE PRAVDA, AM WENIGSTEN DER BOULEVARD

Wie lösungsorientiert sind die Medien im Hinblick auf die Gesundheitskommunikation? Die Antwort lautet: sehr lösungsorientiert! Denn in mehr als der Hälfte der Positionen wurden Lösungsvorschläge präsentiert. Über die größte Lösungsorientierung verfügt die PRAVDA, über die „kleinste“ die ČAS. Die SME ist in diesem Fall nicht viel besser, als die ČAS. Der Chi-Quadrat Test hat jedoch bestätigt, dass die medialen Unterschiede hoch signifikant sind.

Berechnung: Die Variable „Lösungsvorschlag_Typ“ wurde so umcodiert, dass nur zwei Ausprägungen herauskamen: entweder gibt es in der Position einen präsentierten Lösungsvorschlag, oder nicht. Diese Variable heißt „Chi_Lösungsvorschlag_ja_nein“. Danach wurde eine Kreuztabelle erstellt und der Chi-Quadrat Test durchgeführt.

Abb.33.: Lösungsorientierung: Positionen mit und ohne Lösungsvorschlag im Medienvergleich

N = 381 Crosstab		Artikel_Medium			Chi - Quadrat Test	Total
		SME	CAS	PRAVDA		
Lösungsvorschlag_Typ	kein Lösungsvorschlag	34,12%	34,59%	19,63%	***	28,08%
	Lösungsvorschlag	65,88%	65,41%	80,37%		71,92%
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien p<0,01 ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien p<0,05 N = Anzahl der Positionen						

NIVEAUS DER LÖSUNGSVORSCHLÄGE IM MEDIENVERGLEICH NICHT SIGNIFIKANT

Ähnlich wie bei den Begründungen geht es auch hier mehr um die Frage, ob es Lösungsvorschläge gibt oder nicht. Wenn man sich näher mit der Frage nach der Stärke der einzelnen Lösungsvorschläge befasst, so ist der Unterschied nicht signifikant.

Berechnung: Es wurde die neue Variable „Chi_Lösungsvorschlag_konkret_vs_vage“ erstellt, indem die Variable „Lösungsvorschlag_Typ“ umcodiert wurde. Die Möglichkeit „kein Lösungsvorschlag“ wurde als „missing value“ definiert. Schließlich wurde eine Kreuztabelle erstellt und ein Chi-Quadrat Test durchgeführt.

Abb.34.: Lösungsorientierung: vage vs. konkrete Lösungsvorschläge im Medienvergleich

N = 381 Crosstab		Artikel_Medium			Chi - Quadrat Test	Total
		SME	CAS	PRAVDA		
Lösungsvorschlag_Typ	vager Lösungsvorschlag	12,50%	13,79%	7,63%	n.s.	10,58%
	konkreter Lösungsvorschlag	87,50%	86,21%	92,37%	n.s.	89,42%
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$ ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$ N = Anzahl der Positionen						

ARTIKULATION VON ZWEIFELN

Eine Überraschung gibt es bei der Betrachtung der Zweifel. Es ist weder die PRAVDA noch die Qualitätszeitung SME, in denen die Akteure einander am häufigsten hinterfragen. Die häufigste Artikulation von Zweifeln wurde eindeutig in der ČAS – und damit in dem Boulevardmedium gefunden. Dies kann man folgendermaßen interpretieren: Weil die ČAS nicht auf ihren „guten Ruf“ achten muss, erlaubt sie sich mehr. Und mehr Frechheit mündet schließlich in mehr Zweifel und mehr uneingeschränkter Kritik. Der Unterschied zwischen den Medien bezüglich der Artikulation von Zweifeln ist hoch signifikant.

Berechnung: Die Variable „Zweifels-Typ“ wurde in die neue Variable „Chi_Zweifel_ja_nein“ umcodiert, sodass nur zwei Ausprägungen herauskamen: entweder gibt es in der Position Zweifel (Fusion aller Zweifels-Typen) oder nicht (kein Zweifel). Schließlich wurde eine Kreuztabelle erstellt und ein Chi-Quadrat Test gemacht.

Abb.35.: Zweifelartikulation: Positionen mit und ohne Zweifel im Medienvergleich

N = 381 Crosstab		Artikel_Medium			Chi - Quadrat Test	Total
		SME	CAS	PRAVDA		
Zweifel_Typ	kein Zweifel	94,12%	84,21%	95,09%	***	91,08%
	Zweifel	5,88%	15,79%	4,91%		8,92%
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien p<0,01 ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien p<0,05 N = Anzahl der Positionen						

Meiner Meinung nach haben slowakische Medien leider nicht die Gewohnheit angenommen, sich einander in nicht-politischen Debatten zu hinterfragen und dies als positiv zu betrachten. Es kommt nicht oft dazu, dass Dinge in Frage gestellt werden – was indirekt schon bei der Auswertung von Vielfalt festgestellt wurde, als ersichtlich wurde, dass in den Medien nur wenige konträre Standpunkte präsentiert werden. Bei der Artikulation von Zweifeln kann man das Gleiche beobachten: Aussagen, Meinungen werden sehr selten in Frage gestellt. Wie bereits gesagt, ist die ČAS als Boulevard dabei das „frechste“ Medium, das die meisten Zweifel vorweisen kann.

WAHRHEIT VOR ALLEM IN PRAVDA, WAHRHAFTIGKEIT IN ČAS UND SME IN FRAGE GESTELLT

Betrachtet man die Typologie des Zweifels, ist einiges klar: Der Habermas'sche Zweifel an Verständlichkeit ist in der Tabelle gar nicht präsent, da es gar keine Zweifel an Verständlichkeit in den Artikeln gab. Dies wurde durchaus erwartet, da der mediale Diskurs indirekt geschieht und durch den journalistischen „Filter“ verschönert wird, d. h. in eine journalistische, schöne Sprache übersetzt wird. Das ist natürlich der Grund, warum kaum Missverständnisse zustande kommen oder aus dem Weg geräumt werden müssen.

Berechnung: Die Variable „Zweifels-Typ“ wurde in die Variablen „Chi_Zweifel_Wahrheit“ u. ä. umcodiert, sodass immer nur zwei Ausprägungen pro

Variable herauskamen: entweder der Zweifel an der Wahrheit/Wahrhaftigkeit/Richtigkeit oder der Zweifel an Sonstigem. Die Möglichkeit „kein Zweifel“ ist als „missing value“ definiert. Schließlich wurde eine Kreuztabelle erstellt und ein Chi-Quadrat Test gemacht.

Abb.36.: Zweifelartikulation: Zweifel von Wahrheit, Wahrhaftigkeit, Richtigkeit im Medienvergleich

N = 381 Crosstab		Artikel_Medium			Chi - Quadrat Test	Total
		SME	CAS	PRAVDA		
Zweifel_Typ	Zweifel von Wahrheit	40,00%	19,05%	87,50%	***	38,24%
	Zweifel von Wahrhaftigkeit	60,00%	61,90%	0,00%	**	47,06%
	Zweifel von Richtigkeit	0,00%	19,05%	12,50%	n.s.	14,71%
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$ ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$ N = Anzahl der Positionen						

Welche Zweifel werden also am meisten artikuliert? Es handelt sich eindeutig um die Zweifel an Wahrheit und Wahrhaftigkeit. Beim Anzweifeln von Wahrheit handelte es sich vor allem um die Frage nach einzelnen Behandlungsmethoden und ihrer positiven Wirkung. Wie man sehen kann, gibt es hier einen signifikanten medialen Unterschied zugunsten der PRAVDA.

Beim Anzweifeln der Wahrhaftigkeit eines bestimmten Akteurs befinden wir uns auf kontroversen Boden: Es handelt sich tatsächlich um das in Frage stellen des Expertenwissens der Mediziner. So hat sich zum Beispiel ein schulmedizinischer Arzt in der SME geäußert: Vorsicht vor alternativen Heilungsmethoden, denn sie können den Gesundheitszustand eher gefährden!¹⁵⁷ Der Kritik an der Wahrhaftigkeit wurden aber nicht nur die Vertreter der Alternativmedizin ausgesetzt. So wurden in der ČAS zum Beispiel die Nahrungsmittelkonzerne und die Wahrhaftigkeit der Bio-Produkte in Frage gestellt. Denn es sei nicht möglich, Obst und Gemüse in nicht-verschmutzter Luft u. ä. zu züchten.¹⁵⁸ Gerade dieser Typ von Zweifel wurde in der ČAS häufig artikuliert. Im Hinblick auf das Anzweifeln von Wahrhaftigkeit gibt es auch einen signifikanten Unterschied – hier ist die ČAS und die SME eindeutig besser einzustufen als die PRAVDA. Zumindest was diesen Punkt betrifft, ist die SME zufriedenstellend – gerade im in Frage stellen von Absichten der Akteure zeigt sich die Stärke der Qualitätszeitung, auch wenn das Ergebnis mit 1% durch die ČAS überlagert wurde.

Zuletzt hatten die Medien die Chance, Zweifel hinsichtlich der Richtigkeit des Handelns der Akteure auszudrücken – und haben dies auch getan. In diesem Fall trumpft wiederum die ČAS auf, die keine Angst hatte, die ethische und moralische Seite der Pharma-Industrie u. ä. unter die Lupe zu nehmen.¹⁵⁹ Der Unterschied zwischen den Medien ist aber nicht signifikant.

¹⁵⁷ vgl. sme.sk (o. V.; 10.05.2014)

¹⁵⁸ vgl. cas.sk (Koprušáková, Martina; 05.05.2014)

¹⁵⁹ vgl. cas.sk (Koprušáková, Martina ; 05.05.2014)

ALTERNATIVE VERTRETER VOR ALLEM IN SME UND PRAVDA IN FRAGE GESTELLT

Natürlich ist es auch interessant, das Verhältnis unter die Lupe zu nehmen: Gibt es Unterschiede dahingehend, welche Vertreter mit welcher Gesundheitsauffassung in welchen Medien in Frage gestellt werden. Dies ist besonders wichtig, weil es uns zeigt, inwiefern und wie gleichmäßig unterschiedliche Perspektiven behandelt werden. Gerade die Häufigkeiten selbst sind interessant: in der SME wurde kein einziges mal ein Akteur mit einer klassischen Gesundheitsauffassung hinterfragt, sondern nur alternative Gesundheitsvertreter angezweifelt. Die ČAS, obwohl zum Boulevard zugehörig, zeigt sich ausgewogener: Vertreter aller Gesundheitsauffassungen werden kritisiert. Nichtsdestotrotz sind an dieser Stelle nur signifikante Unterschiede interessant: Es zeigt sich, dass die Akteure alternativer Gesundheitsauffassung signifikant mehr in der PRAVDA und der SME hinterfragt werden als in der ČAS.

Berechnung: Wie üblich, wurden auch in diesem Fall die Variablen umcodiert. Die Möglichkeit „kein Zweifel“ wurde wiederum als „missing value“ definiert und für jede Gesundheitsauffassung des Objektes wurde eine selbständige „ja-nein“ Variable erstellt. Sie heißen analog zu den vorigen „Chi_Zweifel_Objekt_GA_klassisch_medizinisch“ u. ä. Schließlich wurden die Variablen mit der Variable „Artikel_Medium“ in eine Kreuztabelle eingesetzt. Dann wurde ein Chi-Quadrat Test durchgeführt.

Abb.37.: Gesundheitsauffassung des Objektes des Zweifels im medialen Vergleich

N = 34 Crosstab		Artikel_Medium			Chi Quadrat - Test	Total
		SME	CAS	PRAVDA		
Zweifel_Objekt_GA	Klassische Gesundheitsauffassung - medizinisch	20,00%	47,62%	25,00%	n.s.	38,24%
	Klassische Gesundheitsauffassung - nicht medizinisch	0,00%	9,52%	0,00%	n.s.	5,88%
	Alternative Gesundheitsauffassung	60,00%	14,29%	62,50%	**	32,35%
	sonstige/unklare Gesundheitsauffassung	20,00%	28,57%	12,50%	n.s.	23,53%
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$ ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$ N = Anzahl der Positionen						

WAHRHEIT DER AUSSAGEN VOR ALLEM BEI ALTERNATIVEN VERTRETER IN FRAGE GESTELLT

Des Weiteren kann man sich damit befassen, welche Gesundheitsauffassung das Objekt des Zweifels vertritt. Auf diese Weise kann man herausfinden, inwiefern die alternativen Gesundheitsvertreter oder im Gegenteil die klassischen Gesundheitsvertreter in Frage gestellt werden. Der signifikante Unterschied zwischen den beiden ergibt sich beim Zweifel an der Wahrheit. Sieht man sich die Ergebnisse an, so kann man sagen, dass die Vertreter der alternativen Gesundheitsauffassung signifikant mehr in Frage gestellt werden – und zwar im Hinblick auf die Wahrheit ihrer Aussagen.

Berechnung: Die Variable „Zweifel_Objekt_GA“ wurde umcodiert und vereinfacht, so dass sie nur zwei Ausprägungen hat: die klassische Gesundheitsauffassung repräsentiert sowohl medizinische als auch nicht-medizinische Vertreter der klassischen Gesundheitsauffassung, die alternative Gesundheitsauffassung beinhaltet hingegen

sowohl Vertreter der alternativen, als auch der gemischten Gesundheitsauffassung. Eine unklare Gesundheitsauffassung wurde als „missing value“ definiert. Darüber hinaus ergibt sich eine neue Variable Namens „Chi_Zweifel_Objekt_GA_klassisch_vs_alternativ“. Schließlich wurde die neue Variable in einer Kreuztabelle jeweils getrennt mit den bereits umcodierten Variablen „Chi_Zweifel_Wahrheit“, „Chi_Zweifel_Wahrhaftigkeit“ und „Chi_Zweifel_Richtigkeit“ eingesetzt und der Chi Quadrat Test berechnet.

Abb. 38.: Artikulation von Zweifeln im Hinblick auf die Gesundheitsauffassung des Objektes: Wahrheit

N = 34 Crosstab		Gesundheitsauffassung		Chi - Quadrat Test	Total
		klassisch	alternativ		
Zweifel-Typ	Zweifel von Wahrheit	26,67%	72,73%	**	12
	Zweifel restlich	73,33%	27,27%		14
Total		15	11		26
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$ ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$ N = Anzahl der Positionen					

Abb.39.: Artikulation von Zweifeln im Hinblick auf die Gesundheitsauffassung des Objektes: Wahrhaftigkeit

N = 34 Crosstab		Gesundheitsauffassung		Chi - Quadrat Test	Total
		klassisch	alternativ		
Zweifel-Typ	Zweifel von Wahrhaftigkeit	60,00%	27,27%	n.s.	12
	Zweifel restlich	40,00%	72,73%		14
Total		15	11		26
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$ ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$ N = Anzahl der Positionen					

Abb.40.: Artikulation von Zweifeln im Hinblick auf die Gesundheitsauffassung des Objektes: Richtigkeit

N = 34 Crosstab		Gesundheitsauffassung		Chi - Quadrat Test	Total
		klassisch	alternativ		
Zweifel-Typ	Zweifel von Richtigkeit	13,33%	0,00%	n.s.	2
	Zweifel restlich	86,67%	100,00%		24
Total		15	11		26
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$ ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$ N = Anzahl der Positionen					

RESPEKT

Abschließend ist das Respektmaß zu interpretieren.

RESPEKTMAß IM MEDIENVERGLEICH NICHT SIGNIFIKANT

Es mag eine Überraschung sein, dass es kaum signifikante Unterschiede zwischen den Medien gibt, was das Respektmaß betrifft. Dies ist vor allem deswegen interessant, weil man schon weiß, dass es bei der Artikulation von Zweifeln ganz anders aussieht. Dies kann man folgendermaßen interpretieren: Kritik ist nicht das gleiche wie respektlose Behandlung! Aus diesem Grund findet man in der ČAS signifikant mehr Äußerungen des Zweifels, doch nur kaum signifikant mehr respektlose oder respektvolle Positionen. Sieht man sich die Häufigkeiten an, ist es aber ein wenig anders. Insgesamt weist gerade die ČAS respektlose Äußerungen auf, die PRAVDA hingegen eher respektvolle Äußerungen. Da durch den Chi-Quadrat Test aber kein signifikanter Unterschied festgestellt wurde, sind die Ergebnisse nicht sehr aussagekräftig.

Berechnung: Die Variable „Respekt_Typ“ wurde in eine neue Variablen namens „Chi_Respekt_explicit_negativ“ u. ä. umcodiert, sodass es für jede dieser Variablen nur zwei Ausprägungen gibt: explizit positiv/negativ/implizit positiv und sonstige Respektbekundungen (Fusion der restlichen Äußerungen des Respekts in eine Ausprägung).

Abb.41.: Respektmaß im Medienvergleich

N = 381 Crosstab		Artikel_Medium			Chi - Quadrat Test	Total
		SME	CAS	PRAVDA		
Respekt_Typ	explizit negativer Respekt	2,35%	6,02%	1,23%	n.s.	3,15%
	impliziter Respekt	95,29%	91,73%	94,48%	n.s.	93,70%
	explizit positiver Respekt	2,35%	2,26%	4,29%	n.s.	3,15%
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$ ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$ N = Anzahl der Positionen						

ALTERNATIVE GESUNDHEITSAUFFASSUNG AM MEISTEN RESPEKTLOS BEHANDELT

Ein signifikanter Unterschied ergibt sich, wenn man explizit negative Respektäußerungen mit der Gesundheitsauffassung des Objektes der Respektäußerung in Zusammenhang setzt. Wie ersichtlich, werden die Akteure der alternativen Gesundheitsauffassung (Fusions-Variable, die sowohl alternative als auch gemischte Gesundheitsauffassungsvertreter repräsentiert) respektloser behandelt, als die Akteure der klassischen Gesundheitsauffassung (Fusions-Variable, die sowohl medizinische, als auch nicht-medizinische Vertreter der klassischen Gesundheitsauffassung repräsentiert)

Berechnung: Die neue Variable „Respekt_implicitpositiv_vs_explicitnegativ“ wurde durch die Umcodierung der Variable „Respekt_Typ“ erstellt. Explizit positive Respektäußerungen werden als „missing value“ definiert. Schließlich wurde die neue Variable in eine Kreuztabelle mit bereits der umcodierten Variable

„Respekt_Objekt_klassisch_vs_alternativ“ gesetzt und der Chi-Quadrat Test durchgeführt.

Abb.42.: Respekt im Hinblick auf die Gesundheitsauffassung des Objektes: explizit negativ vs. implizit positiv

N = 336 Crosstab		Gesundheitsauffassung des Objektes		Chi - Quadrat Test	Total
		klassisch	alternativ		
Respekt_Typ	explizit negativ	1,38%	8,70%	**	8
	implizit positiv	98,62%	91,30%		328
Total		290	46		336
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$ ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$ N = Anzahl der Positionen					

Wenn man jedoch die implizit und explizit respektvollen Äußerungen mit der Gesundheitsauffassung des Objektes in einen Zusammenhang setzt, so ergibt sich kein signifikanter Unterschied. Das heißt, dass es keinen signifikanten Unterschied darin gibt, wie „respektvoll“ sich die zu Wort kommenden Akteure gegenseitig behandeln. Zumindest, wenn es um ihre Gesundheitsauffassungen geht, begegnen sie sich in den Medien mit Respekt – was als positiv angesehen wird.

Berechnung: Die neue Variable „Respekt_implizitpositiv_vs_explizitpositiv“ wurde durch die Umcodierung von der Variable „Respekt_Typ“ erstellt. Explizit negative Respektäußerungen werden als „missing value“ definiert. Schließlich wurde die neue Variable in eine Kreuztabelle mit der bereits umcodierter Variable „Respekt_Objekt_klassisch_vs_alternativ“ eingesetzt und schließlich der Chi-Quadrat Test durchgeführt.

Abb. 43.: Respekt im Hinblick auf die Gesundheitsauffassung des Objektes: explizit positiv vs. implizit positiv

N = 336 Crosstab		Gesundheitsauffassung des Objektes		Chi - Quadrat Test	Total
		klassisch	alternativ		
Respekt_Typ	implizit positiv	97,95%	95,45%	n.s.	329
	explizit positiv	2,05%	4,55%		8
Total		292	44		336
*** hoch signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,01$ ** signifikanter Unterschied zwischen den Medien $p < 0,05$ N = Anzahl der Positionen					

8. Beantwortung der Forschungsfragen

Obwohl die Forschungsfragen bereits hinreichend durch die detaillierte Beschreibung der Ergebnisse beantwortet wurden, werden die Ergebnisse an dieser Stelle noch einmal kurz zusammengefasst und in einen Zusammenhang mit den Forschungsfragen aus dem theoretischen Teil gebracht. Die zentrale Frage lautet also: Wie werden die untersuchten Qualitätsgebote von den slowakischen Onlinemedien in der Gesundheitskommunikation erfüllt?

VIELFALT

Zuerst wurde danach gefragt, wie vielfältig die Medieninhalte sind – im Hinblick auf die Art der Experten und die Gesundheitsauffassung der Akteure. Es wurde die innere Vielfalt jedes Mediums und die äußere Vielfalt der Medien insgesamt gemessen. Der Grad an Vielfalt wurde umso höher eingestuft, je mehr unterschiedliche Perspektiven in den Medieninhalten zu Wort kamen. In dieser Hinsicht lässt sich sagen, dass die slowakischen Onlinemedien tatsächlich vielfältig sind. Es kommen unterschiedliche Perspektiven zu Wort, obwohl man natürlich ergänzen muss, dass die Perspektiven unterschiedlich stark vertreten werden – was gerade im medialen Vergleich noch genauer zu betrachten ist.

Gesundheitsauffassung und Professionalität

Insgesamt lässt sich die Tendenz feststellen, dass vor allem Experten aus dem Medizinbereich mit einer klassisch schulmedizinischen Gesundheitsauffassung zu Wort kommen. Vertreter der alternativen und gemischten Medizin sind in den Medien noch immer unterrepräsentiert, was vor allem in der Qualitätszeitung sichtbar wird. Die Annahme über das konventionelle Denken, das nur noch Experten der Schulmedizin als vertrauenswürdige Quelle akzeptiert und die Tendenz hat, alles andere „wegzufiltern“, wurde belegt: die Unterschiede zwischen den Medien sind im Hinblick auf die Vertreter der alternativen und gemischten Medizin signifikant. Wenn man die Präsenz der Laien im öffentlichen Diskurs zum Thema Gesundheit betrachtet, kommt man zu einem ähnlichen Ergebnis. Positionen von Betroffenen, also von Patienten mit eigener Erfahrung, sind fast ausschließlich im Boulevard zu finden. Laien, die wiederum als bekannte Personen klassifiziert wurden, waren in der „gemischten“ Form aus Boulevard- und Qualitätszeitung – in der PRAVDA – am meisten präsent. Insgesamt ist die Tendenz in den Medien gleich: Es kommen Meinungen und Einstellung unterschiedlicher Perspektiven zu Wort, doch haben die Experten der Schulmedizin auf allen slowakischen Online-Plattformen einen deutlichen Vorsprung.

Standpunkte

Standpunkte machen uns darauf aufmerksam, ob in den Medieninhalten den präsentierten Positionen auch konträre Positionen gegenübergestellt werden. Es wird untersucht, ob die Äußerung der Position in dem Artikel durch konträre Positionen in Kontrast gebracht wird oder nicht. Die Tendenz ist nicht positiv zu sehen: Die Anzahl der Contra-Standpunkte ist deutlich niedriger als die der Pro-Standpunkte. Es ergeben sich zwar

keine Unterschiede zwischen den Medien, doch wird dies insgesamt als Mangel bei der journalistischen Bearbeitung der Inhalte wahrgenommen.

THEMATISCHE REPRÄSENTANZ

Des Weiteren wurde untersucht, welche Gesundheitsthemen in den Medien behandelt werden. Die Frage war, welche Erkrankungen und Risiken dieser Erkrankungen in den Medien mit welchen kommunikativen Intentionen kommuniziert werden. Dabei lag der Fokus vor allem auf der Kluft zwischen der realen Wirklichkeit und der in den Medien konstruierten Wirklichkeit. Die „Reale Wirklichkeit“ wurde aus Informationen der nationalen und internationalen Gesundheitsbehörden gebildet. Die Kluft wird als die Diskrepanz zwischen dem Ausmaß in welchem die Erkrankungen tatsächlich die Slowaken belasten und ihre Todesursachen darstellen, und dem Ausmaß in welchem die gleichen Erkrankungen in den Medien behandelt werden, verstanden.

Der Grad an „relevanter thematischer Repräsentanz“ wurde umso höher eingestuft, je mehr Informationen zu den häufigsten Todesursachen vermittelt wurden, je mehr Informationen zu den Krankheiten vermittelt werden, die in der Slowakei eine rasch steigende Tendenz haben, je mehr Informationen zu den häufigsten Risiken dieser Todesursachen und sich rasch verbreitenden Erkrankungen vermittelt werden und insgesamt je mehr das Vorkommen der Erkrankungen und Todesursachen in den Medien dem realen Vorkommen der Erkrankungen und Todesursachen in der Bevölkerung entspricht.

Todesursachen

Was die Behandlung der häufigsten Todesursachen betrifft, sind die Unterschiede zwischen den Medien nicht signifikant. Insgesamt haben die Medien den angesprochenen Erkrankungen relativ viel Raum gewidmet. Jedoch lässt sich vor allem im Hinblick auf die Thematisierung von Kreislauferkrankungen und Krebs eine enorm große Kluft zwischen der Realität und den Medien feststellen: beide wurden prozentual gesehen weniger behandelt, als sie eine reale Todesursache darstellen. Trotzdem ist dies nicht als ein mediales Versagen zu verstehen. Vielmehr ist hier auf das Zusammenspiel unterschiedlicher Qualitätsanforderungen hinzuweisen. Laut Arnold sollen die Medien die Gesellschaft durch optimale Selbstbeobachtung versorgen – doch dies würde eindeutig bedeuten, dass mehr als jeder zweite Artikel das Thema Kreislauferkrankungen und jeder dritte Artikel Krebs behandeln müsste. Dies ist natürlich kontraproduktiv, wenn man gleichzeitig das Interesse hat, gelesen und verkauft zu werden.

Rasch steigende Erkrankungen

Bezüglich der rasch steigenden Erkrankungen ist eines bemerkbar: Adipositas sollte eindeutig mehr Raum gewidmet werden, da es durch andere Erkrankungen zahlenmäßig mehrfach überholt wurde und man doch von keiner anderen Erkrankung sagen kann (bis auf Herzerkrankungen), dass sie jeden zweiten Slowaken betrifft. Überholt wurde es vor allem durch psychische Störungen, die zwar auch eine rasch steigende Quote im Land haben, doch mit ihrem fast 14-prozentigen Anteil an der Gesamtberichterstattung deutlich

überrepräsentiert sind. Ein zufriedenstellendes Ergebnis ergibt sich, wenn man die Behandlung von Diabetes betrachtet. Diabetes wird vor allem in der PRAVDA häufig behandelt, was die steigende Quote dieser Erkrankung gut ausgleicht.

Krankheitsrisiken

Im Hinblick auf die Risiken – mangelnde Bewegung, ungesunde Essgewohnheiten, schlechte Schlafhygiene, mangelnde Psychohygiene, Alkohol und Rauchen lassen sich unterschiedliche Tendenzen feststellen. Während der gesunden Ernährung und Fragen der Psychohygiene in allen Medien viel Aufmerksamkeit geschenkt wurde, wurden alle anderen Risiken deutlich weniger behandelt. Etwas besser als in den anderen Medien sieht es in der PRAVDA bei den Themen Rauchen und Sport aus, da sie im Vergleich zu SME und ČAS beiden Risiken signifikant mehr Raum widmet.

Kommunikative Intentionen

Zuletzt sollten die kommunikativen Intentionen der Akteure angesprochen werden. Dabei handelt es sich um den Schwerpunkt, dem der Akteur in seiner Position die größte Aufmerksamkeit widmet. Dieser Aspekt hat auf die genannten Qualitätsanforderungen bezüglich thematischer Repräsentanz eher wenig Einfluss. Vielmehr wurde aus Interesse erforscht, welchen Raum die Akteure welcher Intention zudenken. Insgesamt wird der Raum am häufigsten der Prophylaxe und den Behandlungsmethoden gewidmet. Dies kann als positiv gewertet werden, weil es eben genau die lösungsorientierten Ratschläge sind, wegen denen man Gesundheitsartikel besonders häufig rezipiert. Ebenso wurde den Ursachen und Symptomen der Erkrankungen relativ viel Raum gewidmet, was auch positiv zu sehen ist, da dies notwendig ist, damit der Betroffene versteht, wie eine Erkrankung entsteht, bzw. welche Symptome auf eine Erkrankung hinweisen. Relativ wenig Aufmerksamkeit wird hingegen den Untersuchungsmethoden und dem gesellschaftlichen Kontext geschenkt. Dies ist wiederum negativ, denn es geht mit der Annahme einher, dass die Slowaken über den Gesundheitszustand ihrer Gesellschaft nur sehr wenig wissen und wahrscheinlich auch aus diesem Grund die präventiven Untersuchungen boykottieren.¹⁶⁰ Was die medialen Unterschiede betrifft, sind zwei Tendenzen bemerkbar: Von allen untersuchten Medien widmet sich die PRAVDA am häufigsten den Behandlungsmethoden und der Erholung sowie dem möglichen Rezidiv.

DER ÖFFENTLICHE DISKURS

Der dritte Qualitätsgebot bildete der öffentliche Diskurs, der auf die Arnold'sche Kritik zurückzuführen ist. Dazu wurde untersucht, ob und wie ein medialer Diskurs zum Thema Gesundheit in den slowakischen Onlinemedien abläuft. Der Diskurs besteht aus vier Merkmalen, die analysiert wurden: das Begründungsniveau der artikulierten Positionen, die Lösungsorientierung der Positionen, das gemeinsame Infragestellen der Akteure und schließlich der respektvolle Umgang. Insgesamt wird der Grad an „Kritikfähigkeit“ bzw. an Diskursqualität umso höher eingestuft, je mehr Positionen begründete Standpunkte enthalten und je anspruchsvoller diese Begründungen sind, je mehr von diesen Positionen

¹⁶⁰ vgl. sme.sk (Čavojeec, Jozef; 30.09.2008)

Lösungsvorschläge enthalten und je anspruchsvoller diese Lösungsvorschläge sind, je respektvoller die Akteure miteinander umgehen und je häufiger dies der Fall ist und je diskursiver die Positionen gestaltet sind, d.h., je häufiger naiv unterstellte Voraussetzungen angezweifelt werden.¹⁶¹

Begründungsniveaus

Insgesamt lässt sich sagen, dass die gesundheitsbezogenen Positionen in den slowakischen Medien größtenteils begründet werden. Überraschend mag vielleicht sein, dass die niedrigste Quote von Begründungen ausgerechnet die Qualitätszeitung SME aufweist. Zwischen den Medien gibt es jedoch im Hinblick auf die unterschiedliche Stärke der Begründungen keine Unterschiede. Es wurden laut Chi-Quadrat Test in den Medien sowohl pauschale und einfache, als auch spezifische Begründungen relativ gleichmäßig artikuliert. Betrachtet man die Ergebnisse der Indexbildung, so werden die Tendenzen noch einmal bestätigt. Im Hinblick auf das Begründungsniveau ist die SME am niedrigsten, die PRAVDA wiederum am höchsten einzustufen.

Lösungsorientierung

Ist die Gesundheitskommunikation in den slowakischen Onlinemedien lösungsorientiert? Man kann eindeutig sagen: ja. Mehr als zwei Drittel der betrachteten Positionen beinhaltet lösungsorientierte Ansätze. Dabei lässt sich sagen, dass die PRAVDA und die SME am stärksten lösungsorientiert sind, während die Boulevardzeitung ČAS die wenigsten konstruktiven Äußerungen an die Öffentlichkeit bringt. Betrachtet man die einzelnen Stärken der Lösungsvorschläge, so sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Medien zu beobachten.

Artikulation von Zweifeln

Der Artikulation von Zweifeln wurde die meiste Aufmerksamkeit geschenkt, da genau sie den kritischen Moment bildet, in dem es deutlich wird, wie kritikfähig die Medien sind. Im Allgemeinen kann man sagen, dass die analysierten Medien die Tendenz aufweisen, sich eher wenig gegenseitig in Frage zu stellen. Von den betrachteten Zweifeln betreffen die meisten die Wahrheit der Aussagen und die Wahrhaftigkeit der Akteure. Interessant war es, zu analysieren, welche Gesundheitsauffassung jene Akteure haben, die das Objekt des Zweifels darstellen. Ein signifikanter Unterschied wurde beim Anzweifeln der Wahrheit festgestellt: ausgerechnet die Wahrheit der Äußerungen der Vertreter der Alternativmedizin wird angezweifelt.

Im Hinblick auf das Ausmaß der Artikulation von Zweifeln lässt sich insgesamt sagen, dass in der PRAVDA am wenigsten und in der Boulevardzeitung ČAS am meisten angezweifelt wird. Dieses überraschende Ergebnis ist auf die „Frechheit“ des Boulevards zurückzuführen, der nicht die Absicht hat, einen „guten Ruf“ als Qualitätszeitung

¹⁶¹ vgl. Burkart, Roland/Rusmann, Uta/Grimm, Jürgen: Wie verständigungsorientiert ist Journalismus? Ein Qualitätsindex am Beispiel der Berichterstattung über Europa im Österreichischen Nationalratswahlkampf 2008. In: Pöttker/Schwarzenegger, 2010. S. 277

beizubehalten. Im Gegenteil: es ist gerade die ČAS, die Akteure in Frage stellte – und zwar die Akteure aller Gesundheitsauffassungen gleichermaßen. Hingegen wurden die Vertreter der Alternativmedizin und ihre Aussagen in der PRAVDA und SME deutlich häufiger angezweifelt als die Vertreter der klassischen Gesundheitsauffassung.

Vergleicht man die einzelnen Zweifels-Typen, so sind auch eigenartige Tendenzen bemerkbar: Während die ČAS und SME die vor allem die Wahrhaftigkeit der Akteure in Frage stellen, stellt die PRAVDA vor allem die Wahrheit der präsentierten Aussagen in Frage.

Respektmaß

Die Akteure behandeln sich gegenseitig relativ respektvoll. Signifikanztests ergeben keine Unterschiede zwischen den Medien. Interessant ist dieser Punkt, sobald man nur die explizit negativen Respektäußerungen herausnimmt und sie in Zusammenhang mit der Gesundheitsauffassung des Objektes dieser negativen Behandlung setzt. Der Chi-Quadrat Test bestätigt es eindeutig: insgesamt werden Vertreter der Alternativmedizin respektloser behandelt als die Vertreter einer klassischen Gesundheitsauffassung. Was den respektvollen Umgang betrifft, ergeben sich keine Unterschiede hinsichtlich der Gesundheitsauffassung des Objektes.

9. Ausblick

Ich beginne leicht kontrovers. In meinen Augen ist die hochwertige Bearbeitung des Themas Gesundheit für die Massenmedien deutlich weniger wichtig, als zum Beispiel die hochwertige Bearbeitung der politischen Themen. Vor allem bei den Qualitätszeitungen hat man das Gefühl, dass sie das Ressort Gesundheit eher in die Lifestyle-Ecke verdrängen – und damit in den Zuständigkeitsbereich der kommerziellen Zeitschriften. Beinahe so, als ob Gesundheit für den anspruchsvollen Leser kein relevantes Thema wäre. Es scheint, als wären die Medien in dem Entwicklungsstadium stecken geblieben, in dem sie endlich, dank der freien Meinungsäußerung, unzensiert über politische Themen schreiben konnten. Auch könnte man meinen, dass sie die Politik seit dieser Zeit gerade wegen der geschichtlichen Umstände als wichtigeres Gebiet einschätzen, das eine größere gesellschaftliche Aufmerksamkeit verdient, als alles andere. Damit will ich nicht sagen, dass die Politik unwichtig wäre. Vielmehr verspüre ich die Notwendigkeit, daran zu erinnern, dass das menschliche Wohlbefinden nicht nur von der Politik abhängt. Der kontroverse Einstieg hat etwas mit den Ergebnissen meiner Untersuchung zu tun. Warum ist es so weit gekommen, dass die meistgelesene slowakische Qualitätszeitung SME, bzw. ihre Online-Version, über die niedrigste Qualität in fast allen untersuchten Qualitätsdimensionen verfügt?

Die Ergebnisse sehen nämlich ganz anders aus, als erwartet. Es ist nicht die Qualitätszeitung, die am öftesten Experten unterschiedlicher Gesundheitsauffassungen zu Wort kommen lässt. Und es ist nicht die Qualitätszeitung, die die Akteure der unterschiedlichen Gesundheitsauffassungen in einem ausgewogenen Maß in Frage stellt. Im Hinblick auf die äußere Vielfalt kann dies als Bemühung verstanden werden, einen Ausgleich zu all jenen Medien zu schaffen, die die Positionen der Alternativmedizin verstärkt präsent machen. Dies ist jedoch nicht der Fall, da die klassische Gesundheitsauffassung auf dem gesamten medialen Boden deutlich im Vordergrund steht. Berücksichtigt man, dass die Vertreter der Alternativmedizin signifikant respektloser behandelt werden als die Vertreter der klassischen Medizin, so ist diese Tendenz noch deutlicher sichtbar. Das macht – ob man will oder nicht – nachdenklich.

Jemand aus der Praxis würde wohl sagen: „Sei doch realistisch! Man darf nicht zulassen, dass die alternativen Spirituellen die Menschen belehren!“ „Realistisch zu sein“ würde aber wohl nach dieser Logik bedeuten, sich mit der (oft an Verurteilen reichen) Realität zufrieden zu stellen. Dies würde natürlich keinen gesellschaftlichen Fortschritt zu Folge haben. Es ist also nicht die Realität, von der man lernen soll - es ist viel mehr die wissenschaftliche Theorie, die ausreichende normative Modelle bietet, von denen man, lernen sollte. So hat sich Arnold Klaus im Hinblick auf die vielfältige Darstellung von kommunikativen Inhalte folgendermaßen geäußert: „Es dürfen also nicht immer nur die gleichen (Elite-)Personen mit ihren Positionen und Themen zu Wort kommen, sondern es müssen auch neue (Elite-)Personen mit ungewöhnlichen Positionen und Themen aktiv einbezogen werden.“¹⁶²

¹⁶² Arnold, 2008. S. 494

Natürlich! Woher können wir wissen, welche Position am besten für uns ist, wenn wir nicht mehrere kennen? Aus diesem Grund muss ich einen kritischen Blick auf die Befürwortung der klassischen Medizin werfen. Ist es gut, dass die Positionen der Experten nicht durch konträre Positionen ausgeglichen werden? Bildet die Gesundheitskommunikation hier eine Ausnahme? Und wenn ja, aus welchem Grund?

Genau wie es in der wissenschaftlichen Praxis üblich ist, dass man die eigenen Paradigmen ständig hinterfragt, ist in meinen Augen auch der Journalismus dazu verpflichtet, Paradigmen zu hinterfragen – auch wenn sie von Experten mit vielen Titeln und Auszeichnungen geäußert werden. Das Zweifeln und Infragestellen sind immerhin eine bewährte Art, die Wissenslage immer weiterzuentwickeln und dabei nicht nur das Wissen der Journalisten, sondern hauptsächlich das Wissen der Gesellschaft zu kultivieren. Warum ist es aber nur im Bereich der Politik üblich, sich gegenseitig in Frage zu stellen? Wollen wir gegenüber dem Faktum, dass die Pharma-Industrie und medizinische Einrichtungen auch eigene Ziele verfolgen, die nicht zwangsläufig mit dem menschlichen Wohlbefinden einhergehen, naiv und blind bleiben?

Was mir in den Medien fehlt, ist die natürliche journalistische Neugier und Kritikfähigkeit. Es sollte doch vor allem der Journalist dazu fähig sein, bereits etabliertes Wissen zu hinterfragen und die Welt, egal um welchen Bereich es sich handelt, aus einer neuen, mutigen Perspektive zu betrachten. Was mir also besonders missfällt, ist die Ablehnung der alternativen Medizin a priori. Es gibt bereits genug wissenschaftliches und glaubwürdiges Material, das auch in der Alternativmedizin das Gute von dem Bösen abstrahiert. Aber in der Wirklichkeit: Kein Wort darüber. Kein einziger Artikel, der im Hinblick auf dieses Thema sowohl Pro- als auch Contra-Argumente präsentiert.

Die Ergebnisse zeigen eindeutig, dass es vor allem das Gebot der Vielfalt ist, bei dem man sich um Verbesserung bemühen sollte. Die deutliche Bevorzugung der klassischen Sichtweise, das nur zeitweilige Erwähnen konträrer Standpunkte und signifikant mehr respektlose Äußerungen gegenüber der Alternativmedizin führen zur unschönen Tendenz, eine Perspektive im Vergleich zu einer anderen „schöner“ darzustellen. Dies bedroht die allgemeine Diskursqualität und kann die Manipulierung der gesamtgesellschaftlichen Meinung gegenüber der Alternativmedizin zur Folge haben.

Auf der einen Seite ist es notwendig, die Realität zu kritisieren, auf der anderen Seite wirft man den kritischen Blick auch auf die Theorie. Arnold Klaus sieht die journalistische Aufgabe auch darin, die Gesellschaft mit einer optimalen Selbstbeobachtung zu versorgen. Einerseits muss gesagt werden, dass das Wort „optimal“ sehr subjektiv ist, andererseits ist es klar, dass unter Selbstbeobachtung gerade die Widerspiegelung der Realität gemeint wird. Eine partielle Schwäche zeigt sich, wenn man die Theorie wortwörtlich übernimmt und versucht, sie auf die Praxis umzulegen. Selbstbeobachtung würde bedeuten, dass sich die Journalisten in der Gesundheitskommunikation verhältnismäßig mehr mit den Erkrankungen beschäftigen, die die Slowaken verhältnismäßig tatsächlich häufiger belasten. Doch die Theorie scheint zu scheitern, weil man nicht damit gerechnet hat, dass jeder zweite Slowake unter der gleichen Erkrankung leidet und an ihr stirbt. In diesem Fall handelt es sich um die

Erkrankungen des Kreislaufsystems. Heißt das nun, dass jeder zweite Artikel Herzerkrankungen betreffen müsste? Wer würde das lesen? Anscheinend sollte eine andere Methode ausgearbeitet werden, um eine optimale Selbstbeobachtung in der Frage des Gesundheitszustandes ermöglichen zu können. Eine Alternative wäre vielleicht, die Erkrankungen verstärkt im gesamtgesellschaftlichen Kontext darzustellen – indem man betont, wie viele Bewohner unter der Erkrankung sterben. Gerade dem gesellschaftlichen Kontext wird nämlich eher wenig Raum gewidmet. Genauso verhalten sich die Medien auch im Hinblick auf die Untersuchungsmethoden. Von ihnen wird deutlicher weniger berichtet, als zum Beispiel von Behandlungsmethoden oder der Symptomatik der Erkrankungen. Untersuchungsmethoden verdienen deutlicher mehr Raum, denn, wie bereits Gesundheitsbehörden berichteten, boykottieren die Slowaken die präventiven Untersuchungen häufiger als alle anderen Europäer. Und das äußert sich schließlich in einer höheren Morbiditätsrate und mehr erfolglosen Behandlung von Erkrankungen wie Krebs.

Wissenslücke

Nun ist es an der Zeit für Selbstkritik. Die Validität dieser Arbeit betrachte ich als positiv, weil die präzise ausgearbeitete Methode tatsächlich das misst, was in der Forschungsfrage formuliert wurde. Nichtsdestotrotz sind auch Schwächen sichtbar: aus zeitökonomischen Gründen wurde pro Position nur einmal das Begründungsniveau und die Lösungsorientierung analysiert. Dies hatte zur Folge, dass mehrere Begründungen und Lösungsvorschläge fusioniert wurden, indem schließlich immer nur die stärkste Ausprägung codiert wurde. Es ist fraglich, ob die Ergebnisse genau gleich aussehen würden, wenn jede Begründung und jede Lösungsorientierung getrennt analysiert geworden wäre. Problematisch scheint auch die Definition der Analyseeinheit „Position“ zu sein. Obwohl die detaillierte Definition nicht viel Raum zulässt, die Positionen in den Artikeln anders als ich zu kennzeichnen, muss doch angemerkt werden, dass die einzelnen Kriterien, die eine Position definieren, subjektiv einzuschätzen sind. Das kann möglicherweise unterschiedliche Betrachtung der Analyseeinheit und darüber hinaus Abweichung in der Analyse zur Folge haben. Erwähnenswert ist auch die Größe der Stichprobe. Natürlich wäre es besser gewesen, wenn man Artikel innerhalb eines längeren Zeitabschnittes untersucht hätte – vor allem, weil Anzahl der Artikel aus der Qualitätszeitung im Vergleich zu der Anzahl der Artikel aus den restlichen Medien eher niedrig war.

Abschließend möchte ich die Kommunikationswissenschaftler und Forscher dazu motivieren, sich auch in nicht-politischen Gebieten mehr mit der Diskursqualität zu befassen. Es sollte nicht der Politik vorbehalten sein, über gesamtgesellschaftliche Probleme zu diskutieren. Im Falle der Gesundheitskommunikation bieten sich jedenfalls viele Punkte zur Diskussion an: Stichwort Gesundheitsauffassung, Krankheitsbehandlung, Krankheitsverständnis. Oder wollen wir uns damit begnügen, vom Wissen einer einzigen Perspektive abhängig zu sein?

10. Quellenverzeichnis

Gedruckte Quellen

ARNOLD, Klaus: Qualität im Journalismus - ein integratives Konzept. In: Pub 53(4). 2008. S. 488-508

BECK, Klaus: Journalistische Qualität in der Wirtschaftskrise. Konstanz: UVK (Kommunikationswissenschaft). 2010.

BIENDARRA, Ilona Ursula: Gesundheit Gesundheit? Eine Orientierungshilfe. Würzburg: Königshausen&Neumann. 2008.

BORTZ, Jürgen/DÖRING, Nicola: Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer-Medizin-Verlag. 2010. (4., überarbeitete Auflage)

BURKART, Roland/RUßMANN, Uta: Qualität des öffentlichen politischen Diskurses in der österreichischen Wahlkampfkommunikation. Codebuch. Wien: Institut für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft der Universität Wien. 2010.

BURKART, Roland: Kommunikationswissenschaft. Grundlagen und Problemfelder. Umriss einer interdisziplinären Sozialwissenschaft. Wien: Böhlau UTB 2259. 2002. (4., überarbeitete und aktualisierte Auflage)

CASSEL, Michael M./JACKSON, Christine/CHEUVRONT, Brian: Health Communication on the Internet: An Effective Channel for Health Behavior Change? In: Journal of Health Communication 3(1). 1998. S. 71-79

HASTALL, Matthias R.: Kommunikation von Gesundheitsrisiken in Massenmedien. Der Einfluss von Informations- und Rezipientenmerkmalen auf die Botschaftszuwendung und -vermeidung. Baden-Baden: Nomos (Edition Reinhard Fischer, 4). 2011.

HINTERNDORFER, Renate: Objektivität journalistischer Produkte am Beispiel der ORF- Berichterstattung. Wien: Universität Wien. 1993.

HOFFMANN, Stefan/SCHWARZ, Uta/MAI, Robert: Angewandtes Gesundheitsmarketing. Wiesbaden: Springer Gabler (SpringerLink : Bücher). 2012.

LIVINGSTON, G./MINUSHKIN, S./COHN, D. Hispanics and Health Care in the United States: access, Information, and Knowledge. A Joint Pew Hispanic Center and Robert Wood Johnson Foundation Research Report. Washington, DC: Pew Hispanic Center & Robert Wood Johnson Foundation. 2008.

LOSS, J./NAGEL, E.: Probleme und ethische Herausforderungen bei der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskommunikation. In: Bundesgesundheitsblatt. 52(5). 2009. S. 502–511

MAYRING, Phillip: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz, 2001. (5., überarbeitete Auflage)

McMILLAN, Sally J./MACIAS, Wendy: Strengthening the Safety Net for Online Seniors. Factors Influencing Differences in Health Information Seeking Among Older Internet Users. In: Journal of Health Communication 13(8). 2008. S. 778–792

NEUBERGER, Christoph/KAPERN, Peter: Grundlagen des Journalismus. Wiesbaden: Springer VS. 2013.

- PÖTTKER, Horst/ SCHWARZENEGGER, Christiane: Europäische Öffentlichkeit und journalistische Verantwortung. Köln: van Halem (Journalismus international, 6). 2010.
- RAGER, Günther/WEBER, Bernd: Publizistische Vielfalt zwischen Markt und Politik. Mehr Medien, mehr Inhalte? Düsseldorf/New York: ECON (Schriftenreihe der Pressestiftung RWV). 1992.
- REESE-SCHÄFER, Walter: Jürgen Habermas. Frankfurt: Campus (Campus Einführungen). 2001. (3., vollständig überarbeitete Auflage.)
- SCHRÖTER, Detlef: Qualität und Journalismus. Theoretische und praktische Grundlagen journalistischen Handelns. München: R. Fischer (Kommunikation & Gesellschaft in Theorie und Praxis, Bd. 1). 1995.
- SILQUINI, Roberta/CERUTI, Michele/LOVATO, Emanuela/BERT, Fabrizio/BRUNO, Stefania/VITO, Elisabetta: Surfing the internet for health information: an italian survey on use and population choices. In: BMC Med Inform Decis Mak 11(1). 2011. S. 21
- TEICHFISCHER, P./MÜNSTEDT, K.: Zur Definition der Komplementär- und Alternativmedizin (CAM). In: Forum 26(5). 2011. S. 16-20
- WALLISCH, Gianluca: Journalistische Qualität. Definitionen, Modelle, Kritik. Konstanz: UVK Medien/Ölschlager (Forschungsfeld Kommunikation, Bd. 6). 1995.
- WILLICH, Stefan N./GIRKE, Matthias/HOPPE, Jörg-Dietrich/KIENE, Helmut/KLITZSCH, Wolfgang/MATTHIESSEN, Peter F./MESTER, Peter/OLLENSCHLÄGER, Günter/HEIMPEL, Hermann: Schulmedizin und Komplementärmedizin. Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden. In: Deutsches Ärzteblatt 101, 5/7(19). 2004. S. A1314-A1319

Internetquellen

- cas.sk (KOPRUŠÁKOVÁ, Martina; 05.05.2014): Gesunder Lebensstil oder der Weg zur Hölle? Wahrheit und Lüge über das Essen: wie es wirklich ist! In: <http://casprezeny.azet.sk/clanok/106619/zdravy-zivotny-styl-ci-cesta-do-pekla-pravdy-a-lzi-o-potravinach-ako-je-to-naozaj.html> (letzter Zugriff: 12.11.2014)
- dimdi.de (ICD, 21.09.2012): ICD-10-GM Version 2013. In: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/chapter-i.htm> (letzter Zugriff: 13.08.2014)
- duden.de (Duden, ohne Datum): Krankheit, die. In: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Krankheit> (letzter Zugriff: 12.11. 2014)
- duden.de (Duden, ohne Datum): Krankheitsrisiko, das. In: <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/Krankheitsrisiko> (letzter Zugriff: 18.05.2014)
- duden.de (Duden, ohne Datum): Standpunkt, der. In: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Standpunkt> (letzter Zugriff: 18.05.2014)
- focus.de (APFEL, Petra; 10.07. 2014) Die erste Therapieregeln lautet: nichts überstürzen. In: http://www.focus.de/gesundheit/ratgeber/krebs/therapie/tid-28867/diagnose-brustkrebs-was-nun-die-erste-therapieregeln-lautet-nichts-ueberstuerzen_aid_892846.html (letzter Zugriff: 07.09.2014)
- focus.de (ohne Verfasser, 14.08.2014): Supermarkt verkauft 160 Kilo Seuchen-Wurst. In: <http://www.focus.de/gesundheit/ernaehrung/news/moeglicherweise-mit-listerien->

[verseucht-daenische-wurst-wurde-in-schleswig-holstein-verkauft_id_4060492.html](#)
(letzter Zugriff: 12.11.2014)

health.gov.sk (Gesundheitsministerium SR, 28.06.2011): Bericht über den Stand der Gesundheitsversorgung in der Slowakei. In: <http://www.health.gov.sk/Clanok?sprava-o-stave-zdravotnictva-na-slovensku> (letzter Zugriff: 12.11.2014)

medialne.itrend.sk (TASR, 4.11.2009): Leserschaft und Fernsehkonsum nach MML-TGI Umfrage. In: <http://medialne.itrend.sk/tlac-monitoring/citanost-tlace-a-sledovanost-televizii-podla-prieskumu-mml-tgi.html> (letzter Zugriff: 12.11.2014)

nationmaster.com (OECD, 14.02.2014): Death from cancer by country. OECD Health Data 2004. In: http://www.NationMaster.com/graph/hea_dea_fro_can-health-death-from-cancer (letzter Zugriff: 12.11.2014)

nationmaster.com (OECD, 14.02.2014): Obesity by country. OECD Health Data 2005. In: http://www.NationMaster.com/graph/hea_obe-health-obesity (letzter Zugriff: 16.01.2014)

nationmaster.com (ohne Verfasser, ohne Datum): Health statistics. Austria vs Slovakia. In: <http://www.nationmaster.com/compare/Austria/Slovakia/Health> (letzter Zugriff: 16.01.2014)

nationmaster.com (WHO, 14.01.2014): Heart disease deaths by country. In: http://www.NationMaster.com/graph/hea_hea_dis_dea-health-heart-disease-deaths (letzter Zugriff: 12.11.2014)

nczisk.sk (National Health Information Center, 2012): Health Statistics Yearbook of the Slovak Republic 2011. In: http://www.nczisk.sk/Documents/rocenky/rocenka_2011.pdf.2012 (letzter Zugriff: 7.02.2014)

nczisk.sk (WHO, 2011): Internationale Klassifikation der Krankheiten – ICD. In: <http://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/Medzinarodna-klasifikacia-chorob-MKCH-10.aspx> (letzter Zugriff: 12.11.2014)

oeapg.at (ÖAPG, 21.03.2014): Definition. Gesundheitskommunikation. In: <http://www.oeapg.at/content/gesundheitskommunikation/kommunikation.php> (letzter Zugriff: 15.05.2014)

pravda.sk (HUDECOVÁ, Dorota; 27.05.2014): Sklerose ist heimtückisch aber behandelbar. In: <http://zdravie.pravda.sk/zdrava-dusa/clanok/14016-skleroza-je-zakerna-ale-liecitelna/> (letzter Zugriff: 12.11.2014)

sme.sk (ČAVOJEC, Jozef; 30.09.2014): Slowaken boykottieren präventive Untersuchungen. In: <http://www.sme.sk/c/4099776/slovaci-zanedbavaju-preventivne-prehliadky.html> (letzter Zugriff: 12.11.2014)

trend.sk (ohne Verfasser, ohne Datum): Wer die slowakischen Medien besitzt. In: <http://www.trend.sk/weby/vlastnicimedii/> (letzter Zugriff: 12.11.2014)

uvzsr.sk (UVZSR, 27.07. 2012.): Bericht über den Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Slowakischen Republik für die Jahre 2009 – 2011. In: http://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=1541:sprava-onzdravotnom-stave-obyvatestva-sr-za-roky-2009-2011&catid=106:aktualne (letzter Zugriff: 12.11.2014)

who.it (WHO, Mai 2013): Country cooperation glance. Slovakia. In: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_svk_en.pdf (letzter Zugriff: 6.2.2014)

11. Abbildungsverzeichnis

- Abb.1.: Slowakische Bevölkerung – Todesursachen ab 64 Jahren für das Jahr 2011
- Abb.2.: Slowakische Bevölkerung – Todesursachen bis 64 Jahre für das Jahr 2011
- Abb.3.: Slowakei vs. Österreich – Vergleich der häufigsten Todesursachen für das Jahr 2011
- Abb.4.: Gründe für Bedarf an hochqualitativen Gesundheitsartikel in slowakischen Medien
- Abb.5.: Gründe für effektive Gesundheitskommunikation im Internet
- Abb.6.: dynamisches Modell der journalistischen Qualität
- Abb.7.: Journalistische Normenkonstellation
- Abb.8.: Qualitätskriterien nach der funktional-systemorientierten Theorie
- Abb. 9.: Theoretisches Zusammenspiel - Modell nach Kull&Sacher um Arnold'sche Systemtheorie erweitert
- Abb.10.: Theoretische Matrix – Basis für die Untersuchung im Überblick
- Abb.11.: Anzahl der Artikel im Hinblick auf Medium und ihre Relevanz für die Untersuchung
- Abb.12.: Erhobene Daten und ihr prozentualer Anteil im Medienvergleich
- Abb.13.: Die Reihenfolge der Positionen pro Artikel und ihre Anteile im Medienvergleich
- Abb.14.: durchschnittliche Werte für Position
- Abb.15.: Positionen und ihre Mittelwerte im Medienvergleich
- Abb.16.: Anzahl an Positionen: valid vs. missing
- Abb.17.: Erkrankungen nach ICD und ihr Anteil an der gesamten medialen Präsenz
- Abb.18.: Kluft zwischen der nationalen Gesundheitsbehörde und Medien – häufigste Todesursachen ab 65 Jahren in der Slowakei 2011
- Abb.19.: Kluft zwischen der nationalen Behörde und Medien – häufigste Todesursachen bis 65 Jahre in der Slowakei 2011
- Abb.20.: Häufigste Todesursachen in den Medien vs. Realität (Durchschnitt für alle Altersgruppen)
- Abb.21.: Rasch steigende Erkrankungen in den Medien
- Abb.22.: rasch steigende Erkrankungen in der Slowakei 2011 und ihr Anteil in den Medien
- Abb.23.: unterschiedliche kommunikative Intentionen der Akteure und ihr Anteil in den Medien
- Abb.24.: unterschiedliche kommunikative Intentionen der Akteure und ihr Anteil in den Medien
- Abb.25.: unterschiedliche kommunikative Intentionen der Akteure und ihr Anteil in den Medien
- Abb.26.: kommunikative Intention Prophylaxe und ihr Anteil in den Medien
- Abb.27.: Gesundheitsauffassungen der Akteure im Medienvergleich
- Abb.28.: Professionelle Beschaffenheit der Akteure im Medienvergleich
- Abb.29.: Standpunkte im medialen Vergleich
- Abb.30.: Qualitätsindex und Diskursqualität im medialen Vergleich / T-Test

- Abb.31.: Begründungsniveaus: Positionen mit und ohne Begründung im Medienvergleich
- Abb.32.: Begründungsniveaus: pauschale, einfache, spezifische Begründung im Medienvergleich
- Abb.33.: Lösungsorientierung: Positionen mit und ohne Lösungsvorschlag im Medienvergleich
- Abb.34.: Lösungsorientierung: vage vs. konkrete Lösungsvorschläge im Medienvergleich
- Abb.35.: Zweifelartikulation: Positionen mit und ohne Zweifel im Medienvergleich
- Abb.36.: Zweifelartikulation: Zweifel von Wahrheit, Wahrhaftigkeit, Richtigkeit im Medienvergleich
- Abb.37.: Gesundheitsauffassung des Objektes des Zweifels im medialen Vergleich
- Abb.38.: Artikulation von Zweifeln im Hinblick auf die Gesundheitsauffassung des Objektes: Wahrheit
- Abb.39.: Artikulation von Zweifeln im Hinblick auf die Gesundheitsauffassung des Objektes: Wahrhaftigkeit
- Abb.40.: Artikulation von Zweifeln im Hinblick auf die Gesundheitsauffassung des Objektes: Richtigkeit
- Abb.41.: Respektmaß im Medienvergleich
- Abb.42.: Respekt im Hinblick auf die Gesundheitsauffassung des Objektes: explizit negativ vs. implizit positiv
- Abb.43.: Respekt im Hinblick auf die Gesundheitsauffassung des Objektes: explizit positiv vs. implizit positiv

C. ANHANG

Abstrakt

Die vorliegende Masterarbeit befasst sich mit dem Thema der Qualität von Medieninhalten in den meistgelesenen slowakischen Online-Zeitungen. Dabei wird der Schwerpunkt auf gesundheitsbezogene Artikel gelegt. In sechs Wochen wurden insgesamt 202 Artikel analysiert. Das Sample enthält drei Medien: aus der Online-Version der Qualitätszeitung SME, der Online-Version der Boulevardzeitung ČAS und der Online-Version der „gemischten“ Zeitung PRAVDA. Die erhobenen Daten wurden mithilfe einer quantitativen Inhaltsanalyse und dem Statistikprogramm SPSS ausgewertet. Die „Position“, von der es insgesamt 397 gab, bildete dabei die kleinste Analyseeinheit.

Folgende Forschungsfragen wurden gestellt: Wie vielfältig sind die Medieninhalte im Hinblick auf die präsentierte Gesundheitsauffassung und die Qualifikation der Akteure? Entsprechen die in den Medien behandelten Erkrankungen prozentual dem Gesundheitszustand der slowakischen Bevölkerung? Wie sieht die Qualität des Diskurses in den betrachteten Medien aus? Letzteres wurde mithilfe vier weiterer Qualitätskriterien gemessen: So wurde in dieser Frage das Begründungsniveau und das Maß der Lösungsorientierung der präsentierten Aussagen, sowie die Artikulation von Zweifeln und der Respekt im gegenseitigen Umgang untersucht.

Es wurde festgestellt, dass die klassische medizinische Gesundheitsauffassung und das Expertenwissen deutlich präsenter sind, insbesondere im Qualitätsmedium SME. Vertreter der alternativen Gesundheitsauffassung und Laien kommen hingegen im Boulevard signifikant häufiger zu Wort. Erkrankungen des Kreislaufsystems und Neubildungen werden im Vergleich zu ihrem realen Vorkommen deutlich unterrepräsentiert, während psychische Erkrankungen deutlich überrepräsentiert werden. Themen wie Adipositas, Alkohol, Rauchen und Untersuchungsmethoden wird zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet, wobei die PRAVDA der Wirklichkeit scheinbar am ehesten entspricht. Auch im Hinblick auf die Diskursqualität ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen den Medien: Über die geringste Diskursqualität verfügt die Qualitätszeitung SME, über die höchste hingegen die PRAVDA. Während Medieninhalte im Boulevard am wenigsten lösungsorientiert waren, waren in der SME die geäußerten Meinungen häufiger als in den anderen Medien nicht begründet. Akteure der Boulevardzeitung hinterfragen die anderen am öftesten, wobei sie gegenüber anderen auch den wenigsten Respekt äußern. Vertreter der alternativen Medizin werden signifikant häufiger in Frage gestellt.

Abstract

The present master's thesis deals with the matter of quality of media content in the most widely read Slovakian online newspapers. The focus lies on articles concerning health. Within six weeks, 202 articles of that kind were analyzed. The sample contains three newspapers: the online version of the quality paper SME, the online version of the tabloid newspaper ČAS and the online version of the newspaper PRAVDA, which is a mixture of quality paper and tabloid. The collected data were evaluated by means of a quantitative content analysis and the statistical analysis program SPSS. The “position”, of which there were found 397 in the sample, was defined as the smallest recording unit.

The following research questions were proposed: How diverse are the media contents in regard to the depicted health concept and to the qualification of the proponents? Do the sicknesses that are dealt with in the newspapers correspond with the medical condition of the Slovakian population? What does the quality of the discourse in the previously mentioned newspapers look like? The latter was measured by means of four further criteria, which means that the articulation of doubts, the mutual respect and the scale of the explanations were as well examined as how solution orientated the statement is.

The results of the survey are as followed: The classical health concept and the knowledge of experts are much more present – above all in the quality paper SME. Alternative medicine representatives and laymen get significantly more chances to speak in tabloid. Circulatory disorders and cancer are in comparison to their actual appearance, highly underrepresented – while mental illnesses and disorders are highly overrepresented. Topics as obesity, alcohol and smoking, as well as forms of medical examination, get too little attention, though PRAVDA seems to match reality the most. Regarding the quality of discourse, there are significant differences between the newspapers, too: The quality paper SME shows the lowest quality of discourse, whereas PRAVDA shows the highest. While the tabloid contents are less solution orientated, the statements in the quality paper SME are less often founded. In tabloid papers, you'll find the most proponents who question each other and show each other the least respect, too. Proponents of alternative medicine are questioned significantly more frequently and treated with less respect than others.

Codebuch

Für die Codierung benötigt man die Codieranweisungen, die sich im Kapitel „Operationalisierung und Codieranweisungen“ in dieser Arbeit befinden. In diesem Kapitel werden alle Anweisungen detailliert erklärt. Aufgrund ihres Umfangs war es nicht möglich, sie noch einmal in dieses Codebuch einzufügen. Das Codebuch dient ausschließlich zur Orientierung in der Liste der Variablen und deren Ausprägungen. Die Reihenfolge und die Namen der Variablen sind identisch mit denen in der beigefügten SPSS-Datei.

V1. Codierer

87 Katarina Mikulova

V2. Datum

Für jeden Artikel wird das Datum codiert, an dem dieser veröffentlicht wurde.

(Tag).##(Monat).##### (Jahr) – z.B. 15.05.2014

V3. Artikel_Relevanz

Hier ist zu entscheiden, ob der Artikel für die Untersuchung relevant oder irrelevant ist. Falls er irrelevant ist, werden weitere Variablen nur durch „9, 99, 999“ codiert.

0 irrelevant

1 relevant

V4. Artikel_Nummer

Für jeden Artikel ist hier seine spezifische Nummer einzugeben, und zwar in der Reihenfolge, in der er erhoben wird.

V5. Artikel_Überschrift

In diesem Feld ist die Überschrift des Artikels einzugeben.

V6. Artikel_Inhalt

In diesem Feld ist eine kurze Zusammenfassung des Inhaltes des Artikels einzugeben.

V7. Artikel_Medium

Für jede Position ist das Medium, in dem diese erscheint, einzutragen.

1 SME

2 ČAS

3 ZDRAVIE

V8. Position_Nummer

Für jede Position ist hier ihre Nummer in der Reihenfolge einzugeben, in der sie in dem Artikel erscheint und erhoben wird.

V9. Akteur_Typ

Hier ist darüber zu entscheiden, ob der Akteur ein Experte oder Laie ist, und welcher Untergruppe er zugehört.

- 1 Expertenperspektive-Medizinbereich
- 2 Expertenperspektive-Wissenschaft
- 3 Expertenperspektive-staatliche Organe
- 4 Expertenperspektive-Unternehmer
- 5 Laienperspektive-Journalist
- 6 Laienperspektive-Betroffene
- 7 Laienperspektive-Celebrity

V10. Akteur_GA

Hier ist über die Gesundheitsauffassung des Akteurs zu entscheiden.

- 1 klassisch medizinisch
- 2 klassisch nichtmedizinisch
- 3 alternativ
- 4 gemischt
- 5 unklar

V11. Standpunkt_NEUTRAL

Hier ist zu entscheiden, ob die Position einen neutralen Standpunkt des Akteurs beinhaltet oder nicht.

- 0 nein
- 1 ja

V12. Standpunkt_PRO

Hier ist zu entscheiden, ob die Position einen pro-Standpunkt des Akteurs beinhaltet oder nicht.

- 0 nein
- 1 ja

V13. Standpunkt_CONTRA

Hier ist zu entscheiden, ob die Position einen contra-Standpunkt des Akteurs beinhaltet oder nicht.

- 0 nein
- 1 ja

V14. Infekt_Parasit_K

Hier ist zu entscheiden, ob die Position eine infektiöse oder parasitäre Erkrankung betrifft oder nicht.

0 nein

1 ja

V15. Neubildungen

Hier ist zu entscheiden, ob die Position Neubildungen betrifft oder nicht.

0 nein

1 ja

V16. Blut_Immun_K

Hier ist zu entscheiden, ob die Position Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems betrifft, oder nicht.

0 nein

1 ja

V17. Endokr_Ernähr_Diabetes

Hier ist zu entscheiden, ob die Position Diabetes I oder Diabetes II betrifft oder nicht.

0 nein

1 ja

V18. Endokr_Ernähr_Adipositas

Hier ist zu entscheiden, ob die Position Adipositas betrifft oder nicht.

0 nein

1 ja

V19. Endokr_Ernähr_Sonstiges

Hier ist zu entscheiden, ob die Position eine sonstige Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten betrifft oder nicht.

0 nein

1 ja

V20. Psych_Verhaltensstörung

Hier ist zu entscheiden, ob die Position eine psychische Störung oder/und Verhaltensstörungen betrifft oder nicht.

0 nein

1 ja

V21. Nervensystem_K

Hier ist zu entscheiden, ob die Position eine Erkrankung des Nervensystems betrifft oder nicht.

0 nein

1 ja

V22. Auge_K

Hier ist zu entscheiden, ob die Position eine Erkrankung des Auges betrifft oder nicht.

0 nein

1 ja

V23. Ohr_K

Hier ist zu entscheiden, ob die Position eine Erkrankung des Ohres betrifft oder nicht.

0 nein

1 ja

V24. Kreislauf_K

Hier ist zu entscheiden, ob die Position eine Erkrankung des Kreislaufsystems betrifft oder nicht.

0 nein

1 ja

V25. Atmungssystem_K

Hier ist zu entscheiden, ob die Position eine Erkrankung des Atmungssystems betrifft oder nicht.

0 nein

1 ja

V26. Verdauung_K

Hier ist zu entscheiden, ob die Position eine Erkrankung der Verdauung betrifft oder nicht.

0 nein

1 ja

V27. Haut_Unterhaut_K

Hier ist zu entscheiden, ob die Position eine Erkrankung der Haut betrifft oder nicht.

0 nein

1 ja

V28. Muskel_Skelett_Bindegeweg_K

Hier ist zu entscheiden, ob die Position eine Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems oder Bindegewebes betrifft oder nicht.

0 nein

1 ja

V29. Urogenital_K

Hier ist zu entscheiden, ob die Position eine Erkrankung des Urogenitalsystems betrifft oder nicht.

0 nein

1 ja

V30. Schwanger_Geburt_Wochenbett_Perinatal_Aangeborene_Defekte

Hier ist zu entscheiden, ob die Position eine Erkrankung bezüglich Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und perinatal angeborener Defekte betrifft, oder nicht.

0 nein

1 ja

V31. Abnorme_Laborbefunde

Hier ist zu entscheiden, ob die Position eine Erkrankung oder einen krankhaften Zustand, der von der ICD als „abnorme Laborbefunde“ klassifiziert wird, betrifft oder nicht.

0 nein

1 ja

V32. Verletzung_Vergiftung_Unfälle

Hier ist zu entscheiden, ob die Position eine Erkrankung oder einen krankhaften Zustand, die/der durch Verletzung, Vergiftung, einen Unfall oder andere äußere Ursachen bedingt wurde, betrifft oder nicht.

0 nein

1 ja

V33. ICD_nicht_entscheidbar

Hier sind die Erkrankungen einzugeben, deren ICD-Zugehörigkeit nicht klar ist.

0 nein

1 ja

V34. KI_Gesunde_Erscheinung

Hier ist zu entscheiden, ob der Akteur in seiner Position die gesunde Erscheinung des Organs, Körpers u. ä. erklärt oder nicht.

0 nein

1 ja

V35. KI_Prophylaxe_Ernährung

Hier ist zu entscheiden, ob der Akteur in seiner Position über gesunde Ernährung spricht oder nicht.

0 nein

1 ja

V36. KI_Prophylaxe_Sport

Hier ist zu entscheiden, ob der Akteur in seiner Position über Sport und Bewegung spricht oder nicht.

0 nein

1 ja

V37. KI_Prophylaxe_Schlafhygiene

Hier ist zu entscheiden, ob der Akteur in seiner Position über gesunde Schlafhygiene spricht oder nicht.

0 nein

1 ja

V38. KI_Prophylaxe_Psychohygiene

Hier ist zu entscheiden, ob der Akteur in seiner Position über Psychohygiene spricht oder nicht.

0 nein

1 ja

V39. KI_Prophylaxe_Rauchen

Hier ist zu entscheiden, ob der Akteur in seiner Position über Nikotinsucht spricht oder nicht.

0 nein

1 ja

V40. KI_Prophylaxe_Alkohol

Hier ist zu entscheiden, ob der Akteur in seiner Position über Alkoholkonsum spricht oder nicht.

0 nein

1 ja

V41. KI_Prophylaxe_Sonstiges

Hier ist zu entscheiden, ob der Akteur in seiner Position sonstige prophylaktische Maßnahmen bespricht oder nicht.

0 nein

1 ja

V42. KI_Entstehung_Ursachen

Hier ist zu entscheiden, ob der Akteur in seiner Position über Ursachen und die Entstehung einer Erkrankung spricht oder nicht.

0 nein

1 ja

V43. KI_Symptomatik_Erscheinung

Hier ist zu entscheiden, ob der Akteur in seiner Position über die Symptomatik und das Erscheinungsbild der Erkrankung spricht oder nicht.

0 nein

1 ja

V44. KI_Untersuchungsmethoden

Hier ist zu entscheiden, ob der Akteur in seiner Position über Untersuchungsmethoden der Erkrankung spricht oder nicht.

0 nein

1 ja

V45. KI_Behandlungsmethoden

Hier ist zu entscheiden, ob der Akteur in seiner Position über Behandlungsmethoden der Erkrankung spricht oder nicht.

0 nein

1 ja

V46. KI_Rezidiv_Erholung

Hier ist zu entscheiden, ob der Akteur in seiner Position über Erholung und Rezidiv einer Erkrankung spricht oder nicht.

0 nein

1 ja

V47. KI_Gesellschaftlicher_Kontext

Hier ist zu entscheiden, ob der Akteur in seiner Position über die Erkrankung im breiteren gesellschaftlichen Kontext spricht oder nicht.

0 nein

1 ja

V48. Begründung_Typ

Hier ist zu entscheiden, ob die artikulierte Position vom Akteur begründet wird und falls ja – wie die Begründungen einzuordnen sind.

0 keine Begründung

1 pauschale Begründung

2 einfache Begründung

3 spezifische Begründung

V49. Begründung_Inhalt

Hier ist der Inhalt der Begründung kurz zusammenzufassen.

V50. Lösungsvorschlag_Typ

Hier ist zu entscheiden, ob der Akteur in der artikulierten Position Lösungsvorschläge für die gesundheitsbezogene Problematik äußert oder nicht und wenn ja – wie konkret sie sind.

0 kein Lösungsvorschlag

1 vager Lösungsvorschlag

2 konkreter Lösungsvorschlag

V51. Lösungsvorschlag_Inhalt

Hier ist der Inhalt der Lösung kurz zusammenzufassen.

V52. Zweifel_Typ

Hier ist zu entscheiden, ob in der Position ein Zweifel aufscheint und wenn ja – um welchen Typ des Zweifels es sich handelt.

0 kein Zweifel

1 Zweifel an der Verständlichkeit

2 Zweifel an der Wahrheit

3 Zweifel an der Wahrhaftigkeit

4 Zweifel an der Richtigkeit

V53. Zweifel_Inhalt

Hier wird der Inhalt des Zweifels kurz zusammengefasst.

V54. Zweifel_Objekt_GA

Hier wird über die Gesundheitsauffassung des Objektes, das zweifelt, entschieden.

0 kein Zweifel

1 klassisch medizinisch

2 klassisch nicht-medizinisch

3 alternativ

4 gemischt

5 unklar

V55. Respekt_Typ

Hier wird über das geäußerte Respektmaß in der Position entschieden.

0 explizit negativ

1 implizit positiv

2 explizit positiv

V56. Respekt_Inhalt

Falls sich der Akteur explizit respektvoll oder explizit respektlos gegenüber einem anderen Akteur oder seiner Position äußert, wird diese Äußerung hier kurz zusammengefasst.

V57. Respekt_Objekt_GA

Hier wird über die Gesundheitsauffassung des Objektes, das Respekt äußert, entschieden.

- 1 klassisch medizinisch
- 2 klassisch nicht-medizinisch
- 3 alternativ
- 4 gemischt
- 5 unklar