
BACHELORARBEIT

Frau
Natalie Müller

**Gesundheitskommunikation:
Glaubwürdigkeit und Ver-
trauen in PR im Healthcare
Bereich**

2017

BACHELORARBEIT

Gesundheitskommunikation: Glaubwürdigkeit und Vertrauen in PR im Healthcare Bereich

Autor/in:

Frau Natalie Müller

Studiengang:

Medienmanagement

Seminargruppe:

MM14wE3-B

Erstprüfer:

Prof. Dr. phil. Andreas Wrobel-Leipold

Zweitprüfer:

Dr. phil. Verena Jahn

Einreichung:

Frankfurt am Main, 21.07.2017

BACHELOR THESIS

Health Communication: Credibility and trust in PR in the healthcare sector

Author:

Ms. Natalie Müller

Course of studies:

Mediamanagement

Seminar group:

MM14wE3-B

First examiner:

Prof. Dr. phil. Andreas Wrobel-Leipold

Second examiner:

Dr. phil. Verena Jahn

Submission:

Frankfurt am Main, 21.07.2017

Bibliografische Angaben

Müller, Natalie:

Gesundheitskommunikation: Glaubwürdigkeit und Vertrauen in PR im Healthcare Bereich

Healthcare communication: Credibility and trust in PR in the healthcare sector

42 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2017

Abstract

Das zentrale Thema dieser Arbeit ist die Gesundheitskommunikation für Patienten und inwiefern Public Relations im Healthcare Bereich Glaubwürdigkeit und Vertrauen erzeugt. Die vorliegende Arbeit ist in sechs Kapitel unterteilt. Nach einer ausführlichen Darlegung der theoretischen Grundlagen, wird anschließend geklärt wie Ärzte mit dem aktiven Kommunikationsverhalten und Interesse der Patienten umgehen und inwieweit dieses Verhalten förderlich ist. Im fünften Kapitel werden die erworbenen Erkenntnisse anhand eines Vergleichs der Gesundheitsmagazine Apotheken Umschau und bleib gesund verwertet. Hierbei werden anhand der spezifischen Zielgruppe des Patienten Schlussfolgerungen abgeleitet.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis.....	VIII
1 Einleitung	1
1.1 Forschungsfrage und Zielsetzung	1
2 Grundlagen	3
2.1 Einführung in die Gesundheitskommunikation	3
2.1.1 Gesundheit	3
2.1.2 Kommunikation	4
2.1.3 Gesundheitskommunikation	5
2.2 Psychologische Grundlagen	6
2.2.1 Gesundheitskommunikation aus Sicht der Psychologie	8
2.2.2 Informationsappelle und Sachinformationen	10
2.2.4 Angst- oder Furchtappelle	11
2.3 Vertrauen und Glaubwürdigkeit	12
2.3.1 Vertrauen	12
2.3.2 Glaubwürdigkeit	14
3 Healthcare Public Relations	16
3.1 Begrifflichkeit PR	16
3.1.1 Begriff Journalismus	17
3.2 Medical Writing – Medizinischer Fachjournalismus für den Rezipienten	18
3.3 Qualität von Public Relations und Healthcare communication	20
3.4 Rechtliche Rahmenbedingungen: Das Heilmittelwerbegesetz.....	22
3.4.1 Relevante Inhalte für den PR-Healthcare Sektor	22
4 Der Rezipient.....	24
4.1 Die Zielgruppe: Der potenzielle Patient	24
4.2 Gesundheitsinteresse	25
4.3 Ärzte im Umgang mit informierten Patienten: Eine Studienanalyse	27
4.3.1 Studie: „Erfahrungen, Einstellungen und Umgang von Ärzten mit informierten Patienten“	28
4.3.2 Auswertung und Darlegung der Ergebnisse der Bittner-Studie	30
5 Healthcare-Medien im Vergleich: „Apotheken Umschau“ vs. „bleib gesund“	32
5.1 Apotheken Umschau	32
5.1.1 Allgemeine Informationen und Mediadaten	33
5.1.2 Konzept der Publikation	33
5.2 Bleib gesund.....	34
5.2.1 Allgemeine Informationen und Mediadaten	34
5.2.2 Konzept der Publikation	35
5.3 Der Vergleich: Apotheken Umschau vs. Bleib Gesund	35

5.3.1	Zielgruppe und Leserschaftsprofil	35
5.3.2	Aufbau und Struktur	36
5.3.3	Inhalte	37
5.3.4	Covergestaltung und Visuelle Elemente.....	38
5.4	Fazit	40
6	Schlussbetrachtungen	41
	Literaturverzeichnis.....	XI
	Anlagen.....	XV
	Anlage 1: HWG – Heilmittelwerbe-gesetz	XVI
	Anlage 2: Studie von Anja Bittner	XXV
	Eigenständigkeitserklärung	XXVI

Abkürzungsverzeichnis

HWG	Heilmittelwerbegesetz
PR	Public Relations
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Sender-Empfänger-Modell	5
Abb. 2: Drei Ziele der Gesundheits- und Risikokommunikation nach Renner u. Gamp. 9	
Abb. 3: Furchtappelle auf Zigaretten-Schachteln	12
Abb. 4: Schichtmodell zum Vertrauen in die Medien.....	15
Abb. 5: Informieren sich Patienten heute häufiger selbst zu medizinischen Fragen als Früher?	26
Abb. 6: Themen vorinformierter Arzt-Patienten-Gespräche	29
Abbildung 7: Einfluss des wachsenden Informationsangebots	29
Abb. 8: Logo Apotheken Umschau.....	32
Abb. 9: Logo der Bleib gesund	34
Abb. 10: Inhaltsverzeichnis Apotheken Umschau	36
Abb. 12: Cover der Apotheken Umschau Juli (A)	39
Abb. 13: Cover der bleib gesund Ausgabe 2/ 2017	39

Information

Es wird darauf hingewiesen, dass in dieser Bachelorarbeit bei der Nennung mehrerer Personen sowohl männliche, als auch weibliche Personen gemeint sind. Aufgrund besserer Lesbarkeit erfolgt daher keine geschlechtsspezifische Trennung im Fließtext.

1 Einleitung

Die Medien haben sich in den letzten Jahren stark verändert und beeinflussen neben dem sozialen Umgang ebenso den politischen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Sektor. Das führt gerade im Gesundheitsbereich dazu, dass es gute von schlechten Informationsquellen zu unterscheiden gilt, um sich als Verbraucher zu schützen. Kurzum – Gesundheitskommunikation nimmt einen wachsenden Stellenwert für Patienten, Unternehmen und Ärzte ein. Das liegt unter anderem auch daran, dass Patienten viel informierter und engagierter im Umgang mit gesundheitlichen Fragen sind, als noch vor 10 Jahren.¹ Dies ist nicht nur den Möglichkeiten der modernen Medien geschuldet, sondern ebenso den vielen Gesundheits-Artikeln in Zeitschriften, Publikationen und Magazinen. Die Medien bieten Patienten eine breite Fläche für Kommunikation und Information. Hier gilt es zu differenzieren, welche Inhalte und Quellen vertrauenswürdig, richtig und relevant sind. An diesem Punkt soll die anzufertigende Bachelorarbeit ansetzen und sich der Frage widmen, inwieweit PR im Healthcare Bereich für Patienten glaubwürdig und vertrauenswürdig ist.²

1.1 Forschungsfrage und Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Forschungsfrage: „Was sind vertrauenswürdige Patienteninformationen und sind sie bei korrekter und akkurater Recherche in der Lage, Patienten und Mediziner zu entlasten?“

In den folgenden vier Kapiteln werden zur Beantwortung der Forschungsfrage, im Sinne des Erkenntniszusammenhangs, der Stand der aktuellen Forschung durch Literaturrecherche erfasst. Um eine zentrale Beziehung herzustellen, wird anhand einer Studie von Anja Bittner aufgezeigt, welche positiven und negativen Erkenntnisse aus dem Angebot der Gesundheitskommunikation resultieren. Zudem werden aus dem Vergleich der beiden Gesundheitsmedien *Apotheken Umschau* und *bleib gesund* Erkenntnisse abgeleitet, die zur Schlussbetrachtung führen, weshalb diese Printmedien als glaubwürdig gelten.

¹ Vgl. Klaus Hurrelmann (2014): Handbuch Gesundheitskommunikation, Bern, S. 8.

² Vgl. Baumann (2011), S. 12.

Ziel dieser Arbeit ist es also, sich mit der Thematik psychologisch, theoretisch und rational auseinanderzusetzen. Da eine ganzheitliche Betrachtung der Forschungsfrage, über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen würde, beschränkt sich die Untersuchung lediglich auf zwei Printzeugnisse, repräsentiert durch die bereits genannten Gesundheitsmagazine.

Die Arbeit setzt sich aus zwei Teilen zusammen: einem theoretischen und einem empirischen Teil. Deshalb geht die anzufertigende Bachelorarbeit im ersten Teil auf die psychologischen, medizinischen und journalistischen Grundlagen der Gesundheitskommunikation ein. Dafür wird besonders auf relevante Definitionen und Begriffe eingegangen und ein Verständnis für die folgenden Kapitel aufgebaut.

Im zweiten Teil wird analysiert, wie glaubwürdig und vertrauensvoll das Informationsangebot für Patienten ist. Hierzu erfolgt eine Gegenüberstellung der Medien *Apotheken Umschau* und des *bleib gesund* Gesundheitsmagazins der AOK. Die Wahl fiel auf diese Medien, da sie sich beide an Patienten richten und nicht an Fachpersonal. Hierzu wird speziell auf die Zielgruppe eingegangen, die zwar in beiden Fällen Patienten sind, aber sich dahingehend unterscheiden, dass die Apotheken Umschau frei zugänglich in Apotheken erhältlich ist und die Bleib gesund nur an Versicherte der AOK versendet wird. Des Weiteren wird auf die Struktur der Artikel, die allgemeine Struktur, visuelle Elemente sowie die Inhalte und Themen eingegangen. Dazu werden die Ergebnisse der Studie von Anja Bittner „Erfahrungen, Einstellungen und Umgang von Ärzten mit informierten Patienten“ (Berlin 2016) analysiert und auf die Ergebnisse des Vergleichs der beiden Gesundheitsmagazine übertragen. Die Autorin hat sich für diese Studie entschieden, da sie aufzeigt, wie viel mehr sich heutige Patienten selbst im Vergleich zur Vergangenheit zu medizinischen Fragen informieren und wie skeptisch Ärzte gegenüber diesen „informierten“ Patienten sind. Das führt automatisch zu den Fragen: Erleichtert ein informierter Patient die ärztliche Tätigkeit und trägt er zum therapeutischen Erfolg bei oder ist „Information“ meistens Halbwissen was zum Gegenteil führt? Können Mediziner also wirklich auf dem Gesundheitsinteresse ihrer Patienten aufbauen oder ist es, wie schon das Wort sagt, nur ein reines Interesse?

Der Rezipient, in diesem Fall der Patient, muss darauf vertrauen können, dass die getroffenen Aussagen in den zu vergleichenden Printmedien wahr sind. Aus der Betrachtung des Vergleichs der Printmedien „Bleib gesund!“ und „Apotheken Umschau“ und unter Berücksichtigung der verwendeten Studie, leitet sich die Hypothese ab: Was sind vertrauenswürdige Patienteninformationen und wie sollten diese aussehen? Sind sie bei korrekter und akkurater Recherche in der Lage, Patienten und Mediziner zu entlasten?

2 Grundlagen

Das Forschungsfeld um die Gesundheitskommunikation herum begann sich bereits in den 1970er Jahren zu entwickeln. Eine Auseinandersetzung über die Kommunikation von Gesundheit und Krankheit findet seit dieser Zeit in verschiedenen Bereichen statt. Darunter Medizin, Psychologie, Gesundheitswissenschaften und auch der Medizinsoziologie. Dies erschließt sich zum einen aus der Tatsache, dass die Gesundheitskommunikation ein wichtiges Instrument der Fachkräfte sowie auch der Klienten geworden ist, um eine (erfolgreiche) Gesundheitsfürsorge zu gewährleisten.³ Um Gesundheitskommunikation effektiv einsetzen zu können, sollten diese nach Situationen, Formaten und Zielgruppen gefiltert werden.⁴ *“Zum Anderen ist es die Erkenntnis, dass in der tagtäglichen Praxis der Gesundheitsarbeit die Kommunikation nicht jenen Stellenwert hat, der ihr aufgrund ihrer Bedeutung zukommt [...]”*⁵

2.1 Einführung in die Gesundheitskommunikation

Eine allgemeingültige Definition von Gesundheitskommunikation, oder auch Health Communication, ist mitunter sehr schwierig. Dies liegt nicht nur an dem großen Spektrum der Gesundheitskommunikation, sondern ebenso an der Interdisziplinarität des Gebiets.⁶ Der Gegenstand und das Verständnis von Gesundheitskommunikation lässt sich über die beiden Worte *Gesundheit* und *Kommunikation* am verständlichsten ableiten.

2.1.1 Gesundheit

Gesundheit beschreibt das objektive und subjektive Befinden eines Menschen:

“Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial im Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut infrage gestellt ist. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen

³ Vgl. Baumann (2010), S. 22.

⁴ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 10.

⁵ Baumann (2010), S. 23.

⁶ Vgl. Baumann (2010), S. 15.

werden, [...] und es steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren.”⁷

Einer kürzeren Definition der WHO zufolge, lässt sich Gesundheit als *“Zustand des völligen seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen”* definieren.⁸

Gegenüberstellend beschreibt Krankheit ein Ungleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren, welches dann eintritt, wenn körperliche, materielle und psychische Anforderungen nicht zu bewerkstelligen sind.⁹

2.1.2 Kommunikation

Kommunikation im Allgemeinen wird nach Köck und Ott als Austausch von Informationen, verbal oder nonverbal, zwischen zwei oder mehreren Personen bezeichnet und gilt im Allgemeinen als ein Mittel um Wissen und Erkenntnisse zu erlangen.¹⁰ Neben den eigentlichen Sachinformationen gibt es eine Reihe von Informationsquellen die bei der Kommunikation wichtig sind. Dabei kann die nonverbale Kommunikation die verbale stark beeinflussen. Unter anderem durch Mimik, Körperhaltung und Gestik stark beeinflussen.

Wie Kommunikation funktioniert, wird anhand verschiedenster Kommunikations-Modelle erklärt. Das wohl bekannteste lineare Modell wurde 1970 vom britischen Soziologen Stuart Hall entwickelt.¹¹ Das sogenannte *Sender-Empfänger-Modell*, definiert Kommunikation als Übertragung von einem Sender zum Empfänger. Um die Nachricht richtig zu entschlüsseln oder zu verstehen, müssen Sender und Empfänger die gleiche Codierung bzw. Decodierung verwenden. Ist diese Voraussetzung nicht gegeben, kann es zu Störungen in der Kommunikation kommen. Das ist beispielsweise der Fall, wenn beide unter einem bestimmten Begriff, etwas Anderes verstehen (siehe Abb.1).¹²

⁷ Hurrelmann (2014), S.10.

⁸ Baumann (2010), S. 15.

⁹ Vgl. Hurrelmann (2014), S.10.

¹⁰ Vgl. Köck und Ott (1994): Wörterbuch für Erziehung und Unterricht, Donauwörth, S. 213.

¹¹ Vgl. Strobel (Hrsg.) (2011): Kommunikation-Begriff und Modell, https://www.kubiss.de/bildung/projekte/schb_netz/Komm11_Begriff_AB_1.pdf (01.07.2017).

¹² Vgl. Strobel (2011), S.1.

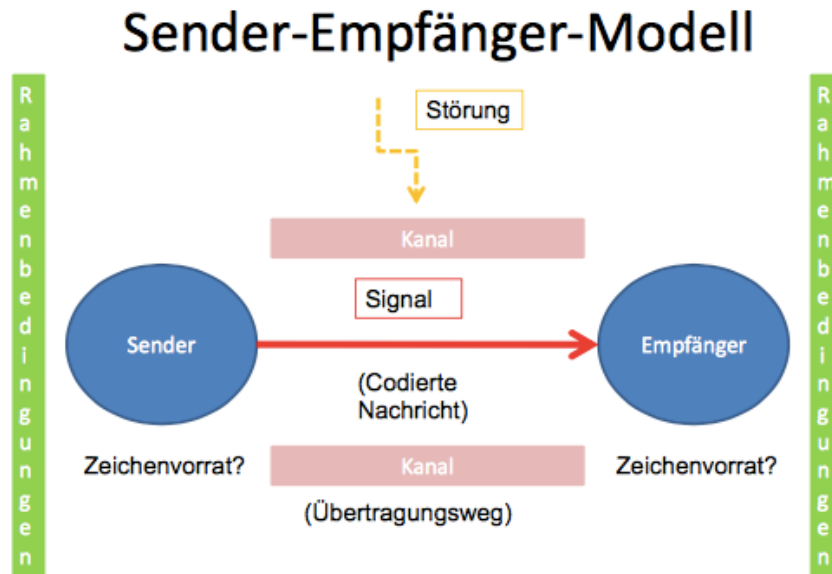


Abb. 1: Sender-Empfänger-Modell

Ganz anders beschreibt sich die Kommunikation als komplexer Zusammenhang. Hier finden Kommunikationsprozesse immer in Situationen statt, durch welche sie bestimmt werden. Durch die Rahmenbedingungen, auch *Kommunikationssituation* genannt, entscheidet sich der Kommunikationserfolg (z.B. Ablenkung, Lärm oder Angst).¹³ Neben der reinen Sachebene spielt hier die Beziehungsebene eine zentrale Rolle: Durch Gefühle wie Trauer, Wut, Fröhlichkeit oder Freude werden Entscheidungen und Reaktionen stark beeinflusst und geleitet.¹⁴

2.1.3 Gesundheitskommunikation

Die klassische Rolle der Patienten entwickelt sich kontinuierlich weiter, in Richtung einer erhöhten Partizipation und Eigenverantwortung an medizinischen Entscheidungen teilzuhaben.¹⁵ Nichtsdestotrotz gibt es mehrere Definitionen für den Begriff Gesundheitskommunikation. Eine bekannte und leicht nachvollziehbare Definition, liefert jene von Hurrelmann und Leppin aus dem Jahr 2001:

„Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den Versorgungsprozess einbezogen sind, und/oder als Bürgerinnen und Bürger an

¹³ Vgl. Strobel (2011), S. 2.

¹⁴ Vgl. Strobel (2011), S. 3.

¹⁵ Vgl. Baumann (2010), S. 7.

*Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind. Dieser Austausch kann direkt-personal [...] oder kann durch Medien vermittelt sein. [...]*¹⁶

2.2 Psychologische Grundlagen

Das Interesse rund um die Themen Gesundheit und Krankheit ist in fast allen Bevölkerungsschichten sehr hoch. Diesem Interesse geschuldet, steigen Angebot und Nachfrage. Wodurch sich mittlerweile in unüberschaubarer Zahl Artikel und populärwissenschaftliche Beiträge in Boulevardmagazinen, zu gesundheitsbezogenen Informationen in jeder Art von Medium finden. Die Datenbank der PubMed des *National Institutes of Health* in den USA verzeichnet allein über 84.000 Einträge zum Thema Health Communication.¹⁷ In diesem Zusammenhang wird auch die Frage lauter, wie gesundheitsbasierte Themen rezipiert und kommuniziert werden.¹⁸

Im Bereich der Psychologie, vor allem der Gesundheits-, medizinischen- und Sozialpsychologie, wird die Gesundheitskommunikation nicht unter einem einzelnen Begriff geführt. *„Vielmehr wird in diesen Fachdisziplinen aus einer auf das Individuum bezogenen Perspektive der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention die Frage gestellt, wie gesundheitsbezogene Kognitionen sowie Risiko- beziehungsweise Gesundheitsverhaltensweisen durch die direkte (persönliche) oder indirekte über Medien vermittelte Kommunikation gesundheitsbezogener Informationen beeinflusst werden.“*¹⁹

Die Kommunikation von gesundheitsrelevanten Themen nimmt bei der Behandlung von Erkrankungen sowie bei der Rehabilitation einen immer größeren Stellenwert ein. Das heißt, die Bereiche der primären, sekundären und tertiären Gesundheitsprävention sind immer gefragter.²⁰

¹⁶ Baumann (2010), S. 21.

¹⁷ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 64.

¹⁸ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 64.

¹⁹ Hurrelmann (2014), S. 64.

²⁰ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 65.

Primäre Gesundheitsprävention

Die primäre Gesundheitsprävention hat das Ziel, die Gesundheit zu erhalten und zu fördern sowie das Risiko zur Entstehung von Krankheiten zu minimieren bzw. zu verhindern. Gezielte Maßnahmen können hier die Erziehung, Informationen, Aufklärung und medienrelevante oder politische Aktionen (z.B. die Antiraucher-Kampagne) sein.²¹

Sekundäre Gesundheitsprävention

Diese soll das Fortschreiten einer Erkrankung durch eine zeitige Diagnostik und Behandlung verhindern. Hierzu zählen beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen, wie Darmspiegelungen oder Brustkrebsvorsorgeuntersuchungen.²²

Tertiäre Gesundheitsprävention

Nach Definition der WHO konzentriert sich die Tertiärprävention auf die Wiederherstellung der Gesundheit nach einer Erkrankung. Somit wird eine Rehabilitation ermöglicht und Folgeschäden werden vorgebeugt.²³

So kann sich die Kommunikation gesundheitsrelevanter Themen beispielsweise bei einer gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient oder einer informierten Entscheidung des Patienten bemerkbar machen.²⁴ Das können ganz verschiedene medizinische Entscheidungen sein. Dazu zählen beispielsweise Schutzimpfungen, prophylaktische Maßnahmen, wie das Rauchen aufzugeben, bestimmte Tests zur Feststellung einer Erkrankung durchzuführen oder die Anweisungen eines Arztes zur Einnahme eines bestimmten Medikaments. In jedem genannten Fall spielen die gesundheitsbezogenen Informationen eine übergeordnete Rolle.²⁵

Um eine effektive und nützliche Wissensvermittlung von medizinischen Themen zu gewährleisten, ist es neben den korrekten Informationen wichtig, diese in einer großen

²¹ Vgl. AAMP Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheit (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. <http://www.aamp.at/unsere-themen/praevention/primaer-sekundaer-und-tertiaerpraevention/> (01.07.2017).

²² Vgl. AAMP (01.07.2017).

²³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen: Gesundheit und Gesundheitsförderung. https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung (01.07.2017).

²⁴ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 65.

²⁵ Vgl. Vogel (2015), S. 313.

Bandbreite darzulegen und gezielt an die Bedürfnisse der Rezipienten anzupassen. Zudem setzt diese Art von Gesundheitskommunikation darüber hinaus eine transparente, sorgfältige und evidenzbasierte Auswahl an Informationen voraus.²⁶

2.2.1 Gesundheitskommunikation aus Sicht der Psychologie

Die Ziele und Wirkung gesundheitsbezogener Kommunikation bedürfen neben der wissenschaftlichen Auffassung, ebenso einer Beurteilung aus der psychologischen Perspektive.

In der Praxis verfolgt die Gesundheitskommunikation aus rein psychologischer Sicht drei Ziele (siehe Abb. 2):²⁷

1. Informationsdarbietung
2. Wissensvermittlung und Einstellungsänderungen
3. Verhaltensänderungen

Die *Darbietung von Informationen* erfolgt meist unspezifisch. Das bedeutet, dass die Zielgruppe und angestrebte Wirkung nicht klar definiert sind. Demzufolge müssen die Informationen nicht zwangsläufig eine Wirkung beim Rezipienten hervorrufen. Unspezifische oder gar nicht aufbereitete Informationen werden oftmals vom Leser ignoriert.²⁸ Optimal ist daher immer die Orientierung am Rezipienten mit einer spezifischen Zielsetzung.²⁹ Ein weiteres Ziel der Gesundheitskommunikation ist es, die Wahrnehmung der Rezipienten zu verändern. Durch die Vermittlung von Sach- oder Informationsappellen, ist der Leser oder Patient in der Lage, die bestmögliche Einschätzung der vorliegenden Fakten vorzunehmen, um beispielsweise Gesundheitsrisiken einschätzen zu können.³⁰

Dieser Aspekt ist in der medizinischen Intervention von großer Bedeutung, um den Nutzen und die Risiken unter medizinischen Gesichtspunkten bewerten zu können.³¹ Welche Entscheidungen oder Verhaltensweisen der Rezipient am Ende wählt, liegt in

²⁶ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 73.

²⁷ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 77.

²⁸ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 77.

²⁹ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 73.

³⁰ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 73.

³¹ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 73.

seinem persönlichen Ermessen. Bis dahin liegt das Ziel der Gesundheitskommunikation darin, relevante medizinische Informationen verständlich und akkurat darzustellen.

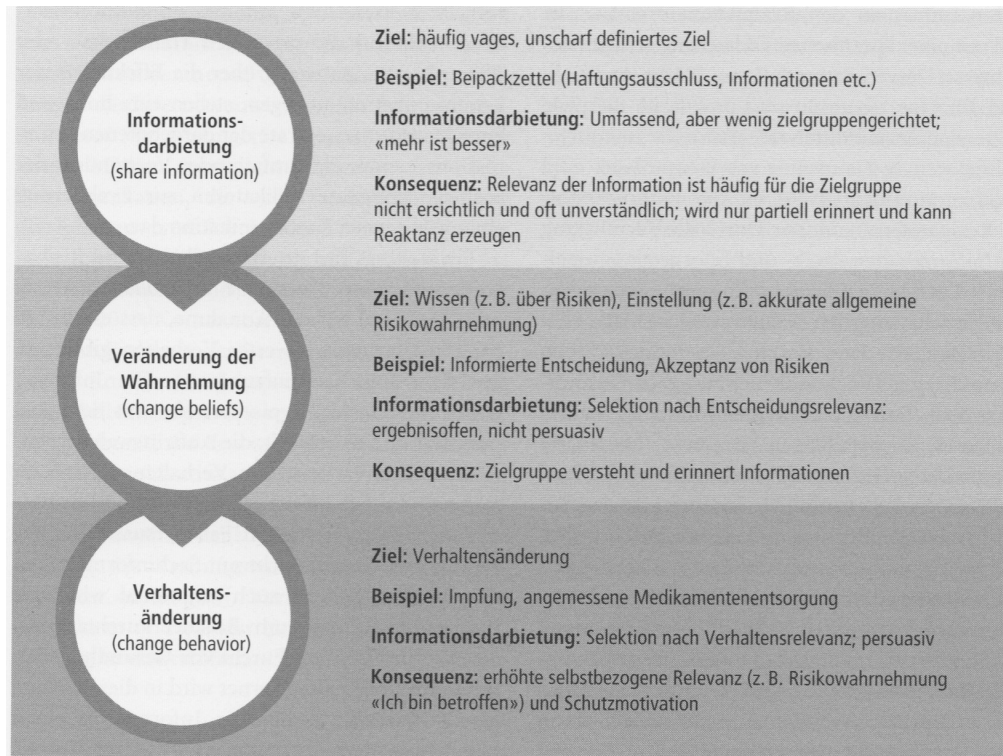


Abb. 2: Drei Ziele der Gesundheits- und Risikokommunikation nach Renner u. Gamp

Das dritte Ziel der Gesundheitskommunikation bezeichnet die Verhaltensänderung. Hier wird davon ausgegangen, dass es ein *bestimmtes wünschenswertes Verhalten* gibt, welches der Rezipient annehmen möchte oder sollte. Dazu zählen beispielsweise mit dem Rauchen aufzuhören oder das Körpergewicht zu verringern.³² Um das gewünschte Verhaltensmuster zu erreichen, werden Informationen häufig persuasiv dargestellt. Daher wird neben relevanten Sachinformationen versucht Emotionalität zu erzeugen. Dies wird durch sogenannte Angst- oder Furchtappelle erreicht. Diese induzieren Wissen und Furcht über Gesundheitsrisiken. Hier spielt aus psychologischer Sicht die eigene Risikowahrnehmung und Gefährdung eine entscheidende Rolle.³³ Aktuell profitiert die Gesundheitskommunikation vor allem von der technischen Entwicklung, die es ermöglicht, durch Apps in die dialogische Kommunikation mit den Rezipienten in Verbindung zu treten. So ist es beispielsweise durch das verwenden einer Lauf-App möglich, den User in den

³² Vgl. Hurrelmann (2014), S. 73.

³³ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 73.

Kommunikationsprozess einzubinden und durch eine positive Bestärkung seiner erwünschten Verhaltensweise, langfristige Verhaltensänderungen zu erzielen.³⁴

2.2.2 Informationsappelle und Sachinformationen

„Informationskampagnen sollen dazu beitragen, den Wissenstand der Bevölkerung zu verbessern und eine akkurate Einschätzung der kommunizierten Thematik zu fördern.“³⁵

Broschüren, Poster, Gesundheitsmagazine und Werbespots - auf verschiedenen Wegen wird dem Rezipienten eine gesundheitsbezogene Kampagne übermittelt, welche beispielsweise den Zusammenhang zwischen dem plötzlichen Herztod und Übergewicht abbilden. Diese und ähnliche Informationsappelle zielen darauf ab, Fakten und Wissen zu vermitteln, um Menschen über ihr gesundheitliches Risiko sowie Schaden und Nutzen aufzuklären. Ein weiteres Beispiel stellt eine Kampagne möglicher Maßnahmen und Therapieformen des Impfens dar. Der Patient kann sich nur dann für oder gegen eine Impfung entscheiden, wenn ihm alle Fakten bekannt sind. Hierbei ist es von Bedeutung, dass dieser sich an die Informationen, die ihm durch die Kampagne vermittelt werden sollen, erinnert und er diese auch versteht. Dieser Aspekt des Verstehens und Erinnerns bildet das zentrale Ziel von Sachinformationen.³⁶ Auf das Beispiel vom plötzlichen Herztod aufgrund des Übergewichts angewendet, würde es bedeuten, dass Furcht- und Gefahrenkontrolle miteinander divergieren. Wird der Lebensstil durch eine gesunde Ernährung und regelmäßige Bewegung angepasst, reduziert sich die Gefährdung. Gleichzeitig können Betroffene ihre Zukunft optimistischer betrachten.³⁷

Trotzdem vermittelt diese Art der Informationsvermittlung den Eindruck, dass im momentan *geführten Diskurs über Gesundheit* die eigentliche Krankheitsvermeidung nicht die zentrale Rolle spielt, sondern eher das „sich um die eigene Gesundheit kümmern“.³⁸

Um die Informationsdarstellung und -selektion qualitativ zu verbessern und zu vereinheitlichen, wurden 2002 von der Kommission der Europäischen Gemeinschaft Standards formuliert, die sich in erster Linie auf formale Zusammenhänge wie Datenschutz,

³⁴ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 67.

³⁵ Hurrelmann (2014), S. 68.

³⁶ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 68.

³⁷ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 73.

³⁸ Vgl. Ulrich Mergner et al. (1990): Gesundheit und Interesse: Zur Fremdbestimmung von Selbstbestimmung im Umgang mit Gesundheit. In: *Psychosozial*, Jg. 12, Nr. 42 (1990), S. 7-19.

Urheberschaft und Verantwortlichkeit beziehen.³⁹ Dies beinhaltet, dass die Inhalte und Themen wissenschaftlich fundiert, die Darstellung transparent und dass alle relevanten Informationen aufgenommen werden (z.B. alle Behandlungsalternativen). Diese Kriterien sind entsprechend auf die Inhalte anzuwenden.⁴⁰

2.2.4 Angst- oder Furchtappelle

Ob der eindringliche Appell auf Zigarettenschachteln, das Poster in der Arztpraxis das dem Patienten von der Idee der gesunden Psyche vorschwärmt oder Krankenkassen die ihre Mitglieder anhalten, das Rauchen aufzugeben – alle diese Ansätze haben die Idee der bedrohten Gesundheit gemeinsam.⁴¹

Während Informationsappelle und Sachinformationen (gesundheitsbezogene) Entscheidungen und Einschätzungen unterstützen sollen, zielen Furchtappelle darauf ab, eine Veränderung des Verhaltens herbeizuführen.

„Furchtappelle sind Informationen über negative Konsequenzen eines Verhaltens oder Ereignisses. Sie sollen in erster Linie Gefühle der Angst und Bedrohung erzeugen, um hierdurch Einstellungs- und Verhaltensänderungen zu bewirken.“⁴²

Dabei gehen Furchtappelle nach bestimmten Wirkungskriterien vor, um ihr Ziel zu erreichen. Sie sind dabei eng an eine Art Angstmobilisierung gekoppelt um eine Folgebereitschaft der Rezipienten zu erhöhen.⁴³ In erster Linie sollen sie Aufmerksamkeit generieren, die Wissen und Verständnis bei den Rezipienten hervorrufen soll. Das Gesehene oder Gelesene muss dann in bestimmten Situationen abrufbar sein, indem sich die Person an den Appell erinnert. Die Bewertung eines Risikos, wie die, das Rauchen zu Lungenkrebs führen kann (vgl. Abb. 3), ruft dann eine emotionale Reaktion hervor, die im besten Fall eine Einstellungs- und Verhaltensänderung beim Rezipienten hervorruft.⁴⁴

³⁹ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 67.

⁴⁰ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 68.

⁴¹ Vgl. Mergner (1990), S.7-19.

⁴² Hurrelmann (2014), S. 68. Zitiert nach: Maloney, Lapinski und Witte (2011)

⁴³ Vgl. Mergner (1990), S.7-19.

⁴⁴ Jürgen Bengel (2007): Furchtappelle in der Gesundheitsförderung. 26. Jahrestagung, Fachgruppe Psychologie und Rehabilitation, Berlin, S.16.



Abb. 3: Furchtappelle auf Zigaretten-Schachteln

2.3 Vertrauen und Glaubwürdigkeit

Ein entscheidender Anteil der Wahrnehmung von Gesundheitskommunikation findet insbesondere durch öffentliche Kommunikation statt, das heißt durch Medienproduktion von Public Relations oder durch medial-journalistische Selektions- und Konstruktionsprozesse statt.⁴⁵ Nachweisbar ist diese Art von medienvermittelten Informationen nicht. Somit gewinnt das Vertrauen der Gesellschaft in medizinische Medienprodukte einen immer höher werdenden Stellenwert. Neben den Verfassern derartiger Informationen beschäftigen sich auch Wissenschaftler mit der Frage, wie Glaubwürdigkeit und Vertrauen beim Rezipienten entstehen.

2.3.1 Vertrauen

Der Begriff *Vertrauen* nimmt in unterschiedlichen Handlungskontexten des Lebens wie den Medien, Familie, Schule sowie Finanz- und dem Politiksektor einen hohen Stellenwert ein. Auch in Beziehungskonstellationen wie Partner- oder Freundschaften, spielt Vertrauen eine große Rolle. Der Begriff lässt sich daher auch auf alle Bereiche des alltäglichen Lebens beziehen, was das Bedeutungsfeld stark ausweitet.⁴⁶ Im Alltag bzw. in persönlichen Beziehungen wird mit Vertrauen die Qualität dieser Beziehungen bewertet. In der Wissenschaft gibt es daher unterschiedliche Definitionen. Im Folgenden werden

⁴⁵ Vgl. Günter Bentele (Hrsg.) (2015): Handbuch der Public Relations. Wissenschaftliche Grundlagen und berufliches Handeln, Wiesbaden, S. 411.

⁴⁶ Vgl. Jeanette Schmidke (2000): Vertrauen. Definitionen, Theorien und Entwicklung, Potsdam, S. 5.

vier Definitionen mit unterschiedlichen Sichtweisen dargelegt. Erst hinsichtlich der Zielbestimmung, konkretisiert sich, welche Definition für welche Art von Vertrauen verwendet wird.

Jackson (1980): Jackson beschreibt Vertrauen als den Glauben in eine andere Person, die einem selbst irgendwann einen Gefallen tut, weil man selbst in Vorleistung gegangen ist. Hierbei findet sich ein wichtiges Prinzip sozialer Motivation wieder, nämlich das Wiedergutmachungsmotiv. Bestimmte Handlungen werden in der Hoffnung ausgeführt, dass der Partner dem Gegenüber mit der gleichen Haltung begegnet.⁴⁷

Schottlaender (1958): Vertrauen resultiert aus der bisherigen Lebenserfahrung und führt zurück auf die Hoffnung an das Gute im Menschen.⁴⁸

Luhmann (1973): „*Vertrauen ermöglicht mehr Möglichkeiten des Erlebens und Handelns [...], weil Vertrauen eine wirksame Form der Reduktion von Komplexität zur Verfügung steht.*“⁴⁹ Nach Luhmanns Definition bedingen sich Vertrauen und Selbstvertrauen. Besonders vor dem Hintergrund, dass nicht jeder Mensch alle Risiken die Zukunft betreffend abwägen kann, ist dieser gezwungen zu vertrauen und blendet damit zeitgleich die verbundene Komplexität und Unsicherheit aus. Dabei spielen Erfahrungen, also Kenntnisse aufgrund vorangegangener Ereignisse eine zentrale Rolle.⁵⁰ Auf dieser Grundlage wird auch „öffentliches Vertrauen als Prozess und Ergebnis öffentlich hergestellten Vertrauens in öffentlich wahrnehmbare Akteure (Einzelakteure, Organisationen) definiert.“⁵¹ Zu den öffentlich wahrnehmbaren Personen zählen beispielsweise Politiker. Wahrnehmbare Organisationen sind unter anderem Unternehmen oder politische Parteien, aber auch Teilsysteme wie das Rentensystem oder das Gesundheitssystem.⁵²

Erikson (1963): Eriksons Definition von Vertrauen basiert auf dessen tiefenpsychologischen Entwicklungsmodell. Dabei wird angenommen, dass sich ohne Vertrauen keine „Ich-Identität“ und somit keine stabile Persönlichkeit entwickeln kann. Die einzelnen Ausprägungen des Vertrauens hängen hierbei speziell von der Mutter-Kind-Beziehung ab.

⁴⁷ Vgl. Franz Petermann (2013): *Psychologie des Vertrauens*. 4. Auflage, Göttingen, S. 12.

⁴⁸ Vgl. Petermann (2013), S. 12.

⁴⁹ Petermann (2013), S. 12.

⁵⁰ Vgl. Bentele (2015), S. 411.

⁵¹ Bentele (2015), S. 411.

⁵² Vgl. Bentele (2015), S. 412.

Negative Verhaltensweisen wie Strafen oder Drohungen hingegen, verringern das Vertrauen.⁵³

2.3.2 Glaubwürdigkeit

„Glaubwürdigkeit kann als eine Eigenschaft bestimmt werden, die Menschen, Institutionen oder deren kommunikativen Produkten (mündliche oder schriftliche Texte, audiovisuelle Darstellungen) von Jemanden (Rezipienten) in Bezug auf Etwas (Ereignisse, Sachverhalte, etc.) zugeschrieben wird.“⁵⁴ Glaubwürdigkeit impliziert dabei ein motivationales Element, eine prinzipielle Bereitschaft, Aussagen Anderer als wahr zu bewerten.⁵⁵

Bezüglich medizinischer Informationen und Medienprodukten sind Glaubwürdigkeit und Vertrauen komplexe Konstrukte, die von einigen Faktoren seitens des Rezipienten (Vertrauensneigung, Medienkompetenz, Bildungsgrad) und auf Seiten der Medien, wie beispielsweise der Medienart abhängig sind. Nach der Definition von Bentele ist Medienglaubwürdigkeit dann gegeben, wenn folgende Punkte erfüllt werden:

1. Der Rezipient muss auf die Medienprodukte vertrauen können. Das heißt darauf, dass die getroffenen Aussagen über Ereignisse wahr und objektiv beschrieben sind.
2. Das Kommunikationsverhalten des Senders muss integer sein.⁵⁶

Glaubwürdigkeit beruht also im Hinblick auf Nachrichten und unterschiedlichen Merkmalen der Berichterstattung. Hier spielt die Vollständigkeit der Informationen, die Expertise des Kommunikators, die klare Trennung von Fakten und Meinungen sowie Richtigkeit und Objektivität der Informationen eine zentrale Rolle. Die Glaubwürdigkeitseinschätzung richtet sich hierbei auf drei Punkte: Zum einen auf die Quelle der Information oder der Botschaft, auf den Medieninhalt an sich und zum dritten auf den Kanal bzw. das Medium, mit dem die Botschaft verbreitet wird.⁵⁷ Das Existieren des Schichtenmodells zu *Vertrauen in die Medien* von Lucassen und Schraagen, veranschaulicht die einzelnen Punkte und setzt diese ins Verhältnis zueinander. Die zunehmenden Schichten stehen für die zunehmende Spezifikation des Medienvertrauens, *in dessen Zentrum das Vertrauen in die Botschaft steht*.⁵⁸

⁵³ Vgl. Petermann (2013), S. 13.

⁵⁴ Bentele (2015), S.412.

⁵⁵ Vgl. Bentele (2015), S.412.

⁵⁶ Vgl. Vogel (2015), S.312.

⁵⁷ Vgl. Vogel (2015), S.313.

⁵⁸ Vogel (2015), S.313.

Abb. 1 | Schichtenmodell zum Vertrauen in die Medien nach Lucassen und Schraagen [Luc 2012: 569].

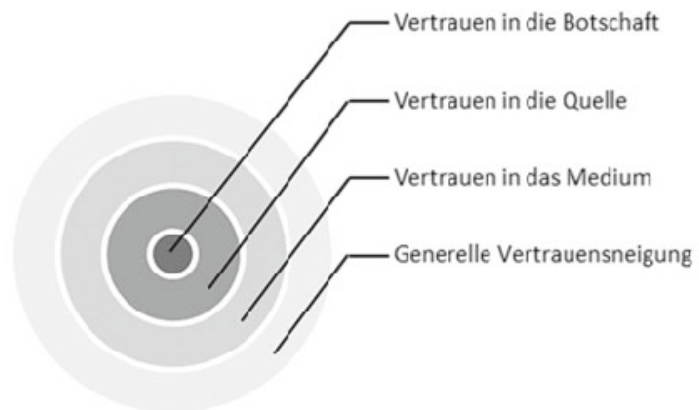


Abb. 4: Schichtmodell zum Vertrauen in die Medien

3 Healthcare Public Relations

Ob für Gesundheitsunternehmen, Pharma- oder Medizintechnikkonzernen – klassische PR lässt sich nur bedingt mit der des Healthcare Sektors vergleichen. Es benötigt medizinische Experten aus unterschiedlichen Fachrichtungen, die ihrerseits mit Spezialisten aus der PR-Branche zusammenarbeiten, um nicht nur ein optimales Image für das Unternehmen aufzubauen, sondern auch das nötige Vertrauen bei Patienten und Informationssuchenden zu entwickeln. Erschwert wird es diesem Zweig der PR durch rechtliche und gesetzliche Vorgaben (siehe 3.4 Heilmittelwerbe-gesetz).

3.1 Begrifflichkeit PR

PR steht für Public Relations, zu Deutsch Öffentlichkeitsarbeit. Dabei steht Public Relations, neben Journalismus und Werbung, für eine Form öffentlicher Kommunikation (Publizistik). Der Schwerpunkt liegt auf dem Aspekt der Beziehungsbildung mit der Öffentlichkeit⁵⁹ und wird als komplexes Aufgabengebiet wie folgt definiert:

„PR ist eine spezifische Managementfunktion, die dazu dient, wechselseitige Kommunikationsbeziehungen, Akzeptanz und Zusammenarbeit zwischen einer Organisation und ihren Zielgruppen zu installieren und zu garantieren; sie schließt die Lösung von Problemen und das Management von Themen ein, sie hilft dem Management einer Organisation, sich zu informieren und auf die öffentliche Meinung angemessen zu reagieren. Sie artikuliert die Verantwortlichkeit des Managements, dem öffentlichen Interesse zu dienen und mit dem sozialen Wandel Schritt zu halten und dient als Frühwarnsystem zur Antizipation von Trends. Public Relations nutzen grundsätzlich Forschung und valide und ethnisch einwandfreie Techniken der Kommunikation als ihre basalen Instrumente.“⁶⁰

Laut Bentele liegt die Funktionen von PR im Herstellen eines gesellschaftlichen Konsenses, Imagegestaltung, Information und Kommunikation, dem kontinuierlichen Vertrauenserwerb sowie dem Konfliktmanagement.⁶¹

Public Relations konzentriert sich im Kern auf das Ansehen in der Öffentlichkeit, während die Ziele von Marketing und Werbung sich hiervon klar abgrenzen. *Werbung* versucht beim Konsumenten kurzfristig eine Kaufentscheidung herbeizuführen, wohingegen PR

⁵⁹ Vgl. Gabler, Springer (Hrsg.): Public Relations (PR). <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/54933/public-relations-pr-v12.html> (03.07.2017).

⁶⁰ Birgit Fjörg (2004): Moral und Ethik der PR. Grundlagen-Theoretische und empirische Analysen-Perspektiven. Wiesbaden, S. 47. zitiert nach Harlow (1976).

⁶¹ Vgl. Oliver Schmidt (2013): Einfluss der Public Relations auf den Journalismus. Ein Überblick des aktuellen Forschungsstandes, Salzburg, S. 8.

auf ein langfristiges Aufbauen von Vertrauen (in der Öffentlichkeit) abzielt. Im Vergleich zu PR richtet sich Marketing nach den Erfordernissen der Märkte aus.⁶²

Werbung

Ziel der Werbung ist es Konsumenten anzuregen, Produkten oder Dienstleistungen eines bestimmten Unternehmens zu kaufen oder in Anspruch zu nehmen.⁶³ Schweiger und Schattenecker definieren Werbung als *beabsichtigte Beeinflussung von marktrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen ohne formelle Zwang unter Einsatz von Werbemitteln und bezahlten Medien*.⁶⁴

Marketing

Zentrales Ziel des Marketings ist eine konsequente Ausrichtung eines Unternehmens, nach den Bedürfnissen des Marktes. Dazu gehört das Erkennen und reagieren auf Marktveränderungen um Wettbewerbsvorteile zu erzeugen.⁶⁵

Wie bereits angedeutet, lässt sich die klassische PR nur bedingt mit der des Healthcare Public Relations vergleichen. Das liegt an der Tatsache, dass die Klassische PR verschiedene Zielgruppen anspricht und im Healthcare Sektor überwiegend auf Versicherte, Patienten, Kranke und Informationsinteressierte abzielt. Das heißt dem Patienten, und somit den Verbrauchern von Gesundheitsleistungen wird alle Aufmerksamkeit zu teil.⁶⁶ Resultierend daraus werden die Rezipienten nicht nur als Leistungsempfänger, sondern ebenso als zahlungskräftige Kunden und Verbraucher wahrgenommen.⁶⁷

3.1.1 Begriff Journalismus

Journalismus bezeichnet nicht nur einen Arbeitsbereich, welcher sich mit der Veröffentlichung von Wort und Bild beschäftigt, sondern bildet auch die Grundlage aller Medien wie Funk, Fernsehen, Online- und Printmedien. Zu den Printmedien werden Formate

⁶² Vgl. Schmidt (2013), S.9.

⁶³ Vgl. Thomas Schnierer (1999): Soziologie der Werbung, Stuttgart, S. 31.

⁶⁴ Günter Schweiger, Gertraud Schattenecker (1995): Werbung. Eine Einführung. 4. Auflage, Stuttgart, S. 580.

⁶⁵ Vgl. Gabler, Springer, (03.07.2017).

⁶⁶ Vgl. Carola Gold et al. (2000): Patienten Versicherte Verbraucher. Möglichkeiten und Grenzen einer angemessenen Vertretung von Patienteninteressen, Berlin, S. 15.

⁶⁷ Vgl. Gold (2000), S. 15.

wie Zeitungen und Magazine, Zeitschriften, Bücher, Plakate sowie Anzeigen- und Flugblätter gezählt.⁶⁸ Demzufolge bildet Journalismus auch die Grundlage für eine erfolgreiche PR-Kampagne.

„Journalismus recherchiert, selektiert und präsentiert Themen, die neu, faktisch und relevant sind. Er stellt Öffentlichkeit her, indem er die Gesellschaft beobachtet, diese Beobachtung über periodische Medien einem Massenpublikum zur Verfügung stellt und dadurch eine gemeinsame Wirklichkeit konstruiert. Diese konstruierte Wirklichkeit bietet Orientierung in einer komplexen Welt.“⁶⁹

Diese Definition stellt die Aufgaben des Journalismus und seine Funktion für die Gesellschaft klar in den Mittelpunkt. Auch macht die Definition nach Meier deutlich, dass die Themen die vom Journalismus aufgegriffen werden, über drei Eigenschaften verfügen, welche *gemeinsam den Begriff der Aktualität kennzeichnen*:⁷⁰

1. *Neuigkeit*: Die Themen oder Ereignisse über die berichtet wird, liegen nur Tage, Stunden oder gar Minuten zurück.
2. *Faktizität*: Es handelt sich um reale und faktische Gegebenheiten und nicht um Fiktion.
3. *Relevanz*: Die Themen sind relevant für die Gesellschaft oder aber der Zielgruppe an die sich das Medium richtet.⁷¹

An dieser Stelle wird deutlich, dass Public Relations und Journalismus sich gegenseitig prägen und beeinflussen.

3.2 Medical Writing – Medizinischer Fachjournalismus für den Rezipienten

Gesundheitsbewusstes Leben führt nach den momentanen Standards nicht mehr vorbei an einem ausreichenden Konsum von gesundheitsbezogenen Gütern und Dienstleistungen. Der PR-Healthcare Sektor hat diese Tatsache schon längst für sich entdeckt und vermarktet relevante Dienstleistungen und Produkte wie keine andere Branche um Distinktionsbedürfnisse der Rezipienten zu befriedigen.⁷² Auf dieser Grundlage hat sich für

⁶⁸ Vgl. Christian Schmidt: Definition Journalismus. <https://definition.cs.de/journalismus/> (03.07.2017).

⁶⁹ Klaus Meier (2011): Journalistik. 2.Auflage, Konstanz, S. 13.

⁷⁰ Meier (2011), S.13.

⁷¹ Vgl. Meier (2011), S.13.

⁷² Vgl. Mergner (1990), S.7-19.

die Vermarktung und Aufklärung medizinischer Produkte, Informationen und Dienstleistungen schon vor einigen Jahrzehnten der medizinische Fachjournalismus heraus entwickelt, der in der Öffentlichkeitsarbeit im Healthcare Sektor quasi den Ausgangspunkt bildet.⁷³

Der Verband deutscher Fachjournalisten, definiert den medizinischen Fachjournalismus als mitunter anspruchsvollsten Bereich innerhalb des Fachjournalismus. Ein Medizinjournalist muss über die Grenzen seines Ressorts aktiv sein und sich über Fortschritte in der Forschung immer auf dem aktuellen Stand halten.⁷⁴

Ein Medizinjournalist, ist ein Journalist der ausschließlich oder überwiegend Informationen aus dem Themengebiet der Medizin mit explizitem Bezug auf wissenschaftliche Ergebnisse oder Verfahren beschafft, publiziert oder bearbeitet.⁷⁵

Im Medizinjournalismus müssen komplexe Zusammenhänge in oftmals komplizierter Fachsprache schnell erfasst und verstanden werden. Forschungsberichte müssen für Laien schnell und verständlich in eigenen Worten wiedergegeben werden, immer mit dem Fokus auf die Zielgruppe, an die sich das Medienprodukt schlussendlich richten soll. An dieser Stelle ist entscheidend, ob es sich um eine Fachzeitschrift, eine Publikums- oder Lokalzeitung oder beispielsweise an eine Verbrauchersendung handelt, da sich hier die vorausgesetzten Bildungsniveaus stark unterscheiden (siehe 4. Rezipienten).⁷⁶

Der Gesundheitssektor zählt in Deutschland zu einem der wichtigsten Wirtschaftsfaktoren, weshalb hier auch die Landes- und Bundespolitik stark in die Vermarktung gesundheitsrelevanter Produkte und Dienstleistungen einbezogen wird. Durch mangelndes Vertrauen und wachsende Skepsis seitens der Bundesbürger, bezüglich der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, ist es oftmals Thema in der Politik.⁷⁷

⁷³ Vgl. Meier (2011), S. 21.

⁷⁴ Vgl. Deutscher Fachjournalisten Verband: Portrait Medizinjournalismus. Grundlagen des Medienjournalismus. <https://www.dfv.de/ressorts/medizinjournalismus/portrait> (03.07.2017).

⁷⁵ Vgl. Walter Hömberg, Eckard Klaus Roloff (1975): Wissenschaftliche Journalistenausbildung aus der Sicht von Wissenschaftsjournalisten. In: Publizistik, Jg. 20, Nr. 1-2, S. 432.

⁷⁶ Vgl. Deutscher Fachjournalisten Verband (03.07.2017).

⁷⁷ Vgl. BPB - Bundeszentrale für politische Bildung (2012): Das Gesundheitswesen in Deutschland – Ein Überblick. <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72547/gesundheitswesen-im-ueberblick> (02.07.2017).

Nachdem im 19. Jahrhundert moderne Industriegesellschaften entstanden sind, wurde auch die medizinische Versorgung zu einem immer wichtiger werdenden Thema, mit dem sich die Politik auseinandersetzen musste. Mittlerweile sind viele Gesundheits betreffende Bereiche durch Zuständigkeiten und Gesetze geregelt. Besonders prägend für die *Entwicklung des Gesundheitssystems in Deutschland* war die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung durch die bismarcksche Sozialgesetzgebung 1883.⁷⁸ Neben den Tätigkeiten des Staates wuchs in der Bevölkerung auch die Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen, -produkten und Informationen.

3.3 Qualität von Public Relations und Healthcare communication

Wie dem vorausgehenden Absatz deutlich zu entnehmen, spielt der Gesundheitssektor schon einige Jahrzehnte eine zentrale Rolle in Deutschland und wird in den kommenden Jahren noch weiter an Bedeutung gewinnen. Nicht zuletzt der Tatsache geschuldet, dass Deutschland ein demographisch alterndes Land ist, wofür einerseits eine zu geringe Geburtenrate und andererseits eine weiter steigende Lebenserwartung verantwortlich sind. Menschen über 60 Jahren werden in einigen Jahren die Mehrheit der Bevölkerung repräsentieren. Damit steigt auch der Bedarf an Pflege- und Gesundheitsleistungen.⁷⁹

Diesem Fakt geschuldet, ist Fachwissen eine unabdingbare Voraussetzung für gute medizinische Berichterstattung. Für den Patienten (oder Rezipienten) stellen mediale Informationen den Hauptanteil an Informationsquellen dar.⁸⁰ Das Augenmerk liegt deshalb auf qualitativ hochwertigen Informationen.

Der Qualitätsbegriff

Eine allgemeingültige Definition für Qualität existiert nicht, da zu viele Auffassungen darüber existieren. Professor David A. Garvin, von der Harvard Business School hat fünf Ansätze erarbeitet, welche den Begriff Qualität definieren.⁸¹

⁷⁸ Vgl. BPB (2012).

⁷⁹ Vgl. BPB (2012).

⁸⁰ Vgl. Infratest Gesundheitsforschung (1979): Das Arztbild in der Bevölkerung. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung, München, S. 23.

⁸¹ Vgl. Attila Oess (1991): Total Quality Management. Die ganzheitliche Qualitätsstrategie, Wiesbaden, S. 17.

1. *Der transzendente Ansatz:* Qualität steht für etwas Einzigartiges und Absolutes. Sie ist ein Zeichen für extrem hohe Anforderungen und Standards. Dieser Ansatz ist nicht messbar und nur durch Erfahrung erkennbar.⁸²
2. *Der produktbezogene Ansatz:* Qualität gilt bei diesem Ansatz als präzise und messbare Größe. Qualitätsunterschiede sind durch Differenzen der Produkteigenschaften erkennbar.⁸³
3. *Der anwenderbezogene Ansatz:* Bei diesem Ansatz liegt Qualität im Auge des Betrachters. Hier hat höchste Qualität, was bestmöglich die Bedürfnisse beim Rezipienten oder Konsumenten befriedigt.⁸⁴
4. *Der fertigungsbezogene Ansatz:* Qualität ist erkennbar durch das Erfüllen von Anforderungen.⁸⁵
5. *Der wertbezogene Ansatz:* Qualität wird mittels Preise und Kosten definiert. Ein Gebrauchsgut ist ein Qualitätsprodukt, wenn es eine bestimmte Leistung zu einem akzeptablen Preis bietet.⁸⁶

Um beim Rezipienten Vertrauen in ein Medienprodukt zu erreichen, spielt die Qualität der Inhalte eine primäre Rolle. Daraus resultierend sollte ein Medical Writer das Fachwissen von Journalismus und Medizin in sich vereinen. Da dies ein Umstand ist, der in der Praxis schwierig zu erfüllen ist, arbeiten Kommunikations-Agenturen überwiegend mit Experten aus beiden Disziplinen zusammen. Denn häufig fehlt dem Mediziner die medienkommunikative Sachkompetenz und andersherum dem Journalisten das medizinische Fachwissen.⁸⁷ Durch diese interdisziplinäre Zusammenarbeit, lässt sich das gemeinsame Wissen optimieren und bewusst einsetzen, um objektive und fachlich korrekte Medienprodukte für den Rezipienten zu erzeugen. Dies trägt nicht nur dazu bei, Vertrauen und Glaubwürdigkeit zu erzeugen, sondern verhindert ebenso fehlerhafte medizinische Informationen zu publizieren.⁸⁸

⁸² Vgl. Oess (1991), S. 31.

⁸³ Vgl. Oess (1991), S. 32.

⁸⁴ Vgl. Oess (1991), S. 32.

⁸⁵ Vgl. Oess (1991), S. 33.

⁸⁶ Vgl. Oess (1991), S. 34.

⁸⁷ Vgl. Ulf Boes (1997): Medizin als Bildthema in Publikumszeitschriften. Inhaltsanalytischer Vergleich von ‚Quick‘, ‚Stern‘ und ‚Hörzu‘, Bochum, S. 9.

⁸⁸ Boes (1997), S. 11.

3.4 Rechtliche Rahmenbedingungen: Das Heilmittelwerbe-gesetz

PR ist vom Begriff der Werbung klar abzugrenzen, jedoch müssen bei der Image- und Vertrauensgestaltung und der Erstellung von Medienprodukten rechtliche Bedingungen eingehalten werden. Da Healthcare-Kampagnen fast ausschließlich von Gesundheitsgegenständen oder –mitteln handeln, kommt das Heilmittelwerbe-gesetz zum Tragen. Das Heilmittelwerbe-gesetz, kurz HWG, bezieht sich auf ein *Gesetz über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens*.⁸⁹

Das Gesetz trat erstmals am 15.Juli 1965 in Kraft und wurde zuletzt am 20.Dezember 2016 geändert.⁹⁰

3.4.1 Relevante Inhalte für den PR-Healthcare Sektor

Das HWG bildet ein verbindliches Gesetz für Werbung im Bereich Human- und Tierme-dizin und tritt bei produktbezogener Werbung in Kraft. Dazu gehören laut §1 des HWG Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes, Medizinprodukte sowie *„andere Mittel, Verfahren, Behandlungen und Gegenstände, soweit sich die Werbeaussage auf die Er- kennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden bei Mensch oder Tier bezieht, sowie operative plastisch-chi- rurgische Eingriffe, soweit sich die Werbeaussage auf die Veränderung des menschli- chen Körpers ohne medizinische Notwendigkeit bezieht.“*⁹¹

Zudem verbietet das HWG irreführende Werbung, das heißt Medikamente, therapeuti- sche Verfahren oder Behandlungen mit einer Wirkung zu bewerben, die diese tatsäch- lich nicht haben. Von irreführend ist die Rede, wenn beim Patient oder Rezipient, ein falscher Eindruck entstehen könnte. Dazu zählen auch unwahre Angaben über die Zu- sammensetzung von besagten Mitteln oder Gegenständen.

⁸⁹ Vgl. Heilmittelwerbe-gesetz (HWG) (i.d.F. 20.12.2016), §1, Absatz 1.Gesetz über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens (Heilmittelwerbe-gesetz – HWG). <https://www.gesetze-im-internet.de/heilm- werbg/BJNR006049965.html> (03.07.2017).

⁹⁰ Vgl. Bundesanzeiger Verlag GmbH (2016): Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 63, Bonn, S. 1.

⁹¹ Vgl. HWG (i.d.F. 20.12.2016), §1, Satz 1.

Irreführung liegt außerdem vor, wenn *mit Sicherheit Erfolg erwartet werden kann*.⁹² Hierbei gilt es zu erwähnen, dass Fachinformationen, wie z.B. die Packungsbeilage eines Medikaments, nicht unter das HWG fallen.

Da im PR-Bereich häufig mit Patientengeschichten gearbeitet wird, um Emotionen zu erzeugen, ist es an dieser Stelle wichtig, den Paragraphen 11 des HWG Satz 3 zu beachten. Hier wird klar darauf verwiesen, dass mit der unwahren Wiedergabe von Patientengeschichten und mit Hinweisen auf diese, wenn sie in missbräuchlicher oder irreführender Weise erfolgt oder durch eine ausführliche Beschreibung oder Darstellung zu einer falschen Selbstdiagnose verleiten kann.⁹³

Im selben Paragraphen wird die Verwendung sogenannter Vorher-Nachher-Bilder eingeschränkt. Satz 5 untersagt das Werben mit bildlichen Darstellungen, *die in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise Veränderungen des menschlichen Körpers aufgrund von Krankheit, Schädigung oder die Wirkung eines Arzneimittels im menschlichen Körper oder Körperteilen verwendet*.⁹⁴ *Ausgeschlossen werden in diesem Fall operative oder plastisch-chirurgische Eingriffe.*

⁹² Vgl. HWG (i.d.F. 20.12.2016), §3, Satz 1.

⁹³ Vgl. HWG (i.d.F. 20.12.2016), §11, Satz 3.

⁹⁴ Vgl. HWG (i.d.F. 20.12.2016), §11, Satz 5.

4 Der Rezipient

Gesundheit ist mittlerweile nicht nur ein unbestreitbarer Fakt für gesellschaftliche Zugehörigkeit und Akzeptanz, sondern ebenso für soziale Integrität um gesellschaftlichen Anforderungen gerecht zu werden.⁹⁵ Die Rolle des deutschen Gesundheitssystems wurde in den vergangenen Jahren stark durch die Kostenentwicklung des Medizinsystems, den demographischen Wandel und ebenso durch das soziale Sicherungssystem beeinflusst.⁹⁶ Die Verantwortlichkeit für die eigene Gesundheit ist dadurch nicht nur deutlich gestiegen, sondern hat in den vergangenen Jahren sogar neue Rahmenbedingungen der *potenziellen Patienten* geschaffen.⁹⁷

4.1 Die Zielgruppe: Der potenzielle Patient

Mediale Gesundheitskampagnen und deren Produkte richten sich meist explizit an segmentierte und vorher definierte Zielgruppen. Dabei ist das Kommunikationsverhalten der einzelnen Segmente nicht nur entscheidend bei der Wahl des Mediums, sondern unumgänglich, um eine optimale Konzeption der Kampagne zu entwickeln.⁹⁸ Neben soziodemographischen Kriterien wie Alter, Bildung und Geschlecht, sind situative und problemorientierte Strategien von großer Wichtigkeit.⁹⁹ Hinzu kommt für eine optimale Auswahl der Medien, dass Kommunikationsverhalten der Zielgruppe.¹⁰⁰

Zentral für das Herausarbeiten der Informationen und die Strategie der Kampagne ist also die Zielgruppe. Diese ist durch ein bestimmtes Problem direkt oder indirekt betroffen, nimmt es spezifisch wahr oder ist sogar bereits sensibilisiert und veränderungswillig.¹⁰¹ *Unterschieden werden muss schließlich ganz allgemein zwischen den anzusprechenden beziehungsweise zu erreichenden Zielgruppen und den durch die*

⁹⁵ Vgl. Mergner (1990), S. 7-19.

⁹⁶ Vgl. Eva Baumann (2006): Auf der Suche nach der Zielgruppe-Das Informationsverhalten hinsichtlich Gesundheit und Krankheit als Grundlage erfolgreicher Gesundheitskommunikation. In: Jan Böcken et al. (2006): Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Gütersloh, S. 117.

⁹⁷ Vgl. Baumann (2006), S. 117.

⁹⁸ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 365.

⁹⁹ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 365.

¹⁰⁰ Vgl. Baumann (2006), S. 119.

¹⁰¹ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 365.

*Kampagnenbotschaft tatsächlich erreichten Zielgruppen als Aufgabe der Evaluation der Kampagne.*¹⁰²

Bezüglich der herausgefilterten Zielgruppe einer Healthcare Kampagne müssen im Vorfeld möglichst konkrete und explizite Ziele formuliert werden. Dabei können Ziele drei unterschiedliche Ebenen betreffen.¹⁰³ Zum einen die *kognitive Ebene*, um die Zielgruppe zu sensibilisieren und die Problemwahrnehmung zu steigern. Zum Zweiten auf der *affektiven Ebene*, um Akzeptanz für empfohlenes Verhalten zu initiieren. Und schlussendlich auf der *Verhaltensebene*, um existierende Verhaltensweisen zu verstärken (z.B. regelmäßig Sport zu treiben), zu kanalisieren oder abzuschwächen (z.B. mit dem Rauchen aufzuhören) und neue Verhaltensweisen zu stimulieren (z.B. gesunde Ernährung).¹⁰⁴

Wie bereits beschrieben können Gesundheitskampagnen nur dann erfolgreich sein, wenn sie eine vorher festgelegte Zielgruppe ansprechen und des Weiteren das zugrundeliegende Problem bezüglich Risiko, Ursachen, Ausmaß und Lösungsstrategie analysiert werden.¹⁰⁵ Dazu werden Erfahrungsberichte, Studien und Leitfadengespräche zu Rate gezogen, um festzustellen, ob es sich tatsächlich um ein Problem handelt, welches durch Gesundheitskommunikation angegangen werden kann.

Probleme bei einer solchen Kampagne können durch das Heilmittelwerbegesetz (siehe 3.4), unvereinbarer Werthaltungen oder bei einseitigen Lösungsansätzen von Seiten des in Auftrag gebenden Unternehmens auftreten.¹⁰⁶

4.2 Gesundheitsinteresse

Das Interesse an gesundheitsrelevanten Informationen steigt stetig und ist in allen Schichten der Bevölkerung präsent. Gestützt wird diese These durch zwei Umfragen in verschiedenen Jahrzehnten. Bereits Anfang der 1980er Jahre interessierten sich 44 Prozent der über 18-Jährigen der Bevölkerung, nach eigenen Angaben sehr stark oder stark für medizinische Berichterstattung. Das ist fast jeder Zweite Erwachsene.¹⁰⁷ Heute besteht dieses Interesse sogar bereits bei der Personengruppe ab 14 Jahren. Dies ergab

¹⁰² Vgl. Hurrelmann (2014), S. 365.

¹⁰³ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 365.

¹⁰⁴ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 365.

¹⁰⁵ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 365.

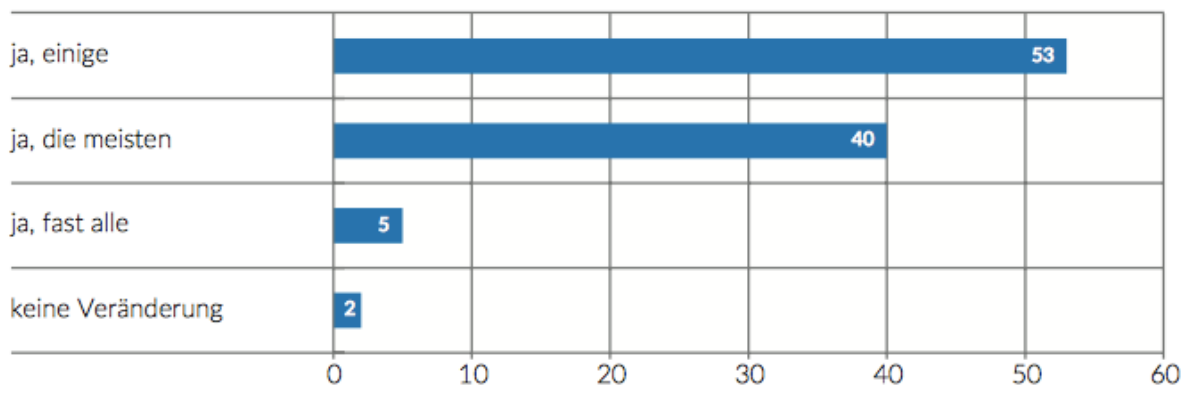
¹⁰⁶ Vgl. Hurrelmann (2014), S. 365.

¹⁰⁷ Vgl. Boes (1997), S. 18.

eine Umfrage zum Thema „Interesse der Bevölkerung an Gesundheit und Fitness“ in den Jahren 2015 und 2016 in Deutschland. Dieser Umfrage zu Folge zeigen rund 28,3 Millionen Personen ab 14 Jahren starkes Interesse an der Thematik.¹⁰⁸

Neben dem reinen Interesse an neuem Wissen und Informationen, kann die Eigeninitiative einer Erkrankung entspringen. Patienten verbessern dadurch die eigene Kontrollposition gegenüber dem Arzt. Neben der medizinischen Beratung durch den Arzt, gilt die Gesundheitskommunikation daher als Vorbereitung auf das Arztgespräch und Verbesserung der eigenen Kenntnisse.¹⁰⁹

Das Interesse an Gesundheitskommunikation ist also gestiegen. Sichtbar wird dieser Trend auch, durch die Tatsache, dass das Informations- und Kommunikationsverhalten von Personen im Vergleich zum Stand von vor zehn Jahren bedeutend aktiver geworden ist.¹¹⁰ Das zeigt unter anderem eine gegenwärtige Umfrage von Rezipienten.



Angaben in Prozent der Befragten; n = 804

Abb. 5: Informieren sich Patienten heute häufiger selbst zu medizinischen Fragen als Früher?

Medienwahl

Abhängig von der Situation, dem Ziel bzw. dem Anlass, entscheidet der Rezipient welches Medium er verwendet. Die Medienwahl ist dabei keine rationale Wahl, in dem

¹⁰⁸ Vgl. Gerd Marstedt (2016): Das deutsche Gesundheitswesen 2001 bis 2015 aus der Versichertenperspektive. In: Jan Böcken et al. (2016): Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Gütersloh, S. 15.

¹⁰⁹ Vgl. Boes (1997), S. 19.

¹¹⁰ Vgl. Baumann (2006), S. 117.

Sinne, dass die Art der Botschaft ausschlaggebend ist.¹¹¹ Wissenschaftlich gesehen findet hier die *Kanalreduktions-These* Anwendung. Dabei werden jedem Medium spezifische Grade von Reichhaltigkeit (Anzahl und Kapazität der genutzten Sinneskanäle) zugeschrieben.¹¹² Nach dieser Theorie der rationalen Medienwahl entwickeln die Mediennutzer eine individuelle Bewertungsskala. Dabei werden situationsbedingt Nutzen und Kosten bzw. maximaler Aufwand bedacht. Eine Beeinflussung durch die Gewohnheit oder von außen ist dabei nicht möglich, da die Entscheidung rational und bewusst getroffen wird.¹¹³ Schwierig ist hingegen eine Unterscheidung in beruflicher und privater Nutzung. In diesem Bereich existieren noch nicht genügend Studien für eine empirische Aussage. Schlussendlich lässt sich jedoch feststellen, dass Rezipienten oft auf Medien zurückgreifen, die allgemein als vertrauenswürdig und korrekt gelten, wie beispielsweise die Apothekenumschau.¹¹⁴

4.3 Ärzte im Umgang mit informierten Patienten: Eine Studienanalyse

Da medizinisches Fachpersonal, insbesondere Ärzte, nicht mehr die einzige Informationsquelle von Patienten darstellen, wurde in den ersten Kapiteln bereits eingehend verdeutlicht. An dieser Stelle drängt sich die Frage auf, wie selbige diesen Umstand empfinden und wie sich dieser auf das Arzt-Patienten-Verhältnis niederschlägt.¹¹⁵ Die vorliegende Studie von Anja Bittner aus dem Jahr 2016 geht dieser Frage explizit nach und legt dabei besonderen Fokus auf die Themen die recherchiert werden sowie den Einfluss des wachsenden Informationsangebots.¹¹⁶

¹¹¹ Vgl. Klaus Beck (2017): Kommunikationswissenschaft, 5. Auflage, Konstanz, S. 76.

¹¹² Vgl. Beck (2017), S. 76.

¹¹³ Vgl. Beck (2017), S. 76.

¹¹⁴ Vgl. Hackmann (2017), (06.07.2017).

¹¹⁵ Vgl. Anja Bittner (2016): Erfahrungen, Einstellungen und Umgang von Ärzten mit informierten Patienten. In: Jan Böcken et al. (2016): Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Gütersloh, S. 141-159.

¹¹⁶ Vgl. Bittner (2016), S. 141-159.

4.3.1 Studie: „Erfahrungen, Einstellungen und Umgang von Ärzten mit informierten Patienten“

Dass das Interesse an gesundheitsbezogenen Informationen in den vergangenen Jahren gestiegen ist, wurde bereits im Punkt 4.2 erörtert. Eine Studie aus dem Jahr 2016 von Anja Bittner widmet sich dazu den daraus resultierenden Folgen für die Ärzteschaft. In *Erfahrungen, Einstellungen und Umgang von Ärzten mit informierten Patienten* wird dargelegt, wie Ärzte der Informiertheit ihrer Patienten bzw. Rezipienten gegenüber treten.¹¹⁷ Ziel ist es, einen Ist-Zustand der Erfahrungen und Einstellungen der Ärzte gegenüber den selbst-informierten Patienten zu erfassen und Zusammenhänge abzuleiten. Dabei wird explizit in zwei Gruppen unterschieden. Zum einen diejenigen die selbst-informierende Patienten befürworten und jene die sie ablehnen bzw. als negativ bewerten.¹¹⁸

Dafür nahmen 804 ambulant tätige Ärzte aus unterschiedlichen Fachgebieten, an einer Umfrage teil. Neben der Allgemeinen und Inneren Medizin wurden Ärzte aus der Anästhesie, Allgemeinchirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Frauenheilkunde sowie Geburtshilfe, Neurologie, Orthopädie, Urologie, Augenheilkunde sowie Gynäkologie, Geburtshilfe und HNO befragt.¹¹⁹

Die Themen sind dabei verschiedener medizinischer Natur, handeln aber vorrangig von Krankheitssymptomen, Therapieformen, Erkrankungen und Krankenkassenleistungen (siehe Abb. 6).¹²⁰

¹¹⁷ Vgl. Bittner (2016), S. 141.

¹¹⁸ Vgl. Bittner (2016), S. 143.

¹¹⁹ Vgl. Bittner (2016), S. 142.

¹²⁰ Vgl. Bittner (2016), S. 144.

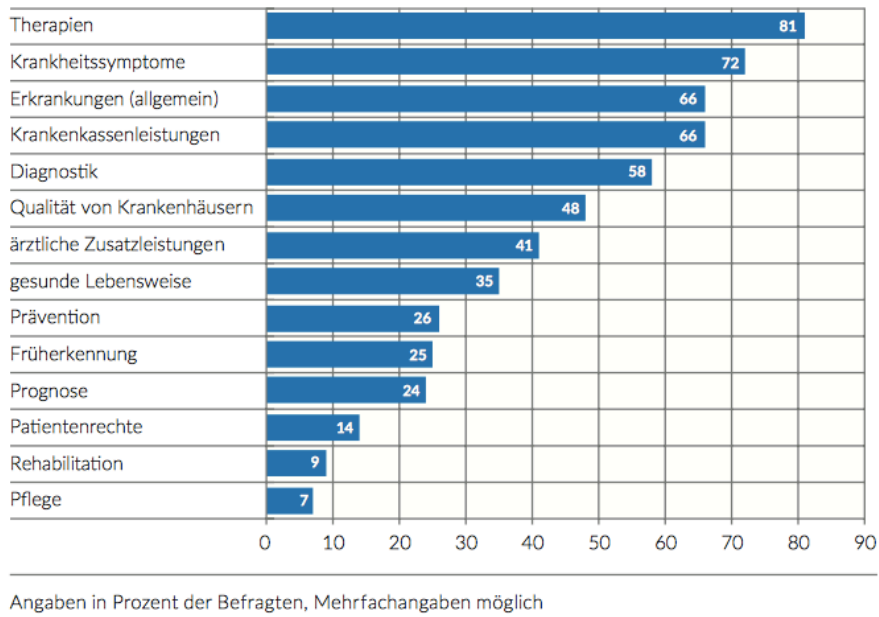


Abb. 6: Themen vorinformierter Arzt-Patienten-Gespräche

Das wachsende Informationsangebot und das damit einhergehende Interesse beeinflusst das Arzt-Patienten-Verhältnis differenziert. 54 Prozent der Befragten Ärzte gaben an, dass dieser Fortgang positive wie auch negative Aspekte birgt.¹²¹

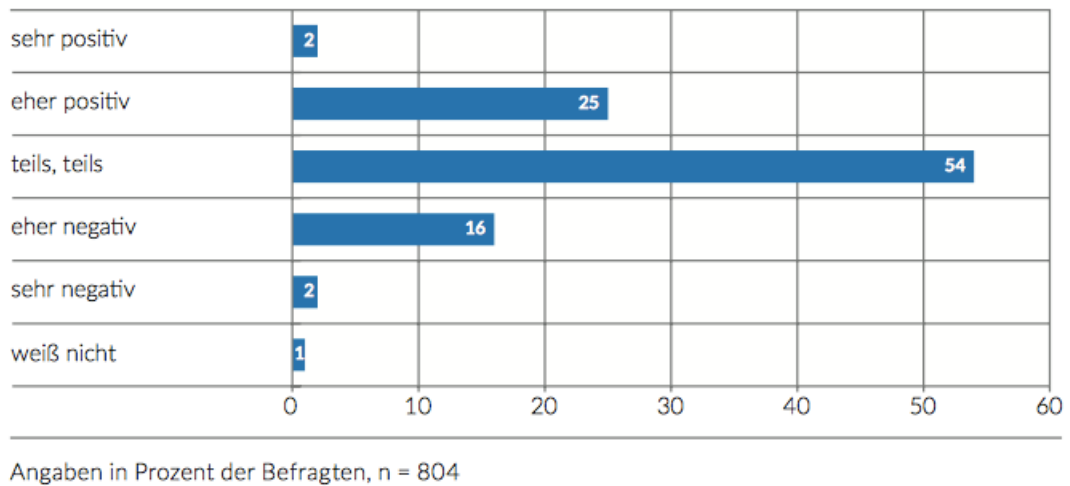


Abbildung 7: Einfluss des wachsenden Informationsangebots

¹²¹ Vgl. Bittner (2016), S. 145.

37 Prozent der Ärzte, also etwas mehr als ein Drittel, sind der Meinung, dass sich ihre Patienten durch eigens gesammelte Informationen leichter an gesundheitlichen Entscheidungen beteiligen können als nicht Informierte.¹²² Das dieses Wissen den selben Patienten Sicherheit gäbe, hielten nur 16 Prozent für möglich. Als positiver Nebeneffekt kommen Patienten, aufgrund der Eigenrecherche, zeitiger in die Praxis, gab jeder Fünfte Arzt und damit 20 Prozent der Befragten an.¹²³

4.3.2 Auswertung und Darlegung der Ergebnisse der Bittner-Studie

Eines geht aus der Studie deutlich hervor: nämlich, dass Patienten und Klienten sich immer häufiger selbst informieren. Dieses wachsende Interesse an Gesundheitsthemen und das kontinuierlich wachsende Informationsangebot bleibt allerdings im medizinischen Sektor, vor allem unter Ärzten stark umstritten, wie die vorangegangenen Absätze aufzeigen.¹²⁴ Dabei sticht der Umstand heraus, dass Ärzte die Eigeninitiative ihrer Patienten signifikant schlechter bewerten als beispielsweise noch im Jahr 2003. Damit einhergehend erzeuge Gesundheitskommunikation, die sich an den Rezipienten richtet oftmals falsche Erwartungen und Ansprüche, welche die Arbeit der Ärzte mitunter belastet.¹²⁵ Rund die Hälfte der befragten Ärzte ist zwiegespaltener Meinung über den selbstinformierten Patienten. Trotzdem möchte zumindest ein Drittel der Ärzte Patienten, die künftig mit selbst recherchierten Informationen Rat suchen, stärker in Behandlungsentscheidungen mit einbeziehen.¹²⁶

Auffällig ist die Tatsache, dass Ärzte die Einschätzungen über die selbstinformierten Patienten stark am Bildungsniveau derjenigen festmachen. Wird der Bildungsstand eines Patienten eher niedrig eingeschätzt, wird auch die Auswirkung der Selbstinformation eher als negativ empfunden.¹²⁷

Große Schwierigkeiten zeigten die befragten Ärzte bei der Einschätzung medialer Gesundheitsinformationen auf Glaubwürdigkeit und Vertrauen hin. Dies legte sich ebenfalls auf die Bekanntheit seriöser, evidenzbasierter und laienverständlichen Informationen

¹²² Vgl. Bittner (2016), S. 147.

¹²³ Vgl. Bittner (2016), S. 147.

¹²⁴ Vgl. Bittner (2016), S. 154.

¹²⁵ Vgl. Bittner (2016), S. 155.

¹²⁶ Vgl. Bittner (2016), S. 155.

¹²⁷ Vgl. Bittner (2016), S. 155.

nieder.¹²⁸ An dieser Stelle wird bewusst, dass bei Patienten sowie auch bei Ärzten gleichermaßen eine Verbesserung der Aufklärung darüber stattfinden muss, wo vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen gesucht und gefunden werden.¹²⁹ Zwar existieren Wegweiser und Hinweise, wo gute Gesundheitsinformationen zu finden sind, jedoch nur im Internet und zugänglich für eher erfahrene Nutzer. Das schließt nicht nur Printmedien gänzlich aus, sondern meistens auch ältere Nutzer die entweder nicht über einen Internetzugang verfügen oder wenig bis kaum Kenntnisse haben. Das ergab unter anderem eine Umfrage. Diese brachte hervor, dass derzeit 58,2 Prozent der Personen zwischen 50 und 59 sowie zwischen 60 und 69 Jahren keinen Zugang zum Medium Internet haben.¹³⁰ *Gründe um die Selbstinformation zu fördern gibt es dabei genug: Patienten wünschen sich seit mehr als zehn Jahren mehrheitlich, an Behandlungsentscheidungen beteiligt zu werden.*¹³¹ Die Grundlage dafür ist allerdings, informiert zu sein.

Als Schlussfolgerung für die Gesundheitskommunikation gibt es abschließend positive und negative Aspekte. Laut einer Studie aus dem Jahr 2004 steigt die Therapietreue bei Patienten oder Klienten mit dem relevanten Wissen, da sie die Notwendigkeit der Behandlung besser nachvollziehen können, was hierbei als positiv zu bewerten ist.¹³² Auf der anderen Seite resultieren *gravierende Negativauswirkungen*, geschuldet den Patienten mit geringer Gesundheitskompetenz. Dies äußert sich durch eine geringere Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen, schlechtere Behandlungsergebnisse durch beispielsweise ein schlechtes Medikamenten-Einnahmeverhalten und sogar mehr Krankenhausaufenthalten.¹³³

¹²⁸ Vgl. Bittner (2016), S. 156.

¹²⁹ Vgl. Bittner (2016), S. 156.

¹³⁰ Vgl. Andreas Donath (2003): D21: Gesundheitsinformationen sind Webinhalte der Zukunft. Wachsende Zahl älterer Mitbürger sollen Internet-fit werden. <https://www.golem.de/0302/24216.html> (27.06.2017).

¹³¹ Vgl. Bernard Braun (2014): Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. In: Jan Böcken (2014): Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Gütersloh, S. 107-131.

¹³² Vgl. Bittner (2016), S. 157.

¹³³ Vgl. Bittner (2016), S. 157.

5 Healthcare-Medien im Vergleich: „Apotheken Umschau“ vs. „bleib gesund“

In der vorangegangenen Studie von Anja Bittner geht deutlich hervor, dass Patienten sich immer häufiger vor Arzt-Gesprächen selbst informieren. Es wird unter anderem auf die Themen eingegangen, über welche sich Patienten informieren. Im folgenden Vergleich wird es zwar um Printmedien gehen und nicht wie in der Studie um das Medium Internet. Jedoch wird neben weiteren Aspekten auch speziell auf die Inhalte eingegangen. Dazu wird geprüft, inwieweit sich die Inhalte und Themen mit den Umfrageergebnissen der Ärzte-Umfrage von Bittner decken. Da die *Apotheken Umschau* sowie auch die *bleib gesund* als allgemein glaubwürdige Gesundheitsmedien gelten¹³⁴, wird anhand der vorangegangenen Grundlagen geprüft, inwieweit Glaubwürdigkeit und Vertrauen der Medien erzeugt werden. Die zentrale Frage dieses Vergleichs bzw. dieser Analyse stellt sich also, wie beide Medien Glaubwürdigkeit und Vertrauen in der Leserschaft erzeugen und welche Themen im Mittelpunkt stehen.

5.1 Apotheken Umschau

Wer Informationen zu medizinischen oder gesundheitlichen Themen benötigt, greift gern auf die Apotheken Umschau (Logo siehe Abb. 8) zurück. Mehr als 20 Millionen Lesern¹³⁵ gelten dabei als Garant für ein glaubwürdiges und vertrauensvolles Medium. Knapp 89 Prozent der deutschen Bevölkerung über 14 Jahren kennen es und rund 30 Prozent von Ihnen lesen es regelmäßig.¹³⁶



Abb. 8: Logo Apotheken Umschau

¹³⁴ Vgl. Brigitta Hackmann et al. (2017): Mediadaten. Apotheken-umschau.de. https://www.wortundbildverlag-service.de/media/Mediadaten_digital_2017.pdf (05.07.2017).

¹³⁵ Vgl. Marc Becker (Hrsg.) (2017): Apotheken Umschau. Deutschlands Gesundheitsmagazin Nr. 1, <http://www.wortundbildverlag.de/Gesundheitsmedien/Apotheken-Umschau-Apotheken-Umschau-4919.html> (05.07.2017).

¹³⁶ Vgl. Becker (2017), (05.07.2017).

5.1.1 Allgemeine Informationen und Mediadaten

Die Redaktion besteht aus journalistisch ausgebildeten Medizinerinnen und Pharmazeuten. Zu aktuellen Gesundheitsthemen werden objektiv, redaktionell und laienverständlich medizinische Informationen dargestellt. Die Apotheken Umschau sticht dabei durch eine stabile Reihweite hervor und wurde bereits mehrfach für ihre Berichterstattung ausgezeichnet.¹³⁷ Die *Apotheken Umschau bietet gut recherchierte Artikel, immer auf dem neusten Stand der medizinischen Forschung. Dies ist die Grundlage der hohen Glaubwürdigkeit der Marke Apotheken Umschau.*¹³⁸ Das hohe journalistische Niveau der Beiträge, wird gestützt durch einige verliehene Medienpreise in den vergangenen Jahren.¹³⁹

Die Apotheken Umschau wurde 1956 gegründet und erscheint zweimal (A und B) im Monat. Die Reichweite beträgt 28,3 Prozent. Das ergibt eine Leserschaft von 19,86 Millionen Menschen jeden Monat.¹⁴⁰ Als besonderes Merkmal der Apotheken Umschau, ist zu erwähnen, dass das Magazin für den Leser selbst kostenlos ist.¹⁴¹ Dafür ist der Hinweis auf dem Cover „Bezahlt von Ihrer Apotheke“ durchaus ernst zu nehmen. Denn die Apotheker abonnieren das Magazin in einer frei gewählten Stückzahl, um es dann an ihre Kunden zu verschenken.¹⁴² Laut Wort & Bild Verlag liegt der einzelne Heftpreis bei 0,44€. ¹⁴³ Allerdings kursieren in der Branche teils andere Zahlen als vom Verlag bestätigt. So soll es beispielsweise Vergünstigungen ab einer bestimmten Stückzahl geben, die von den Apotheken bestellt wird.¹⁴⁴

5.1.2 Konzept der Publikation

Die Apotheken Umschau ist ebenso Ratgeber für kleinere medizinische Erkrankungen wie zuverlässige Informationsquelle zu „prominenten“ Volkskrankheiten wie Rückenschmerzen, Bluthochdruck oder Kopfschmerzen. Ergänzt wird das Konzept durch Ernährungstipps, Sport und Bewegung sowie Erkenntnisse die zum eigenen Wohlbefinden beitragen. Besonderer Wert wird dabei auf alltagstaugliche Ratschläge und praktische

¹³⁷ Vgl. Hackmann (2017), (07.07.2017).

¹³⁸ Vgl. Hackmann (2017), (07.07.2017).

¹³⁹ Vgl. Becker (2017), (05.07.2017).

¹⁴⁰ Vgl. Becker (2017), (05.07.2017).

¹⁴¹ Vgl. Roland Schulz (2012): Die Packungsbeilage. In: Süddeutsche Zeitung Magazin, Jg. 2012, Nr. 12, <http://sz-magazin.sueddeutsche.de/texte/anzeigen/37731/1/1> (05.07.2017).

¹⁴² Cover der Apotheken Umschau: Marc Becker (2017): Apotheken Umschau, 2017, Nr. 7A, S. 6-7.

¹⁴³ Vgl. Hackmann (2017), (07.07.2017).

¹⁴⁴ Vgl. Schulz (2012), (05.07.2017).

Tipps gelegt. Neben den Berichten und Artikeln findet der Leser Seitenweise Anzeigen für Medikamente, medizinische Dienstleistungen und Reisen.

5.2 Bleib gesund

Die bleib gesund (Logo siehe Abb. 9) bekommen alle erwerbsfähigen Mitglieder der AOK Krankenkasse, ab einem Alter von 25 Jahren. Das Gesundheitsmagazin besticht durch die Kernkompetenzen Gesundheits- und Verbrauchsberatung.¹⁴⁵



Abb. 9: Logo der Bleib gesund

5.2.1 Allgemeine Informationen und Mediadaten

Das Gesundheitsmagazin bleib gesund ist das Versichertenmagazin der Krankenkasse AOK. Die bleib gesund erschien einhergehend mit der Gründung des Unternehmens 1960 zum ersten Mal. Das Versicherten-Gesundheitsmagazin wird personalisiert an Mitglieder der AOK nach Hause geschickt und richtet sich an 25 bis 69-Jährige Mitglieder. Sie erscheint sechsmal im Jahr und sticht vor allem durch ihr vergleichsweise farbiges Innenleben hervor.¹⁴⁶ Die verbreitete Auflage beträgt pro Ausgabe knapp 15 Millionen und verfügt somit über eine starke Reichweite. Damit ist sie Deutschlands auflagenstärkstes Versichertenmagazin.¹⁴⁷ Sie liefert Informationen zu Gesundheit, Medizin, Entspannung und ausgewogene Ernährung, wodurch das Magazin nicht nur interessant für ältere Leser, sondern ebenso für jüngere Versicherte.

¹⁴⁵ Vgl. WDV (2017): Personalisierte Magazine für Erwachsene. Mediadaten 06/2017 bis 06/2018. <https://www.dfv.de/ressorts/medizinjournalismus/fokus-deutschland> (26.06.2017).

¹⁴⁶ Vgl. WDV (2010): Bleibgesund. Leserschaftsanalyse. https://www.wdv.de/fileadmin/medien/files/LSA_Leserschaftsanalyse_bleibgesund_bis_59_Jahre_wdv.pdf (26.06.2017).

¹⁴⁷ Vgl. WDV (2017), (26.06.2017).

5.2.2 Konzept der Publikation

Die bleib gesund zielt vor allem darauf ab, dass sich die Leser mit dem Magazin identifizieren und sich in dem Heft wiederfinden. Es soll der Beratung der Versicherten in den Bereichen medizinischen Wissen, Familie und Beruf sowie Neuigkeiten aus Gesellschaft und Lebenshilfe dienen.¹⁴⁸ Die redaktionellen Kompetenzen liegen dabei vor allem im Gesundheitswissen, Fitness, Wellness sowie der Verbraucherberatung.¹⁴⁹

5.3 Der Vergleich: Apotheken Umschau vs. Bleib Gesund

Zur Betrachtung stehen die jeweils aktuelle Ausgabe der Apotheken Umschau Ausgabe A aus dem Monat Juli 2017 und die AOK bleib gesund Heft Nummer 2 aus dem Jahr 2017. Besonderes Augenmerk wird auf die Zielgruppe, den Aufbau und die Struktur beider Magazine sowie die Inhalte und visuelle Elemente gelegt.

5.3.1 Zielgruppe und Leserschaftsprofil

Die Zielgruppen der beiden Magazine ähneln sich mehr als anfänglich gedacht. Sie überschneiden sich zwar lediglich um 19 Jahre, verfolgen aber die gleichen Ziele. Hauptzielgruppe der Apotheken Umschau ist gleichzeitig auch der wichtigste Kundenkreis der Apotheke. Einer Umfrage zufolge, haben 88 Prozent der Leser eine Stamm-Apotheke, was quasi als Garant für eine stabile Reichweite anzusehen ist.¹⁵⁰ Männer und Frauen über dem 40. Lebensjahr.¹⁵¹ Die bleib gesund zielt auf eine Leserschaft der 25 bis 69-Jährigen ab.¹⁵² Wesentlicher Unterschied ist wie der Leser zum Heft kommt. Die personalisierte Distribution der bleib gesund ist zeitgleich auch eine Garantie dafür, dass die Leserzahl deutlich höher ist, als die eigentliche Auflage. Denn durch das Versenden an einen Haushalt in dem mehr als eine Person lebt, steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass das Magazin mehrfach gelesen wird. Laut einer repräsentativen Akzeptanz- und

¹⁴⁸ Vgl. WDV (2010), (26.06.2017).

¹⁴⁹ Vgl. WDV (2017), (26.06.2017).

¹⁵⁰ Vgl. Andreas Arntzen (2017): Apotheken Umschau im Profil. Wort & Bild Verlag.de.

<http://www.wortundbild-service.pro/Kundenmagazine/Apotheken-Umschau-im-Profil-102499.html> (28.06.2017).

¹⁵¹ Vgl. Arntzen (2017), (28.06.2017).

¹⁵² Vgl. WDV (2017), (26.06.2017).

Wirkungsmessung, kommt eine Ausgabe der bleibgesund auf durchschnittlich 1,7 Leser.¹⁵³

5.3.2 Aufbau und Struktur

Beide Magazine sind klar strukturiert. In der Apotheken Umschau erstreckt sich das Inhaltsverzeichnis über zwei Heftseiten unterstützt durch einzelne Bilder und gut leserliche Seitenzahlen für ältere Leser (siehe Abb.10). Die Rubriken stehen unter *Frischluff*, *Titelgeschichte*, *Ratgeber*, *Naturgefühl*, *Forschergeist* und *Lebenslust*.¹⁵⁴



Abb. 10: Inhaltsverzeichnis Apotheken Umschau



Abb. 11: Inhaltsverzeichnis bleib gesund

Eine ebenso klare Struktur zeigt sich im Verzeichnis der bleib gesund (siehe Abb. 11). Auf der ersten Seite des Magazins finden sich die Rubriken *gesundbleiben*, *gesundaufwachsen*, *gesundentspannen*, *gesundbewegen*, *gesundwissen* und *gesundernähren*.¹⁵⁵ An dieser Stelle zeigt sich allerdings ein Nachteil gegenüber der Apotheken Umschau. Das Inhaltsverzeichnis ist zwar platzsparender, aber dadurch auch kleiner gedruckt und mitunter schwer lesbarer als das der Apotheken Umschau.¹⁵⁶

¹⁵³ Vgl. WDV (2017), (26.06.2017).
¹⁵⁴ Vgl. Arntzen (2017), (28.06.2017).
¹⁵⁵ Vgl. Rainer Karpenfeld (2017): bleib gesund. AOK PLUS, 2017, Nr. 3, Offenbach, S. 3.
¹⁵⁶ Vgl. Marc Becker (2017): Apotheken Umschau, 2017, Nr. 7A, S. 6-7.

5.3.3 Inhalte

Die Inhalte der Apotheken Umschau gelten nicht nur allgemein als seriös und korrekt recherchiert, sondern ebenso als individuelle Ergänzung zum pharmazeutischen Beratungsgespräch in der Apotheke.¹⁵⁷ Auf knapp 100 Seiten werden für den Laien optimal verständliche Berichte und Artikel publiziert. Nach dem Editorial des Chefredakteurs Dr. Hans Haltmeier, finden sich auf den ersten zehn Seiten kurze Abschnitte mit Neuigkeiten und Tipps aus der Branche. Darauf folgt meist die Titelgeschichte, welche sich bis zu zehn Seiten lang streckt.¹⁵⁸

Im Ratgeberteil findet der Leser ein reichhaltiges Informationsangebot zu Erkrankungen, wie z.B. in der aktuellen Ausgabe, wo es um Arthrose geht, Fortschritten aus der Forschungsergebnissen oder Behandlungsmöglichkeiten. Der Ratgeberteil erstreckt sich in der aktuellen Ausgabe von Seite 24 bis zur Seite 50 und steht damit für den Hauptteil des Magazins.¹⁵⁹ In der Mitte des Hefts findet der Leser einen herausnehmbaren Rätsel-Teil mit Gehirnjogging-Aufgaben, Kreuzworträtsel und Gewinnspielen. Das letzte Drittel des Magazins ist für die Rubriken *Naturgefühl* und *Forschergeist*. *Forschergeist* befasst sich wie der Name bereits verrät, mit aktuellen Erkenntnissen aus Wissenschaft und Forschung. *Naturgefühl* umfasst, wie beispielsweise in der derzeitigen Ausgabe, einen Bericht über bestimmte Erkrankungen oder Vorkommnisse in anderen Ländern, Zivilisationen und Kulturen. Der aktuelle Beitrag „Der Puls des Dschungels“ befasst sich daher mit der Frage wie gesund das Leben fernab der Zivilisation ist und warum die Menschen dort Erkrankungen wie Diabetes oder Herz-Kreislauf Beschwerden nicht kennen.¹⁶⁰ Die letzte Rubrik fällt unter *Lebenslust* und liefert dem Leser allerlei Erkenntnisse für Wellness, ein besseres Lebensgefühl, Rezepte und Fitness.¹⁶¹

Als ebenso journalistisch gut recherchiert, gilt die Berichterstattung der *bleib gesund* der AOK.¹⁶² Das Vorgehen unterscheidet sich allerdings von dem der Apotheken Umschau. Wo die Apotheken Umschau darauf abzielt an die pharmazeutische Beratung des Apothekers anzuknüpfen, zielt die *bleib gesund* eher darauf ab, dass die Leser sich mit dem Heft identifizieren. Das gelingt durch ein sehr farbenfrohes und bildhaftes Design (siehe 5.3.4). Ein weiterer Unterschied zeigt sich in der Seitenanzahl. Die *bleib gesund* hat gut

¹⁵⁷ Vgl. Becker (2017), (05.07.2017).

¹⁵⁸ Vgl. Becker (2017), Nr. 7A, S. 12-19.

¹⁵⁹ Vgl. Becker (2017), Nr. 7A, S. 24-50.

¹⁶⁰ Vgl. Becker (2017), Nr. 7A, S. 58-63.

¹⁶¹ Vgl. Becker (2017), Nr. 7A, S. 74-90.

¹⁶² Vgl. WDV (2017), (26.06.2017).

50 Prozent weniger Seiten als die Apotheken Umschau. In der aktuellen Ausgabe wird der Leser daher nur auf 42 Seiten informiert.¹⁶³

Ähnlich wie bei der Apotheken Umschau bekommen die Leser auf den ersten Seiten kurze Neuigkeiten und Tipps geboten. In der aktuellen Ausgabe sind das beispielsweise „Fit mit App“ oder „Neue Regeln bei Diabetes-Behandlung“.¹⁶⁴ Es folgt unter der Rubrik *gesundbleiben* die Titelstory („Bei Rückenschmerzen unters Messer?“¹⁶⁵), welche sich über sechs Seiten erstreckt. In der folgenden Rubrik *gesundaufwachsen*, bekommen die Leser Informationen und Tipps rund um die Themen Erziehung, Familie und Kinder. *Gesundbewegen* befasst sich wie es der Rubrik-Name schon verrät mit Bewegung, Sport und Fitness. Auf vier Seiten beschränkt sich die Rubrik *gesundwissen* und befasst sich mit aktuellen Themen aus Forschung und Medizin. In den letzten beiden Teilen des Magazins *gesundentspannen* und *gesundernähren*, dreht sich alles um ein gesundes Lebensgefühl und gesunde sowie ausgewogene Ernährung.¹⁶⁶

Beide Magazine verfügen im redaktionellen Teil, also der Berichterstattung, sowohl über Journalisten, Pharmazeuten und Mediziner. Das ist nicht nur ein Garant für die Korrektheit der Artikel, sondern erzeugt zeitgleich Vertrauen und macht die Berichte glaubwürdig.¹⁶⁷

5.3.4 Covergestaltung und Visuelle Elemente

Die Covergestaltung beider Magazine richtet sich nach der Titelgeschichte und zeigt pro Ausgabe ein Bild, welches sich auf diese bezieht (siehe Abb. 12 und Abb. 13.). Die Logos finden sich bei beiden im oberen linken Teil des Covers. Ebenfalls dort angesiedelt die Ausgaben bzw. Heftnummer der jeweiligen Auflage. Bei der *bleib gesund* ist zusätzlich das Logo der AOK oben rechts angeordnet. Auffällig bei beiden ist die Tatsache, dass das Cover nicht mit Text und zusätzlichen Bildern überladen wird. Bei der *Apotheken Umschau* findet der Leser am unteren Heft Rand weiß gelassenes Cover, worauf drei bis vier Headlines aktueller Berichte zu lesen sind. Bei der *bleib gesund* sind ebenfalls drei bis vier Headlines auf der linken Seite des Covers zu finden.

¹⁶³ Vgl. Karpenfeld (2017), 3-2017.

¹⁶⁴ Vgl. Karpenfeld (2017), 3-2017. S. 4-7.

¹⁶⁵ Vgl. Karpenfeld (2017), 3-2017. S. 8-13.

¹⁶⁶ Vgl. Karpenfeld (2017), 3-2017.

¹⁶⁷ Vgl. Karpenfeld und Becker.

Die Fünf farbig gekennzeichnete Themengebiete der Apotheken Umschau machen das Heft nicht nur übersichtlich, sondern von Anfang an transparent in der Aufteilung. Übersichtlich ist zwar auch das Verzeichnis der bleib gesund, wirkt jedoch durch die einseitige Aufteilung nicht so locker und transparent wie das des Vergleich Heftes.

Beide Hefte arbeiten sehr viel mit visuellen Elementen und Bildern. Was bei der Apotheken Umschau allerdings eher klassisch und strukturiert¹⁶⁸ gehalten ist, wirkt bei der bleib gesund moderner, bunter und jugendlicher.¹⁶⁹ An dieser Stelle zeigt sich wieder die Zielgruppe die erreicht werden soll.



Abb. 11: Cover der Apotheken Umschau Juli (A)



Abb. 12: Cover der bleib gesund Ausgabe 2/ 2017

¹⁶⁸ Vgl. Becker (2017), Nr. 7A.

¹⁶⁹ Vgl. Karpenfeld (2017), 3-2017.

5.4 Fazit

In der Bittner Studie wurde durch die befragten Ärzte der Eindruck geweckt, dass das Informationsangebot, welches sich an Rezipienten richtet, oftmals medizinisch nicht korrekt oder schlecht recherchiert sei. Die Analyse der beiden Gesundheitsmagazine beweist jedoch das Gegenteil.

Die Betrachtung der beiden Medien Apotheken Umschau und bleib gesund der AOK, unter der Berücksichtigung der Studie von Anja Bittner, lässt unweigerlich den Schluss zu, dass im Healthcare Sektor durchaus glaubwürdige Medien vertreten sind. Oftmals liegt es nicht am Angebot was dargeboten wird, sondern eher an der Medienkompetenz der Rezipienten, das korrekte Medium zu wählen. Gelingt dieser Aspekt, kann ein gut informierter Patient die ärztliche Tätigkeit unterstützen und somit auch zum Behandlungserfolg beitragen. Daher können Mediziner auch nur bedingt und abhängig von der vorhandenen Kompetenz am Gesundheitsinteresse ihrer Patienten aufbauen.

Beide Gesundheitsmagazine, obwohl sie sich teilweise in der Zielgruppe unterscheiden, stechen klar hervor durch Übersichtlichkeit, gut recherchierte Berichterstattung und Zielgruppenübergreifende Themen. Die Vorgehensweise ist zwar jeweils etwas verschieden, betrachtet man sich die visuelle Gestaltung und Aufteilung, aber im Fokus steht die ergänzende Beratung von Patienten und Versicherten.

6 Schlussbetrachtungen

Aus den nun vorangegangenen Informationen soll zu der Forschungsfrage „Was sind vertrauenswürdige Patienteninformationen und sind sie bei korrekter und akkurater Recherche in der Lage, Patienten und Mediziner entlasten?“ eine fundierte Antwort gefunden werden. Hierzu wurde geprüft, inwieweit sich Inhalte und Themen mit den Ergebnissen der Umfrage von Bittner übereinstimmen (siehe auch 5.4).

Durch die schnelle Entwicklung des Internets und daraus auch resultierend, der Entwicklung der Medien allgemein, entwickelten sich bei vielen Rezipienten Zweifel über die Glaubwürdigkeit mancher Medienprodukte. Daher sind Vertrauen und eine starke Glaubwürdigkeit unabdingbar für den Erfolg der Gesundheitskommunikation für Patienten. Allgemein oder im Kontext von Beziehungen, wird Vertrauen als die Qualität dieser bewertet.¹⁷⁰ Um Glaubwürdigkeit und Vertrauen messen zu können, müssen Faktoren identifiziert werden, die Autor, Wichtigkeit und Korrektheit der Beiträge festlegen. Diese legt das Individuum bei der Medienwahl teilweise selbst fest, durch die Abwägung von Nutzen und Bedürfnissen.¹⁷¹

Ein großer Anteil der Medienerzeugnisse im Gesundheitssektor entstammen dem Bereich Healthcare Public Relation. Aus Sicht der PR Branche betrachtet, ist eine Analyse der Zielgruppe entscheidend, um die Kampagne optimal und individuell abzustimmen. Auch um die Bedürfnisse der Rezipienten kennenzulernen, darauf eingehen zu können und schlussendlich Vertrauen in Informationen, ein medizinisches Produkt oder -Dienstleistung herzustellen. Dabei bilden Printmedien wichtige Medien für die Öffentlichkeitsarbeit der Gesundheitskommunikation. Wie die Analyse der beiden Gesundheitsmagazine gezeigt hat, stehen dem Rezipienten Medien zur Verfügung, die korrekt recherchiert und glaubwürdig sind. Das Informationsangebot ist also gegeben. Hier muss es der Branche künftig gelingen auf die Bedürfnisse der unterschiedlichen Interessengruppen einzugehen und Angebote gezielt auf diese abzustimmen.

Eine wichtige Aufgabe der Gesellschaft bleibt es aber weiterhin, die Gesundheitskompetenz der Rezipienten zu verbessern. Befragte Ärzte verbanden eine mangelnde Gesundheitskompetenz an der Bildung ihrer Patienten.¹⁷² Das lässt den Schluss zu, dass

¹⁷⁰ Vgl. Petermann (2013), S. 12.

¹⁷¹ Vgl. Beck (2017), S. 76.

¹⁷² Vgl. Bittner (2016, S. 141-159.

Gesundheitskompetenz und eine gewisse Eigenverantwortlichkeit für die eigene Gesundheit, bereits in der Schule vermittelt werden sollte. So erlernt das Individuum frühzeitig, Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen und lernt Fähigkeiten und Entscheidungsgrundlagen zu verstehen.

Healthcare Communication ist nicht nur ein wichtiges Feld im Gesundheitssektor, es steht für ein wachsendes Berufsfeld, das in den vergangenen Jahren stark an Wichtigkeit zugenommen hat und sich in den kommenden Jahren noch weiterentwickeln wird. Um eine Weiterentwicklung voranzutreiben muss eine Kompetenzvermittlung auf Patientenseite, sowie auch auf Seiten der Mediziner stattfinden. Die Bittner Umfrage hat nicht nur ergeben, dass Ärzte kaum glaubwürdige Quellen empfehlen können, da sie keine Kenntnis darüber haben, sondern auch, dass sie einen selbstinformierten Patienten teilweise als negativ bewerten.¹⁷³ Diesen Kreislauf gilt es zu durchbrechen. Die bestehenden Angebote für eine Kompetenzvermittlung für gesundheitsrelevante Themen der Patienten muss auf verschiedenen Kanälen ausgebaut und erweitert werden. Jeder Patient sollte zielgruppenspezifisch und –übergreifend auf leicht verständliche Informationen zurückgreifen und sich bedenkenlos informieren können.

Abschließend steht an dieser Stelle außer Frage, ob Patienten informiert sein sollten oder nicht. Ohne Zweifel gibt es zwar weiterhin Gründe, dass Ärzte selbstinformierten Patienten skeptisch gegenüberstehen, allerdings werden Mediziner künftig nicht um diese Tatsache herumkommen. Vielmehr muss zukünftig der Frage nachgegangen werden, inwieweit dem Patienten und Rezipienten richtige und akkurate Gesundheitskommunikation zugänglich gemacht werden kann und wie er diese erkennt. Dazu müssen branchenspezifisch Faktoren identifiziert werden die Autor, Wichtigkeit und Korrektheit der Beiträge festlegen. Dies würde in gewisser Hinsicht auch Ärzte entlasten, da diese sich laut der Umfrage von Anja Bittner um die Seriosität gewisser Quellen nach wie versorgen.¹⁷⁴ Das bedeutet also, dass Mediziner durchaus auf dem Gesundheitsinteresse ihrer Patienten aufbauen können, vorausgesetzt diese verfügen über ein gewisses Maß an Medienkompetenz.

¹⁷³ Vgl. Bittner (2016), S. 141-159.

¹⁷⁴ Vgl. Bittner (2016), S. 141-159.

Literaturverzeichnis

Monographien:

BECK Klaus (2017): Kommunikationswissenschaft, 5.Auflage, Konstanz.

BENGEL Jürgen (2007): Furchtappelle in der Gesundheitsförderung. 26. Jahrestagung, Fachgruppe Psychologie und Rehabilitation, Berlin.

BENTELE Günter (Hrsg.) (2015): Handbuch der Public Relations. Wissenschaftliche Grundlagen und berufliches Handeln, Wiesbaden.

BOES Ulf (1997): Medizin als Bildthema in Publikumszeitschriften. Inhaltsanalytischer Vergleich von ‚Quick‘, ‚Stern‘ und ‚Hörzu‘, Bochum.

FJÖRG Birgit (2004): Moral und Ethik der PR. Grundlagen-Theoretische und empirische Analysen-Perspektiven, Wiesbaden.

HÖMBERG Walter, ROLOFF Eckard Klaus (1975): Wissenschaftliche Journalistenausbildung aus der Sicht von Wissenschaftsjournalisten. In: Publizistik, Jg. 20, Nr. 1-2.

KÖCK und OTT (1994): Wörterbuch für Erziehung und Unterricht, Donauwörth.

MEIER Klaus (2011): Journalistik. 2. Auflage, Konstanz.

OESS Attila (1991): Total Quality Management. Die ganzheitliche Qualitätsstrategie, Wiesbaden.

PETERMANN Franz (2013): Psychologie des Vertrauens. 4. Auflage, Göttingen.

SCHMIDKE Jeanette (2000): Vertrauen. Definitionen, Theorien und Entwicklung, Potsdam.

SCHNIERER Thomas (1999): Soziologie der Werbung, München.

SCHWEIGER Günter, Gertraud Schattenecker (1995): Werbung. Eine Einführung. 4. Auflage, Stuttgart.

Sammelbandbeiträge:

BAUMANN Eva (2006): Auf der Suche nach der Zielgruppe-Das Informationsverhalten hinsichtlich Gesundheit und Krankheit als Grundlage erfolgreicher Gesundheitskommuni-

nikation. In: Jan Böcken et al. (2006): Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Gütersloh.

BITTNER Anja (2016): Erfahrungen, Einstellungen und Umgang von Ärzten mit informierten Patienten. In: Jan Böcken et al. (2016): Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Gütersloh, S. 141-159.

BRAUN Bernard (2014): Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. In: Jan Böcken (2014): Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Gütersloh, S. 107-131.

GOLD Carola et al. (2000): Patienten Versicherte Verbraucher. Möglichkeiten und Grenzen einer angemessenen Vertretung von Patienteninteressen, Berlin.

HURRELMANN Klaus (2014): Handbuch Gesundheitskommunikation, Bern.

MARSTEDT Gerd (2016): Das deutsche Gesundheitswesen 2001 bis 2015 aus der Versichertenperspektive. In: Jan Böcken et al. (2016): Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Gütersloh.

Hochschulschriften:

SCHMIDT Oliver (2013): Einfluss der Public Relations auf den Journalismus. Ein Überblick des aktuellen Forschungsstandes. Masterarbeit, Salzburg.

Zeitschriftenartikel:

BECKER Marc (2017): Apotheken Umschau, 2017, Nr. 7A, S. 6-7.

KARENFELD Rainer (2017): bleib gesund. AOK PLUS, 2017, Nr. 3, Offenbach, S. 3.

MERGNER Ulrich et al. (1990): Gesundheit und Interesse: Zur Fremdbestimmung von Selbstbestimmung im Umgang mit Gesundheit. In: Psychosozial, Jg. 12, Nr. 42 (1990), S.7-19.

VOGEL Ines C. et al. (2015): Glaubwürdigkeit und Vertrauen von Online-News. Ein kommunikationswissenschaftlicher Überblick. In: DuD-Datenschutz und Datensicherheit. Nr.5, S.313.

Internetquellen:

AAMP - Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheit (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. <http://www.aamp.at/unsere-themen/praevention/primaer-sekundaer-und-tertiaerpraevention/> (01.07.2017).

ARNTZEN Andreas (2017): Apotheken Umschau im Profil. Wort & Bild Verlag.de. <http://www.wortundbild-service.pro/Kundenmagazine/Apotheken-Umschau-im-Profil-102499.html> (28.06.2017).

BAUMANN Eva et al. (2010): Gesundheitskommunikation und Medien: Ein Lehrbuch. <https://books.google.de/books?id=w29tDAAAQBAJ&pg=PT254&lpg=PT254&dq=gesundheitskommunikation+aus+psychologischer+Sicht&source> (05.07.2017).

BECKER Marc (Hrsg.) (2017): Apotheken Umschau. Deutschlands Gesundheitsmagazin Nr. 1, <http://www.wortundbildverlag.de/Gesundheitsmedien/Apotheken-Umschau-Apotheken-Umschau-4919.html> (05.07.2017).

BUNDESMINISTERIUM für Gesundheit und Frauen: Gesundheit und Gesundheitsförderung. https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung (01.07.2017).

BUNDESZENTRALE für politische Bildung (2012): Das Gesundheitswesen in Deutschland – Ein Überblick. <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72547/gesundheitswesen-im-ueberblick> (02.07.2017).

Deutscher FACHJOURNALISTEN VERBAND: Portrait Medizinjournalismus. Grundlagen des Medienjournalismus. <https://www.dfjv.de/ressorts/medizinjournalismus/portrait> (03.07.2017).

DONATH Andreas (2003): D21: Gesundheitsinformationen sind Webinhalte der Zukunft. Wachsende Zahl älterer Mitbürger sollen Internet-fit werden. <https://www.golem.de/0302/24216.html> (27.06.2017).

GABLER, SPRINGER (Hrsg.): Public Relations (PR). <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/54933/public-relations-pr-v12.html> (03.07.2017).

HACKMANN Brigitta et al. (2017): Mediadaten. Apotheken-mschau.de. https://www.wortundbildverlag-service.de/media/Mediadaten_digital_2017.pdf (05.07.2017).

SCHMIDT Christian: Definition Journalismus. <https://definition.cs.de/journalismus/> (03.07.2017).

STROBEL (Hrsg.) (2011): Kommunikation-Begriff und Modell, https://www.ku-biss.de/bildung/projekte/schb_netz/Komm11_Begriff_AB_1.pdf (01.07.2017).

WDV (2010): Bleibgesund. Leserschaftsanalyse. https://www.wdv.de/fileadmin/medien/files/LSA_Leserschaftsanalyse_bleibgesund_bis_59_Jahre_wdv.pdf (26.06.2017).

WDV (2017): Personalisierte Magazine für Erwachsene. Mediadaten 06/2017 bis 06/2018. <https://www.dfjv.de/ressorts/medizinjournalismus/fokus-deutschland> (26.06.2017).

Gesetzestexte:

BUNDESANZEIGER Verlag GmbH (2016): Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 63, Bonn.

HWG Heilmittelwerbegesetz (i.d.F. 20.12.2016), §1, Absatz 1. Gesetz über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens (Heilmittelwerbegesetz – HWG). <https://www.gesetze-im-internet.de/heilmwerb/BJNR006049965.html> (03.07.2017).

Andere Literatur:

INFRATEST Gesundheitsforschung (1979): Das Arztbild in der Bevölkerung. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung, München.

Anlagen

Anlage 1: HWG – Heilmittelwerbe-gesetz. Gesetz über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens

Anlage 2: Erfahrungen, Einstellungen und Umgang von Ärzten mit informierten Patienten

Anlage 1: HWG – Heilmittelwerbe-gesetz

Gesetz über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens

Quelle: <https://www.gesetze-im-internet.de/heilmwerb-g/BJNR006049965.html>

Ausfertigungsdatum: 11.07.1965

Vollzitat:

"Heilmittelwerbe-gesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 1994 (BGBl. I S. 3068), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 20. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3048) geändert worden ist"

Stand: Neugefasst durch Bek. v. 19.10.1994 I 3068; Zuletzt geändert durch Art. 12 G v. 20.12.2016 I 3048

Fußnote

(+++ Textnachweis Geltung ab: 1.1.1978 +++)

(+++ Umsetzung der

EGRL 55/97 (CELEX Nr: 31997L0055)

EWGRL 28/92 (CELEX Nr: 31992L0028) vgl. G v. 1.9.2000 I 1374 +++)

Überschrift: Legalabkürzung eingef. durch Art. 2 Nr. 1 G v. 30.7.2004 I 2031 mWv 6.8.2004

§1

(1) Dieses Gesetz findet Anwendung auf die Werbung für 1. Arzneimittel im Sinne des § 2 des Arzneimittelgesetzes, 1a. Medizinprodukte im Sinne des § 3 des Medizinproduktegesetzes,

2. andere Mittel, Verfahren, Behandlungen und Gegenstände, soweit sich die Werbeaussage auf die Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden bei Mensch oder Tier bezieht, sowie operative plastisch-chirurgische Eingriffe, soweit sich die Werbeaussage auf die Veränderung des menschlichen Körpers ohne medizinische Notwendigkeit bezieht.

(2) Andere Mittel im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 sind kosmetische Mittel im Sinne des Artikels 2 Absatz 1 Buchstabe a der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30. November 2009 über kosmetische Mittel (ABl. L 342 vom 22.12.2009, S. 59), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2015/1298 (ABl. L 199 vom 29.7.2015, S. 22) geändert worden ist. Gegenstände im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 sind auch Gegenstände zur Körperpflege im Sinne des § 2 Absatz 6 Nummer 4 des Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuches.

(3) Eine Werbung im Sinne dieses Gesetzes ist auch das Ankündigen oder Anbieten von Werbeaussagen, auf die dieses Gesetz Anwendung findet. (3a) Teleshopping im Sinne dieses Gesetzes ist die Sendung direkter Angebote an die Öffentlichkeit für den Absatz von Arzneimitteln gegen Entgelt oder die Erbringung von ärztlichen, zahnärztlichen und

tierärztlichen Behandlungen und Verfahren gegen Entgelt.

(4) Dieses Gesetz findet keine Anwendung auf die Werbung für Gegenstände zur Verhütung von Unfallschäden. (5) Das Gesetz findet keine Anwendung auf den Schriftwechsel und die Unterlagen, die nicht Werbezwecken dienen und die zur Beantwortung einer konkreten Anfrage zu einem bestimmten Arzneimittel erforderlich sind. (6) Das Gesetz findet ferner keine Anwendung beim elektronischen Handel mit Arzneimitteln auf das Bestellformular und die dort aufgeführten Angaben, soweit diese für eine ordnungsgemäße Bestellung notwendig sind. (7) Das Gesetz findet ferner keine Anwendung auf Verkaufskataloge und Preislisten für Arzneimittel, wenn die Verkaufskataloge und Preislisten keine Angaben enthalten, die über die zur Bestimmung des jeweiligen Arzneimittels notwendigen Angaben hinausgehen. (8) Das Gesetz findet ferner keine Anwendung auf die auf Anforderung einer Person erfolgende Übermittlung der nach den §§ 10 bis 11a

des Arzneimittelgesetzes für Arzneimittel vorgeschriebenen vollständigen Informationen, des genehmigten und veröffentlichten Schulungsmaterials für Arzneimittel nach § 34 Absatz 1f des Arzneimittelgesetzes und des öffentlichen Beurteilungsberichts für Arzneimittel nach § 34 Absatz 1a Satz 1 Nummer 2 des Arzneimittelgesetzes und auf die Bereitstellung dieser Informationen im Internet. [Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

§2

Fachkreise im Sinne dieses Gesetzes sind Angehörige der Heilberufe oder des Heilgewerbes, Einrichtungen, die der Gesundheit von Mensch oder Tier dienen, oder sonstige Personen, soweit sie mit Arzneimitteln, Medizinprodukten, Verfahren, Behandlungen, Gegenständen oder anderen Mitteln erlaubterweise Handel treiben oder sie in Ausübung ihres Berufes anwenden. [Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

§3

Unzulässig ist eine irreführende Werbung. Eine Irreführung liegt insbesondere dann vor,

1. wenn Arzneimitteln, Medizinprodukten, Verfahren, Behandlungen, Gegenständen oder anderen Mitteln eine therapeutische Wirksamkeit oder Wirkungen beigelegt werden, die sie nicht haben,
2. wenn fälschlich der Eindruck erweckt wird, daß
 - a) ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann,
 - b) bei bestimmungsgemäßem oder längerem Gebrauch keine schädlichen Wirkungen eintreten,
 - c) die Werbung nicht zu Zwecken des Wettbewerbs veranstaltet wird,
3. wenn unwahre oder zur Täuschung geeignete Angaben
 - a) über die Zusammensetzung oder Beschaffenheit von Arzneimitteln, Medizinprodukten, Gegenständen oder anderen Mitteln oder über die Art und Weise der Verfahren oder Behandlungen oder
 - b) über die Person, Vorbildung, Befähigung oder Erfolge des Herstellers, Erfinders oder der für sie tätigen oder tätig gewesenen Personen

§ 3a

Unzulässig ist eine Werbung für Arzneimittel, die der Pflicht zur Zulassung unterliegen und die nicht nach den arzneimittelrechtlichen Vorschriften zugelassen sind oder als zugelassen gelten. Satz 1 findet auch Anwendung, wenn sich die Werbung auf Anwendungsgebiete oder Darreichungsformen bezieht, die nicht von der Zulassung erfasst sind. [Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

§4

(1) Jede Werbung für Arzneimittel im Sinne des § 2 Abs. 1 oder Abs. 2 Nr. 1 des Arzneimittelgesetzes muß folgende Angaben enthalten:

8.

den Namen oder die Firma und den Sitz des pharmazeutischen Unternehmers,

die Bezeichnung des Arzneimittels,

die Zusammensetzung des Arzneimittels gemäß § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 Buchstabe d des Arzneimittelgesetzes,

die Anwendungsgebiete,

die Gegenanzeigen,

die Nebenwirkungen,

Warnhinweise, soweit sie für die Kennzeichnung der Behältnisse und äußeren Umhüllungen vorgeschrieben sind,

bei Arzneimitteln, die nur auf ärztliche, zahnärztliche oder tierärztliche Verschreibung abgegeben werden dürfen, der Hinweis "Verschreibungspflichtig",

die Wartezeit bei Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Tieren bestimmt sind, die der Gewinnung von Lebensmitteln dienen.

Eine Werbung für traditionelle pflanzliche Arzneimittel, die nach dem Arzneimittelgesetz registriert sind, muss folgenden Hinweis enthalten: "Traditionelles pflanzliches Arzneimittel zur Anwendung bei ... (spezifiziertes Anwendungsgebiet/spezifizierte Anwendungsgebiete) ausschließlich auf Grund langjähriger Anwendung". (1a) Bei Arzneimitteln, die nur einen Wirkstoff enthalten, muß der Angabe nach Absatz 1 Nr. 2 die Bezeichnung dieses Bestandteils mit dem Hinweis: "Wirkstoff:" folgen; dies gilt nicht, wenn in der Angabe nach Absatz 1 Nr. 2 die Bezeichnung des Wirkstoffs enthalten ist.

(2) Die Angaben nach den Absätzen 1 und 1a müssen mit denjenigen übereinstimmen, die nach § 11 oder § 12 des Arzneimittelgesetzes für die Packungsbeilage vorgeschrieben sind. Können die in § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 Buchstabe a und Nr. 5 des Arzneimittelgesetzes vorgeschriebenen Angaben nicht gemacht werden, so können sie entfallen. (3) Bei einer Werbung außerhalb der Fachkreise ist der Text "Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker" gut lesbar und von den übrigen Werbeaussagen deutlich abgesetzt und abgegrenzt anzugeben. Bei einer Werbung für Heilwässer tritt an die Stelle der Angabe "die Packungsbeilage" die Angabe "das Etikett" und bei einer Werbung für Tierarzneimittel an die Stelle "Ihren Arzt" die Angabe "den Tierarzt". Die Angaben nach Absatz 1 Nr. 1, 3, 5

und 6 können entfallen. Satz 1 findet keine Anwendung auf Arzneimittel, die für den Verkehr außerhalb der Apotheken freigegeben sind, es sei denn, daß in der Packungsbeilage oder auf dem Behältnis Nebenwirkungen oder sonstige Risiken angegeben sind.

(4) Die nach Absatz 1 vorgeschriebenen Angaben müssen von den übrigen Werbeausagen deutlich abgesetzt, abgegrenzt und gut lesbar sein.

<https://www.gesetze-im-internet.de/heilmwerb/BJNR006049965.html> Page 2 of 6

HWG - Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens 19.07.17, 22)40

(5) Nach einer Werbung in audiovisuellen Medien ist der nach Absatz 3 Satz 1 oder 2 vorgeschriebene Text einzublenden, der im Fernsehen vor neutralem Hintergrund gut lesbar wiederzugeben und gleichzeitig zu sprechen ist, sofern nicht die Angabe dieses Textes nach Absatz 3 Satz 4 entfällt. Die Angaben nach Absatz 1 können entfallen. (6) Die Absätze 1, 1a, 3 und 5 gelten nicht für eine Erinnerungswerbung. Eine Erinnerungswerbung liegt vor, wenn ausschließlich mit der Bezeichnung eines Arzneimittels oder zusätzlich mit dem Namen, der Firma, der Marke des pharmazeutischen Unternehmers oder dem Hinweis: "Wirkstoff:"geworben wird. [Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

§ 4a

(1) Unzulässig ist es, in der Packungsbeilage eines Arzneimittels für andere Arzneimittel oder andere Mittel zu werben. (2) Unzulässig ist es auch, außerhalb der Fachkreise für die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bestehende Verordnungsfähigkeit eines Arzneimittels zu werben. [Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

§5

Für homöopathische Arzneimittel, die nach dem Arzneimittelgesetz registriert oder von der Registrierung freigestellt sind, darf mit der Angabe von Anwendungsgebieten nicht geworben werden. [Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

§6

Unzulässig ist eine Werbung, wenn

1. Gutachten oder Zeugnisse veröffentlicht oder erwähnt werden, die nicht von wissenschaftlich oder fachlich hierzu berufenen Personen erstattet worden sind und nicht die Angabe des Namens, Berufes und Wohnortes der Person, die das Gutachten erstellt oder das Zeugnis ausgestellt hat, sowie den Zeitpunkt der Ausstellung des Gutachtens oder Zeugnisses enthalten,
2. auf wissenschaftliche, fachliche oder sonstige Veröffentlichungen Bezug genommen wird, ohne daß aus der Werbung hervorgeht, ob die Veröffentlichung das Arzneimittel, das Verfahren, die Behandlung, den Gegenstand oder ein anderes Mittel selbst betrifft, für die geworben wird, und ohne daß der Name des Verfassers, der Zeitpunkt der Veröffentlichung und die Fundstelle genannt werden,
3. aus der Fachliteratur entnommene Zitate, Tabellen oder sonstige Darstellungen nicht wortgetreu übernommen werden.

§7

(1) Es ist unzulässig, Zuwendungen und sonstige Werbegaben (Waren oder Leistungen)

anzubieten, anzukündigen oder zu gewähren oder als Angehöriger der Fachkreise anzunehmen, es sei denn, dass

1. es sich bei den Zuwendungen oder Werbegaben um Gegenstände von geringem Wert, die durch eine dauerhafte und deutlich sichtbare Bezeichnung des Werbenden oder des beworbenen Produktes oder beider gekennzeichnet sind, oder um geringwertige Kleinigkeiten handelt; Zuwendungen oder Werbegaben sind für Arzneimittel unzulässig, soweit sie entgegen den Preisvorschriften gewährt werden, die auf Grund des Arzneimittelgesetzes gelten;
2. die Zuwendungen oder Werbegaben in
 - a) einem bestimmten oder auf bestimmte Art zu berechnenden Geldbetrag oder
 - b) einer bestimmten oder auf bestimmte Art zu berechnenden Menge gleicher Ware gewährt werden;
3. Zuwendungen oder Werbegaben nach Buchstabe a sind für Arzneimittel unzulässig, soweit sie entgegen den Preisvorschriften gewährt werden, die aufgrund des Arzneimittelgesetzes gelten; Buchstabe b gilt nicht für Arzneimittel, deren Abgabe den Apotheken vorbehalten ist;
4. die Zuwendungen oder Werbegaben nur in handelsüblichem Zubehör zur Ware oder in handelsüblichen Nebenleistungen bestehen; als handelsüblich gilt insbesondere eine im Hinblick auf den Wert der Ware oder Leistung angemessene teilweise oder vollständige Erstattung oder Übernahme von Fahrtkosten für Verkehrsmittel des öffentlichen Personennahverkehrs, die im Zusammenhang mit dem Besuch des Geschäftslokals oder des Orts der Erbringung der Leistung aufgewendet werden darf;
5. die Zuwendungen oder Werbegaben in der Erteilung von Auskünften oder Ratschlägen bestehen oder
6. es sich um unentgeltlich an Verbraucherinnen und Verbraucher abzugebende Zeitschriften handelt, die nach ihrer Aufmachung und Ausgestaltung der Kundenwerbung und den Interessen der verteilenden Person dienen, durch einen entsprechenden Aufdruck auf der Titelseite diesen Zweck erkennbar machen und in ihren Herstellungskosten geringwertig sind (Kundenzeitschriften).

Werbegaben für Angehörige der Heilberufe sind unbeschadet des Satzes 1 nur dann zulässig, wenn sie zur Verwendung in der ärztlichen, tierärztlichen oder pharmazeutischen Praxis bestimmt sind. § 47 Abs. 3 des Arzneimittelgesetzes bleibt unberührt. (2) Absatz 1 gilt nicht für Zuwendungen im Rahmen ausschließlich berufsbezogener wissenschaftlicher Veranstaltungen, sofern diese einen vertretbaren Rahmen nicht überschreiten, insbesondere in bezug auf den wissenschaftlichen Zweck der Veranstaltung von untergeordneter Bedeutung sind und sich nicht auf andere als im Gesundheitswesen tätige Personen erstrecken.

(3) Es ist unzulässig, für die Entnahme oder sonstige Beschaffung von Blut-, Plasma- oder Gewebespenden zur Herstellung von Blut- und Gewebeprodukten und anderen Produkten zur Anwendung bei Menschen mit der Zahlung einer finanziellen Zuwendung oder Aufwandsentschädigung zu werben. [Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

§8

HWG - Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens 19.07.17, 22)40

Das Teleshopping im Sinne des § 1 Absatz 3a sowie die Werbung für das Teleshopping sind unzulässig. Die Werbung für das Beziehen bestimmter Arzneimittel im Wege der Einzeleinfuhr nach § 73 Absatz 2 Nummer 6a oder Absatz 3 des Arzneimittelgesetzes ist unzulässig. Die Übersendung von Listen nicht zugelassener oder nicht registrierter Arzneimittel, deren Einfuhr aus einem anderen Mitgliedstaat oder aus einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum nur ausnahmsweise zulässig ist, an Apotheker oder Betreiber einer tierärztlichen Hausapotheke ist zulässig, soweit die Listen nur Informationen über die Bezeichnung, die Packungsgrößen, die Wirkstärke und den Preis dieses Arzneimittels enthalten.

§9

Unzulässig ist eine Werbung für die Erkennung oder Behandlung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden, die nicht auf eigener Wahrnehmung an dem zu behandelnden Menschen oder Tier beruht (Fernbehandlung).
[Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

§ 10

(1) Für verschreibungspflichtige Arzneimittel darf nur bei Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern und Personen, die mit diesen Arzneimitteln erlaubterweise Handel treiben, geworben werden. (2) Für Arzneimittel, die psychotrope Wirkstoffe mit der Gefahr der Abhängigkeit enthalten und die dazu bestimmt sind, bei Menschen die Schlaflosigkeit oder psychische Störungen zu beseitigen oder die Stimmungslage zu beeinflussen, darf außerhalb der Fachkreise nicht geworben werden. Dies gilt auch für Arzneimittel, die zur Notfallkontrazeption zugelassen sind. [Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

§ 11

(1) Außerhalb der Fachkreise darf für Arzneimittel, Verfahren, Behandlungen, Gegenstände oder andere Mittel nicht geworben werden

14. 15.

(weggefallen)

mit Angaben oder Darstellungen, die sich auf eine Empfehlung von Wissenschaftlern, von im Gesundheitswesen tätigen Personen, von im Bereich der Tiergesundheit tätigen Personen oder anderen Personen, die auf Grund ihrer Bekanntheit zum Arzneimittelverbrauch anregen können, beziehen,

mit der Wiedergabe von Krankengeschichten sowie mit Hinweisen darauf, wenn diese in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise erfolgt oder durch eine ausführliche Beschreibung oder Darstellung zu einer falschen Selbstdiagnose verleiten kann,

(weggefallen)

mit einer bildlichen Darstellung, die in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise Veränderungen des menschlichen Körpers auf Grund von Krankheiten oder

Schädigungen oder die Wirkung eines Arzneimittels im menschlichen Körper oder in Körperteilen verwendet,

(weggefallen)

mit Werbeaussagen, die nahelegen, dass die Gesundheit durch die Nichtverwendung des Arzneimittels beeinträchtigt oder durch die Verwendung verbessert werden könnte,

durch Werbevorträge, mit denen ein Feilbieten oder eine Entgegennahme von Anschriften verbunden ist,

mit Veröffentlichungen, deren Werbezweck mißverständlich oder nicht deutlich erkennbar ist,

(weggefallen)

mit Äußerungen Dritter, insbesondere mit Dank-, Anerkennungs- oder Empfehlungsschreiben, oder mit Hinweisen auf solche Äußerungen, wenn diese in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise erfolgen,

mit Werbemaßnahmen, die sich ausschließlich oder überwiegend an Kinder unter 14 Jahren richten,

mit Preisausschreiben, Verlosungen oder anderen Verfahren, deren Ergebnis vom Zufall abhängig ist, sofern diese Maßnahmen oder Verfahren einer unzumutbaren oder übermäßigen Verwendung von Arzneimitteln Vorschub leisten,

durch die Abgabe von Arzneimitteln, deren Muster oder Proben oder durch Gutscheine dafür,

durch die nicht verlangte Abgabe von Mustern oder Proben von anderen Mitteln oder Gegenständen oder durch Gutscheine dafür.

Für Medizinprodukte gilt Satz 1 Nr. 7 bis 9, 11 und 12 entsprechend. Ferner darf für die in § 1 Nummer 2 genannten operativen plastisch-chirurgischen Eingriffe nicht mit der Wirkung einer solchen Behandlung durch vergleichende Darstellung des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach dem Eingriff geworben werden. (2) Außerhalb der Fachkreise darf für Arzneimittel zur Anwendung bei Menschen nicht mit Angaben geworben werden, die nahe legen, dass die Wirkung des Arzneimittels einem anderen Arzneimittel oder einer anderen Behandlung entspricht oder überlegen ist. [Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

§ 12

(1) Außerhalb der Fachkreise darf sich die Werbung für Arzneimittel und Medizinprodukte nicht auf die Erkennung, Verhütung, Beseitigung oder Linderung der in Abschnitt A der Anlage zu diesem Gesetz aufgeführten Krankheiten oder Leiden bei Menschen beziehen, die Werbung für Arzneimittel außerdem nicht auf die Erkennung, Verhütung, Beseitigung oder Linderung der in Abschnitt B dieser Anlage aufgeführten Krankheiten oder Leiden beim Tier. Abschnitt A Nr. 2 der Anlage findet keine Anwendung auf die Werbung für Medizinprodukte.

(2) Die Werbung für andere Mittel, Verfahren, Behandlungen oder Gegenstände außerhalb der Fachkreise darf sich nicht auf die Erkennung, Beseitigung oder Linderung dieser Krankheiten oder Leiden beziehen. Dies gilt nicht für die Werbung für Verfahren oder

Behandlungen in Heilbädern, Kurorten und Kuranstalten.

§ 13

Die Werbung eines Unternehmens mit Sitz außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes ist unzulässig, wenn nicht ein Unternehmen mit Sitz oder eine natürliche Person mit gewöhnlichem Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes oder in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, die nach diesem Gesetz unbeschränkt strafrechtlich verfolgt werden kann, ausdrücklich damit betraut ist, die sich aus diesem Gesetz ergebenden Pflichten zu übernehmen.

§ 14

Wer dem Verbot der irreführenden Werbung (§ 3) zuwiderhandelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

§ 15

1. entgegen § 3a eine Werbung für ein Arzneimittel betreibt, das der Pflicht zur Zulassung unterliegt und das nicht nach den arzneimittelrechtlichen Vorschriften zugelassen ist oder als zugelassen gilt,
2. eine Werbung betreibt, die die nach § 4 vorgeschriebenen Angaben nicht enthält oder entgegen § 5 mit der Angabe von Anwendungsgebieten wirbt,
3. in einer nach § 6 unzulässigen Weise mit Gutachten, Zeugnissen oder Bezugnahmen auf Veröffentlichungen wirbt,
4. entgegen § 7 Abs. 1 und 3 eine mit Zuwendungen oder sonstigen Werbegaben verbundene Werbung betreibt,
- 4a. entgegen § 7 Abs. 1 als Angehöriger der Fachkreise eine Zuwendung oder sonstige Werbegabe annimmt,
5. entgegen § 8 Satz 1 oder Satz 2 Teleshopping oder eine dort genannte Werbung betreibt,
6. entgegen § 9 für eine Fernbehandlung wirbt,
7. entgegen § 10 für die dort bezeichneten Arzneimittel wirbt,
8. auf eine durch § 11 verbotene Weise außerhalb der Fachkreise wirbt,
9. entgegen § 12 eine Werbung betreibt, die sich auf die in der Anlage zu § 12 aufgeführten Krankheiten oder Leiden bezieht,
10. eine nach § 13 unzulässige Werbung betreibt.

(2) Ordnungswidrig handelt ferner, wer fahrlässig dem Verbot der irreführenden Werbung (§ 3) zuwiderhandelt. (3) Die Ordnungswidrigkeit nach Absatz 1 kann mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro, die Ordnungswidrigkeit nach Absatz 2 mit einer Geldbuße bis zu zwanzigtausend Euro geahndet werden. [Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

§ 16

Werbematerial und sonstige Gegenstände, auf die sich eine Straftat nach § 14 oder eine Ordnungswidrigkeit nach § 15 bezieht, können eingezogen werden. § 74a des Strafgesetzbuches und § 23 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten sind anzuwenden. [Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

§ 17

§ 18

Das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb bleibt unberührt.

(weggefallen)

Anlage (zu § 12) Krankheiten und Leiden, auf die sich die Werbung gemäß § 12 nicht beziehen darf

Fundstelle des Originaltextes: BGBl. I 2005, 2599 A. Krankheiten und Leiden beim Menschen

1. Nach dem Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045) meldepflichtige Krankheiten oder durch meldepflichtige Krankheitserreger verursachte Infektionen,
2. bösartige Neubildungen,
3. Suchtkrankheiten, ausgenommen Nikotinabhängigkeit,
4. krankhafte Komplikationen der Schwangerschaft, der Entbindung und des Wochenbetts.

B. Krankheiten und Leiden beim Tier

<https://www.gesetze-im-internet.de/heilmwerbg/BJNR006049965.html> Page 5 of 6

HWG - Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens 19.07.17, 22)40

Anlage 2: Studie von Anja Bittner

Erfahrungen, Einstellungen und Umgang von Ärzten mit informierten Patienten

Quelle: Erfahrungen, Einstellungen und Umgang von Ärzten mit informierten Patienten.
In: Jan Böcken et al. (2016): Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Gütersloh, S. 141-159.

Erfahrungen, Einstellungen und Umgang von Ärzten mit informierten Patienten

Anja Bittner

Der Arzt ist längst nicht mehr der alleinige Ratgeber, wenn es um Gesundheitsinformationen geht. Mehr als drei unterschiedliche Quellen nutzen die Deutschen durchschnittlich, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren (Baumann und Czerwinski 2015). Dabei lässt bei Weitem nicht jeder Patient seinen Arzt wissen, dass er sich bereits selbst informiert hat (Streich 2004; Bittner 2016). Diejenigen aber, die gesammelte Informationen mit ihrem Arzt besprechen, möchten das Beste aus diesem Gespräch machen, die Ernsthaftigkeit ihres Anliegens betonen und die Meinung des Arztes zu den Informationen erfragen (Bowes et al. 2012). Eine große US-amerikanische Studie aus dem Jahr 2003 zeigte allerdings, dass mit vorinformierten Patienten konfrontierte Ärzte häufig das Gefühl haben, die Patienten würden ihre Autorität infrage stellen (Murray et al. 2003). Dies stand in der Studie in engem Zusammenhang mit einer erlebten Verschlechterung des Arzt-Patienten-Verhältnisses.

Zahlreiche Internetseiten mit hochwertigen, laienverständlichen Gesundheitsinformationen von Anbietern wie dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) oder dem Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg (DKFZ) sollen Patienten unterstützen, sich mündig mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen. Doch ist es inzwischen gelungen, auch die Ärzte als Experten und Begleiter der Patienten einzubeziehen und mitzunehmen?

In Deutschland zeigten sich Ärzte 2003 noch zwiesgespalten angesichts eigeninitiativ informierter Patienten (Streich 2004) und eine qualitative Befragung der Medizinischen Hochschule Hannover zeigte 2010 weiterhin ein ambivalentes Verhältnis von Ärzten gegenüber der Selbstinformation (Baumgart 2010).

Dagegen weisen medizinische Lehrbücher auf ein Umdenken in Bezug auf selbstinformierte Patienten hin. So heißt es in einem 2012 erschienenen Lehrbuch für Allgemeinmedizin: »Medizinische Selbsthilfe kann im Regelfall als ungefährlich und zumeist als sinnvoll bewertet werden« (Kochen 2012: 581). Ein onkologisches Lehrbuch von 2006 listet für seine Fachleserschaft diverse telefonische und Onlineberatungsstellen auf und bezeichnet das Internet als »nicht unproblematisches, aber zukunftsweisendes Informationsmedium« (Irmey und Weis 2006: 4).

Dieser Beitrag soll folgende Fragen beantworten und ein genaueres Bild über die Erfahrungen und den Umgang von Ärzten mit selbstinformierten Patienten in Deutschland zeichnen.

- Wie hat sich die Einstellung von Ärzten gegenüber Patienten entwickelt, die sich zusätzlich zum Arztgespräch auf anderen Wegen informieren?
- Wie gut wissen Ärzte über Informationsangebote für Patienten Bescheid? Ist die Medizin offen geworden für den mündigen Patienten?

Methodik

Im November und Dezember 2015 nahmen 804 ambulant tätige Ärzte an einer Onlinebefragung zu Erfahrungen, Einstellungen und dem Umgang mit selbstinformierten Patienten teil. Die Befragung wurde mit Unterstützung von DocCheck durchgeführt.

Die befragten Ärzte gehörten den folgenden Fachgebieten an: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Anästhesie, Allgemein Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie und Orthopädie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Urologie, Augenheilkunde sowie HNO. Es wurden ausschließlich ambulant tätige Ärzte befragt.

In Bezug auf das Fachgebiet, das Alter, das Geschlecht und den Tätigkeitsort wurden sie entsprechend der prozentualen Verteilung der Grundgesamtheit in die Befragung eingeschlossen. Aufgrund geringerer Rücklaufquoten bei einigen Untergruppen wurden für die Befragung geringe Unterschiede der Verteilung im Vergleich zur Grundgesamtheit in Kauf genommen. Zu diesen unterrepräsentierten Gruppen gehörten weibliche Ärzte, also Ärztinnen (Unterschied

von 1%-Punkten), Ärzte über 60 (Unterschied von 8%-Punkten), Ärzte aus dem Norden Deutschlands (Unterschied von 2%-Punkten) und Ärzte mit den Fachgebieten Anästhesie und Allgemeinchirurgie (Unterschied bis knapp über 1%-Punkten). Auswirkungen auf die Repräsentativität der Befragung, insbesondere aufgrund der veränderten Altersverteilung der Teilnehmenden, sind nicht auszuschließen.

Die erhobenen Daten wurden zum Teil mit einer Arztstichprobe von 2003 verglichen. Einschränkend muss hier erwähnt werden, dass die beiden verglichenen Stichproben nicht nur zeitlich, sondern auch methodisch teils erheblich auseinanderliegen, etwa in der Art der Datenerhebung. Diese erfolgte 2003 noch mündlich-telefonisch, 2015 jedoch online. Ebenso unterscheiden sich die Institute, die jeweils für die Datenerhebung verantwortlich waren. Daher sollten die Resultate unter dem Vergleichsaspekt angemessen vorsichtig interpretiert werden.

Die Ärzte wurden unter anderem zu einer Auswahl von zehn Internetseiten befragt. Die Auswahl umfasst einige aus Sicht der Autoren relevante beziehungsweise bekannte Anbieter von Gesundheitsinformationen. Um den Umfang der Befragung nicht weiter auszudehnen, wurde darauf verzichtet, eine größere Auswahl zu treffen – wissend, dass viele bekannte Anbieter auf diese Weise unberücksichtigt blieben. Die Internetseite flexikon.doccheck.com wurde nach der Befragung von der Auswertung ausgeschlossen, da aufgrund der Onlinebefragung über DocCheck von einer Verzerrung dieser Daten ausgegangen werden muss.

Die Analyse der Daten hatte zum Ziel, den Ist-Stand der Erfahrungen mit und die Einstellungen von Ärzten gegenüber selbstinformierten Patienten zu erfassen und Zusammenhänge zu erkennen. Neben der deskriptiven Analyse wurden daher Korrelationen und eine logistische Regression vorgenommen. Dabei wurde insbesondere unterschieden in eine Gruppe der ablehnenden und eine Gruppe der befürwortenden Ärzte im Hinblick auf Selbstinformation. Die Ergebnisse dieser Analysen werden an den entsprechenden Stellen mit dem sogenannten Chancenverhältnis (Odds-Ratio, OR) und mit der statistischen Bedeutsamkeit des Zusammenhangs ausgewiesen (Signifikanzniveau p). Das OR gibt für jede berücksichtigte Einflussvariable an, um welchen Betrag sich die Chance für das Auftreten eines bestimmten untersuchten Merkmals ändert, wenn sich die Einflussvariable um einen Betrag von 1 erhöht (bei Skalen) beziehungsweise

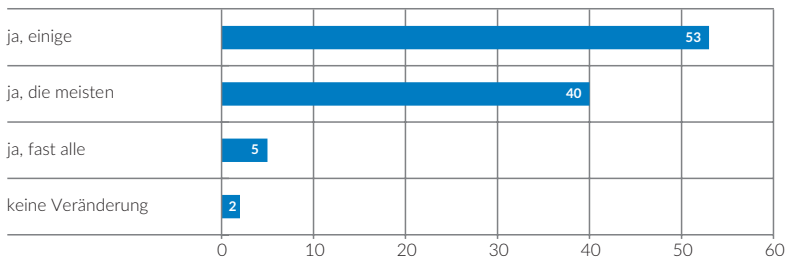
wenn die Einflussvariable mit der Referenzgruppe verglichen wird (bei ordinalen Merkmalen). Bei einem OR von über 1 steigt die Chance an, bei einem OR von unter 1 sinkt sie und bei einem OR von genau 1 ist das Verhältnis ausgeglichen – es gibt keinen Unterschied.

Ergebnisse

Immer mehr Patienten informieren sich selbst

Fast alle Ärzte machen in der ambulanten Versorgung die Erfahrung, dass Patienten sich immer häufiger selbst zu medizinischen oder krankheitsbezogenen Fragestellungen informieren. So gaben insgesamt nur zwei Prozent der Befragten an, in den vergangenen fünf Jahren keine Veränderung im Informationsverhalten bemerkt zu haben. Die übrigen 98 Prozent nahmen in unterschiedlichem Maß einen Zuwachs des Informationsverhaltens von Patienten wahr (Abbildung 1). Diese Wahrnehmung war unabhängig vom Geschlecht der Ärzte, von ihrer Tätigkeit als Haus- oder Facharzt und dem eingeschätzten Bildungsniveau der behandelten Patienten. Einzig mit dem Alter der Ärzte zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang – je jünger sie waren, desto weniger Veränderung registrierten sie im Informationsverhalten ($p \leq 0,001$, Chi^2).

Abbildung 1: Informieren sich Patienten heute häufiger selbst zu medizinischen Fragen als früher?



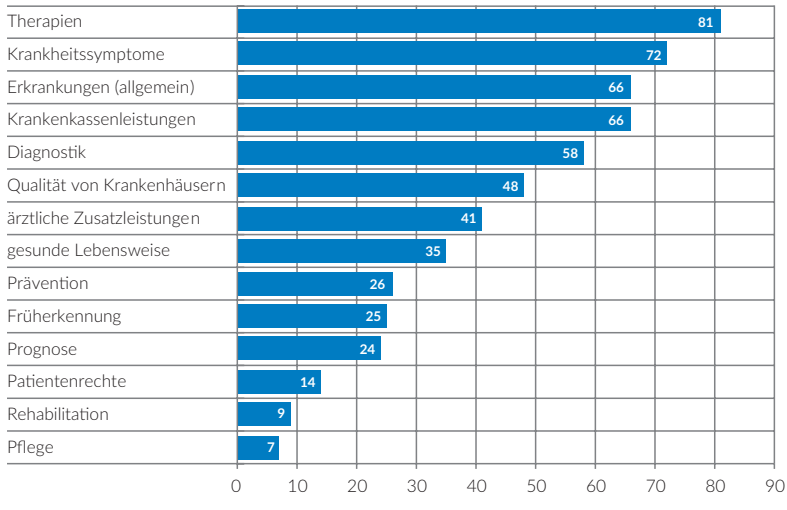
Angaben in Prozent der Befragten; n = 804

Der Kontakt mit vorinformierten Patienten scheint im Arztgespräch also keine Seltenheit zu sein – nur gut jeder zehnte Arzt (12%) gab an, von weniger als zehn Prozent seiner Patienten täglich auf selbst

recherchierte oder zufällig erfahrene medizinische Informationen angesprochen zu werden. Hingegen spricht fast ein Viertel der ambulant tätigen Ärzte (24 %) an einem normalen Arbeitstag mit mehr als 30 Prozent der Patienten über solche Informationen. Ärztinnen werden signifikant häufiger von ihren Patienten darauf angesprochen als ihre männlichen Kollegen ($p \leq 0,001$, Chi^2). Keinen Unterschied gibt es hingegen zwischen Haus- und Fachärzten.

Thematisch im Vordergrund stehen Gespräche über Therapien, Krankheitssymptome, Erkrankungen im Allgemeinen und Krankenkassenleistungen (Abbildung 2).

Abbildung 2: Themen der vorinformierten Arzt-Patienten-Gespräche

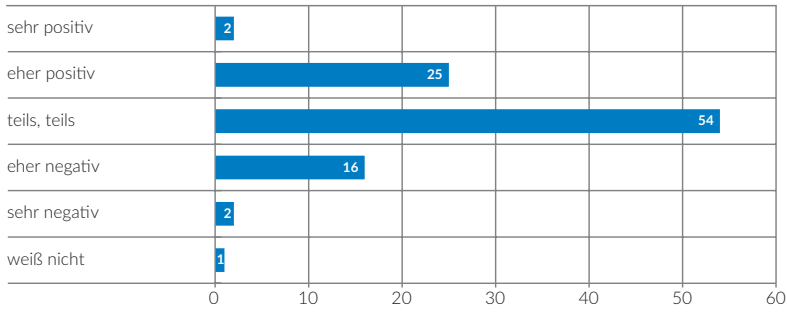


Angaben in Prozent der Befragten, Mehrfachangaben möglich

Gespaltene Meinungen über die Auswirkungen der Selbstinformation

Das wachsende Informationsangebot für Patienten und deren steigendes Interesse an Gesundheitsthemen beeinflussen das Arzt-Patienten-Verhältnis nach Meinung der Ärzte zwiespältig. So gab etwas mehr als die Hälfte der Befragten an (54%), dass diese Entwicklung teils positive und teils negative Aspekte für das Verhältnis mit sich bringe (Abbildung 3).

Abbildung 3: Einfluss des wachsenden Informationsangebots und Interesses an Gesundheitsthemen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis



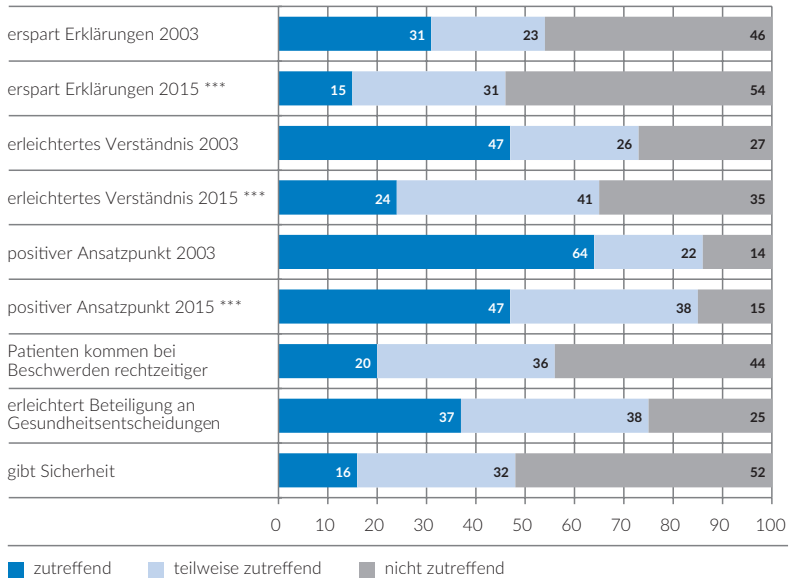
Angaben in Prozent der Befragten, n = 804

Vor allem Ärzte, die angaben, nur wenige Patienten mit hohem Bildungsgrad zu behandeln, bewerteten die Auswirkungen negativ. Die negative Bewertung lag in dieser Gruppe mehr als dreimal höher als in der Gruppe der Ärzte mit vielen hochgebildeten Patienten (OR 3,4; $p \leq 0,01$). Ähnlich verhielt es sich in Bezug auf den Kenntnisstand der Ärzte zu Informationsangeboten für Patienten. Die Chance, die Auswirkungen des wachsenden Informationsangebots und des steigenden Eigeninteresses von Patienten negativ zu beantworten, war in der Gruppe derjenigen, die angaben, sich nicht besonders gut mit Patientenangeboten auszukennen, 2,8-mal so hoch wie in der Gruppe der vergleichsweise gut informierten Fachkollegen (OR 2,8; $p \leq 0,01$). Auch vorangehende Fortbildungen zum Thema »Patienteninformation« gingen mit einer besseren Bewertung der Auswirkungen der Selbstinformation einher. So war die Chance einer negativen Bewertung 1,8-mal so hoch wie in der vorgebildeten Ärztesgruppe (OR 1,8; $p \leq 0,05$). Eine kürzere Berufserfahrung als Arzt ging ebenfalls mit einer negativeren Bewertung einher (OR 2,2; $p \leq 0,05$).

Die Bewertung einzelner Teilaspekte des Themas ergab ein ähnlich zwiespältiges Bild wie die Vorbefragung von 2003 (Streich 2004) und fiel besonders bei den positiven Aspekten signifikant negativer aus (Abbildung 4).

So dokumentiert sich nur für knapp die Hälfte der Ärzte (47%) in den Bemühungen der Patienten ein Eigeninteresse, an dem sie positiv ansetzen können – 2003 sahen das noch fast zwei Drittel der Ärzte so

Abbildung 4: Positive Wirkung informationsbezogener Eigeninitiative von Patienten 2003 und 2015



Angaben in Prozent der Befragten; Signifikanzniveau: *** $p \leq 0,001$

(64%). Auch die Wirkung auf das Verständnis der Patienten wurde signifikant negativer bewertet – nur knapp ein Viertel (24%) der Befragten stimmte noch der Aussage zu, dass die Selbstinformation das Verständnis der Ausführungen erleichtere. Dass sie sich eigene Erklärungen sparen konnten, bemerkten sogar nur 15 Prozent der befragten Ärzte.

Drei Aussagen zur positiven Wirkung informationsbezogener Eigeninitiative wurden nur im Jahr 2015 erhoben und sind daher hier nicht im Zeitvergleich dargestellt. Sie wurden in der Befragung 2015 ergänzt, um differenziertere Aussagen zu erhalten und die wichtigen Themen »Compliance« und »partizipative Entscheidungsfindung« abzudecken. Etwas mehr als ein Drittel der Ärzte (37%) stimmte zu, dass die Patienten sich durch selbst gesammelte Informationen leichter an Entscheidungen für ihre Gesundheit beteiligen können. Dass diese Informationen den Patienten Sicherheit gäben, glaubten jedoch nur 16 Prozent. Jeder fünfte Arzt (20%) gab an, dass die Patienten aufgrund der Eigenrecherche rechtzeitig in die Praxis kämen.

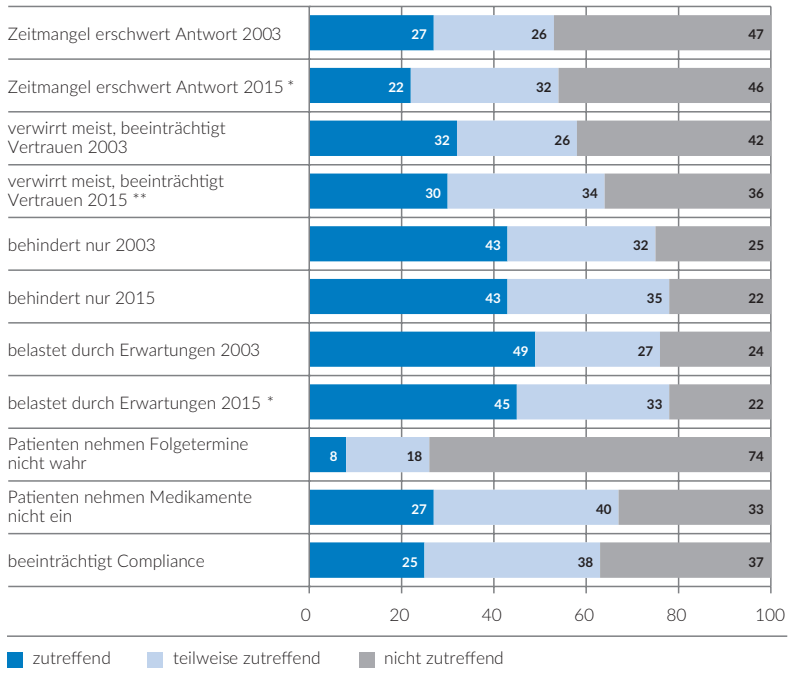
Die negativen Auswirkungen, die Ärzte in der eigenen Informationssuche sehen, zeigten im Zeitvergleich weniger klare Veränderungen.

gen als die positiven Aspekte (Abbildung 5). Deutlich ist jedoch eine im Jahr 2015 teils differenziertere Betrachtung der Informationssuche. Dies führte in zwei Aspekten zu einer insgesamt signifikant negativeren Einschätzung als noch 2003. So stimmten in der aktuellen Umfrage 45 Prozent der Ärzte der Aussage zu, die Selbstinformation erzeuge vielfach unangemessene Erwartungen und Ansprüche, die ihre Arbeit nur belasten – ein Rückgang von rund vier Prozent im Vergleich zu 2003. Allerdings bewerteten 33 Prozent der Befragten diese Aussage als teilweise zutreffend, während es im Jahr 2003 nur rund 27 Prozent gewesen waren, sodass dieser Aspekt der Selbstinformation insgesamt signifikant negativer eingeschätzt wurde.

Rund 30 Prozent der Ärzte bestätigten, dass die Selbstinformation die Patienten meist verwirre und das Vertrauen zum Arzt beeinträchtige. Auch bei dieser Einschätzung zeigte sich im Vergleich zu 2003 ein leichter Rückgang – von 32 auf 30 Prozent –, allerdings stieg wiederum der Anteil der Ärzte, die dem zumindest teilweise zustimmten – von 26 auf 34 Prozent –, so weit an, dass diese Aussage insgesamt signifikant stärker betont wurde als 2003. Keinen Unterschied zu der früheren Befragung gab es bei der Aussage, es handele sich bei den Informationen meistens um ein Gemisch aus mehr oder weniger zutreffenden beziehungsweise nützlichen Informationen, das die Ärzte nur behindere. 43 Prozent stimmten dieser Aussage zu. Etwa jeder fünfte Arzt gab Zeitmangel als erschwerende Komponente für die Kommunikation über selbst recherchierte Themen an – ein signifikanter Rückgang im Vergleich zu 2003.

Drei weitere mögliche Auswirkungen von Selbstinformation wurden nur 2015 erfragt: Fast ein Viertel der Ärzte gab an, dass die Selbstinformation die Compliance der Patienten beeinträchtige (25%). Wenig mehr (rund 27%) stimmten der Aussage zu, dass Patienten dadurch verschriebene Medikamente nicht einnahmen. Dass Patienten Wiedereinbestellungstermine nicht einhielten, wurde jedoch nur von rund acht Prozent der Ärzte als Folge der Selbstinformation wahrgenommen.

Abbildung 5: Negative Wirkung informationsbezogener Eigeninitiative von Patienten 2003 und 2015

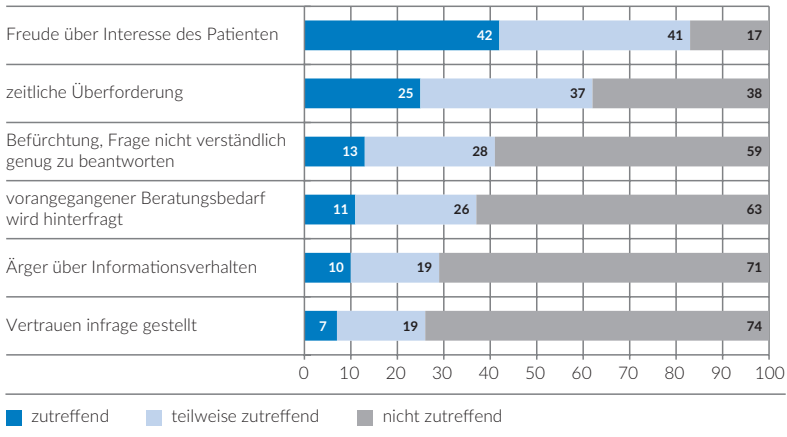


Angaben in Prozent der Befragten; Signifikanzniveau: * p ≤ 0,05; ** p ≤ 0,01

Empfindungen und Umgang mit selbstinformierten Patienten

Fragt man Ärzte nach den persönlichen Empfindungen gegenüber Patienten, die mit selbst recherchierten Informationen in die Praxis kommen, zeigt sich ein ähnlich abgestuftes Bild (Abbildung 6). Gut 40 Prozent der Ärzte freuen sich über das Interesse der Patienten. Knapp zehn Prozent ärgern sich, dass der Patient sich mit seiner Frage nicht zuerst an sie gewandt hat, und nur rund sieben Prozent haben das Gefühl, dass der Patient ihnen nicht vertraut. Etwa elf Prozent der Ärzte fragen sich, ob der Patient zuvor noch mehr Beratung gewünscht hätte. Hinsichtlich der Umsetzbarkeit der Beratung gibt jeder vierte Arzt an, zeitlich damit manchmal überfordert zu sein. Eine Frage nicht so beantworten zu können, dass der Patient sie umstandslos versteht, befürchten rund 13 Prozent der Ärzte.

Abbildung 6: Empfindungen von Ärzten bei der Konfrontation mit selbst recherchierten Informationen



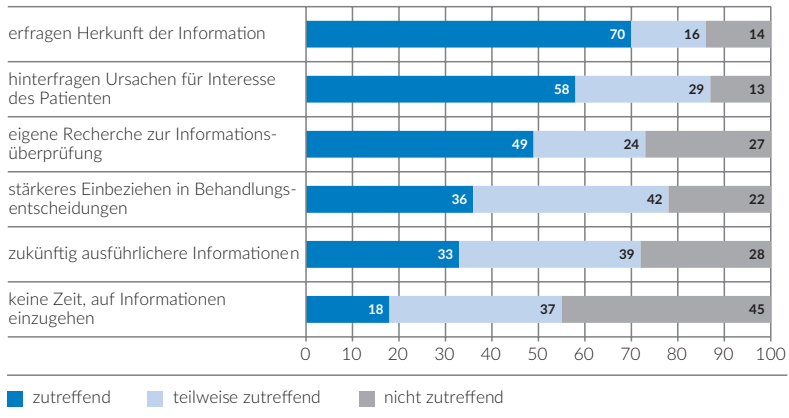
Angaben in Prozent der Befragten

Empfindungen gegenüber selbstinformierten Patienten sind das eine – doch wie gehen die Ärzte mit diesen Patienten um? Und inwiefern beeinflussen sie deren Eigeninitiative?

Immerhin 70 Prozent der Ärzte fragen nach, woher die Information stammt, und noch knapp 60 Prozent interessieren sich dafür, welches spezielle Interesse der Patient an dem Thema hat. Knapp 50 Prozent überprüfen im Zweifelsfall mit eigener Recherche die vom Patienten mitgebrachten Informationen. Einen positiven Einfluss auf die zukünftige Behandlung hat die Eigenrecherche jedoch nur bei einem Drittel der Ärzte – so geben 36 Prozent der Befragten an, Patienten zukünftig noch mehr in Behandlungsentscheidungen einzubeziehen, und 33 Prozent wollen die Patienten zukünftig ausführlicher informieren. 18 Prozent der Ärzte geben an, keine Zeit zu haben, ausführlich auf die von Patienten recherchierten Informationen einzugehen (Abbildung 7).

Ärzte haben auch die Möglichkeit, den Informationsfluss für ihre Patienten aktiv mitzugestalten (Abbildung 8). So bevorratet mehr als die Hälfte der Ärzte (56 %) vertrauenswürdige, laienverständliche Informationsmaterialien in ihrer Praxis und gibt sie ihren Patienten mit. Knapp 50 Prozent weisen ihre Patienten auf gute Informationsquellen hin, und ebenfalls knapp 50 Prozent suchen auch selbst nach

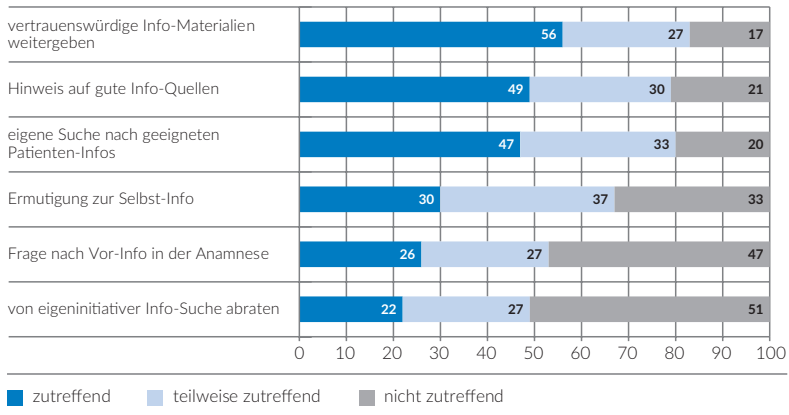
Abbildung 7: Reaktion von Ärzten, wenn Patienten sie auf selbst recherchierte Informationen ansprechen



Angaben in Prozent der Befragten

geeigneten Informationen für ihre Patienten. In die Anamnese fließt bereits bei 26 Prozent der Ärzte die Frage nach vorheriger anderweitiger Informationssuche ein. Während 30 Prozent der Befragten ihre Patienten aktiv ermutigen, sich nach dem Arztbesuch zusätzlich selbst zu informieren, raten rund 22 Prozent von der eigenen Informationssuche ab.

Abbildung 8: Beeinflussungsmöglichkeiten der Informationssuche und Häufigkeit, mit der Ärzte diese nutzen



Angaben in Prozent der Befragten

Berücksichtigt man bei all diesen Aspekten die Meinung der Ärzte über die Auswirkungen der Selbstinformation, zeigen sich deutliche Zusammenhänge mit den damit verbundenen Empfindungen. Folgende Zusammenhänge sind erkennbar: Ärzte, die die Auswirkungen des wachsenden Informationsangebots für Patienten und des steigenden Interesses an Gesundheitsinformationen positiver für das Arzt-Patienten-Verhältnis bewerten (Signifikanzniveau χ^2),

- freuen sich häufiger über das Interesse der Patienten ($p \leq 0,001$),
- haben weniger das Gefühl, dass die Patienten ihnen nicht vertrauen ($p \leq 0,001$),
- ärgern sich seltener, dass die Patienten sich mit ihrer Frage nicht zuerst an sie gewandt haben ($p \leq 0,001$),
- befürchten seltener, die Frage nicht so beantworten zu können, dass Patienten dies umstandslos verstehen ($p \leq 0,05$),
- fühlen sich seltener zeitlich überfordert, wenn sie von Patienten mit selbst recherchierten Informationen konfrontiert werden ($p \leq 0,001$), und
- geben seltener an, aus zeitlichen Gründen nicht ausführlich darauf eingehen zu können ($p \leq 0,001$).

Auch beim Umgang mit selbstinformierten Patienten lassen sich signifikante Unterschiede identifizieren. Ärzte, die die Möglichkeit der Selbstinformation positiver für das Arzt-Patienten-Verhältnis bewerten und von Patienten mit selbst recherchierten Informationen konfrontiert werden,

- fragen häufiger nach, woher die Patienten die Information haben ($p \leq 0,05$),
- interessieren sich eher dafür, welches spezielle Interesse die Patienten an dem Thema haben ($p \leq 0,001$),
- recherchieren häufiger selbst, um im Zweifel Informationen zu überprüfen ($p \leq 0,001$),
- beziehen häufiger ihre Patienten noch mehr in Behandlungsentscheidungen ein ($p \leq 0,001$) und bemühen sich, sie noch ausführlicher zu informieren ($p \leq 0,001$),
- ermutigen ihre Patienten eher, sich nach dem Arztbesuch selbst zu informieren ($p \leq 0,001$), und raten ihnen seltener von der eigenen Informationssuche ab ($p \leq 0,001$),
- suchen häufiger selbst nach geeigneten Informationen, die sie an ihre Patienten weitergeben ($p \leq 0,01$), und weisen häufiger auf gute Informationsquellen hin ($p \leq 0,001$),

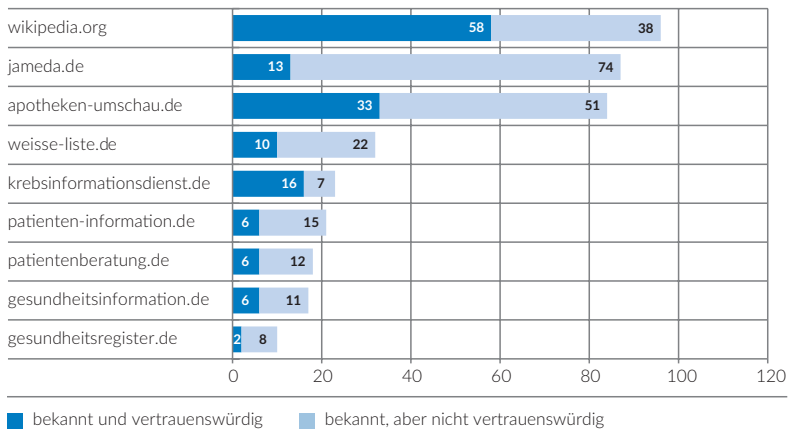
- erfragen eher bereits in der Anamnese, ob die Patienten sich schon anderweitig informiert haben ($p \leq 0,01$).

Unzureichende Kenntnisse vieler Ärzte über Informationsangebote für Patienten

Nur sieben Prozent der befragten Ärzte geben an, sich sehr gut mit den Informationsangeboten für Patienten auszukennen. Immerhin 36 Prozent bezeichnen ihre Kenntnisse als eher gut. Eher nicht so gut oder überhaupt nicht gut kennen sich damit nach eigenen Angaben 15 Prozent der Ärzte aus.

Nahezu alle Befragten kennen Internetseiten, die Gesundheitsinformationen für Patienten anbieten. Abbildung 9 zeigt in einer Übersicht die Bekanntheit der erfragten Seiten und die von den Ärzten – die die jeweilige Seite kannten – eingeschätzte Vertrauenswürdigkeit.

Abbildung 9: Bekanntheit und eingeschätzte Vertrauenswürdigkeit von Internetseiten



Angaben in Prozent der Befragten. Die Länge der Balken zeigt die Bekanntheit, die Farbunterschiede zeigen die eingeschätzte Vertrauenswürdigkeit der Internetseite.

Das Onlinelexikon Wikipedia landet mit seiner Bekanntheit bei fast 96 Prozent der befragten Ärzte auf Platz 1, gefolgt von dem Arztbewertungsportal jameda.de und der Onlineausgabe der Zeitschrift »Apotheken Umschau«. Nur gut 20 Prozent der Ärzte kennen hinge-

gen die telefonische und Onlineberatungsstelle krebsinformationsdienst.de des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ). Noch schlechter schneiden Gesundheitsinformationsportale wie patienteninformation.de, patientenberatung.de und gesundheitsinformation.de ab. Bei diesen handelt es sich um renommierte Portale mit dem Anspruch, evidenzbasierte Medizin laienverständlich aufzubereiten. So ist die Seite patienten-information.de ein Service des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), einem gemeinsamen Kompetenzzentrum von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. Die Internetseite patientenberatung.de wird von der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) betrieben, und hinter der Webseite gesundheitsinformation.de steht das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird.

Betrachtet man zusätzlich zur Bekanntheit die eingeschätzte Vertrauenswürdigkeit, so schneidet das DKFZ mit seiner Internetseite krebsinformationsdienst.de am besten ab – rund 70 Prozent der Ärzte, die das Portal kennen, halten es auch für vertrauenswürdig. Aufgrund der geringen Bekanntheit jedoch benennen gerade einmal 16 Prozent der Befragten die Internetseite als bekannt und vertrauenswürdig. Schlecht ergeht es auch den Internetseiten von ÄZQ, UPD und IQWiG sowie dem Portal weisse-liste.de. Ihnen wird nur von rund einem Drittel der Ärzte, denen diese Seiten bekannt sind, Vertrauenswürdigkeit bescheinigt. Das Portal wikipedia.org erreicht hingegen immerhin eine Vertrauenswürdigkeit von gut 60 Prozent unter den Ärzten, die das Onlinelexikon kennen. Schlusslicht in Sachen Vertrauenswürdigkeit ist das Arztbewertungsportal jameda.de – rund 15 Prozent der Befragten, die die Seite kennen, finden sie vertrauenswürdig.

Schlussfolgerungen

Patienten informieren sich immer häufiger selbst – auch Ärzte machen diese Erfahrung. Doch die Zunahme der Informationsangebote für Patienten und das wachsende Interesse von Laien an Gesundheitsthemen bleiben in der Ärzteschaft sehr umstritten. Ein Großteil der Ärzte zeichnet dabei ein differenziertes Bild und legt sich nicht auf generalisierende Aussagen fest. So gab mehr als die Hälfte der

Befragten an, dass die Selbstinformation teils positive und teils negative Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis habe, und bei den 13 erfragten möglichen Wirkungsaspekten wurden zwölf Fragen von mehr als 30 Prozent der Ärzte als teilweise zutreffend bewertet, unabhängig davon, ob sie positive oder negative Aspekte erfragten.

Deutlich wird zudem, dass Ärzte heute die informationsbezogene Eigeninitiative von Patienten signifikant schlechter bewerten als noch im Jahr 2003. Der am häufigsten genannte potenziell positive Aspekt der Selbstinformation ist das Erkennen eines Eigeninteresses beim Patienten, an dem der Arzt positiv ansetzen kann. Knapp die Hälfte der Befragten sieht diesen Aspekt – im Jahr 2003 waren es noch fast zwei Drittel der Ärzte. Etwa genauso hohe Zustimmung erhält aber auch die Aussage, die Selbstinformation erzeuge vielfach unangemessene Erwartungen und Ansprüche, die die Arbeit der Ärzte nur belasten.

Doch wie gehen Ärzte mit ihren selbstinformierten Patienten um – und ziehen sie Konsequenzen aus deren Informationssuche?

Etwa ein Viertel der Befragten bewertet die Auswirkungen der Informationssuche negativ und die Hälfte der Ärzte ist hier zwiegespalten. Doch nur rund elf Prozent hinterfragen, ob ihre informierten Patienten sich zuvor mehr ärztliche Beratung gewünscht hätten. Unterschiede zwischen den Ärzten, die die Auswirkungen der eigenständigen Informationssuche negativ oder positiv bewerten, gibt es dabei nicht.

Jeweils ein Drittel der Ärzte bezieht Patienten, die mit selbst gesammelten Informationen in die Praxis kommen, zukünftig stärker in Behandlungsentscheidungen ein und bemüht sich, sie noch ausführlicher zu informieren. Auffällig ist, dass diejenigen Ärzte, die die Auswirkungen der Informationssuche negativ bewerten, seltener angeben, ihre Patienten zukünftig ausführlicher zu informieren; gleichzeitig raten sie ihnen häufiger davon ab, Informationen selbst zu suchen. Dies impliziert, dass die Patienten dieser Ärzte weitgehend uninformiert bleiben – denn sie bekommen weder mehr Informationen von ihrem Arzt, noch sollen sie selbst recherchieren. Bei aller Kritik an diesem Ergebnis ist aber anzumerken, dass es sich nur auf eine kleine Gruppe der Ärzte bezieht.

Wie ein Arzt die Auswirkungen der Selbstinformation auf das Arzt-Patienten-Verhältnis bewertet, hängt eng damit zusammen, wie er das Bildungsniveau der jeweiligen Patienten einschätzt. Ärzte, die

den Bildungsstand ihrer Patienten niedriger einschätzen, empfinden die Auswirkungen der Selbstinformation häufig eher negativ. Ähnlich verhält es sich mit dem eigenen (ärztlichen) Wissensstand in Bezug auf Gesundheitsinformationen für Patienten: Ärzte, die angeben, gut informiert zu sein, die mehr Berufserfahrung haben oder bereits eine Fortbildung zum Thema »Gesundheitsinformation von Patienten« besucht haben, bewerten den Einfluss der Selbstinformation auf das Arzt-Patienten-Verhältnis häufiger positiv. Die Frage nach Ursache und Wirkung bleibt hier zunächst unbeantwortet. Doch die Ergebnisse der Umfrage machen einen großen Bedarf ärztlicher Weiterbildung zu Gesundheitsinformationen für Patienten deutlich.

Große Lücken zeigten sich nicht nur in der Bekanntheit der seriösen Informationsportale mit evidenzbasierten, laienverständlichen Informationen, sondern vor allem auch bei ihrer eingeschätzten Vertrauenswürdigkeit. Das Onlinelexikon wikipedia.org schnitt mit seiner Vertrauenswürdigkeit doppelt so gut ab wie die Seite patienteninformation.de, die von den Interessenvertretungen der Ärzte beauftragt und umgesetzt wird.

Vertrauen die Ärzte also der Intelligenz der Masse mehr als der evidenzbasierten, laienverständlichen Aufbereitung medizinischen Wissens durch ihre Fachkollegen? Wohl kaum – doch was sagt dieses Ergebnis dann über die Güte ärztlichen Wissens zu laienverständlichen Gesundheitsangeboten aus? Und können die immerhin 70 Prozent der Ärzte, die ihre Patienten nach der Informationsquelle der Selbstrecherche fragen, wirklich einschätzen, ob die Quelle – sofern sie online war – vertrauenswürdig ist?

Hier sind konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Bekanntheit guter Informationsangebote nicht nur bei Laien notwendig, sondern auch in Fachkreisen. Bei der steigenden Flut der Informationsangebote, der zunehmenden Zahl an Akteuren und der dadurch nicht nur für Ärzte undurchsichtigen Informationslandschaft im Internet sollte nach Vereinfachungsmöglichkeiten und besseren Leitsystemen zu guten Gesundheitsinformationen gesucht werden. Im besten Fall ist für Laien wie für Experten die Güte von Informationen auf einen Blick erfassbar. Zwar gibt es solche Hinweise für gute Informationen (wie HON-Code, AFGIS oder die Art des Seitenanbieters), doch diese sind oft nur sehr erfahrenen Internetnutzern bekannt.

Einen Wegweiser, der für Patienten relevante und evidenzbasierte Informationen gebündelt zusammenstellt, gibt es hingegen nicht.

Stattdessen konkurrieren gute und schlechte Informationsanbieter bei Google um eine hohe Rankingposition. Auch Leitfäden für Ärzte zur Beratung von Patienten könnten zumindest ein kurzfristiger Ansatzpunkt sein, um durch verbesserte Beratung die Risiken der Selbstrecherche zu verringern.

Das mittelfristige Ziel ist jedoch, vor allem Angebote in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung zu schaffen, die über das Themenfeld Selbstinformation aufklären. Damit Ärzte solche Informationsangebote wirklich annehmen, müssen sie gleichzeitig für den Wissensbedarf zu einem Thema, das für Patienten schon lange kein Randthema mehr ist, sensibilisiert werden.

Gründe, die Selbstinformation zu fördern, gibt es dabei genug: Patienten wünschen sich seit mehr als zehn Jahren mehrheitlich, an Behandlungsentscheidungen beteiligt zu werden (Braun und Marstedt 2014). Grundlage dafür ist, informiert zu sein. Experten wie Gerd Gigerenzer und Muir Gray (2013) erklären das 21. Jahrhundert zum Jahrhundert des Patienten und sprechen von Mündigkeit. Bereits 2004 zeigte eine Studie, dass die Compliance – die Therapietreue – von Patienten steigt, wenn sie medizinisches Wissen haben und die Notwendigkeit der Behandlung verstehen (Frileux et al. 2004). Andere Untersuchungen zeigen die gravierenden Negativauswirkungen einer geringen Gesundheitskompetenz von Patienten: Diese geht einher mit schlechteren Behandlungsergebnissen, einer geringeren Inanspruchnahme von präventiven Angeboten des Gesundheitssystems, einem schlechteren Einnahmeverhalten von Medikamenten, mehr Krankenhausaufenthalten und sogar mit einer erhöhten Sterblichkeit (Joint Committee on National Health Education Standards 1995; Berkman et al. 2011).

Ob Patienten informiert sein sollten oder nicht, steht also nicht zur Diskussion. Und auch die Frage, wie sie zu ihren Informationen kommen, ist längst beantwortet – der Arzt spielt dabei eine wichtige, aber eben nicht mehr die einzige Rolle (Baumann und Czerwinski 2015).

Ohne Zweifel gibt es gute Gründe, dass Ärzte die eigenständige Informationssuche von Patienten differenziert betrachten – doch um den selbstinformierten Patienten wird kein Arzt auf Dauer herumkommen. Umso wichtiger ist es, dass Ärzte, Patienten und Anbieter von laienverständlichen Gesundheitsinformationen gemeinsam und auf allen Ebenen die Verbesserung der Informationsnutzung angehen.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Frankfurt am Main, 21.07.2017

Ort, Datum

Vorname Nachname