

Informationssuche in der Gesundheitskommunikation:

Zur theoretischen Modellierung der Medien-
und Internetnutzung im Krankheitsfall

Wissenschaftliche Hausarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
eines Magister Artium
der Universität Hamburg

vorgelegt von
Jenny Voth
geboren in Rostock

Hamburg, Mai 2008

Vorwort

Diese Masterarbeit ist im Anschluss an die Studie „Wer krank ist, geht ins Netz“ am Institut für Journalistik und Kommunikationswissenschaft in Hamburg entstanden. Das interdisziplinäre Forschungsprojekt unter der Leitung der Kommunikationswissenschaftlerin Prof. Dr. Irene Neverla und dem Mediziner Dr. Dieter K. Lüdecke untersuchte empirisch die Medien- und Internetnutzung von Akromegalie-Patienten¹ im Krankheitsverlauf. Prof. Neverla hat diese Arbeit mit viel Interesse und Engagement betreut, wofür ich mich hiermit herzlich bedanke!

Für die Onlinepublikation wurde die Arbeit hinsichtlich formaler Fehler überarbeitet und um dieses Vorwort sowie das Abstract ergänzt.

Jenny Voth

Hamburg, 15. Januar 2010

¹ Akromegalie ist eine seltene und schwerwiegende Erkrankung, bei der ein Tumor an der Hirnanhangsdrüse u. a. zu Vergrößerungen der Extremitäten führt (vgl. Neverla et al. 2007a).

Abstract

Das Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation wird als Teildisziplin der Kommunikationswissenschaft vor dem Hintergrund gesundheitspolitischer Entwicklungen und einer zunehmenden Verbreitung des Internets als Quelle von Gesundheitsinformationen verstärkt beachtet. Im Zentrum der Diskussionen in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen (Medizin, Public Health, Gesundheitspsychologie und Kommunikationswissenschaft) und der Öffentlichkeit steht die neue Rolle des Patienten als mündiger Bürger, der sich seiner Rechte und Pflichten bewusst ist, Eigenverantwortung für seine Gesundheit bzw. Krankheit übernimmt und sich auf der Basis von Informationen an therapeutischen Entscheidungen beteiligt. Die Voraussetzungen einer solchen ‚Gesundheitskompetenz‘ sind bislang nur ungenügend erforscht worden. Über empirische Beschreibungen des Informationsverhaltens von spezifischen Patientengruppen (v. a. aus medizinischer Sicht) und zur Nutzung von Gesundheitsinformationen im Internet hinaus, gibt es bislang keine theoretische Auseinandersetzung mit dem Informationsverhalten von Patienten.

Daher verfolgt diese Arbeit das Ziel aus nutzerzentrierter Perspektive die situationalen und motivationalen Voraussetzungen des Informationsverhaltens im Krankheitsfall auf der Basis empirischer Befunde theoretisch zu modellieren. Dafür werden Befunde und Theorien aus der Kommunikationswissenschaft, Gesundheitspsychologie und Medizinsoziologie zusammengeführt.

Es zeigt sich, dass das Informationsverhalten im Krankheitsfall als eine Form des Krankheitshandelns verstanden werden kann, welche vor allem dem übergeordneten Ziel der Bewältigung (Coping) der Erkrankung dient. Die Situation des Krankheitsfalls ist nach Parsons durch Hilfsbedürftigkeit, emotionales Engagement und fachliche Inkompetenz gekennzeichnet. Die empirischen Befunde zeigen, dass Patienten im Verlauf der Erkrankung spezifische Informationsbedürfnisse entwickeln und Informationen daher vorwiegend zweckgebunden über verbindliche, spezialisierte und vielfältige Informationskanäle nutzen.

Die Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall lässt sich auf dieser Basis als höchst selektiv, intentional, emotional engagiert und an Nützlichkeit orientiert beschreiben. Der Krankheitsfall stellt in Anlehnung an Jäckel eine ‚Hochkostensituation‘ dar, in der es für den Handelnden von großer Bedeutung ist, optimale Entscheidungen zu treffen.

Theorien, welche die instrumentelle Nutzung von Informationen hervorheben, wie der ‚Information Seeking Approach‘ von Charles Atkin und der ‚Sense Making Approach‘ von Brenda Dervin, erscheinen demnach besonders relevant, um die Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall zu modellieren. Das ‚Comprehensive Model of Information Seeking‘ von J. David Johnson integriert Modelle des Gesundheitsverhaltens in eine allgemeine Theorie der Informationssuche und stellt damit ein erstes Modell der Informationssuche im Krankheitsfall dar.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
Abstract	3
Inhaltsverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	8
1 Einleitung: Der informierte Patient	9
1.1 Ausgangssituation und Problembereich	9
1.2 Zielsetzung und Vorgehensweise.....	11
2 Das Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation	14
2.1 Der ‚Informationsansatz‘ in der Gesundheitskommunikation.....	14
2.2 Strukturen und Probleme des Forschungsfelds.....	17
2.3 Einordnung der Arbeit ins Forschungsfeld.....	20
3 Empirische Forschungsergebnisse: Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall	23
3.1 Informationsbedürfnisse im Krankheitsfall	25
3.2 Informationsquellen im Krankheitsfall	30
3.3 Fazit: Empirische Forschungsergebnisse: Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall.....	39
4 Krankheit und Krankheitsverhalten	41
4.1 Krankheits- und Gesundheitsmodelle	41
4.1.1 Biomedizinisches Krankheitsmodell.....	42
4.1.2 Biopsychosoziales Krankheitsmodell	44
4.1.3 Paradigma der Salutogenese	46
4.2 Psychische und soziale Aspekte von Krankheit.....	48
4.2.1 Wahrnehmung von körperlichen Beschwerden und Erstellen einer Laiendiagnose	50
4.2.2 Krankheitsverhalten, Krankenrollenverhalten und Krankheitshandeln	53
4.2.3 Transaktionale Stresstheorie (Richard S. Lazarus).....	60
4.3 Fazit: Krankheit und Krankheitsverhalten.....	63
5 Theorien und Modelle der Informationssuche im Krankheitsfall	66
5.1 Grundannahmen und Systematisierung publikumszentrierter Ansätze	67

5.2	‘Information Seeking Approach’ (Charles Atkin)	75
5.3	‘Sense-Making Approach’ (Brenda Dervin)	82
5.4	Zwischenfazit: Theorien der Informationssuche im Vergleich	87
5.5	Comprehensive Model of Information Seeking (J. David Johnson).....	90
6	Fazit: Informationssuche in der Gesundheits-kommunikation.....	95
	Literaturverzeichnis.....	97
	Erklärung	107

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell des Informationsverhaltens. Aus: Czaja et al. 2003: 531.....	28
Abbildung 2: Paradigmen und Modelle der Gesundheitswissenschaften. Aus Faltermaier 2005: 52.....	47
Abbildung 3: Zuordnung der gesundheitsrelevanten Theorien und Modelle zu Verhaltenskategorien. Aus Ehrlich 2005: 151.	59
Abbildung 4: Facetten von Gesundheit und Krankheit. Abb. Nach Woll (o.J.).....	64
Abbildung 5: Klassifikation gegenwärtiger Ansätze der Massenkommunikationsforschung. Aus: Renckstorf 1996a: 10.....	69
Abbildung 6: Komponenten der ‚instrumentellen Nützlichkeit‘. Aus: Atkin 1973: 206.	77
Abbildung 7: Die ‚Sense-making‘-Metapher. Aus: Dervin et al. 2003.	84
Abbildung 8: Johnsons ‚Comprehensive Model of Information Seeking‘ (CMIS). Aus: Johnson 1997: 34.....	91

Abkürzungsverzeichnis

CMIS	Comprehensive Model of Information Seeking
HBM	Health Belief Model
ISA	Information Seeking Approach
SMA	Sense-Making Approach
UaG	Uses-and-Gratification Approach

1 Einleitung: Der informierte Patient

1.1 Ausgangssituation und Problembereich

Vom 25. März bis zum 3. Mai 2008 veröffentlichte die Tageszeitung „Hamburger Abendblatt“ in 34 Folgen die Medizinserie „Die besten Kliniken des Nordens“ (vgl. Rind 2008: 1). Auf der Basis einer Befragung von Ärzten konnten sich die Leser und (potentielle) Patienten einen Überblick über die Qualität einzelner Krankenhäuser bezüglich ihrer Behandlung spezifischer Krankheiten verschaffen. Auf der Homepage des Hamburger Abendblatts (www.abendblatt.de) sind sämtliche Artikel auch noch nach dem Erscheinen der Zeitung zugänglich und werden durch Ton- und Bildmedien sowie interaktive Angebote ergänzt.

Die Medizin-Serie des Hamburger Abendblatts ist ein aktuelles Beispiel für den ‚Boom‘ an Medizin- und Gesundheitsthemen in den Massenmedien und im Internet (vgl. Dörrzapf 2005, Gottwald 2005b; Neverla et al. 2007a). Dabei handelt es sich offenbar nicht um die Karriere eines Themas, welches nur zeitgebunden einen Schwerpunkt in der Berichterstattung bildet (vgl. Gottwald 2005b). Die, seit mehreren Jahren zu beobachtende Zunahme von Medizin- und Gesundheitsthemen in Zeitungen, Zeitschriften, Fernsehprogrammen und Online-Angeboten und die Etablierung neuer Zeitschriftentitel, Fernsehprogramme² und Online-Angebote scheint eher das Abbild gesellschaftlicher Wandlungsprozesse zu sein. Der gesellschaftliche Wandel, welcher Angebote und Nutzung von Medizin- und Gesundheitsinformationen in den Medien und im Internet beeinflusst, umfasst zwei zentrale Entwicklungen, die fast zeitgleich statt fanden:

1. Die explosionsartige Verbreitung einer Kundenorientierung im Gesundheitswesen („health consumerism“³);
2. Der erweiterte Zugang zu einer Vielzahl von Informationen für ‚Verbraucher‘ im Gesundheitswesen, insbesondere durch die Verbreitung von Internetzugängen.

² Beispielsweise wird seit dem 1. Juni 2005 der private Fernsehsender „Focus Gesundheit“ über Premiere angeboten (vgl. Dörrzapf 2005: 56). Seit dem 1. April 2007 ist das erste „Deutsche Gesundheitsfernsehen (DGF)“ kostenlos zu empfangen (www.dgf-tv.de).

³ Zur Entwicklung der Kundenorientierung im Gesundheitswesen siehe Freimuth et al. (1989) und Johnson (1997) für die USA, Dierks/Schwartz (2001) für Deutschland.

Zu 1. Mit dem Ziel das deutsche Gesundheitswesen effizienter zu gestalten wurden in Deutschland in den vergangenen Jahren Reformen⁴ durchgeführt, die den Wettbewerb in der medizinischen Versorgung förderten (vgl. GKV-Modernisierungsgesetz 2004). Die Umstrukturierungen im Gesundheitssystem verändern die Versicherungs- und Leistungsbedingungen für die Patienten grundlegend (vgl. Baumann 2006: 117). Seit Januar 2004 ist im Sozialgesetzbuch (§ 140 fg SGB V) festgesetzt, „dass Patienten an Entscheidungen beratend beteiligt werden, z. B. über Umfang und Qualität der Leistungen von Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss“ (Kranich 2004: 950). Auch in der medizinischen Versorgungspraxis werden Patienten u. a. durch neue Zuzahlungsregelungen, mit komplexen Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten konfrontiert, die das gesundheitsrelevante Verhalten beeinflussen. Beispielsweise erhöht die Einführung der Praxisgebühr die Schwelle, einen Arzt zu konsultieren und kann dazu führen, dass sich Patienten ihre Medikamente in der Apotheke selbst zusammenstellen (vgl. Gong Verlag 2005) oder möglicherweise im Internet eigenverantwortlich alternative Behandlungsmöglichkeiten recherchieren.

Die Rolle des Patienten hat sich grundlegend gewandelt (vgl. Neverla et al. 2007, Baumann 2006, Bopp et al. 2005, Kranich 2004). Die Bürger müssen sowohl bei der Behandlung einer Krankheit als auch bei deren Prävention eine größere Verantwortung übernehmen (vgl. Baumann 2006: 117). Patienten werden zunehmend zu Kunden, zu „Konsumenten im Gesundheitswesen“ (Dierks et al. 2000: 150). Die paternalistische Arzt-Patienten-Beziehung wird seit den 1990er Jahren zunehmend durch das neue Ideal einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient („shared-decision making“) ersetzt (vgl. Bopp 2005; vgl. Heesen et al. 2006). Der „expert patient“ (Heesen et al. 2005) eignet sich Wissen über Diagnose, Krankheit und Therapie an und erwirbt die Fähigkeiten sich Informationen zu beschaffen, deren Qualität einzuschätzen und seine Interessen gegenüber dem Arzt zu vertreten (vgl. Kranich 2004; vgl. Heesen 2006).

Zu 2. Eine zentrale Voraussetzung dafür, dass der Patient als aktiver ‚Konsument‘ im Gesundheitswesen auftritt und mit dem Arzt partizipativ über Diagnose und Therapie entscheidet, ist eine ausreichende Versorgung des Patienten mit Informationen (vgl. Dierks/Schwartz 2001: 290). Die Informationsversorgung allein durch Ärzte wird von Patienten als ungenügend empfunden: Ihre Zeit für das Gespräch mit dem Patienten

⁴ Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde der Modernisierungsprozess eingeleitet, der durch Modernisierungsgesetze in den Jahren 2004 und 2007 fortgeführt wurde (www.die-gesundheitsreform.de).

reicht nicht aus, um deren Informationsbedürfnisse zu befriedigen, dem Arzt ist es nicht möglich, sich auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft für jede spezifische Erkrankung zu halten und außerdem verhindern Frustrationen über ausbleibende Behandlungserfolge sowie Vertrauensprobleme, dass der Patient alle Informationsbedürfnisse im Arztgespräch äußert (vgl. BSMO 2003).

Das Informationsverhalten der Patienten hat sich in den letzten Jahren grundlegend verändert (vgl. Kaltenborn 2001: 49). Obwohl Ärzte immer noch die wichtigste Informationsquelle im Krankheitsfall sind (z. B. Spadaro 2003), werden zunehmend auch andere (mediale) Informationswege genutzt (z. B. Cercle Santé Société et al. 2007, Baumann 2006; vgl. Ratzan 2007: 101). Über 80 Prozent der Befragten des Gesundheitsmonitors 2006 gaben an, dass es manchmal oder sogar fast immer hilfreich ist, sich zusätzlich zum Arztbesuch medizinische Informationen zu besorgen (Baumann 2006: 123). Insbesondere das Internet bietet aufgrund der potenziellen anonymen, interaktiven und zeit- und ortsungebundenen Nutzung eine Vielzahl von Möglichkeiten, die Informationsbedürfnisse von Patienten zu befriedigen (vgl. Scheiber/Gründel 2000, Trepte et al. 2005, Schmidt-Kaehler 2005). Daher kommt es immer häufiger vor, dass sich Patienten im Vorfeld bzw. nach Erstellen der Diagnose Informationen von Internetseiten, Online-Datenbanken oder Diskussionsforen im Internet beschaffen (BSMO 2003; vgl. Baumann 2006: 122; vgl. Kaltenborn 2001:49).

1.2 Zielsetzung und Vorgehensweise

Die Veränderungen des Informationsverhaltens der (potentiellen) Patienten, für welches zunehmend mediale Informationswege von Bedeutung sind, erfordern eine wissenschaftliche Aufarbeitung. Während inzwischen eine Vielzahl von deskriptiven Befunden, insbesondere der medizinischen Forschung, zu Informationsbedürfnissen und -nutzung bestimmter Patientengruppen vorliegen, sind die theoretischen Bemühungen, das Informationsverhalten im Krankheitsfall mit Hilfe kommunikationswissenschaftlicher Theorien zu beschreiben in Deutschland kaum beachtet und nicht diskutiert.

Das Ziel dieser Arbeit ist, die Medien- und Internetnutzung⁵ im Krankheitsfall theoretisch zu modellieren - zum einen für die weitere wissenschaftliche Arbeit und zum an-

⁵ Der Begriff der Medien- und Internetnutzung wird im engeren Sinne verwendet, wobei sich ‚Nutzung‘ in Abgrenzung von ‚Rezeption‘ und ‚Wirkung‘ auf die präkommunikative Phase des Kommunikationsprozesses bezieht, in der Medien- und Internetangebote aufgrund bestimmter Motivationen ausgewählt werden.

deren für die Kommunikationspraxis (z. B. für die Konzeption von gesundheitsbezogenen Informationsangeboten). Der zentrale Ansatz dieser Arbeit ist, dass die Rolle des Patienten als aktiver Nutzer von Gesundheitsinformationen eine zunehmende Bedeutung erhält und traditionelle Ansätze der Kommunikationswissenschaft, die sich auf die Sender von Nachrichten und deren persuasive Wirkung beziehen und für die Gestaltung von Gesundheitskampagnen genutzt wurden, um rezipientenzentrierte Ansätze ergänzt werden müssen (vgl. Johnson 1997: 11).

In einem ersten Schritt soll die Frage nach der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall in der kommunikationswissenschaftlichen Forschung, speziell im relativ jungen Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation, verortet werden (Kapitel 2). Dabei werden Strukturen und Probleme (Kapitel 2.2) des Forschungsfelds ersichtlich und verdeutlichen die Anforderungen an diese Arbeit. Anschließend werden ausgewählte empirische Forschungsergebnisse zu Informationsbedürfnissen im Krankheitsfall und der Nutzung von Gesundheitsinformationen präsentiert (Kapitel 3). Die empirischen Forschungsergebnisse bilden die Grundlage, um die Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall theoretisch zu modellieren.

In Kapitel 4 wird definiert, was unter ‚Krankheit‘ verstanden wird und welche Folgen das für die theoretische Modellierung und empirische Operationalisierung hat. Es wird unterstellt, dass die Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall wesentlich durch den Kontext der Erkrankung motiviert ist. Daher erscheint es notwendig, das Krankheitsverhalten näher zu beschreiben. Die Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall wird als eine Form des Krankheitsverhaltens, genauer des Krankheitshandelns, verstanden. Demnach ist die Form der Bewältigung einer Krankheit entscheidend für die Art des Informationsverhaltens. Aufgrund dieser Annahmen wird im Sinne einer interdisziplinären Forschung auf Modelle aus den Gesundheitswissenschaften, insbesondere der Psychologie, zurückgegriffen.

Im Hauptteil der Arbeit werden publikumszentrierte Ansätze im Hinblick auf ihre Anwendung für die Modellierung der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall untersucht. Dabei werden insbesondere Theorien der Informationssuche als relevant hervorgehoben. Der ‚Information Seeking Approach‘ von Charles Atkin (1973) und der ‚Sense Making Approach‘ von Brenda Dervin (z. B. 1989) werden beschrieben und in ihrem Potenzial zur umfassenden Modellierung der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall diskutiert. In modelltheoretischen Ansätzen werden umfassendere Theo-

rien zu Grunde gelegt, um detaillierte Aussagen über begrenzte Ausschnitte der Wirklichkeit zu machen. Die Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall wird demnach durch das Zusammenführen von Theorien der Informationssuche mit Konzepten des Gesundheits- bzw. Krankheitsverhaltens am besten beschrieben. Das ‚Comprehensive Model of Information Seeking‘ von J. David Johnson (1997) setzt diese Forderung um und wird daher im Detail analysiert.

2 Das Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation

In der nordamerikanischen Kommunikationswissenschaft entwickelte sich vor ungefähr 30 Jahren das Forschungsfeld ‚Health Communication‘ als Teilgebiet der Kommunikationswissenschaft (vgl. Signitzer 2001: 22)⁶. Ende der 80er Jahre plädierte der Salzburger Publizistikwissenschaftler Benno Signitzer in Anlehnung an die amerikanische Bezeichnung ‚Health Communication‘ für die Etablierung einer Teildisziplin ‚Gesundheitskommunikation‘ im deutschsprachigen Raum (vgl. Fischer 1990: 20).⁷

Die Forschung auf dem Feld der Gesundheitskommunikation steht in Deutschland noch am Anfang, ist wenig institutionalisiert und strukturiert (vgl. Leppin 2003).⁸ In Anlehnung an Definitionen, Entwicklungen und Bedingungen der, auch international vergleichsweise jungen, Disziplin wird der Aufgabenbereich dieser Arbeit im Forschungsfeld verortet. Zusätzlich wird auf Probleme und Defizite dieser Forschungsrichtung aufmerksam gemacht und verdeutlicht, welchen grundlagentheoretischen Beitrag diese Arbeit zur Gesundheitskommunikation leistet.

2.1 Der ‚Informationsansatz‘ in der Gesundheitskommunikation

Gary L. Kreps und Barbara C. Thornton (1992: 2) definieren ‚Health Communication‘ als „an area of study concerned with human interaction in the health care process. It is the way we seek, process and share health information.“ Diese Lehrbuch-Definition⁹ ist

⁶ Die International Communication Association (ICA), die international führende kommunikationswissenschaftliche Fachgesellschaft, erweiterte ihre Interessenschwerpunkte 1972 durch die Gründung der Sektion ‚Therapeutic Communication Interest Group‘, die 1975 in „Health Communication“ umbenannt wurde, und institutionalisierte damit das junge Forschungsfeld. Die regelmäßigen Publikationen der Fachzeitschriften „Health Communication“ (seit 1989) und „Journal of Health Communication“ (seit 1996) folgten. Zur Institutionalisierung der Health Communication siehe Kreps/ Bonaguro/ Query Jr. 1998: 7 ff.; Jazbinsek 2000: 12f.; Wright/ Sparks/ O’Hair 2008: 6ff.

⁷ In dieser Arbeit wird einheitlich der Begriff ‚Gesundheitskommunikation‘ für die deutsch- und fremdsprachige Forschung verwendet, obwohl Signitzer (2001: 22) feststellt, dass die Übersetzung nicht ganz unproblematisch ist und auch teilweise andere Bezeichnungen wie ‚Medizinkommunikation‘ und ‚medizinische Kommunikation‘ verbreitet sind.

⁸ Gesundheitskommunikations-Forschung ist in Deutschland bislang nur innerhalb von ‚Public Health‘-Studiengängen als fester Lehrinhalt institutionalisiert. Innerhalb der Kommunikationswissenschaft sind die Forschungsbemühungen auf einzelne Personen begrenzt, die sich zum Teil im 2003 gegründeten ‚Netzwerk Gesundheitskommunikation‘ (www.netzwerk-gesundheitskommunikation.de) zusammengeschlossen haben.

⁹ Gemeint ist: Kreps, Gary L./ Barbara Thornton (²1992): Health Communication. Theory and Practice. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press. Der Band erschien 1984 in der Erstauflage und erscheint 2007 in der dritten Auflage.

geradezu ‚symptomatisch‘ für die Forschungsschwerpunkte der Gesundheitskommunikation zu Beginn der 80er Jahre. Im Kontext der medizinischen Gesundheitsversorgung, stand die Verbreitung von Gesundheitsinformationen, insbesondere die direkte Kommunikation zwischen Arzt und Patient, im Zentrum der Forschungsbemühungen (vgl. Kreps/Thornton 1992).¹⁰ Die zentrale Bedeutung von Informationen (Nachrichten) in der Gesundheitskommunikation betonen auch andere Begriffsbestimmungen, z. B. die Definition von Lewis Donohew und Eileen B. Ray (1990: 4): „Health Communication is the dissemination and interpretation of health-related messages.“ (ebd.) Andrea Huber (1991) bezeichnet den Ansatz von Kreps als ‚*Informationsansatz*‘ und unterscheidet davon weitere grundlegende Ansätze in der Gesundheitskommunikation: den ‚*Persuasionsansatz*‘ von Kathleen K. Reardon (1988) und den ‚*Narrativen Ansatz*‘ von Loyd S. Pettegrew (1988). Der sozialpsychologisch orientierte ‚*Persuasionsansatz*‘ betont die Gesundheitsprävention und begreift ebenso wie der ‚*Narrative Ansatz*‘ das kulturelle Wertesystem, i. e. der Kontext, in dem ein Individuum lebt und agiert, als zentrale Analyseinheit (vgl. Signitzer 2001: 26).

Der Begriff der ‚Information‘ ist für die gegenwärtige Debatte um die Rolle des Patienten im Gesundheitsversorgungsprozess zentral (vgl. Kapitel 1.1 und Kapitel 3): „Better informed patients make a practical and efficient contribution towards reaching the objectives of accessible, high quality and financially sustainable healthcare.“ (Ratzan 2007: 101) Die Bedeutung einer angemessenen Informationsversorgung der Patienten wird aus praktischer und wissenschaftlicher Sicht vielfach bestätigt (vgl. Kaltenborn 2001: 49): „Consumers depend on relevant health information to monitor their own health, to seek evaluations of health status from experts, and to identify strategies for maintaining optimal levels of health.“ (Krebs 1988: 238)

Welche theoretischen Grundlagen bietet der ‚Informationsansatz‘, um ‚Information‘ und ‚Kommunikation‘ im Gesundheitskontext zu konzeptualisieren? Kreps (1988: 238) beschreibt die Begriffe und ihre Beziehung zueinander: „The communication of relevant health information is a central element of health care. Key information about health and illness, health information, is used to direct individual and conjoint behaviors toward

¹⁰ Aufgrund dieser Schwerpunktsetzung wurde die Definition kritisiert: Dietmar Jazbinsek (2000: 12) formuliert überspitzt, dass die Definition von Kreps und Thornton „kaum über das hinaus[geht], was in der Medizinsoziologie traditionellerweise unter dem Stichwort ‚Arzt-Patient-Interaktion‘ verbucht wird.“ Der von Jazbinsek herausgegebene Band „Gesundheitskommunikation“ geht aus Sicht der Public Health- Forschung der Frage nach, „welchen Einfluß Medieninhalte und Mediennutzung auf die Bevölkerungsgesundheit ausüben“ (ebd.). Damit begrenzt Jazbinsek die Forschung der Gesundheitskommunikation jedoch ebenfalls.

the accomplishment of health evaluation and maintenance.” (ebd.) Der Informationsbegriff wird nur in Form von ‘Gesundheitsinformationen’ näher beschrieben. Die zirkuläre Definition von Gesundheitsinformationen als Informationen über Gesundheit und Krankheit ergänzt Kreps (1998: 3) an anderer Stelle: „Health information ist the knowledge gleaned from patient interviews and laboratory tests that is used to diagnose health problems.“ (ebd.) In diesen beiden Beschreibungen wird ‚Information‘ zum einen im Sinne von ‚Wissen‘ und zum anderen im Sinne einer übermittelten ‚Nachricht‘ verwendet. Diese nachricht- bzw. sendungsbezogene Definition von Information entspricht einem alltagssprachlichen Verständnis von Information (vgl. Ott 2004: 35f.). ‚Kommunikation‘ beschreibt hierbei die Übermittlung von ‚Informationen‘ (im Sinne von Nachrichten). Dieses Verständnis von ‚Kommunikation‘ und ‚Information‘ geht mit Annahmen über die Wirkung von Kommunikation einher, die den Stimulus-Response-Modellen zugrunde liegen, die in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts die kommunikationswissenschaftliche Forschung dominierten (vgl. Bonfadelli 2004: 29): Nachrichten (hier: Gesundheitsinformationen) werden übermittelt (Kommunikation) und rufen eine monokausale Wirkung hervor (hier: Informiertheit der Patienten). Tatsächlich suggerieren die Ausführungen von Kreps (1988) einen monokausalen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Kommunikation. Durch Bezüge zur humanistischen Psychologie der 50er und 60er Jahre (z. B. Ruesch/Bateson 1951; vgl. Kreps 1998: 6), wird der Eindruck eines ‚therapeutischen Effekts‘ von Kommunikation bestärkt (vgl. Burkart 2002: 478f.).

Obwohl Kreps und Thornton (1992) menschliche Kommunikation als zweiseitigen Prozess der Bedeutungskonstruktion beschreiben, der auf selektiver Wahrnehmung beruht (ebd.: 19f.), spiegeln sich diese Annahmen nicht in der Anwendung auf gesundheitsbezogene Kommunikationsprozesse wider. Daher kann festgestellt werden, dass die Konzepte ‚Information‘ und ‚Kommunikation‘ sowie moderne Kommunikationsmodelle, welche diese Konzeptionen berücksichtigen, noch nicht genügend in das Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation integriert sind. Aus diesem Befund ergibt sich das zentrale Ziel dieser Arbeit, relevante Konzepte, Ansätze und Theorien zusammen zu stellen, die für einen Teilbereich der Gesundheitskommunikation eine wissenschaftliche Grundlage für empirische und theoretische Forschung darstellen können. Im Folgenden wird das Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation strukturiert, um das Teilgebiet, welches im Zentrum dieser Arbeit steht, näher einzugrenzen.

2.2 Strukturen und Probleme des Forschungsfelds

Die Forschung im Bereich der Gesundheitskommunikation umfasst direkte oder medial vermittelte Kommunikation auf verschiedenen Ebenen und innerhalb verschiedener Kontexte: „Health communication inquiry is a broad research area that examines human and mediated communication in a wide range of social contexts, at many different levels of interaction, and through a wide array of communication media and channels.“ (Kreps 2003: 353) Arbeiten im Bereich der Gesundheitskommunikation beschäftigen sich u. a. damit zu untersuchen, wie Gesundheitsinformationen individuell verarbeitet, Bedeutungen von Gesundheit und Krankheit konstruiert und gesundheitsbezogene Entscheidungen getroffen werden (individuelle Ebene). Die Arzt-Patienten-Kommunikation ist ein wichtiger Bereich der interpersonalen Gesundheitskommunikation wie auch die Arzt-Arzt- oder Patient-Patient-Kommunikation. Die Untersuchung der Kommunikation in Selbsthilfegruppen erfolgt beispielsweise auf Gruppenebene und die Kommunikation innerhalb von Krankenhäusern ist eine Form der Organisationskommunikation. Auf der Ebene der Massenkommunikation steht die Darstellung von Gesundheit und Krankheit in den Medien im Mittelpunkt (vgl. Kreps 1988: 239ff.; vgl. Signitzer 2001: 29ff.).

Zusätzlich zu den verschiedenen Kommunikationsebenen, bezieht sich die Forschung zur Gesundheitskommunikation auf verschiedene soziale Kontexte, die Signitzer (2001: 28) ‚*medizinischer Kontext*‘ und ‚*Public Health-Kontext*‘¹¹ nennt. In der englischsprachigen Fachliteratur sind diese zwei Anwendungsbereiche als „provision of health care and the promotion of public health“ (Kreps/Bonaguro/Query Jr. 1998: 1) bekannt. Innerhalb des medizinischen Kontextes, der *Gesundheitsversorgung*, wird die Rolle der Kommunikation, z. B. der Arzt-Patienten-Kommunikation, bei der Krankheitsbewältigung untersucht. Die Kommunikation im Public Health-Kontext zielt auf die „Krankheitsverhütung, Lebensverlängerung und Gesundheitsförderung durch bevölkerungsbe-

¹¹ Die Unterscheidung der Gesundheitskommunikation in medizinische und Public Health- Themen ist nur aus Sicht der Kommunikationswissenschaft möglich. In der Public Health-Forschung ist die Gesundheitsförderung das übergeordnete Ziel, welches mittels Kommunikation, als einem von mehreren Wegen, erreicht wird (vgl. Signitzer 2001: 27). Die deutsche Gesundheitskommunikation ist überwiegend als Subfach der Public Health-Forschung institutionalisiert. Die Sammelbände von Hurrelmann/Leppin (2001) und Jazbinsek (2000) folgen dieser Blickrichtung ebenso wie die Monographie von Gottwald (2006). Hurrelmann und Leppin (2001) schließen den medizinischen Kontext dennoch mit in ihre Definition ein: „Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den gesundheitlichen Versorgungsprozess einbezogen sind, und/oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik

zogene Maßnahmen“ (Jazbinsek 2000: 12), z. B. durch Gesundheitskampagnen. Orientiert an den Kommunikationsinhalten könnte man daher bei der Kommunikation im ‚medizinischen Kontext‘ treffender von ‚Medizin‘- oder ‚Krankheitskommunikation‘ und der Kommunikation im ‚Public Health- Kontext‘ von ‚Gesundheitskommunikation im eigentlichen Sinne‘ sprechen.¹²

Finnegan und Viswanath (1990:12) ordneten 322 Studien zum Thema „health and communication“ aus den Jahren 1983 bis 1987 einem der beiden Kontexte zu und kamen zu dem Ergebnis, dass sich 69 Prozent der von ihnen untersuchten Studien dem medizinischen Kontext und die Minderheit (31%) dem Public Health- Kontext zuordnen ließen. Dies lässt sich u. a. auf den traditionellen Schwerpunkt der Erforschung der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Gesundheitskommunikation zurückführen (vgl. Signitzer 2001: 29). Loyd Pettegrew und Robert Logan (1987: 675)¹³ beschreiben die ausgeprägte Orientierung an der Medizin: „[...] it [das Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation, Anm. J.V.] has been dominated by the values and interests of medicine. Pragmatic problems such as medical malpractice, unhealthy lifestyles, and ineffective but costly health care delivery cry out for attention by the communication scholar.“ (ebd.)

Gesundheitskommunikationsforschung ist also in ihrer Konzeption *anwendungsbezogen* (vgl. Kreps 2003: 353). Eine Definition von anwendungsbezogener Forschung verdeutlicht die Anforderungen und Probleme, die damit einhergehen: „Applied communication research is the use of theory and method to solve practical communication problems. Applied communication research focuses on the identification and solution of communication problems that are salient to the interested parties.“ (O’Hair et al. 1990: 3) Die

interessiert sind. Dieser Austausch kann direkt-personal, wie in der Arzt-Patient-Interaktion oder in einer Interaktion unter Experten erfolgen, oder er kann durch Medien vermittelt sein“ (ebd. 11).

¹² Hinter dieser Spaltung des Forschungsfeldes steht die Annahme, dass es sich bei Krankheit und Gesundheit um zwei Gegensätze handelt. In Kapitel 4 wird ausführlich dargestellt, dass ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ besser als Pole eines ‚Gesundheits-Krankheits-Kontinuums‘ verstanden werden können. Alan Radley (1994: 5f.) weist allerdings darauf hin, dass ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ einen anderen linguistischen Status haben: Während ‚Gesundheit‘ als „unmarkierter Pol“ (ebd.) gleichzeitig das eine Ende und die Gesamtheit der Dimension beschreibt, ist ‚Krankheit‘ als „markierter Pol“ (ebd.) auf ein Ende des Kontinuums begrenzt. Radley (ebd.) illustriert dies am Beispiel von zwei Fragen. Die Frage „Wie gesund fühlst du dich?“ lässt das gesamte Spektrum von ‚gesund‘ bis ‚krank‘ offen. Dagegen suggeriert die Frage „Wie krank fühlst du dich?“ bereits einen bestimmten Krankheitsstatus (vgl. ebd.). Aufgrund dieser Erklärung erscheint es gerechtfertigt, den Begriff der ‚Gesundheitskommunikation‘ übergreifend für die Kommunikation im medizinischen und im ‚Public Health‘-Kontext zu verwenden.

¹³ Die Autoren haben einen frühen Lehrbuchartikel zur Gesundheitskommunikation verfasst, der sich ebenfalls auf Fragen aus dem medizinischen Kontext beschränkt, worauf der Titel „The Health Care Context“ hinweist.

wissenschaftlichen Ansprüche (Theorie und Methode) die in der Definition ausgedrückt werden, treten oft hinter der Anforderung, aktuelle Probleme in der Praxis zu lösen, zurück. Signitzer (2001: 32) kritisiert, dass „letztendlich die zentralen Forschungsfragen außerhalb der wissenschaftlichen Community formuliert werden“ (ebd.). Beispielsweise sei die wissenschaftliche Beschäftigung mit der Rolle des Arzt-Patienten-Gesprächs, als Reaktion auf die Zunahme von Kunst- bzw. Behandlungsfehlerprozessen gegen Ärzte in den USA, deutlich überbetont worden (vgl. ebd.).

Auch Leah Lievrouw (1994) stellt fest¹⁴, dass sich die Erkenntnisinteressen der Gesundheitskommunikation denen der klinischen Medizin unterordnen. Sie erklärt dies als ‘natürlichen Mechanismus’ in der anwendungsbezogenen Kommunikationswissenschaft: „This is unsurprising given the instrumental, interventionist nature of health care itself, and the fact that communication researchers are prone to adopt the point of view and assumptions of the social worlds they study (witness the histories of advertising and public research, organizational communication, journalism, new media research, and political communication).” (ebd. 95)

Die Anwendung von kommunikationswissenschaftlichen Konzepten auf das Themenfeld ‚Krankheit und Gesundheit‘ erfordert eine *interdisziplinäre Forschung*, welche Erkenntnisse aus der Kommunikationswissenschaft mit den Befunden aus Medizin, Public Health, Psychologie, Soziologie und Pflegewissenschaften zusammenführt. Die Integration der beiden Teilbereiche ‚Gesundheit‘ und ‚Kommunikation‘ ist in der amerikanischen und auch in der europäischen Forschung jedoch nur wenig vorangetrieben worden (vgl. Leppin 2003: 3). Auch Signitzer (2001: 26) kritisiert, dass die meisten Fachvertreter davon ausgehen, „Gesundheit und Kommunikation hätten etwas miteinander zu tun“, jedoch kaum wissenschaftliche Begründungen dafür vorbringen. Signitzer (2001: 32) führt dies auf den generellen Mangel an metatheoretischer Grundlagenforschung zurück, welcher auch aus der starken Praxisorientierung der Disziplin resultiert. Anstatt neue theoretische Konzeptionen zu entwickeln, stützt sich die Gesundheitskommunikation vorwiegend auf vorhandene Theorien, Modellen und Konzepte aus anderen Forschungskontexten.¹⁵ Pettegrew und Logan (1987: 675) beginnen einen frü-

¹⁴ Leah Lievrouw kommt nach einer vergleichenden Rezension von elf einschlägigen Büchern der Gesundheitskommunikation, die in den Jahren zwischen 1991 und 1993 erschienen sind, zu dieser Einschätzung.

¹⁵ In den von Lievrouw rezensierten Büchern bezogen sich die Autoren überwiegend auf kognitions- und sozialpsychologische Theorien und Konzepte. Dazu zählten Einstellungsmodelle wie Dissonanz- und Konsistenztheorien, das Erwartungs-Wert-Modell, die Theorie des Sozialen Lernens, Informationsverarbeitungsmodelle und das Elaboration-Likelihood-Modell (vgl. Lievrouw 1994: 93).

hen Überblicksartikel zur Gesundheitskommunikation mit der ernüchternden Einschätzung, die immer noch gültig ist: „Health communication has no overarching theory from which to proceed, [...].“

2.3 Einordnung der Arbeit ins Forschungsfeld

Es fällt schwer, die Frage nach der Medien- und Internetnutzung, speziell die Informationssuche, im Krankheitsfall innerhalb der vorhandenen Strukturen des Forschungsfelds der Gesundheitskommunikation einzuordnen. Das liegt meiner Auffassung nach insbesondere darin begründet, dass zwei zentrale kommunikationswissenschaftliche Systematisierungsstrategien nicht berücksichtigt werden: Zum einen die Unterscheidung zwischen nutzer- und sender- (bzw. medien-) zentrierter Perspektive und zum anderen die Unterscheidung zwischen ‚Information‘ und ‚Kommunikation‘.

Kreps (1992) unterscheidet nicht zwischen nutzer- und medienzentrierter Perspektive innerhalb der Forschung auf dem Feld der Gesundheitskommunikation. Krebs` Strukturierung des Forschungsfeldes nach Kommunikationsebenen ist an den technischen Strukturen der Kommunikationskanäle orientiert und impliziert eine medienzentrierte Perspektive auf den Kommunikationsprozess, die nicht mit einer nutzerzentrierten Perspektive vereinbar ist. Die interpersonalen und medialen Kommunikationskanäle werden überwiegend in Bezug auf die Informations- und Kommunikationsangebote hin untersucht, jedoch nicht im Hinblick auf den Gebrauch, den die Nutzer von den Angeboten machen. Aus einer nutzerzentrierten Perspektive werden Selektionsprozesse und Bedeutungszuweisungen auf individueller Ebene untersucht. Dabei ist die Quelle der Informationen zunächst von sekundärer Bedeutung. Die Nutzung von medien- und computervermittelten Informationsangeboten wird in der Tradition von nutzerzentrierten Ansätzen nur als eine von verschiedenen Möglichkeiten betrachtet, Informationsbedürfnisse zu erfüllen.

Informationen, im Sinne von Nachrichten, haben augenscheinlich eine große Bedeutung für den Gesundheits- bzw. Krankheitskontext (vgl. Kapitel 1.1). Ein großer Teil der Gesundheitskommunikationsforschung hebt die Verbreitung und Nutzung von Gesundheitsinformationen hervor (vgl. Kapitel 3). Das Informationskonzept ist zentral für die Kommunikationswissenschaft und ist in eine Vielzahl von theoretischen Ansätzen integriert. Es wurde gezeigt, dass Kreps (1998) den Informationsbegriff uneindeutig im Sinne von ‚Nachricht‘ und ‚Wissen‘ verwendet. Pettegrew (1988: 302) kritisiert, dass

Kreps außerdem die Begriffe 'Kommunikation' und 'Information' synonym verwendet: „Kreps compounds the equivocal role he identifies for communication in the health-care context by referring to communication and information interchangeably. If there is one thing our field has reached agreement on, it is that information with affect or relational components is no longer simply information.” (ebd.) Auch wenn die Informations- und Kommunikationskonzepte innerhalb verschiedener Ansätze unterschiedlich sind, werden ‚Information‘ als Eigenschaft von Nachrichten (im Sinne von ‚Informationsgehalt‘) und ‚Kommunikation‘ als wechselseitiger Bedeutungsvermittlung grundlegend voneinander unterschieden. In dieser Arbeit werden folgende Definitionen zu Grunde gelegt:

- Unter ‚*Kommunikation*‘ wird hier soziales Handeln verstanden. D. h. Kommunikation ist sinnhaft und intentional. Kommunikation setzt den Austausch der Rollen zwischen Kommunikator und Rezipient (Reziprozität) voraus (vgl. Burkart 2002).
- ‚*Information*‘ wird hier aus nutzerzentrierter Perspektive verstanden als jeder Unterschied, der in der Umwelt oder innerhalb der eigenen Person wahrgenommen wird bzw. jeder Aspekt den man in den Realitätsstrukturen wahrnimmt (vgl. Case 2007: 5).
- ‚*Informationsbedürfnis*‘ beschreibt die (unbewusste) Feststellung, dass das Wissen, welches man besitzt inadäquat ist, um die angestrebten Ziele zu erreichen (vgl. ebd.).
- *Informationssuche* meint eine bewusste Anstrengung, Informationen zu bekommen in Reaktion auf ein Bedürfnis oder eine Wissenslücke (vgl. ebd.). Die Informationssuche als bewusste, intentionale Verhaltensweise kann auch als Informationshandeln verstanden werden.
- *Informationsverhalten* umfasst sowohl die Informationssuche, aber auch andere nicht-intentionale oder unbewusste Verhaltensweisen (z. B. ‚zufällig einen Blick auf etwas richten‘); und auch absichtsvolle Verhaltensweisen, die keine Suche beinhalten, z. B. die aktive Vermeidung von Informationen (vgl. ebd.).

Diese Arbeit hat das Ziel, einen nutzerzentrierten Informationsbegriff als Grundlage für die Forschung innerhalb der Gesundheitskommunikation zu etablieren. In diesem Sinne könnte man diese Arbeit innerhalb eines ‚*Informationsansatzes*‘ verorten, welcher jedoch die Perspektive auf das Thema ‚Information‘ verschiebt: „[...] away from institu-

tional sources and searches, and toward a focus on how individuals encounter and make sense of their environment.” (Case 2007: 4)

Es wurde herausgestellt, dass theoretische Modellierungen auf dem Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation den Zusammenhang zwischen Kommunikation und Gesundheit bzw. Krankheit beschreiben sollten. Das bedeutet auch die theoretischen Bemühungen gesundheitswissenschaftlicher¹⁶ und kommunikationswissenschaftlicher Disziplinen gleichermaßen zu berücksichtigen und zueinander in Beziehung zu setzen. In dieser Arbeit stellt die Krankheit den Kontext für die Medien- und Internetnutzung dar. Krankheitsrelevantes Erleben und Verhalten bildet somit den Rahmen spezifischer kommunikativer Handlungen und muss als solches in eine Modellierung der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall einfließen.

¹⁶ Damit sind hier insbesondere Public Health, Medizin, Gesundheitspsychologie und Medizinsoziologie gemeint.

3 Empirische Forschungsergebnisse: Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall

Aus der Darstellung des Forschungsfelds wurde bereits deutlich, dass die gesundheits- und kommunikationswissenschaftliche Forschung bislang wenig integriert sind. Dies zeigt sich insbesondere darin, dass Fragen, die Aspekte der Nutzung gesundheitsrelevanter Informationen thematisieren, in der Medizin als Wissenschaft und in der Kommunikationswissenschaft auf verschiedene Art gestellt werden.

Aus der Sicht der Medizin sind Informationen die Voraussetzung für evidenzbasierte Entscheidungen des Patienten und dessen Bereitschaft, den Anweisungen des Arztes zu folgen. Medizinische Untersuchungen erheben, welche Informationsbedürfnisse bestimmte Patientengruppen haben. Dabei wird die Funktion von Informationen für den therapeutischen Prozess hervorgehoben und ein objektives Verständnis von Informationen als ‚Sache‘ zu Grunde gelegt. Kommunikationswissenschaftliche Untersuchungen interessieren sich vor allem für die Nutzung bestimmter gesundheitsrelevanter Informationsangebote verschiedener Kommunikationskanäle. Die Fragestellungen sind daher auf die Nutzung spezifischer Kommunikationsangebote begrenzt. Dazu werden zusätzlich zu Patienten auch andere Gruppen erfasst: allgemein Gesundheitsinteressierte, kranke Menschen vor der ärztlichen Diagnose, Familienmitglieder und Freunde von Patienten und Ärzte (z. B. Freimuth et al. 1989; Baumann 2006). Dadurch werden indirekte Informationswege der Patienten ersichtlich, welche durch interpersonale Kommunikation mit Familienmitgliedern, Bekannten und Verwandten vermittelt werden. Es können allerdings keine Aussagen über die Gruppe derjenigen gemacht werden, die keinen Gebrauch von gesundheitsrelevanten Angeboten machen.

Einige regelmäßig durchgeführte Erhebungen stellen aktuelle quantitative Daten zur Nutzung von Gesundheitsinformationen bereit. Der *Gesundheitsmonitor* liefert seit 2001 repräsentative Daten zur Gesundheitsversorgung in Deutschland. Im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung werden zweimal jährlich Versicherte und einmal jährlich Ärzte befragt.¹⁷ Seit 1996 fördert die *California HealthCare Foundation* Forschungsprojekte, die für die Gesundheitsversorgung in Kalifornien relevant sind (www.chcf.org). Gleich-

¹⁷ Zu Stichprobe, Erhebungsmethode und Qualität der Ergebnisse siehe Güther (2006).

zeitig entwickelt die Stiftung gesundheitsrelevante Internetangebote.¹⁸ Begrenzt auf die Nutzung von Gesundheitsinformationen im Internet sind die Berichte des nicht-kommerziellen *Pew Internet & American Life Project*.¹⁹ Die Schweizer Stiftung *Health on the Net* hat das Ziel, medizinische Laien und Experten gleichermaßen über zuverlässige gesundheitsbezogene Angebote im Internet zu informieren. Seit 1997 führt die Organisation regelmäßige Online-Befragungen durch, um die Bedürfnisse von Internetnutzern im Gesundheitskontext zu ergründen und die (eigenen) Angebote entsprechend darauf abzustimmen (www.hon.ch/survey/).²⁰

Aufgrund der bisherigen Forschungsinteressen der Medizin als Wissenschaft und der Kommunikationswissenschaft liegen bislang entweder Daten zum Informationsverhalten bestimmter Patientengruppen oder zur Nutzung von gesundheitsrelevanten Kommunikationsangeboten vor. Die Frage nach der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall wurde aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive nur selten bearbeitet.

Die Studie von Irene Neverla, Mascha Brichta, Hanns-Christian Kamp und Dieter K. Lüdecke (2007a, b) stellt deutschlandweit bislang eine einzigartige Zusammenarbeit von Kommunikationswissenschaftlern und Medizinern dar. 38 Patienten mit Akromegalie, einer seltenen und schweren Erkrankung, wurden anhand eines qualitativen Gesprächsleitfadens zu den Themenkomplexen Bestandsaufnahme/Krankheitsverlauf, Kommunikation mit Ärzten, Mediennutzung/Informationsverhalten und Rolle von Verwandten/Bekanntem befragt.

¹⁸ Es werden unter anderem Suchmaschinen für Krankenhäuser (CalHospitalCompare.org) und für Pflegeheime (CalNHS.org) angeboten.

¹⁹ Unter www.pewinternet.org werden die Berichte und die Rohdaten der Erhebungen für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung gestellt.

²⁰ Die Stichprobenziehung erfolgt rein zufällig, daher handelt es sich bei den Studien der Health on the Net Foundation nicht um repräsentative Studien (vgl. www.hon.ch/Survey/method.html).

3.1 Informationsbedürfnisse im Krankheitsfall

Gesundheit und Gesundheitsversorgung sind für die meisten Menschen in Nordamerika und Westeuropa von größter Bedeutung (vgl. RAND Health 2001²¹, Identity Foundation 2001²²). Insbesondere in Deutschland ist das Gesundheitsbewusstsein in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Nach deutschen Branchenanalysen achteten 2005 ungefähr die Hälfte der Menschen mehr auf ihre Gesundheit als noch in den Jahren zuvor (vgl. Gong Verlag 2005; ZMG 2005). Insbesondere ältere Menschen sorgen sich in den letzten Jahren mehr um ihre Gesundheit (vgl. Identity Foundation 2001). Dabei hängt der bewusster Umgang mit der eigenen Gesundheit im Alter deutlich mit dem Gesundheitszustand zusammen: Über die Hälfte der 60-Jährigen beschäftigen sich mit ihrer Gesundheit, weil sie es aufgrund von Erkrankungen tun müssen, oder weil sie sich Sorgen um ihre eigene Gesundheit machen (vgl. ebd.).

Ein hohes Gesundheitsbewusstsein ist ein mögliches Motiv für das Interesse an Gesundheitsinformationen. Eine Repräsentativbefragung zum Informationsverhalten der Deutschen ergab: 79 Prozent der Befragten waren am Themenkomplex ‚Gesundheit und Medizin‘ ‚etwas‘ oder ‚sehr interessiert‘ (Blödorn et al. 2006: 636). Von den Über-50-Jährigen interessierten sich sogar 85 Prozent für Medizin- und Gesundheitsthemen. Damit steht das Interesse an Gesundheitsthemen von 22 abgefragten Bereichen auf dem ersten Platz. Diese Zahlen spiegeln ein hohes Informationsinteresse zu Gesundheitsthemen in der Gesamtbevölkerung wider. Das Informationsinteresse ist jedoch nicht notwendigerweise immer mit einer Erkrankung verbunden, sondern kann auch der Vermeidung und Vorbeugung von Krankheiten dienen oder andere Ziele verfolgen. Stärkeres Gesundheitsbewusstsein und die Nutzung gesundheitsrelevanter Informationen bei gutem Gesundheitszustand beeinflussen allerdings das Vorwissen, wenn eine Krankheit eintritt. Dutta-Bergman (2005) untersucht die Rolle des Gesundheitsbewusstseins als Mediator zwischen kommunikativen Faktoren (interpersonal, Print, TV, Internet) und der gesundheitsrelevanten Informationssuche. Demnach ist ein hohes Gesundheitsbewusstsein ein Prädiktor für die Suche nach Gesundheitsinformationen zusätzlich zum Arztgespräch (vgl. ebd.: 12).

²¹ Im Auftrag der California Health Care Foundation führte die Forschungseinrichtung RAND Health eine repräsentative Befragung von 4000 kalifornischen US-Bürgern durch.

Kaltenborn (2001: 50f.) ordnet Beweggründe der E-Mail-Nutzung und Informationssuche in Websites und Datenbanken von Patienten drei Interessenskonstellationen zu:

1. Informationen und Wissen für förderliches Gesundheitsverhalten sowie für krankheitsadäquates *Selbstmanagement und Coping*: „Gefühle der Hoffnungslosigkeit bei chronischen oder lebensbedrohlichen Erkrankungen, aber auch die Hoffnung, völlig neue Diagnose- und Therapiemöglichkeiten in Erfahrung zu bringen, motivieren dabei gleichermaßen zur Informationssuche.“ (ebd.: 50);
2. Information und Wissen zur eigenen oder kooperativen *Entscheidungsfindung* mit der Ärztin/ dem Arzt (vgl. ebd.);
3. Informationen zur Bewältigung der *Vertrauens-/Misstrauensproblematik* gegenüber der behandelnden Ärztin oder dem Arzt sowie gegenüber medizinischen Wissensangeboten.

Dem Konzept der geteilten *Entscheidungsfindung* zwischen Arzt und Patient (shared-decision-making) liegt die Annahme zugrunde, dass alle Patienten Informationen über Krankheit, Therapie etc. wünschen, um aktiv am Entscheidungsprozess in Bezug auf ihre Krankheit teilzunehmen. Eine Befragung von 4000 kalifornischen Bürgern zeigte, dass das Bedürfnis nach Gesundheitsinformationen hoch ist (vgl. RAND Health 2001): Fast die Hälfte der befragten kalifornischen US-Bürger hatte das Gefühl, manchmal oder nie die richtigen Informationen erhalten zu haben, um über Versicherungsmaßnahmen, Versorgungseinrichtungen und Behandlungsoptionen entscheiden zu können (vgl. ebd.: 5). Das Bedürfnis nach Informationen und der Wunsch, an der Behandlung beteiligt zu werden, unterscheidet sich jedoch in Abhängigkeit von Alter, Bildungsgrad, Erkrankung, Krankheitsstadium und individueller Coping-Strategie (vgl. Dierks/Schwartz 2001: 296). Dierks et al. 1994 (zit. nach Dierks/Schwartz 2001: 295f.) identifizierten aufgrund der Analyse von Fokusgruppendifkussionen zwei Typen von Nutzern im Gesundheitswesen: ‚monitors‘ und ‚blunters‘. „Zu Ersteren zählen Menschen, die aktiv nach Informationen suchen und an Entscheidungen bezüglich diagnostischer und therapeutischer Verfahren beteiligt werden wollen, Letztere fühlen sich in der aktiven Rolle eher überfordert und wünschen eine fürsorgliche, paternalistische Haltung der Professionellen.“ (ebd.) Für ältere Patienten und Patienten mit geringerer Schulbildung ist die aktive Einbindung in therapiebezogene Entscheidungsprozesse weniger

²² Im Auftrag der Identity Foundation führte das Institut für Demoskopie Allensbach eine repräsentative Befragung von 2111 Deutschen ab 16 Jahren zu gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhal-

relevant als für jüngere Menschen und Menschen aus höheren Sozialschichten (Dierks/Schwartz 2001: 296). Dierks/Schwartz (ebd.) zitieren eigene Forschungsergebnisse, nach denen 42,8 Prozent der Befragten es ‚sehr wichtig‘ finden, als gleichberechtigter Partner im Behandlungsprozess betrachtet zu werden; umfassende und verständliche Informationen sind dagegen für 90,8 Prozent aller Befragten „sehr wichtig“.

Eine Reihe von Studien zur gesundheitsrelevanten Informationssuche konzentriert sich auf die Informationsbedürfnisse und -strategien von *Frauen* (Rees/Bath 2001; Czaja et al. 2003; Warner/Procaccino 2004, 2007), da das weibliche Geschlecht in verschiedenen Studien eine positive Determinante für die gesundheitsrelevante Informationssuche ist. Frauen interessieren sich stärker für Gesundheitsthemen (BSMO 2003), leben insgesamt gesundheitsbewusster (Identity Foundation 2001) und nehmen häufiger ärztliche Hilfe in Anspruch als Männer (vgl. Faltermaier 2005: 223). Baumann (2006) fand in ihrer Typenbildung von Nutzern gesundheitsrelevanter Informationen den höchsten Anteil an Frauen innerhalb der informationsaktivsten Gruppe der „autarken Krankheitsexperten“ (ebd.: 138f.): Diese Gruppe hat ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein und ein großes Interesse an den Themen Gesundheit und Krankheit (vgl. ebd.).

In den meisten Studien zum Informationsbedürfnis stehen Patienten mit einer bestimmten *Krankheit* im Mittelpunkt; dazu gehören insbesondere Patienten mit chronischen und degenerativen Erkrankungen wie Krebs, HIV/Aids, Rückenleiden oder Herzerkrankungen (vgl. Case 2007: 295f.). Mit den Informationsbedürfnissen Multiple Sklerose (MS)– Kranker beschäftigt sich die Forschergruppe um den Hamburger Neurologen Christoph Heesen am Hamburger Universitätsklinikum Eppendorf (2004, 2007). Die Befragung von 219 MS-Patienten zeigte, dass die meisten MS-Patienten (79%) eine aktive Rolle in der Therapieentscheidung bevorzugen (Heesen et al. 2004). Die Informationsinteressen wurden größtenteils durch das Stadium und den Verlauf der Krankheit beeinflusst (vgl. ebd.: 5). Heesen et al. (2004) bezeichnen die Reduktion von Unsicherheit und die Erleichterung bei der Bewältigung der Krankheit als zentrale Informationsziele: „It seems plausible that people affected by a chronic disease turn to therapeutic concepts that promise reduction of uncertainty and alleviation in coping with everyday life.“ (ebd.: 5). Heesen et al. (2004) konstatieren einen Widerspruch zwischen dem Wissen der Patienten und dem Wunsch nach mehr Informationen: Obwohl das Wissen der Patienten teilweise unzulänglich ist, geben sie an, genügend informiert zu sein. Um diese Befunde zu erklären, schlagen Heesen et al. (2004: 6) vor, Informationssuche als

einen Bewältigungsstil zu konzipieren. Demnach könnte auch die Vermeidung von Informationen hilfreich im Sinne einer psychologischen Bewältigung der Krankheit sein (vgl. ebd.).

Eine Vielzahl von Studien beschäftigt sich mit dem Informationsverhalten von *Krebspatienten* (vgl. Czaja et al. 2003). Ronald Czaja, Clara Manfredi und Jammie Price (2003) fassen die untersuchten Determinanten und Konsequenzen des Informationsverhaltens von Krebspatienten in einem Modell (vgl. Abb. 1) zusammen. Der erste Teil des Modells beschreibt *kontextuelle und strukturelle Variablen*, die alle anderen Komponenten im Modell beeinflussen. Dazu gehören soziodemografische Variablen, krankheitsbezogene Faktoren (z. B. Krebstyp, Art der Behandlung, Krankheitsstadium) und die Situation im Krankenhaus (Anzahl der Betten etc.). Die bisherigen Studien weisen mehrheitlich den Einfluss soziodemografischer Größen auf die Informationssuche nach: ein junges Lebensalter, weibliches Geschlecht und höherer sozioökonomischer Status sind positive Determinanten für die Informationssuche (vgl. ebd.: 531). *Prädisponierende Faktoren* beschreiben die Überzeugungen und Einstellungen von Krebspatienten, welche die Informationssuche begünstigen (vgl. ebd.: 531f.). *Befähigende Faktoren* beschreiben die Zugänglichkeit verschiedener Informationsquellen und Verstärkerfaktoren meinen Anreize, die ein bestimmtes Verhalten begünstigen oder verhindern (vgl. ebd.). Diese Faktoren beeinflussen das Informationsverhalten und die daraus resultierenden Folgen auf das Erleben und Verhalten.

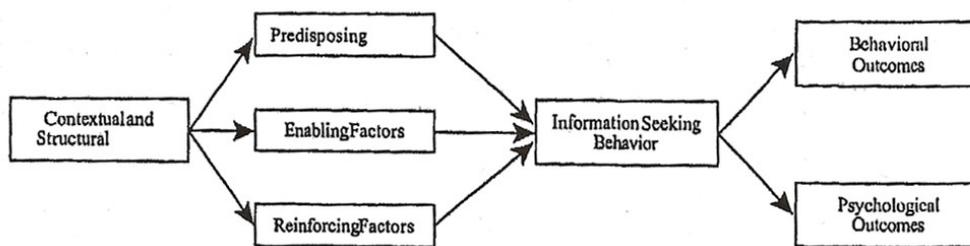


Abbildung 1: Modell des Informationsverhaltens. Aus: Czaja et al. 2003: 531.

Andrea Gaisser und Hilke Stamatiadis-Smidt (2004) berichten aus der Arbeit des Krebsinformationsdienstes in Heidelberg über den Informationsbedarf von Krebspatienten. Demnach wünschen Krebspatienten möglichst viele Informationen frühzeitig und kontinuierlich (vgl. ebd.: 957). Alter und Krankheitsstadium bzw. -verarbeitung beeinflussen den Grad der gewünschten Informationsmenge, -tiefe und den Zeitpunkt zu dem Infor-

mationen gesucht werden (vgl. ebd.). Zu den gewünschten Informationen zählen verfügbare Behandlungsoptionen, mögliche Nebenwirkungen der Behandlung, Stadium und Schwere der Erkrankung, Heilungsaussichten und Prognose, Möglichkeiten des eigenen Beitrags zu Behandlung bzw. Genesung und die Lebensführung mit oder nach der Erkrankung (vgl. ebd.). Die Informationen beinhalten verschiedene Funktionen für den Patienten: Kontrolle gewinnen, Angst reduzieren, Compliance verbessern, Beteiligung an Entscheidungen (vgl. ebd.).

Anke Scheiber und Matthias Gründel (2000) beschreiben den Zusammenhang von Krankheitsbewältigung und Informationssuche am Beispiel von Krebserkrankungen. Die Erfahrung einer Krebserkrankung beinhaltet, dass die körperliche Integrität, die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt sind, und die Krankheit daher für den Patienten einen Bruch der Realität bedeutet (vgl. ebd.: 165). Das Krankheitserleben ist geprägt von Ängsten und depressiven Gefühlen (vgl. ebd.). Scheiber und Gründel beschreiben zwei „lebensgeschichtlich erworbene Mechanismen zur Bewältigung von Krisen“, die durch eine Erkrankung ausgelöst werden: Eine Form der Bewältigung ist die unbewusste Abwehr der Bedrohung durch Verleugnung und Bagatellisierung. Eine zweite Gruppe von Bewältigungsformen ist eher bewusst und kognitiv gesteuert und umfasst Informationssuche oder Sinngebung (vgl. ebd.: 166). Es kann nicht generell festgelegt werden, welche Bewältigungsform am günstigsten ist, da der Nutzen des jeweiligen Umgangs mit einer Krankheit in starkem Maße von der Situation und der Person abhängt (vgl. ebd.). Information beeinflusst den Verlauf der Krankheit nicht in jedem Falle günstig: „Die für den Anpassungsprozess günstige Balance zwischen Wissen und Nichtwissen muß ständig neu austariert werden.“ (ebd.) Eine Mehrheit von Patienten hat jedoch zu bestimmten Zeitpunkten im Krankheitsverlauf starke Informationsbedürfnisse, die eine Suche nach Informationen auslösen:

„Bei einer steigenden Zahl von Patienten setzt jedoch die erlebte existentielle Bedrohung Energien frei, die oft schon bald nach dem eher lähmenden Diagnoseschock für eine umfassende Informationssuche genutzt werden. Patienten und Angehörige lernen, sich in einer bislang fremden Fachsprache zurechtzufinden. Sie sammeln Auskünfte über Genese und Dynamik der Erkrankung, über verschiedene Behandlungsverfahren, über die therapeutischen Spektren verschiedener Kliniken, über Außenseitermethoden und nicht zuletzt über Erfahrungen von ebenfalls Erkrankten, die schon einen Teil dessen hinter sich haben, was man selber noch vor sich hat. Aktive Bewältigung heißt für diese Patienten zunächst einmal, genau herauszufinden, gegen was und mit welchen Mitteln man kämpfen kann.“ (Scheiber/Gründel 2000.: 167)

3.2 Informationsquellen im Krankheitsfall

Gesundheitsinformationen können über persönliche Informationsquellen, wie Arzt (formell) oder Familienmitglieder und Freunde (informell), massenmediale Kanäle, wie Fernsehen, Radio, Zeitung und Zeitschrift, und über ‚hybride‘ Infrastrukturen wie Telefon und Internet erhalten werden (vgl. Napoli 2001; vgl. Rains 2007:668). Insgesamt schätzen Patienten es, Informationen aus mehreren Quellen zu erhalten (vgl. Gaisser/Stamatiadis-Smidt 2004: 960). Auch Freimuth et al. (1989) berichten aus der Befragung von Nutzern der amerikanischen Telefonberatung ‚Cancer Information Service‘ (CIS), dass der Anruf beim Telefondienst im Zusammenhang mit anderen kommunikativen Handlungen steht. Von der Beratung erhofften sich die Anrufer insbesondere Erklärungen und Prüfungen von Informationen aus anderen Quellen und die Möglichkeit, Informationsbroschüren und Informationen, die nirgendwo anders gefunden wurden, bestellen zu können (vgl. ebd.: 86). Die Anrufer unterschieden sich darin, wie sie von der telefonischen Krebsberatung erfahren haben. Während über die Hälfte der Anrufer (52%) aus der allgemeinen Öffentlichkeit über das Fernsehen vom CIS erfahren haben, erfuhren Patienten häufiger aus interpersonalen Quellen von dem Telefondienst (vgl. ebd.: 86).

Nicola J. Gray et al. (2005) diskutieren die Rolle des Internets für die Suche nach Gesundheitsinformationen und stellen fest, dass Gesundheitsinformationen im Zeitverlauf über ein komplexes Netzwerk von Quellen verläuft (vgl. ebd.: 1468). Gray et al. (2005) vermuten, dass das Internet eine Ergänzung zu anderen Informationsquellen darstellt: “There was evidence that there is interplay between adolescents` use of the internet and personal health information sources. Some adolescents would check the information that they received from personal sources on the internet for consistency. If a personal information source could not supply the necessary information, then the internet was recognized as a useful second option.” (ebd. 1474) Die Daten des Gesundheitsmonitors 2006 zeigen, dass die überwiegende Mehrheit der deutschen Bevölkerung für die Suche nach Gesundheitsinformationen durchschnittlich mehr als fünf Informationsquellen komplementär nutzt (vgl. Baumann 2006: 122). Das deutet darauf hin, dass Informationsquellen zusätzlich zur Konsultation des Arztes eine größere Bedeutung gewinnen, und es relativiert die im Folgenden beschriebene Rolle des Arztes als primäre Informationsquelle.

Persönliche Informationsquellen sind im Krankheitsfall zentral für die Informationssuche (vgl. Baumann 2006; vgl. Neverla 2007a, b). Insbesondere Ärzte oder andere medizinische Experten sind für die meisten Menschen die wichtigsten Informationsquellen im Krankheitsfall: 45,3 Prozent der EU-Bürger gaben an, dass medizinische Experten (Ärzte, Apotheker, Krankenschwestern) die Hauptquelle für Gesundheitsinformationen sind (vgl. Spadaro 2003). Auch die Befragung von kalifornischen US-Bürgern kam zu ähnlichen Ergebnissen: Am ehesten werden persönliche Kontakte zu Freunden und Verwandten, anderen Patienten, Ärzten und Krankenschwestern zur Informationsbeschaffung genutzt (vgl. RAND Health 2001). Obwohl in den Massenmedien die meisten allgemeinen Informationen zu Krebserkrankungen zur Verfügung stehen (vgl. Johnson 1997: 7), bevorzugten Frauen Ärzte, Freunde und Familie als Informationsquelle (vgl. Johnson und Meischke 1991).

Johnson (1997) begründet die Vorrangstellung von persönlichen Quellen damit, dass spezifische Informationsbedürfnisse von aktuellen Ereignissen wie einer Diagnose ausgelöst werden, und daher spezialisierte und verbindliche Informationswege wie Ärzte bevorzugt werden (vgl. ebd.: 7). Dutta-Bergman (2004, 2005) unterscheidet zwischen informations- und unterhaltungsorientierten Kommunikationskanälen. Aus dem Vergleich von Medientypen als Informationsquellen im Gesundheitskontext schlussfolgert Dutta-Bergman, dass ‚aktive‘ Kommunikationskanäle wie interpersonale Kommunikation, Printmedien und das Internet als primäre Informationsquellen von gesundheitsbewussten Menschen genutzt werden (ebd.: 2005: 13). Unterhaltungsorientierte Medienangebote sind passender für „entertainment education“ (ebd.: 2004).

Baumann (2006) argumentiert, dass persönliche Gespräche mit dem Gesundheitsexperten erst stattfinden, wenn konkreter Beratungs- und Handlungsbedarf besteht, und ansonsten alternative Informationsquellen eine größere Bedeutung haben. *Massenmedien*, wie Zeitungen, Zeitschriften und das Fernsehen, sind demnach insbesondere im Vorfeld der eigenen Betroffenheit – also in der Präventionsarbeit – relevant. Im Gesundheitsmonitor 2006 rangieren Fernsehen, Zeitungen und Zeitschriften und Internet vor dem Arztgespräch als Quellen, in denen Gesundheitsinformationen gesucht werden (Baumann 2006: 123). Auch laut Eurobarometer 2003 ist das Fernsehen für immerhin 19,8 Prozent der Befragten die primäre Informationsquelle für Gesundheitsinformationen (Spadaro 2003). Auch die Befragung kalifornischer US-Bürger zeigte: Mehr als zwei Drittel der Befragten würden wahrscheinlich Bücher, Broschüren, Zeitungen oder Zeitschriften und

mehr als die Hälfte würden das Internet zur Gewinnung von Gesundheitsinformationen nutzen (vgl. RAND Health 2001).

Telefonische Informationsdienste stellen eine wichtige Informationsquelle im Krankheitsfall dar. Das Telefon als Informationsquelle vereint Merkmale interpersonaler und medialer Kanäle miteinander und wird daher von Johnson (1997: 87) als ‚Hybridkanal‘ klassifiziert. Die amerikanische Telefonberatung ‚Cancer Information Services‘ (CIS) ist seit 1975 in Betrieb (vgl. Freimuth et al. 1989: 1). In den letzten 15 Jahren sind auch in fast allen Ländern Europas telefonische Krebsinformationsdienste nach dem Vorbild des CIS eingerichtet worden (vgl. Gaisser/Stamatiadis-Smidt 2004: 960f.). In Deutschland steht der Krebsinformationsdienst (KID) als Einrichtung des Deutschen Krebsinformationszentrums in Heidelberg seit 1986 als Informationsquelle zur Verfügung, welche seit 1999 um Internetangebote (www.krebsinformation.de) ergänzt wird. Auf der Basis einer systematischen Auswertung einer Stichprobe von 20 Prozent der dokumentierten Anrufe werden jährlich Statistiken zu Nutzern und Informationsbedürfnissen erstellt.

Freimuth et al. (1989) liefern eine umfangreiche empirische Analyse von Daten der telefonischen Krebsberatung CIS, die in den Jahren von 1983 bis 1986 gesammelt wurden.²³ Die Telefonberatung wurde zum größten Teil von der allgemeinen Bevölkerung (47%) und von Familie und Freunden von Krebspatienten genutzt. Patienten (11%) und Berufstätige aus dem Gesundheitssektor (10%) machten einen fast gleichen Anteil der Nutzer des Telefonservice aus. Freimuth et al. (1989) vermuten, dass der hohe Anteil der Familie und Freunde, der fast doppelt so hoch ist wie der Anteil der Patienten, auf deren Funktion als „Gesundheitsagenten“ (ebd.: 60) zurückzuführen sei. Das bedeutet, dass Familienmitglieder oder Freunde für die Betroffenen angerufen haben und als Vermittler der Informationen dienen. Wird jedoch der Anteil der wiederholten Nutzer betrachtet, stellt sich die Situation anders dar: Die Patienten gehören mit 31 Prozent zu den intensiven Nutzern. Anrufer aus der allgemeinen Öffentlichkeit machten mit 9 Prozent den geringsten Anteil der Anrufer aus, die zum wiederholten Mal anriefen (vgl. ebd.). Freimuth et al. (1989) fanden einen signifikanten Geschlechterunterschied bei der Nutzung des CIS. Die Anrufer waren zu 71 Prozent weiblich und riefen im Verhältnis zur damaligen US Population (51,4% Frauen) deutlich häufiger an als Männer

²³ Alle Anrufe der Jahre von 1983 bis 1986 wurden standardisiert dokumentiert und bieten eine Datenbasis von 1 380 925 Informationssuchenden (vgl. Freimuth et al. 1989: 60). Diese Daten wurden um

(vgl. ebd.). Den hohen Anteil der Frauen bringen Freimuth et al. (1989) in Verbindung mit dem hohen Anteil der anrufenden Familienmitglieder und Freunde: Oftmals riefen die Frauen für ihre Ehemänner oder Väter an und agierten so als „*Informationssammler*“ (ebd.: 61) für die Familie. Das Interesse der Frauen an Gesundheitsinformationen gilt demnach nicht nur ihrer eigenen Gesundheit, sondern ist auf ihre gesellschaftliche Rolle als Pflegerin zurückzuführen, die sich um die Gesundheit der Kinder und des Ehemannes sorgt (vgl. Johnson 1997: 42f.). Andere Autoren sprechen auch von der Rolle der Frau als „gatekeeper“ für Gesundheitsinformationen (vgl. Warner/Procaccino 2004: 709). Neverla et al. (2007a, b) zeigen, dass die Belastungen für den Betroffenen im Krankheitsfall durch eine familiäre Rollenverteilung gemildert werden. In drei von 38 untersuchten Fällen übernahmen die Frauen das Management der Krankheit, d. h. sie beschafften Informationen und trafen Entscheidungen in Bezug auf Therapien, Ärzte und Behandlungszentren (vgl. ebd.).

Das Internet stellt als Informations- und Kommunikationsinfrastruktur (Schmidt-Kaehler 2005a, b) verschiedene mediale Anwendungen bereit. Die technische Infrastruktur des Internet zeichnet sich insbesondere durch potentielle Interaktivität zwischen Nutzern und Anbietern gesundheitsrelevanter Informationsangebote, die Niederschwelligkeit, i. e. eine leichte Zugänglichkeit zu Informationen unabhängig von Zeit und Raum, und die potentielle Kombination unterschiedlicher Kommunikationsformen aus (vgl. ebd.). Joachim Höflich (1997) konzipiert das Internet als ‚Hybridmedium‘, welches sowohl Merkmale interpersonaler Kommunikation als auch der Massenkommunikation hat.

Seit 1993, der ‚Geburtsstunde‘ des Internet, nahm die Zahl der Internetnutzer rapide zu und wächst weiterhin (vgl. Cline/Haynes 2001: 672; vgl. van Eimeren et al. 2003; van Eimereien/Frees 2007). In den USA nutzen bereits 75 Prozent der Bevölkerung das Internet (www.pewinternet.org). In Deutschland sind mittlerweile über 60 Prozent der Bevölkerung ‚online‘, 2001 waren es noch ungefähr 38 Prozent ((N)onliner Atlas 2007; van Eimereien/Frees 2007). Das Wachstum der Internetzugänge und der Internetnutzung verläuft jedoch nicht für alle Bevölkerungsschichten gleich. Der Begriff des ‚*Digital Divide*‘ beschreibt, dass „das Wachstum eher in privilegierten als in weniger privilegierten soziodemographischen Bevölkerungsgruppen stattfindet und diese Kluft sich im Zeitablauf vergrößert statt verringert“ (Riehm/ Krings 2006: 75). Unter den älteren

7500 rückgelaufene Fragebögen ergänzt, welche einige von den Anrufern im Anschluss an die Telefonberatung beantworteten.

Menschen, Menschen mit geringerer Bildung und geringerem Einkommen nutzen nur wenige das Internet ((N)online Atlas 2007; van Eimereien/Frees 2007). Ulrich Riehm und Bettina J. Krings (2006: 79) stellen fest, dass die digitale Kluft in Deutschland und den USA in Bezug auf den beruflichen Status, das Alter, in den USA zusätzlich auch bezüglich der ethnischen Herkunft und das Einkommen, zwischen 1998 und 2003 größer geworden ist. Beispielsweise nutzen knapp 90 Prozent der 14-19-Jährigen das Internet (und machen damit den größten Anteil der Internetnutzer aus), dagegen nur knapp 59 Prozent der 50-59-Jährigen (vgl. ebd.). In der Gruppe der 60-69-Jährigen nutzen sogar nur 35,5 Prozent das Internet (vgl. ebd.). Zwar werden innerhalb der Gruppen der Älteren, formal niedriger Gebildeten und Nicht-Berufstätigen inzwischen die relativ höchsten Wachstumsraten verzeichnet, absolut steigt die Zahl der Nutzer jedoch weiterhin am stärksten unter den größten Nutzergruppen (van Eimeren et al. 2003). Riehms/Krings (2006) kritisieren, dass in der Diskussion zur digitalen Spaltung die Nichtnutzung nur als Defizit betrachtet wird, welches überwunden werden muss (vgl. ebd.: 75). Riehms/Krings (2006) weisen daraufhin, dass es sich bei dem Verzicht auf Internetnutzung auch um eine alternative Mediennutzungsstrategie handeln kann (vgl. ebd.). Von Nicht-Nutzern des Internet wird als Begründung für die Nicht-Nutzung am häufigsten angegeben, dass Fernsehen, Radio und Zeitung ihnen als Informationsquellen ausreichen (vgl. ebd.: 86).

Mit dem Anstieg der Zahl der Internetnutzer allgemein ist auch die Nutzung von gesundheitsrelevanten Angeboten im Internet angestiegen (Clines/Haynes 2001; Cotten/Gupta 2004; Rains 2007). Gesundheitsinformationen sind im Internet weit verbreitet und werden häufig gesucht (vgl. Cotten/Gupta 2004: 1796; vgl. Hautzinger 2003). Im Jahr 2003 fand Schmidt-Kaehler (2005a: 71) 106 Millionen Treffer in der Internet-suchmaschine Google für den Suchbegriff „Health“, 2008 sind es bereits über eine Milliarde Treffer (Stand: 9.4.2008). 2003 wurden täglich mehr als 12,5 Millionen gesundheitsrelevante Suchvorgänge im World Wide Web durchgeführt (Eysenbach 2003: 356).

Die Erweiterung der gesundheitsbezogenen Kommunikationskanäle durch elektronische Medien, insbesondere das Internet, wird mit dem Begriff der „E-Health revolution“ (Neuhauser/Kreps 2003: 546) beschrieben. Der Begriff ‚*e-health*‘ umfasst eine Vielzahl von Informations- und Kommunikationstechnologien, die einen Bezug zu Gesundheit oder Medizin haben: „‘E-health‘ is the general term commonly used to cover many disciplines related to information and communication technology in the health domain: medical informatics, telehealth, telemedicine, public health informatics, and others.“

(Neuhauser/Kreps 2003: 545f.) Für Gunther Eysenbach (2001: o. S.) beschreibt ‚e-health‘, über die technologischen Entwicklungen hinaus, ein modernes Verständnis der Gesundheitsversorgung:

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

Eysenbach (2003: 360) unterscheidet vier Anwendungsgebiete des Internet im Gesundheitskontext: ‚Communication‘, ‚Content‘, ‚Community‘ und ‚e-Commerce‘. Zu ‚Communication‘-Anwendungen zählen E-Mail, Instant Messaging und Voice-over-IP. Unter ‚Communities‘ fasst Eysenbach Mailingslisten, Newsgroups und Chatrooms. Zu ‚e-Commerce‘ gehören kommerzielle medizinische Angebote im Internet (*ebd.*). Der Begriff ‚Content‘ umfasst wörtlich die ‚Inhalte‘ des Internet, gemeint sind Informationsinhalte im World Wide Web (*ebd.*).²⁴

Insbesondere für die Patienteninformation und –beratung gewinnt das Internet als Informations- und Kommunikationsinfrastruktur zunehmend an Bedeutung (Schmidt-Kaehler 2005b). Das Internet wurde in den USA, in Großbritannien und in Kanada frühzeitig für die gesundheitsbezogene Kommunikation eingesetzt (Scheiber/Gründel 2000: 168). Die Entwicklung des Internet vollzog sich nahezu zeitgleich mit einer zunehmend marktwirtschaftlicheren Ausrichtung der Gesundheitssysteme in den USA und in (einigen) europäischen Staaten (vgl. Dutta-Bergman 2004: 274). Die höheren Anforderungen an die Informiertheit der Patienten erhöhten die Nachfrage an Gesundheitsinformationen allgemein, und die Verfügbarkeit des Internet machte eine Vielzahl von Informationen zugänglich. Nach einer Online-Befragung der BertelsmannSpringer Online Medizin GmbH (BSMO 2003) gaben die Befragten folgende Aspekte der Informationssuche im Internet an, die ihnen besonders wichtig sind: schnell Informationen einholen zu können, Informationen von Experten im direkten Kontakt zu bekommen und die Anonymität beim Kontakt mit anderen Betroffenen und mit Experten (*ebd.*).

80 Prozent der US-amerikanischen Internetnutzer - das entspricht ungefähr 113 Millionen erwachsenen US-Bürgern - suchen im Internet nach Gesundheitsinformationen (Fox

²⁴ Für eine Übersicht über gesundheitsrelevante Online-Dienstleistungen siehe Schmidt-Kaehler 2005a: 71f.

2006). An einem beliebigen Tag ist die Anzahl der US-Bürger, die das Internet für die Suche nach medizinischen Informationen nutzen, größer als die Anzahl der US-amerikanischen Bürger, die einen Arzt konsultieren (vgl. Rains 2007). Es ist zu beachten, dass sich die Prozentangaben der Nutzer von Gesundheitsinformationen im Internet nur auf die Internetnutzer beziehen.

In der repräsentativen Umfrage unter EU-Bürgern spielte das Internet im Vergleich zu anderen Informationsquellen nur eine untergeordnete Rolle (vgl. Spardaro 2003): 23,1 Prozent der EU-Bürger nutzen das Internet für Gesundheitsinformationen. Von den befragten Deutschen gaben 24 Prozent an, gesundheitsrelevante Informationen im Internet zu nutzen (vgl. ebd.). Damit liegt Deutschland hinter Dänemark (47,2%), den Niederlanden (42,4%), Schweden (38,7%) und Finnland (33,5%) im europäischen Durchschnitt (vgl. ebd.). Der Baromètre Cercle Santé (2007), durchgeführt von dem Unternehmen Europ Assistance, welches zur italienischen Generali Versicherungsgruppe gehört, befragte Ende 2006 über 2000 Personen über 18 Jahren in Deutschland, Frankreich, Italien, Großbritannien und Schweden zu gesundheitspezifischen Themen. Demnach nutzt fast die Hälfte der Deutschen (47%) das Internet regelmäßig oder ab und an zur Gewinnung von Gesundheitsinformationen (ebd.). Auch wenn die Ergebnisse des Baromètre Cercle Santé (2007) aufgrund von methodischen Unterschieden von den Ergebnissen, die Spardaro (2003) berichtet, abweichen, ist eine deutliche Zunahme der Nutzung des Internet in Deutschland für gesundheitspezifische Fragestellungen zu erkennen.

Cotten und Gupta (2004) untersuchten auf der Basis von Daten aus der US-amerikanischen ‚General Social Survey‘ (GSS)²⁵ die Wechselbeziehungen zwischen Internetnutzung, soziodemographischen Charakteristika, Gesundheitszustand und gesundheitsrelevanter Informationssuche (vgl. ebd.: 1799). Die Ergebnisse zeigen, dass jüngere, besser gebildete Menschen mit einem höheren Einkommen mit einer signifikant größeren Wahrscheinlichkeit im Internet nach Gesundheitsinformationen suchen. Damit bestätigen Cotten und Gupta (2004) die These eines Digital Divides, der für die generelle Nutzung des Internets aufgestellt wurde, auch für die Nutzung von gesundheitsrelevanten Informationen im Internet. Zusätzlich zu den traditionellen Digital Divide-Faktoren fanden Cotten und Gupta (2004) signifikante Unterschiede in Bezug auf den Gesund-

²⁵ Die Befragung wurde 2000 durchgeführt und umfasste standardisierte Interviews mit 2817 erwachsenen US-Bürgern. Cotten und Gupta (2004) stützen sich auf die Teilstichprobe von 385 Befragten, welche angaben, in den letzten Jahren Gesundheitsinformationen gesucht zu haben (vgl. ebd.: 1799).

heitszustand und den Faktor ‚Glück‘ zwischen Internetnutzern von Gesundheitsinformationen und Nichtnutzern von Onlineinformationen. Die Online-Nutzer von Gesundheitsinformationen sind mit signifikanter Wahrscheinlichkeit gesünder und glücklicher als Offline-Nutzer von Gesundheitsinformationen. 86 Prozent der befragten Onliner und nur 60 Prozent der Offliner gaben an, dass ihr Gesundheitszustand gut oder exzellent sei (vgl. ebd.: 1801).

Die qualitative Studie zum gesundheitsrelevanten Informationsverhalten von Jugendlichen von Gray et al. (2005) zeigt, dass die Nutzung des Internets als Primärquelle stark mit dem Alter der Informationsnutzer zusammenhängt. Viele befragte US-amerikanische und englische Studenten gaben an, dass das Internet ihre primäre Informationsquelle für allgemeine Gesundheitsinformationen sei (vgl. ebd.: 1467). Jugendliche haben in den meisten Fällen erst wenig Erfahrung mit Krankheiten, insbesondere ernsthaften Krankheiten, und suchen im Internet daher vorwiegend nach Informationen zu alltäglichen Gesundheitsproblemen (z. B. Diät, Akne). Aber die jungen Erwachsenen verfügen über einen weitreichenden Zugang zu Online-Ressourcen, welche ihnen bei ihrer eigenen Gesundheitsversorgung und bei der Versorgung ihres sozialen Umfelds helfen kann, wenn ein ernsthaftes gesundheitliches Problem auftreten sollte (vgl. ebd.: 1471). Über 55-Jährige haben größere Gesundheitsbedürfnisse als der repräsentative Stichprobendurchschnitt, sind jedoch davon überzeugt, dass sie genug Informationen besitzen, und keine Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung haben. Sie verlassen sich auf den Arzt und auf Familie und Freunde als Informationsquellen. Die meisten nutzen kein Internet (vgl. RAND Health 2001).

Der Anteil der Internetnutzer ist in der männlichen Bevölkerung (67,1%) immer noch größer als der Anteil der Internetnutzer unter den Frauen (53,8%) ((N)Onliner Atlas 2007). Jedoch ist der Anteil der weiblichen Internetnutzer, die nach Gesundheitsinformationen suchen (85%), wesentlich größer als der Anteil der männlichen Internetnutzer (75%) (Fox/Fallows 2003). Je mehr Erfahrung die Nutzer mit dem Internet haben, desto eher suchen sie Gesundheitsinformationen online (Fox/Fallows 2003; Cotten/Gupta 2004).

Die Angaben zur Nutzung von Gesundheitsinformationen im Internet allein sagen noch nichts darüber aus, wie groß der Anteil derjenigen Internetnutzer ist, die aufgrund eines *Krankheitsfalls* Informationen suchen. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass die Suche oft von einer Diagnose und dem Wunsch nach Informationen bezüglich einer Behand-

lung ausgelöst wird (vgl. Cline/Haynes 2001). Die meisten Online-Nutzer von Gesundheitsinformationen suchen Informationen zu spezifischen Krankheiten oder medizinischen Problemen (64%) und/oder nach bestimmten Behandlungen (51%) (Fox 2006). Die Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet ist für die meisten Nutzer kein alltäglicher Vorgang. Acht von zehn Nutzern gaben an, dass sie unregelmäßig nach Gesundheitsinformationen im Internet suchen (Fox/Fellows 2003). Mehr als die Hälfte der Internetnutzer suchen Gesundheitsinformationen nicht für sich selbst, sondern für andere (Ehemänner, Kinder, Freunde) (vgl. ebd.). Melinda Goldner (2006) fand heraus, dass chronisch kranke Internetnutzer oder Internetnutzer mit einer Behinderung häufiger Gesundheitsinformationen im Internet suchten als gesunde Vergleichsgruppen. Laut Fox (2007) nutzen erwachsene Menschen mit einer chronischen Krankheit oder Behinderung das Internet zwar weniger (51%) als die nicht-kranken Vergleichsgruppen (74%), aber wenn sie einmal ‚online‘ sind, dann werden sie zu eifrigen Internetnutzern (ebd.). Patienten mit chronischen Krankheiten beginnen die Suche im Internet häufiger direkt mit einer bestimmten Webseite (37%) als Nutzer von Gesundheitsinformationen im Internet ohne Behinderungen oder Krankheiten: Nur 27 Prozent starten direkt mit einer Webseite (vgl. ebd.). Chronisch kranke Patienten suchen häufiger Informationen in Bezug auf ihren eigenen Gesundheitszustand (53%) als Nutzer ohne chronische Krankheiten (33%) (vgl. ebd.). Auch Thomas K. Houston und Jeroan J. Allison (2002) zeigen, dass Internetnutzer mit schlechtem Gesundheitszustand das Internet erst seit kurzer Zeit nutzen. Dafür aber regelmäßiger und häufiger Online-Chats nutzen als Internetnutzer mit gutem Gesundheitszustand (vgl. ebd.).

Empirische Forschungsergebnisse, die sich spezifisch mit der Internetnutzung im Krankheitsfall beschäftigen, wurden in den letzten Jahren zunehmend im medizinischen Kontext durchgeführt. Die Studien sind jedoch meist auf die Internetnutzung bestimmter Patientengruppen beschränkt. Eysenbach (2003) schätzt auf der Basis einer Meta-Analyse von 24 veröffentlichten Studien, dass ungefähr 39 Prozent der krebserkrankten Menschen das Internet nutzen (ebd.:356). Zusätzlich erhalten 15 bis 20 Prozent der Krebskranken durch Familie und Freunde indirekt Informationen aus dem Internet (ebd.). Eine Nutzeranalyse des Onlineangebots Oncolink²⁶ zeigt, dass sich die Nutzerschaft nur zu einem geringen Anteil aus den Betroffenen selbst zusammensetzt (16%) (vgl. Scheiber/Gründel 2000: 170). Die Hälfte der Nutzer und damit die Hauptnutzer-

²⁶ Oncolink ist ein großer US-amerikanischer Informationsdienst für Krebspatienten und deren Angehörige und unter der Internetadresse www.oncolink.upenn.edu zu erreichen.

gruppen sind Angehörige der Patienten oder Ärzte und andere medizinische Experten (vgl. ebd.).

Das Internet spielt eine signifikante Rolle bei der Informationssuche in Bezug auf die geistige Gesundheit (Powell/Clarke 2006). Die Auswertung eines Papier-Bleistift-Fragebogens, der von einer repräsentativen britischen Stichprobe ausgefüllt wurde, ergab, dass 10 Prozent der allgemeinen Bevölkerung das Internet für die Suche nach Informationen bezüglich der geistigen Gesundheit nutzen (ebd.). Innerhalb der Gruppe der Internetnutzer suchen 18 Prozent im Internet nach Informationen die geistige Gesundheit betreffend (ebd.). Von den Menschen, welche bereits in der Vergangenheit psychische Probleme hatten, nutzen 20 Prozent das Internet (ebd.). Die Bedeutung des Internets für die Suche nach Informationen zu geistigen Krankheiten geht insbesondere daraus hervor, dass 24 Prozent der repräsentativen Stichprobe das Internet als eine von drei Informationsquellen angaben, welche sie bei psychischen Problemen nutzen würden (ebd.).

3.3 Fazit: Empirische Forschungsergebnisse: Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall

Aus der dargestellten empirischen Forschung lassen sich zentrale Befunde zur Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall zusammenfassen:

- Im Verlauf einer Krankheit haben Menschen *starke Informationsbedürfnisse* (z. B. Heesen 2004, 2007; vgl. Neverla et al. 2007a, b).
- Die Ausprägung der Informationsbedürfnisse ist abhängig von *kontextuellen und strukturellen Faktoren* (Dierks/Schwartz 2001; Czaja et al. 2003).
- Gesundheitsrelevante Informationen werden überwiegend *zweckgebunden zur Bewältigung der Krankheit* genutzt (vgl. Scheiber/Gründel 2000). Die Bewältigung kann sich auf kognitive Aspekte (z. B. Entscheidungsfindung) und affektive Aspekte (z. B. Gewinnen von Kontrolle, Reduzieren von Angst, Sinngebung) beziehen (vgl. ebd.).
- Informationen werden in *mehreren Informationsquellen* gesucht, die einander ergänzen (vgl. Gray et al. 2005; Baumann 2006; Neverla 2007b). Ärzte und andere medizinische Experten sind für die meisten Menschen die wichtigste In-

formationsquelle im Krankheitsfall, werden aber von den Medien und Internet ergänzt (vgl. Baumann 2006; Neverla 2007a, b).

- Im Krankheitsfall werden *spezialisierte und verbindliche Informationskanäle* bevorzugt genutzt (vgl. Johnson 1997: 7). ‚Aktive‘ Informationskanäle wie interpersonale Kommunikation, Printmedien und das Internet werden von gesundheitsbewussten Menschen genutzt (vgl. Dutta-Bergman 2004, 2005). ‚Hybride‘ Kommunikationskanäle, wie Telefon und Internet, die verschiedene Aspekte interpersonaler und Massenkommunikation vereinen, sind besonders geeignet, um zielgerichtet verbindliche Informationen zu suchen.

4 Krankheit und Krankheitsverhalten

„Illness is the night-side of life, a more onerous citizenship. Everyone who is born holds dual citizenship in the kingdom of the well and in the kingdom of the sick. Although we all prefer to use only the good passport, sooner or later each of us is obliged, at least for a spell, to identify ourselves as citizens of that other place.“ (Sontag 1990:3)

‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘, schreibt Susan Sontag (1990), sind zwei Königreiche, und alle Menschen haben eine doppelte Staatsbürgerschaft. Solange wir gesund sind, neigen wir dazu, dies zu vergessen. Doch sobald wir krank werden, verlieren wir unseren bisherigen gesellschaftlichen Status und fühlen uns wie ‚Bürger eines anderen Landes‘. Sontags Aufsatz „Illness as Metaphor“ verdeutlicht, dass ‚Krankheit‘ aus der Sicht der Betroffenen mehr bedeutet als eine medizinische Diagnose: Krank sein bedeutet eine Veränderung oder sogar den kompletten Verlust der bisherigen Lebensweise. Aus der Darstellung der psychischen und sozialen Aspekte von Krankheit geht hervor, welche Anpassungsaufgaben eine Krankheit als ‚kritisches Lebensereignis‘ stellt (Kap. 4.2).

‚Krankheit‘ und ‚Gesundheit‘ sind wechselseitig aufeinander bezogen und kaum voneinander zu trennen (vgl. Faltermaier 2005: 31), es unterscheidet sie lediglich die Perspektive. Krankheits- und Gesundheitsmodelle²⁷ stellen einen theoretischen Rahmen her, innerhalb dessen die Begriffe voneinander abgegrenzt werden können, und innerhalb dessen Krankheitserleben und -verhalten konzipiert werden.

Die Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall wird als eine Form des Krankheitsverhaltens, genauer: des Krankheitshandelns, verstanden. Daher werden grundlegende Befunde zum Erleben und Verhalten im Krankheitsfall dargestellt. Sven Ehrlich (2005) systematisiert Modelle gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen.

4.1 Krankheits- und Gesundheitsmodelle

‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ betreffen alle Menschen in allen Lebensbereichen. Daher verwundert es nicht, dass ein Thema mit einer derartig universellen Bedeutung auch verschiedene wissenschaftliche Disziplinen herausfordert. Krankheits- und Gesund-

heitsmodelle sind metatheoretische Ansätze, welche ein bestimmtes Verständnis von Krankheit zugrunde legen, primär, um das Entstehen und den Verlauf von Krankheiten bzw. den Erhalt der Gesundheit zu erklären. Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts beschäftigt sich die moderne naturwissenschaftliche Medizin mit der Klassifikation von Krankheiten und prägt das Verständnis von Gesundheit und Krankheit bis heute (biomedizinisches Krankheitsmodell). Die medizinische Perspektive wird seit den 1980er Jahren verstärkt durch interdisziplinär ausgerichtete Gesundheitswissenschaften ergänzt (vgl. Faltermaier 2005: 25f.): Public Health, Medizinsoziologie, Gesundheitspsychologie und medizinische Psychologie gehen davon aus, dass das Thema ‚Gesundheit und Krankheit‘ nicht nur von einer Disziplin bearbeitet werden kann. Die gesundheitsbezogenen Disziplinen haben zur Erweiterung des biomedizinischen Modells um psychologische, soziale und kulturelle Faktoren beigetragen (biopsychosoziales Krankheitsmodell; vgl. Faltermaier 2005: 28f.). Das Konzept der Salutogenese des israelisch-amerikanischen Gesundheitswissenschaftlers Aaron Antonovsky führt zu einem Paradigmenwechsel von der bislang pathogenetisch ausgerichteten Perspektive hin zu einer gesundheitserhaltenden Perspektive (vgl. Franzkowiak 2000: 96f.; Faltermaier 2005: 49f.).

4.1.1 Biomedizinisches Krankheitsmodell

Aus Sontags Beschreibung von Krankheit als der ‚Schattenseite des Lebens‘, lässt sich eine Vorstellung von Gesundheit und Krankheit als Gegensatzpaar oder als die ‚zwei Seiten einer Medaille‘ konzipieren. Diese Vorstellung entspricht frühen Definitionen von Krankheit als Abwesenheit von Gesundheit und umgekehrt (vgl. Lippke/Renneberg 2006: 7). Gesundheit und Krankheit sind nach dieser Vorstellung zwei dichotome Konzepte. Dabei ist Krankheit der relevante Aspekt, welcher Handeln nötig macht, und dadurch auch im Zentrum der praktischen und wissenschaftlichen Beschäftigung steht.

Das biomedizinische Modell steht in der Denktradition der naturwissenschaftlichen Medizin und wurde als eine Erweiterung des Kochschen Modells der Infektionskrankheiten konzipiert. Dieses Modell beschreibt biologische, physikalische, chemische Bedingungen der Krankheitsentstehung (vgl. Franzkowiak 2000: 16). Die zentralen Kom-

²⁷ Der Begriffs des Modells wird hier in einem weiten Sinne verstanden: Unter Gesundheits- und Krankheitsmodellen werden Paradigmen in den Gesundheitswissenschaften gefasst, welche Konsequenzen für das Verständnis von ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ haben.

ponenten des biomedizinischen Modells gehen aus der Definition von Krankheit im klinischen Wörterbuch Pschyrembel hervor. Krankheit wird definiert als:

„1. Störung der Lebensvorgänge in Organen od. im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperl., geistigen bzw. seelischen Veränderungen; [...] 3. Begriffl. Bez. für eine definierbare Einheit typischer ätiol., morphol., sympt., nosologisch beschreibbarer Erscheinungen, die als eine bestimmte Erkrankung verstanden wird.“ (Pschyrembel 1998: 867)

Krankheit beschreibt demnach den Zustand eines organischen Defekts im menschlichen Körper. Diese Funktionsstörung scheint der Organismus (im Sinne eines Infektionsmodells) passiv zu erleiden. Psychische und soziale Komponenten werden nur als mögliche Folgen einer (in jedem Falle) organischen Störung miteinbezogen. Nach dem biomedizinischen Modell werden innerhalb einer medizinischen Diagnose Symptome erfasst und einem Krankheitsbild zugeordnet. Nur eine eindeutige Diagnose ermöglicht eine Therapie. Die Kriterien einer Krankheit werden empirisch erfasst und in Klassifikationssystemen²⁸ geordnet. Aus diesem Kriterienkatalog lässt sich eindeutig bestimmen, ob eine Krankheit vorliegt oder nicht.

Diese Konzeption ist pragmatisch an den Zielen der therapeutischen Medizin ausgerichtet, weist jedoch einige Mängel für eine allgemeingültige Definition von Krankheit auf. Nach dem biomedizinischen Modell liegt es nahe, kranke Menschen mit Patienten gleichzusetzen, da angenommen werden muss, dass sich jemand mit Beschwerden einer ärztlichen Diagnose unterzieht. Tatsächlich konzentrierte sich die Krankheits- und Gesundheitsforschung lange auf Patienten, also auf jene Menschen, die sich im gesundheitlichen Versorgungssystem befinden (vgl. Faltermaier 2005: 216f.). Peter Herschbach (1995) bestätigt diese Feststellung in Bezug auf die psychosomatische Medizin und macht darauf aufmerksam, dass viele Kranke nicht Patient und viele Patienten nicht krank sind. Nach der Durchsicht verschiedener Studien fasst Herschbach (1995: 84) zusammen, dass mehr als 80 Prozent der Normalbevölkerung zum Befragungszeitpunkt, bezogen auf die letzten zwei Wochen, körperliche Symptome oder Beschwerden angeben, aber nur ein Drittel der Befragten einen Arzt aufsuchte (vgl. ebd.). Von den Menschen, die einen Arzt aufsuchen, lässt sich bei 68 bis 92 Prozent keine Erkrankung feststellen (vgl. ebd.). In nur 41 Prozent ist eine eindeutige Diagnose möglich (vgl. ebd.).

²⁸ Am meisten verbreitet ist die International Classification of Diseases (ICD), herausgegeben und laufend aktualisiert von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (vgl. Faltermaier 2005: 32). In den USA wird überwiegend das Diagnostic and Statistical Manual (DSM) verwendet (vgl. ebd.).

Die Frage nach den Faktoren, die einen Arztbesuch beeinflussen, wird unter den Begriffen des ‚illness behavior‘ oder ‚Hilfesuchen‘ (siehe Kap. 4.2.2) behandelt.

Zentraler Kritikpunkt am biomedizinischen Modell ist die dichotome Konzeption von Gesundheit und Krankheit. Die Beschränkung auf vermeintlich objektiv erhobene Krankheitsmerkmale und ihre standardisierte Anwendung auf Individuen vernachlässigt Grenzbereiche von Gesundheit und Krankheit, die beispielsweise aus Widersprüchen zwischen subjektiv empfundenen und objektiv festgestellten Symptomen entstehen können. Diese Grenzbereiche ergeben sich innerhalb des biomedizinischen Modells nicht, da es psychologische und soziale Dimensionen von Krankheit, die inter- und intraindividuell variieren können, außer Betracht lässt. Psychologische und soziale Faktoren spielen insbesondere in Bezug auf chronische Krankheiten wie Diabetes oder chronische Rückenleiden, die in den Industrieländern zu den häufigsten Erkrankungen zählen (vgl. Franzkowiak 2000: 16), eine Rolle. Hier erweist sich die konzeptionelle Orientierung des biomedizinischen Modells an den Entstehungsbedingungen von Infektionskrankheiten, die heute nur 10 Prozent der Erkrankungen ausmachen (vgl. ebd.), als überholt.

Die genannten Kritikpunkte führen dazu, dass das biomedizinische Modell seit mehr als 30 Jahren als zu eng kritisiert wird (vgl. Faltermaier 2005: 47; Franzkowiak 2000: 16). Eine Erweiterung des Modells, welches ein ganzheitlicheres Verständnis von ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ anstrebt, ist das biopsychosoziale Modell. In der Praxis der Gesundheitsversorgung und der medizinischen Forschung dominiert allerdings immer noch das biomedizinische Modell (vgl. Faltermaier 2005: 44). Der österreichische Medizinpsychologe Josef Egger (2005: 3) schreibt: „[...] de facto hat der ausgerufene Paradigmenwechsel von einer biomedizinischen zu einer („ganzheitlichen“) biopsychosozialen Medizin *nicht* stattgefunden – die aktuelle Publikationstätigkeit zeigt ganz nüchtern die gewaltige Dominanz der biologisch-medizinischen Wissenschaft.“

4.1.2 Biopsychosoziales Krankheitsmodell

In den Gesundheitswissenschaften²⁹ dient das biopsychosoziale Modell heute als die konzeptionelle Basis (vgl. Faltermaier 2005: 44). Egger (2005: 4) bezeichnet das biopsychosoziale Modell sogar als das „gegenwärtig kohärenteste, kompakteste und auch

²⁹ Damit sind hier vorrangig die Gesundheitspsychologie und die medizinische Psychologie gemeint. Die Medizin orientiert sich größtenteils noch am biomedizinischen Modell. Die Gesundheitswissen-

bedeutendste Theoriekonzept, innerhalb dessen der Mensch in Gesundheit und Krankheit erklärbar und verstehbar wird.“ Das Modell geht zurück auf den amerikanischen Mediziner George L. Engel (1976), der aus der Beschäftigung mit der psychosomatischen Medizin ein biopsychosoziales Modell entwickelte. Das Modell beruht auf Annahmen der Systemtheorie und ihrer Anwendung auf die Biologie (vgl. Egger 2001, 2005). Dabei beschreibt das biopsychosoziale Modell „die Natur als eine hierarchische Ordnung von Systemen“ (ebd. 2005: 5). Jedes einzelne System weist eine eigene Dynamik auf, die aber nicht unverbunden mit den anderen Systemen ist. Die Systeme beeinflussen sich wechselseitig und verändern sich ständig. Jedoch erklären die Bestandteile des einen Systems und die Beziehungen der Systeme zueinander nicht die Funktion des nächsthöheren Systems: „Oder anders formuliert: Die größten Anstrengungen auf neurologischer oder biochemischer Ebene werden es nicht schaffen, die Erlebens- und Verhaltensphänomene (das ‚weite Land der Seele‘) aufzuklären und vice versa – und zwar aus prinzipiellen Gründen, da das jeweils höher liegende System Phänomene produziert, die auf der darunter liegenden Ebene noch gar nicht existieren.“ (ebd.)

Das ‚ganzheitlich‘ orientierte Modell nimmt an, dass bei jedem Krankheitsprozess sowohl biologische Faktoren wie Viren, Bakterien, Verletzungen oder genetische Dispositionen, als auch psychische Faktoren wie das krankheitsbezogene Erleben und Verhalten, Einstellungen, Emotionen und soziale Aspekte von Krankheit, wie der sozioökonomische Status und Arbeits-, Wohn- und Lebensverhältnisse zu berücksichtigen sind (vgl. Lippke/Renneberg 2006: 9; vgl. Egger 2005: 4). Das bedeutet, dass organische Störungen nur eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung sind, um ‚Krankheit‘ festzustellen (vgl. Faltermaier 2005: 48). Erst die Gesamtbetrachtung biomedizinischer, psychologischer und sozialer Krankheitsdimensionen und ihrer Wechselwirkungen ermöglicht eine ganzheitliche Erfassung einer Krankheit.

Krankheit und Gesundheit sind nach dem biopsychosozialen Modell kein Zustand, in dem sich ein passives Individuum befindet (wie vom biomedizinischen Modell impliziert). Es lassen sich organisch, psychologisch und soziologisch keine Punkte festlegen, die intra- und interindividuell stabil Krankheit von Gesundheit unterscheiden. Krankheit und Gesundheit sind vielmehr als „dynamisches Geschehen“ (Egger 2005: 6) erklärbar. Krankheit tritt demnach dann ein, „wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen auf beliebigen Ebenen des Systems

‚Mensch‘ nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen“ (ebd.: 1).

Gegen das biopsychosoziale Modell wird wissenschaftstheoretische Kritik vorgebracht (vgl. Egger 2001: 311.), die jedoch für das Verständnis von Krankheit nicht grundlegend ist und daher hier ausgespart wird. Eine für diese Arbeit relevante Kritik bezieht sich darauf, dass die Trennung von Kranken und Patienten durch die Ergänzung um die Erlebens- und Verhaltenskomponente zwar theoretisch impliziert ist, sich die Anwendung des Modells allerdings vorwiegend auf Patienten bezieht (vgl. Herschbach 1995).³⁰ Diese enge Sicht von Krankheit geht auf den pathogenetischen Blickwinkel zurück, dem das biomedizinische und das biopsychosoziale Modell gleichermaßen unterliegen.³¹ Im Zentrum des Interesses steht die Diagnose und Therapie von Erkrankungen von Menschen, die sich bereits im Versorgungssystem befinden. Das schließt ein, dass Menschen als krank – also als Patienten - bezeichnet werden, und dadurch praktisch wieder eine dichotome Einteilung in krank und gesund vorliegt. Die subjektive Komponente von Krankheit und der Abschied von einem dichotomen Krankheits- und Gesundheitsverständnis treten dadurch im biopsychosozialen Modell in den Hintergrund, obwohl sie damit vereinbar wären. Eine umfassende Analyse des Krankheitsfalls muss einen weiteren Krankheitsbegriff zugrunde legen, der bereits vor der ärztlichen Diagnose ansetzt und Gesundheit und Krankheit nicht als sich gegenseitig ausschließende Konzepte betrachtet. Das Paradigma der Salutogenese stellt einen solchen breiteren Ansatz für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit dar.

4.1.3 Paradigma der Salutogenese

Das Paradigma der Salutogenese unterscheidet sich in der grundlegenden Blickrichtung von dem biopsychosozialen und dem biomedizinischen Modell. Diese beiden Modelle sind Krankheitsmodelle, d. h. sie bewegen sich in der Denktradition der Pathogenese (vgl. Faltermaier 2005: 49). Der Gesundheitswissenschaftler Aaron Antonovsky (1980) führte aufgrund der Kritik an einer pathogenetischen Ausrichtung der Forschung³² die Salutogenese als Gegenkonzept ein. Das Paradigma der Salutogenese zielt darauf ab, Gesundheit zu erklären und nicht Krankheit. Die zentrale Frage lautet nicht

³⁰ Die zwei zitierten Aufsätze von Egger (2001, 2005) sind hierfür beispielhaft: Anstatt von Kranken spricht er durchgängig von Patienten.

³¹ Das biomedizinische Modell ist vor allem für die Forschung und Praxis der Psychotherapie, Psychosomatik und der medizinischen Psychologie grundlegend.

³² Zur Kritik der pathogenetischen Perspektive siehe Antonovsky 1980: 12f.; Faltermaier 2005: 50f.

mehr: Was macht Menschen krank? sondern: Was erhält Menschen gesund? (vgl. Faltermaier 2005: 51). Das Paradigma der Salutogenese umfasst ebenso wie das biopsychosoziale Modell multiple Faktoren für das Zustandekommen von ‚Gesundheit‘. Daher schließt eine salutogenetische Orientierung eine biopsychosoziale Konzeption nicht aus, es stellt die biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen jedoch in einen neuen Rahmen.³³

Nach Antonovsky (1980: 47f.) ist die Frage: ‚Gesund oder krank ?‘ bereits falsch gestellt. Eine dichotome Klassifikation von krank oder gesund ist immer künstlich. Menschen seien vielmehr ‚mehr oder weniger gesund bzw. krank‘. Antonovsky (ebd.: 57) definiert Gesundheit (bzw. Krankheit) daher als Bewegungen auf einem Gesundheits-Krankheitskontinuum („ease-disease continuum“, ebd.). Demnach schließen Gesundheit und Krankheit sich nicht aus. Untersucht werden nicht nur Patienten, die als krank gelten, sondern alle Menschen und ihre Bewegungen in positive bzw. negative Richtungen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Nach dem Paradigma der Salutogenese ist es sinnvoller, nach den gesundheitsfördernden Ressourcen anstatt nach den krankmachenden Stressoren zu fragen (vgl. Faltermaier 2005: 50).

Auf der Basis einer pathogenetischen bzw. salutogenetischen Perspektive werden unterschiedliche Modelle zur Beschreibung des Krankheits- bzw. Gesundheitsverhaltens genutzt (vgl. Abb. 2)

	Pathogenese: Krankheitsmodelle	Salutogenese: Gesundheitsmodelle
Paradigmen	Biomedizinisches Krankheitsmodell Biopsychosoziales Krankheitsmodell	Paradigma der Salutogenese
Modelle	Risikofaktorenmodell Modell der psychosozialen Krankheitsätiologie Stresstheorien Modelle des Risikoverhaltens	Modell der Salutogenese Modelle der subjektiven/sozialen Konstruktion von Gesundheit Modelle des Gesundheitshandelns/ Gesundheitsverhaltens

Abbildung 2: Paradigmen und Modelle der Gesundheitswissenschaften. Aus Faltermaier 2005: 52.

³³ Dieser Perspektivwechsel wird teilweise unterschlagen, so dass das Salutogenese-Konzept mit dem biopsychosozialen Modell vermischt wird (z. B. Lippke/Renneberg 2006).

4.2 Psychische und soziale Aspekte von Krankheit

In Kapitel 4.1 wurden metatheoretische Krankheitsmodelle diskutiert, um die verschiedenen Perspektiven der mit Gesundheit und Krankheit befassten Wissenschaftsdisziplinen zu ordnen. Das Erleben und Verhalten im Krankheitsfall wurde mit den psychosozialen Komponenten nur angedeutet. Dieses Kapitel nimmt Bezug auf die medizinsoziologische und gesundheitspsychologische Forschung zu psychischen und sozialen Aspekten von Krankheit. Diese soll an ein biopsychosoziales Rahmenmodell anschließen und nicht gesondert davon behandelt werden.

Im Gegensatz zur Medizin als Disziplin stehen bei einer sozialwissenschaftlichen Beschäftigung mit ‚Krankheit‘ nicht die Diagnose und Therapie einer Krankheit im Mittelpunkt, sondern die Bedeutungen einer Krankheit für die betroffene Person und die damit verbundenen Verhaltensweisen. Die zentrale Frage bezieht sich nicht auf die Krankheit an sich, sondern darauf, welche persönlichen Entscheidungssituationen aus dem Kranksein resultieren (vgl. Radley 1994: vii). Für die Analyse des Verhaltens im Krankheitsfall wird das subjektive Erleben einer Krankheit hervorgehoben. Aus der Sicht der betroffenen Person bedeutet Krankheit körperliche oder geistige Einschränkungen, die soziale Konsequenzen haben. Die kranke Person kann ihren Alltag nicht mehr vollständig bewältigen. Schwere Krankheiten bedeuten einen gravierenden Einschnitt in die Biographie eines Menschen, der relativ abrupt passiert. In der Forschung werden derartige Einschnitte im Lebenslauf unter dem Begriff des ‚*Lebensereignis*‘ erforscht (vgl. Faltermaier 2005: 85). Lebensereignisse sind dadurch gekennzeichnet, dass sie für die Person subjektiv bedeutsam und von potentiell starker emotionaler Qualität sind (vgl. ebd.). Der zentrale Ansatz des Sozialpsychologen Alan Radley geht davon aus, dass Menschen nach Sinnhaftigkeit in ihrem Leben streben. Dementsprechend werden auch Krankheiten (insbesondere schwere Krankheiten) subjektiv nach ihrem Sinn hinterfragt. Da Krankheit mit vielen Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche verbunden ist, wird die Krankheit oft zu einem Auslöser, sein gesamtes Leben zu hinterfragen: „When we try to make sense of illness we find that we are, often unintentionally, also making sense of these other aspects of life, and perhaps of ourselves as well.“ (Radley 1994: vii)

In der Medizinsoziologie wird die Abhängigkeit der Krankheit von sozialen Kontexten und Konstruktionsprozessen betont. Der Blick auf verschiedene Kulturen und eine Gesellschaft im Wandel macht deutlich, dass der Umgang mit Krankheiten und die Defini-

tion von ‚krank‘ große Unterschiede aufweist (vgl. ebd.: 34). Die Konstruktion von ‚Krankheit‘ beruht auf Interpretationen der körperlichen und verhaltensmäßigen Leistungsfähigkeit: „[...] being ill is a state that results from interpretations of changes in bodily states and in personal capabilities.“ (ebd.: 2) Ärzte sind auf diese Art von Interpretationen spezialisiert, aber auch der Kranke selbst und sein soziales Umfeld interpretieren Veränderungen im Körper und im Verhalten. In der Medizinsoziologie werden drei Perspektiven (Interpretationen) unterschieden, die sich in der englischen Sprache auch begrifflich manifestieren: ‚Disease‘ bezeichnet die Erkrankung, welche durch den Arzt diagnostiziert und daraufhin behandelt wird. ‚Disease‘ meint also die professionelle Interpretation pathologischer Veränderungen im Körper, die intersubjektiv vereinbart ist (vgl. ebd.). ‚Illness‘ beschreibt die individuelle Erfahrung von Krankheit durch den Betroffenen (vgl. ebd.). Dazu gehören die Emotionen und Kognitionen, die mit der Krankheit verbunden sind, sowie die Verhaltensweisen, mit dieser Krankheit umzugehen. ‚Sickness‘ beschreibt eine soziale Kondition von Menschen, die von anderen für ‚krank‘ (‚diseased‘ oder ‚ill‘) gehalten werden. Damit beschreibt ‚sickness‘ eine bestimmte Rolle in der Gesellschaft.

Diese Unterscheidung ermöglicht ein mehrdimensionales Verständnis von Krankheit, welches aus verschiedenen Perspektiven zu einem unterschiedlichen Zeitpunkt einsetzt und unterschiedliche Ziele hat. Es wird deutlich, dass Krankheit nicht erst mit der ärztlichen Diagnose beginnt (‚disease‘), sondern dass meistens ein subjektives Krankheitsempfinden (‚Laiendiagnose‘; ‚illness‘) erst zum Arztbesuch führt. Möglich ist auch, dass eine überraschende Diagnose (z. B. HIV) gestellt wird, sich der Patient jedoch nicht ‚krank‘ (‚ill‘) gefühlt hat, und ein Krankheitsgefühl erst nach der Diagnose einsetzt. Außerdem endet ‚Krankheit‘ (‚sickness‘) nicht immer mit dem Ende der ärztlichen Therapie. Bei langer und schwerer Krankheit hat ein Betroffener meistens seine beruflichen und familiären Rollen aufgegeben und muss diese erst wieder zurückgewinnen, bevor er aus gesellschaftlicher Sicht ‚gesund‘ ist.

Diese unterschiedlichen Perspektiven erfordern eine Betrachtung der Krankheit im zeitlichen Verlauf (also nicht nur zum Zeitpunkt der Diagnose). Stanislav V. Kasl und Sydney Cobb (1966), die als Begründer des Forschungsfelds des gesundheits- und krankheitsrelevanten Verhaltens (vgl. Ehrlich 2005: 13) gelten, entwerfen ein hypothetisches Schema für die Entwicklung von Gesundheit zu Krankheit³⁴, um daran orientiert die

³⁴ „[...] (1) health, (2) asymptomatic disease susceptible to detection, (3) symptomatic disease not yet diagnosed, (4) manifest disease at the time of diagnosis, (5) course of disease as influenced by treat-

Verhaltensweisen ‚health behavior‘, ‚illness behavior‘ und ‚sick role behavior‘ zu beschreiben.

Auch Faltermaier (vgl. 2005: 217) unterteilt verschiedene Phasen im Krankheitsverlauf und ordnet diesen wichtige theoretische Konzepte der gesundheitswissenschaftlichen Forschung zu:

- Wahrnehmung von körperlichen Beschwerden,
- Erstellen einer ‚Laiendiagnose‘,
- Krankheitsverhalten (‚illness behavior‘), Selbstbehandlung und Hilfesuchen im Laiengesundheitssystem,
- Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, medizinische Diagnose einer Krankheit, Krankenrollenverhalten (‚sick role behavior‘),
- Ärztliche Behandlung des Kranken und Mitarbeit des Patienten.

Die wichtigsten Befunde und Konzepte der unterschiedlichen Krankheitsphasen werden im Folgenden dargestellt.

4.2.1 Wahrnehmung von körperlichen Beschwerden und Erstellen einer Laiendiagnose

Die Wahrnehmung von körperlichen Beschwerden hat kognitive und emotionale Aspekte. Kognitiv werden internale Informationen über die Funktionstüchtigkeit des Körpers verarbeitet. Diese Informationen haben oft eine emotionale Komponente, sie können mit Unsicherheiten und Ängsten oder einem Bedrohungsgefühl verbunden sein. Die Wahrnehmung des eigenen Körpers unterliegt grundlegend den allgemeinen Wahrnehmungsprozessen, die aus der Kognitionspsychologie auch für externe Ereignisse gelten (vgl. Pennebaker 1982: 153).

Aufmerksamkeitsprozesse begrenzen die Wahrnehmung der zur Verfügung stehenden internen Reize oder Umweltreize auf eine begrenzte Menge, die zu einem bestimmten Zeitpunkt verarbeitet werden kann. Das bedeutet, dass interne körperliche Hinweisreize mit externen Ereignissen um die begrenzte Verarbeitungskapazität konkurrieren (vgl. ebd.: 153). Daraus folgt, dass die Wahrscheinlichkeit, körperliche Symptome wahr zu nehmen, abhängig von der Quantität und Qualität der zu verarbeitenden externen Infor-

ment, and (6) disease after therapy, ie, either cured, in chronic states, or having eventuated in death.“ (Kasl/Cobb 1966: 247)

mation ist: Je weniger Reize in der Umwelt vorliegen, desto eher nimmt die Person körperliche Veränderungen wahr.

Das Wissen über körperliche Symptome und ihre Zugehörigkeit zu Krankheiten ist in *kognitiven Schemata* organisiert, welche die selektive Wahrnehmung steuern (vgl. ebd.). Die Wahrnehmung sensorischer Informationen wird mit Hilfe der Schemata dekodiert, d. h. es werden Hypothesen über die Bedeutung dieser Informationen gebildet, die nach einem Abgleich mit dem Schema bestätigt werden, oder die Suche nach zusätzlichen Informationen leiten (vgl. ebd.: 53). Krankheitsschemata resultieren vorwiegend aus früheren Erfahrungen, die selbst gemacht wurden oder am Modell der Eltern beobachtet wurden und durch weitere Erfahrungen ständig verändert werden (vgl. ebd.: 53). Aus der Schema-orientierten Suche nach Informationen resultiert ein bestimmter Blickwinkel: Man sucht eher nach Informationen, die konsistent mit dem Schema sind (vgl. ebd.). Das bedeutet, dass Schemata eine besonders wichtige Rolle bei zur Verfügung stehenden widersprüchlichen Informationen spielen (vgl. ebd.).

Informationen über die subjektive Empfindung körperlicher Veränderungen werden über *soziale Vergleiche* abgesichert (vgl. Faltermaier 2005: 218). Das bedeutet, die eigenen Symptome in direkter Kommunikation im sozialen Umfeld zu thematisieren. Etwa: Haben die anderen auch so häufig Kopfschmerzen wie ich? Die individuelle Bedeutung, welche körperlichen Reaktionen beigemessen wird, ist demnach stark abhängig von den Annahmen einer Gruppe. Faltermaier (ebd.) weist darauf hin, „dass Laien in beträchtlichem Maße (in deutlich mehr als der Hälfte der wahrgenommenen Symptome) gesundheitsbezogene Informationen im sozialen Netzwerk austauschen, sich etwa Einschätzungen oder Ratschläge von anderen holen.“ (ebd.)

Noch deutlicher unterscheidet sich die Wahrnehmung von Symptomen in verschiedenen Kulturen. Hierin kommt der *kulturelle Einfluss* auf die Krankheitsschemata zum Ausdruck. Radley (1994: 63) zitiert eine berühmte Studie zur Schmerzwahrnehmung (Zborowski 1952, zit. nach Radley 1994: 63) bei verschiedenen ethno-kulturellen Gruppen jüdischer, italienischer, irischer und altamerikanischer Herkunft. Nach Einschätzung des medizinischen Personals hatten männliche jüdische und italienische Patienten eine niedrigere Schmerzschwelle als die männlichen Patienten der anderen untersuchten Ethnien. Zborowski (ebd.) fand daraufhin in Interviews mit diesen Gruppen heraus, dass sowohl Patienten jüdischer als auch italienischer Herkunft, im Gegensatz zu den anderen Gruppen, gleichermaßen dazu neigten, ihre Schmerzen zu bekunden, hierbei jedoch unter-

schiedliche Ziele verfolgten: Die italienischen Befragten drückten ihr derzeitiges Unbehagen aus, während sich die jüdischen Befragten Gedanken bzw. Sorgen um die Konsequenzen dieser Erkrankung für ihren zukünftigen Gesundheitszustand machten. Auf Implikationen der Schmerzwahrnehmung für das Handeln deuten die weiteren Befunde hin, dass die Italiener ihren Ärzten vertrauten und bereitwillig die Medikamente nahmen, während die jüdischen Patienten die Fähigkeiten des Arztes kritischer beurteilten und stärker an einer Heilung der zugrundeliegenden Erkrankung interessiert waren als an der kurzfristigen Linderung der Schmerzen (vgl. ebd.). Nach weiteren Interviews mit gesunden Vertretern der italienischen, der jüdischen und der ‚altamerikanischen‘ Vergleichsgruppen, fand Zborowski (ebd.) kulturell unterschiedlich ausgeprägte Rollenbilder des Mannes in der Familie (vgl. ebd.). Demnach wurde es den italienischen Männern als ‚Haushaltsvorstand‘ verwehrt, sich zu beschweren. Sie versuchten, mit ihren Schmerzbekundungen das Mitleid der Ärzte zu erregen, welches ihnen zu Hause vorzuenthalten wurde. Den männlichen Befragten jüdischer Herkunft war es erlaubt, sich zu Hause über ihre Beschwerden zu beklagen, ohne dass ihnen dies als Schwäche ausgelegt wurde (vgl. ebd.). Sie wollten mit dem Äußern ihres Leidens die Bemühungen des Arztes um ihre Gesundheit forcieren (vgl. ebd.). Die ‚alten Amerikaner‘ beschwerten sich im Krankenhaus nicht und zeigten auch keine Gefühle. Sie berichteten faktisch ihre Symptome, da sie emotionale Ausdrücke als unwesentlich für die Effizienz der Therapie bewerteten (vgl. ebd.). Auch wenn diese konkreten Befunde möglicherweise obsolet sind und keine Gültigkeit mehr für die heutige Generation von Menschen italienischer oder jüdischer Herkunft besitzen, stellt diese Studie deutlich die Bedeutung kulturell geprägter Rollenbilder für die Wahrnehmung körperlicher Symptome und die damit verbundene Handlungsrelevanz heraus. Soziale Lernprozesse tragen zu den Überzeugungen einer Person bei, wie viel Schmerz erträglich sei, und in welcher Art und Weise, Beschwerden und das Erbitten von Hilfe akzeptiert sind (vgl. ebd: 64).

Diese Resultate lassen sich wie folgt zusammenfassen : Die subjektive Wahrnehmung körperlicher Veränderungen wird beeinflusst durch Aufmerksamkeitsprozesse, durch individuelle Krankheitserfahrungen und anderweitig erworbenes Wissen über Krankheiten, welches in Schemata repräsentiert ist. Soziale und kulturelle Normen beeinflussen, wie wahrgenommene sensorische Informationen bewertet werden. Das Zusammenwirken dieser Faktoren beeinflusst, ob sich die betroffene Person ‚krank‘ fühlt, und wie schwerwiegend die Krankheit für sie ist. Diese ‚Laiendiagnose‘ bestimmt das weitere Handeln (vgl. Faltermaier 2005: 219): beispielsweise die eigenständige Suche nach In-

formationen innerhalb des Verwandten- und Bekanntenkreises, bei Beratungsstellen, in Fachbüchern, im Internet, das Aufsuchen eines Arztes bzw. ein Verzicht auf weitere Schritte.

4.2.2 Krankheitsverhalten, Krankenrollenverhalten und Krankheitshandeln

Das Konzept des Krankheitsverhaltens geht auf den Aufsatz "The Special Position of the Sick" von Henry Sigerist (1929) zurück (vgl. Young 2004: 1). Die Konzeption der ‚sick role‘ von Talcott Parsons, erstmals 1951 veröffentlicht, gilt heute als Grundlage einer medizinischen Soziologie (vgl. Williams 2005: 123). Der Begriff ‚Krankheitsverhalten‘ (‚illness behavior‘) wurde von David Mechanic und Edmund Volkart 1961 geprägt.³⁵

Gegenwärtige Überlegungen zum Krankheitsverhalten legen vor allem die Konzeptionen Parsons und Mechanics zugrunde. Franzkowiak (2000) gibt eine umfassende Definition von Krankheitsverhalten. Demnach umfasst *Krankheitsverhalten* „die Gesamtheit der Aufmerksamkeits- und Erlebensprozesse, Informationssuche und Verhaltensmuster bei Menschen, die sich für krank halten oder von einer ärztlich bei ihnen festgestellten Krankheit wissen.“ (Franzkowiak 2000: 55) Diese Definition umfasst Überlegungen, die sowohl auf Mechanic als auch auf Parsons zurückgehen. Neben reinen Verhaltensaspekten werden auch Erlebensmuster unter die Definition von Krankheitsverhalten gefasst, da analytische Konzeptionen notwendigerweise auch Erlebenskomponenten beschreiben. Die Definition umfasst sämtliche Phasen im Krankheitsprozess, von der Feststellung erster Symptome bis zur ärztlichen Behandlung. Analytisch lassen sich aber zwei Hauptphasen unterscheiden, welche schwerpunktmäßig Mechanic bzw. Parsons zugeordnet werden können: Die erste Phase erstreckt sich von der Wahrnehmung der Symptome bis zur Konsultation eines Arztes (‚illness behavior‘), die zweite Phase setzt mit dem Eintritt in das medizinische Versorgungssystem ein (‚sick role behavior‘). Die zwei Konzeptionen von Mechanic und Parsons werden im Folgenden beschrieben und sollen sich zu einer Gesamtkonzeption von ‚Krankheitshandeln‘ ergänzen.

Mit dem Begriff des ‚Krankheitsverhaltens‘ (‚illness behavior‘) grenzte der US-amerikanische Sozialpsychologe David Mechanic (1977: 79) die objektive Feststellung von Symptomen im medizinischen Kontext von einer subjektiven Wahrnehmung von Symptomen und den daraus resultierenden Handlungsweisen ab: „The concept of illness

³⁵ Für eine ausführliche Geschichte des Krankheitsverhaltens siehe Young (2004) und Gerhardt (1989).

refers to objective symptoms and their interrelations; illness behavior in contrast, refers to varying perceptions, thoughts, feelings, and acts affecting the personal and social meaning of symptoms, illness, disabilities and their consequences.“ (ebd.) Seine Definition von Krankheitsverhalten umfasst Erleben und Verhalten und differenziert nicht zwischen Verhalten und Handeln. Mechanic Beschreibung des Krankheitsverhaltens bezieht sich auf die erste Phase im Krankheitsverlauf: „Illness behavior falls logically and chronologically between two major traditional concerns of medical science: etiology and therapy.“ (ebd.) Im Zentrum des Interesses steht die Frage, welche Gründe dazu führen, dass sich eine Person mit wahr genommenen Symptomen auseinandersetzt, und auf welche Art und Weise sie dies tut. Mechanic betrachtet schwerpunktmäßig einen bestimmten Aspekt des ‚Krankheitsverhaltens‘, das Hilfesuchen (*help-seeking behavior*), welches die Inanspruchnahme von Ratschlägen durch die Familie, Freunde, Arbeitskollegen meint und insbesondere untersucht, unter welchen Bedingungen, ein Arzt konsultiert wird.³⁶ Mechanic (1968: 116) weist allerdings darauf hin, dass ‚Hilfesuchen‘ nur eine Form des ‚Krankheitsverhaltens‘ ist. Faltermaier (2005: 221) nennt weitere Formen von Krankheitsverhalten im Laiensystem: die Suche nach weiteren Informationen, um eine Laiendiagnose abzusichern oder Unsicherheiten zu reduzieren und das Ergreifen von Maßnahmen zur Selbstbehandlung (vgl. ebd.). Vor dem Hintergrund, dass nur ungefähr ein Drittel der Menschen, die bei sich Symptome wahr nehmen, einen Arzt aufsuchen (vgl. Herschbach 1995: 84; vgl. Kap. 4.1.1), erhält insbesondere das Laiengesundheitssystem eine zentrale Rolle. Nach weiteren empirischen Schätzungen (Levin/Idler 1981, zit. nach Faltermaier 2005: 221) werden ungefähr 80 Prozent aller Krankheitsepisoden in der Familie behandelt oder als keiner professionellen Behandlung bedürftig interpretiert.

Die Diagnosestellung durch den Arzt verändert das Krankheitsempfinden durch den Patienten grundlegend: „Sie beseitigt mögliche Unsicherheiten, bringt aber vielleicht auch neue Fragen und psychische Belastungen mit sich. Mit dem Aufsuchen eines Professionellen des medizinischen Gesundheitssystems wird das Gesundheitsproblem nun endgültig öffentlich und damit einer gesellschaftlichen Bearbeitung zugänglich gemacht.“ (Faltermaier 2005: 224). Parsons (1970) analysiert die Bedeutung von ‚Krankheit‘ für die Gesellschaft und die Rolle des Medizinsystems zur Wiederherstellung von

³⁶ Für eine Zusammenfassung der Faktoren, die einen Einfluss darauf haben, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, siehe Faltermaier 2005: 223.

Gesundheit.³⁷ Parsons verweist auf die Entwicklung der Präventivmedizin, beschränkt seine Analyse jedoch auf die therapeutische Funktion der Medizin (vgl. ebd.: 10). Gesundheit ist aus Parsons Sicht eine funktionale Vorbedingung eines jeden sozialen Systems, weil Menschen im Krankheitsfall nicht fähig sind, ihre sozialen Rollen zu erfüllen (vgl. Parsons 1970: 10). Die Krankenrolle („*sick role*“) verdrängt die anderen sozialen Rollen, z. B. als Ehemann, Vater und Angestellter (vgl. Kasl/Cobb 1966: 247). Kranksein stellt demnach ein „abweichendes Verhalten“ (Parsons 1970: 20) dar, welches durch drei zentrale Merkmale eines Patienten gekennzeichnet ist: „Hilflosigkeit bzw. Hilfsbedürftigkeit, fachliche Inkompetenz und emotionales Engagement“ (ebd.).

Nach Parsons Vorstellung wird Krankheit aus sozialer Sicht als nicht selbstverschuldet angesehen. Krankheit ‚passiert einem‘, der Kranke ‚kann nichts dafür‘ und wird dementsprechend nicht dafür verantwortlich gemacht (vgl. ebd.). Ein Patient ist außerdem nicht fähig, sich aus seiner Krankheitssituation allein durch seine „Willenskraft“ (ebd.) zu befreien. Das Bedürfnis nach Hilfe ist abhängig von der Schwere der Krankheit; je schwerer die gesundheitlichen Beeinträchtigungen eines Menschen sind, desto stärker ist er auf Hilfe angewiesen.

Jedoch auch unabhängig von der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit eines Patienten ist dieser gar nicht befähigt, ein medizinisches Problem zu lösen (abgesehen von alltäglichen leichten Erkrankungen): „Vielmehr ist in der Kultur genau umschrieben, welcher Art von Hilfe er bedarf, nämlich professioneller, fachlich kompetenter Hilfeleistungen.“ (ebd.: 21) Ein besonderes Problem besteht für den Patienten, nach Parsons (1970: 21) darin, dass er die Qualität der Ärzte rational nicht einschätzen kann, weil ihm die fachlichen Qualifikationen dazu fehlen. Er verlässt sich bei seinem Urteil hauptsächlich auf subjektive Überzeugungen, die stark emotional geprägt sind. So erfolge die Wahl des Arztes in den meisten Fällen aufgrund von Empfehlungen durch Freunde und Bekannte (vgl. ebd.), nicht über rationale Beurteilungen der Fähigkeiten der Ärzte.

Außerdem ist die Situation des Patienten (und seiner Familie) durch „komplexe emotionale Anpassungsprobleme“ (ebd.: 22) gekennzeichnet. Unabhängig von verschiedenen emotionalen Konstellationen beschreibt Parson eine typische Spannungsstruktur im Krankheitsfall:

³⁷ Parsons Analyse beruht auf sozialtheoretischen Annahmen von Max Weber und Émile Durkheim und psychoanalytischen Ideen von Sigmund Freud (vgl. Gerhardt 1989).

„Der eindeutigste Punkt liegt vielleicht in der Tatsache, daß für den ‚durchschnittlichen‘ Menschen die Krankheit eine Frustration der Erwartungen und Hoffnungen seines normalen Erlebens ist. Er findet sich abgeschnitten von seiner gewohnten Tätigkeit und von einem großen Teil seiner Vergnügen. Oft fühlt er sich gedemütigt durch seine Unfähigkeit, sich normal zu verhalten. Seine sozialen Beziehungen sind mehr oder weniger unterbrochen. Unter Umständen muss er beträchtliche Unannehmlichkeiten und Schmerzen ertragen, schwerwiegende Änderungen seiner Zukunftsaussichten und Pläne ins Auge fassen und sich im äußersten – jedoch keineswegs außergewöhnlichen – Fall mit dem Tod vertraut machen.“ (ebd.: 23)

Aufgrund der besonderen Situation des Patienten (Hilfsbedürftigkeit, fachliche Inkompetenz und emotionales Engagement) erklärt Parsons, dass die Entscheidungen des Patienten „niemals im wesentlichen auf seinem eigenen rationalen Verständnis der relevanten Sachverhalte und einem völlig rationalen Abwägen unter ihnen beruhen.“ (ebd.: 22).

Die ‚Krankenrolle‘ beschreibt institutionalisierte Erwartungen, welche sowohl die Rechte als auch die Pflichten des Patienten bestimmen (Parsons 1970: 17). Einerseits werden Kranke (abhängig von der Schwere der Krankheit) von ihren normalen Rollenverpflichtungen befreit, und – solange die Krankheit andauert – werden sie nicht verantwortlich für ihre Situation gemacht (vgl. ebd.: 16f.). Die Befreiung von Rollenverpflichtungen wird erst durch die Krankschreibung durch den Arzt legitimiert. Der Patient verpflichtet sich andererseits, fachkundige Hilfe in Anspruch zu nehmen und sich zu bemühen, wieder gesund zu werden. Demnach dient die ‚Krankenrolle‘ dazu, das Individuum wieder in die Gesellschaft zu integrieren, um ihm zu ermöglichen, seine ‚normalen‘ Rollen innerhalb der Gesellschaft wieder zu erfüllen.

Die Kritik an Parsons ‚sick role‘ macht einen erheblichen Anteil an den Forschungsbestrebungen zum Krankheitsverhalten aus (vgl. Young 2004: 5). Young (ebd.) verdeutlicht, dass es sich dabei nicht um eine grundlegende Kritik, sondern vielmehr um Modifikationen von Parsons Überlegungen handelt. Es wird kritisiert, dass Parsons Analysen zu medizinentriert seien und den großen Anteil des Laiengesundheitssystems am Krankheitserleben und -verhalten vernachlässigen (vgl. Williams 2005: 125). Außerdem sei das Konzept der ‚sick role‘ nicht anwendbar auf chronische Krankheiten, da in dem Falle keine vollständige Wiederherstellung der ‚normalen‘ Rollen möglich ist (vgl. ebd.; vgl. Young 2004: 6). Chronisch Kranke haben ein anderes Verständnis von ihrer ‚Krankenrolle‘ (vgl. Radley 2004: 138f.). Der Arzt kann bei chronischen Krankheiten keine Behandlung vorschreiben, die zur Genesung führen wird. Die Patienten müssen ihr gesamtes weiteres Leben mit der Krankheit verbringen und ihren Alltag dieser Situation

anpassen. Entgegen der Konzeption der ‚sick role‘ werden sie nicht von ihren ‚normalen‘ Verpflichtungen befreit, sondern sie passen ihre alltäglichen Rollenverpflichtungen den Umständen der Krankheit an.

Williams (2005: 125) weist ausführlich nach, dass Parsons Arbeit viele Aspekte antizipierte, die in der aktuellen medizinsoziologischen Debatte Schwerpunkte bilden.³⁸ Die Konzeption des Arzt-Patienten-Verhältnisses und die Informationsmöglichkeiten des Patienten haben sich seit der Zeit von Parsons Analyse der ‚Krankenrolle‘ jedoch grundlegend verändert (vgl. Kapitel 1.1), so dass behauptet werden könnte, dass sich auch das ‚Krankenrollenverhalten‘ verändert hat. Die moderne Konzeption des Patienten als Kunden (vgl. Dierks/Schwartz 2001) legt zugrunde, dass der Patient autonom und rational entscheidet und eine aktive Rolle im Krankheitsprozess übernimmt. Dierks und Schwartz (ebd.) argumentieren jedoch, dass sich dieses „ökonomisch orientierte Konsumentenmodell mit der Vorstellung des rationalen Käufers nicht ohne Friktionen übertragen lässt.“ (ebd.: 291) Die Argumente von Dierks und Schwartz (ebd.) beziehen sich größtenteils auf die Bedeutung von Krankheit, die bereits aus der Analyse des Krankenrollenverhaltens von Parsons (1970) hervor ging: 1. Hilfsbedürftigkeit: „Je weiter sich ein Nutzer des Gesundheitswesens auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit in Richtung Krankheit oder Pflegebedürftigkeit bewegt, desto eher tritt die Fähigkeit zu rationalen Entscheidungen in den Hintergrund und wird überlagert durch Unsicherheit, Ängste, dem Wunsch nach Hilfe, Fürsorge und Betreuung.“ (ebd.) 2. Fachliche Inkompetenz: „Die Anbieter von Gütern im Gesundheitswesen haben in der Regel bessere Informationen über die Eigenschaften der Güter als die Nachfrager.“ (ebd.) Auch wenn die Informationsmöglichkeiten für den Patienten zunehmen, und er sich das Fachwissen eines medizinischen Experten aneignen kann, ist der Aspekt der Hilfsbedürftigkeit im Krankheitsfall nach wie vor von entscheidender Bedeutung für das Verhalten von kranken Menschen. Anne M. Stiggelbout und Gwendoline M. Kiebert (1997) verglichen die Wünsche nach einer Beteiligung am Entscheidungsfindungsprozess zwischen Krebspatienten und ihren Begleitpersonen. Im Gegensatz zu den Begleitpersonen präferierten die Patienten eine eher passive Rolle im Entscheidungsprozess. Die Autoren schlussfolgern aus ihren Ergebnissen: „This points to sick-role theory, which suggests that cultural expectations of responsibility change during illness and that sick individuals are not held responsible for normal role behaviour. The implication of

³⁸ Dazu gehört die Beschäftigung mit dem ‚Körper‘ und emotionalen Dimensionen sozialen Lebens, die von Parsons medizinischer und psychoanalytischer Ausbildung profitierten (vgl. Williams 2005: 125).

this finding is that people in general want to participate in health care decision-making and are less enthusiastic about being involved only when they are sick.“ (Stiggelbout/Kiebert 1997: 388) Diese Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass dem ‚sick role‘-Konzept auch weiterhin eine Bedeutung für die Analyse des Krankheitsverhaltens zukommt.

Die Konzeptionen des Krankheitsverhaltens nach Mechanic (1962) und Parsons (1970) stellen nur den Beginn der Forschung zum gesundheitsrelevanten Verhalten dar. Die Beschreibung des Verhaltens im Krankheitsfall ist in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung zunehmend in den Hintergrund gerückt, und Theorien und Modelle gesundheitserhaltender Verhaltensweisen sind in den Vordergrund getreten (vgl. Ehrlich 2005: 14). Um relevante Modelle für die Konzeption der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall zu sondieren, muss die Aussagekraft der vorhandenen Theorien und Konzepte gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen für das Krankheitsverhalten geprüft werden. Ehrlich (2005) entwirft ein Begriffsschema für vier Typen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, die sich in ihrem Bezug (Krankheit bzw. Gesundheit) und dem Verhaltenskonzept unterscheiden (Verhalten bzw. Handeln). Diesen Typen ordnet er gesundheitswissenschaftliche Modelle und Theorien zu (vgl. Abb. 3). Theorien und Konzepte, die dem *Gesundheitshandeln* zugeordnet werden, beschreiben ein Handeln „das auf den Erhalt und die Förderung der Gesundheit abzielt“ (Ehrlich 2005: 144). *Krankheitshandeln* ist ein Handeln, „das auf Krankheitsanzeichen reagiert mit dem Ziel der Früherkennung und einer adäquaten (Selbst) Behandlung“ (ebd.: 143). „*Belastungs- und Bewältigungsverhalten* ist unreflektiertes Verhalten, das die Fähigkeit eines Individuums beschreibt, mit alltäglichen und außergewöhnlichen Lebensereignissen und -anforderungen umzugehen.“ (ebd.) *Gesundheitsförderliche, bzw. –schädigende Verhaltensweisen* sind nicht bewusst auf Gesundheit bezogen, sondern beschreiben gewohnheitsmäßige Verhaltensweisen, welche die Gesundheit auf längere Sicht fördern oder schädigen können (vgl. ebd.).

Interessant für die Beschreibung des Krankheitsverhaltens sind demnach die Kategorien ‚Krankheitshandeln‘ und ‚Belastungs- und Bewältigungsverhalten‘. Der Begriff ‚Krankheitshandeln‘ wird in der Literatur vor Ehrlich (2005: 182) nicht verwendet. Dies begründet Ehrlich (ebd.) insbesondere mit der theoretischen Unschärfe in der Verwendung des Verhaltensbegriffs in den traditionellen Gesundheitswissenschaften. In der psychologischen Tradition wird nicht zwischen Verhalten und Handeln unterschieden.

Verhaltenskategorie	Theorie/ Modell/ Konstrukt
Gesundheitshandeln	Theorie der Handlungsveranlassung/ des geplanten Handelns
	Theorie der Schutzmotivation
	Theorie der Selbstwirksamkeit
	Health-belief-Modell
	Volitionstheorien
	sozial-kognitive Theorie
	Prozessmodell des präventiven Handelns
Krankheitshandeln	Theorie der Handlungsveranlassung/ des geplanten Handelns
	Theorie der Schutzmotivation
	Theorie der Selbstwirksamkeit
	Health-belief-Modell
	Volitionstheorien
	sozial-kognitive Theorie
	Transaktionale Stresstheorien
	Theorien des Konsultationsverhaltens
	Umgang mit chronischer Krankheit
Belastungs- und Bewältigungsverhalten	Modell der erlernten Hilflosigkeit
	Antonovskys Theorie der Salutogenese
	Kognitive Dissonanzreduktion
	Modelle des Risikoverhaltens
	Health locus of control-Modell
	Modell beruflicher Gratifikationskrisen
	Anforderungs- und Kontrollkonzept im Berufsleben (job-strain- Modell)
gesundheitsförderliches/ -schädigendes Verhalten	soziale Schichtmodelle
	Lebensstilkonzepte

Abbildung 3: Zuordnung der gesundheitsrelevanten Theorien und Modelle zu Verhaltenskategorien. Aus Ehrlich 2005: 151.

Auch den Begriffen des ‚illness behavior‘ (Mechanic 1962) und des ‚sick role behavior‘ (Parson 1970) liegt ein „breites Verständnis des Verhaltensbegriffs zu Grunde, das nicht zwischen Verhalten und Handeln differenziert.“ (ebd.: 14) Ehrlich (2005: 187) fasst das ‚Krankheitsverhalten‘ und das ‚Krankenrollenverhalten‘ unter dem Begriff des ‚Krankheitshandelns‘ zusammen. Ehrlich (2005: 143) unterscheidet Verhalten von Handlungen in Anlehnung an Max Weber (1980). Verhalten definiert Ehrlich (2005: 143) im Sinne von „Gewohnheit“ (ebd.), und „Gewohnheiten sind intentionale, unreflektierte Verhaltensweisen, die Aufmerksamkeit freisetzen und nicht permanent neu entschieden werden müssen. Sie beruhen auf früheren (reflektierten und unreflektierten) Erfahrungen und finden Anwendung in bekannten Situationen.“ (ebd.) Der Begriff des Handelns dagegen sei reflektiert und charakterisiere den „aktiven Teil der Akteure am Handeln“ (ebd.: 14).

Es wurde herausgearbeitet, dass Krankheit im Sinne eines „kritischen Lebensereignisses“ als Unterbrechung alltäglicher Routinen zu verstehen ist und Handlungsanforderungen an ein Individuum stellt. Insbesondere im Hinblick auf die Entscheidungssituationen, in denen sich ein kranker Mensch befindet, wird deutlich, dass keine Verhaltensroutinen ablaufen, an denen das Individuum kognitiv eher unbeteiligt ist, sondern bewusste Denkprozesse dominieren. Dementsprechend liegt es nahe, die Aufmerksamkeit zunächst auf die handlungsorientierten Konzepte der gesundheitsrelevanten Verhaltensmodelle zu richten. Das Krankheitshandeln wird meist mit Modellen beforscht, die eigentlich auf die Gesundheit ausgerichtet sind (z. B. ‚Health Belief Model‘). Stresstheorien scheinen dagegen insbesondere an Krankheit orientiert zu sein und bieten einen elaborierten Ansatz für die Modellierung des Krankheitshandelns (vgl. Kapitel 4.2.3). Die Theorien des Konsultationsverhaltens und des Umgangs mit chronischen Krankheiten sind zu spezifisch, um allgemeine krankheitsrelevante Aspekte des Handelns beschreiben zu können.

4.2.3 Transaktionale Stresstheorie (Richard S. Lazarus)

Das Stresskonzept erklärt Belastungen, die während ‚kritischer Lebensereignisse‘ auftreten. Krankheit kann demnach auch als potentieller Stress konzipiert werden, welcher eine Bewältigungsanforderung an den Betroffenen stellt. Aus einer Vielzahl von Stresstheorien wird hier die Transaktionale Stresstheorie von Richard S. Lazarus (Lazarus 1995; Lazarus/Launier 1981; Cohen/Lazarus 1979) näher dargestellt. Die Transaktionale Stresstheorie von Lazarus ist von den Stresstheorien die am meisten Beachtete und Rezipierte (Nitsch 1981: 21). Lazarus hat seine Vorstellungen von Stress und Stressbewältigung seit den 1950er Jahren immer weiter ausgearbeitet, so dass jetzt ein Modell vorliegt, welches durch umfangreiche eigene Forschungsarbeit gestützt ist und auch Bezug zu anderen Forschungsbemühungen nimmt (vgl. Lazarus 1995).

Lazarus` (ebd.: 201) zentrale Annahme zur Erforschung von Stress und Stressbewältigung lautet, „dass Emotionen (und Streß) das Resultat von Kognitionen sind, d. h. dessen, wie eine Person ihre Beziehung zu ihrer Umwelt bewertet oder konstruiert.“ (ebd.) Für diese Bewertung verwendet Lazarus (ebd.) auch den Terminus ‚kognitive Einschätzung‘ (‚cognitive appraisal‘). Stress gründet nach Lazarus (ebd.: 204) weder in der Situation noch in der Person, sondern resultiert aus der Art, wie die Person die „adaptive Beziehung“ (Lazarus 1995: 204) zwischen beiden einschätzt. Diese Beziehung be-

schreibt Lazarus als Transaktion³⁹. Nach transaktionistischer Auffassung meint Stress also jedes Ereignis, „in dem äußere oder innere Anforderungen (oder beide) die *Anpassungsfähigkeit* eines Individuums, eines sozialen Systems oder eines organischen Systems *beanspruchen oder übersteigen*, [...].“ (Lazarus/ Launier 1981: 226). Krankheit stellt eine Reihe von adaptiven Aufgaben an eine Person, die Cohen und Lazarus (1979: 232f.) zusammenfassen: 1. bedrohliche Umweltbedingungen reduzieren, um den Heilungsprozess zu fördern, 2. negative Folgen der Krankheit verstehen und akzeptieren, 3. positives Selbstbild aufrecht erhalten, 4. emotionale Stabilität aufrecht erhalten, 5. wichtige soziale Beziehungen aufrecht erhalten (vgl. ebd.).

Lazarus (1995: 212) unterscheidet zwei wesentliche Formen der ‚kognitiven Einschätzung‘: die primäre und die sekundäre Einschätzung. Während der *primären Einschätzung* bewertet eine Person die Bedeutung einer Transaktion mit der Umwelt für das eigene Wohlbefinden. Die Bedeutung einer Situation kann als irrelevant, positiv oder stressreich bewertet werden (vgl. ebd.). Innerhalb der Einschätzung ‚stressreich‘ unterscheidet Lazarus (ebd.) die Formen Schädigung/Verlust, Bedrohung und Herausforderung. *Schädigung/Verlust* bezieht sich auf ein bereits eingetretenes Ereignis, *Bedrohung* bezieht sich auf antizipierte Ereignisse und *Herausforderung* beschreibt, dass ein Ereignis als „Möglichkeit zu persönlichem Wachstum, Gewinn oder Meisterung einer Situation“ (ebd.) eingeschätzt wird. Die drei Subtypen von stressreichen Ereignissen haben Einfluss darauf, wie dieses Ereignis bewältigt wird (vgl. ebd.). Im Krankheitsfall sehen sich Menschen potentiellen (variiert mit Relevanz, Krankheit, Persönlichkeit und Behandlungszeitpunkt) Bedrohungssituationen ausgesetzt, z. B. der Bedrohung des Lebens, der körperlichen Funktionstüchtigkeit, des Selbstkonzepts und der Zukunftspläne, der emotionalen Stabilität und der sozialen Rollen und Aktivitäten (vgl. Cohen/Lazarus 1979: 229). Obwohl das Auftreten einer Krankheit gewöhnlich als bedrohlich eingeschätzt wird, gibt es auch viele Patienten, die eine Krankheit eher als Herausforderung betrachten (vgl. ebd.: 232).

³⁹ Lazarus (1995) unterscheidet Transaktion und Interaktion. Interaktion liege die Annahme einer Kausalbeziehung zwischen Merkmalen der Umwelt und Merkmalen der Person zugrunde. Dabei werden voneinander unabhängige Variablenklassen angenommen. Mit dem Begriff der Transaktion will Lazarus verdeutlichen, dass die Beschreibung einer Beziehung zwischen Person und Umwelt eine Verknüpfung der unabhängigen Umwelt- und Personenvariablen auf einer anderen Analyseebene erfordert. Transaktion meint also die Wechselwirkung zwischen Person- und Umweltvariablen, bei der die Variablen selbst verändert werden können und ein neues Konzept (z. B. Bedrohung) entsteht. Auch der Begriff der Interaktion schließt eine Wechselwirkung mit ein, geht aber nicht von der Entstehung einer neuen Einheit aus der „Verschmelzung von Person und Umwelt“ (ebd.: 205) aus. Transaktion betont demnach prozessuale und dynamische Vorgänge und untersucht daher, „was tatsächlich in einer

Wenn eine Person eine Situation als stressreich eingeschätzt hat, beginnt der zentrale adaptive Prozess der Bewältigung (vgl. ebd.: 214): „Die Person muß – absichtlich und bewußt oder unbewußt und automatisch – eine Entscheidung treffen, was zu tun ist.“⁴⁰ (ebd.) Die *sekundäre Einschätzung* bezieht sich auf die persönlichen und sozialen Ressourcen, die einer Person zur Verfügung stehen, um das Problem zu bewältigen. Primäre und sekundäre Prozesse sind voneinander abhängig: das Erleben eines Ereignisses als Bedrohung beeinflusst die Einschätzung der Bewältigungsressourcen. Andersherum verändert die Bewältigung einer Bedrohung auch die primäre Einschätzung, so dass dasselbe Ereignis nicht mehr als bedrohlich, sondern als herausfordernd erscheint. Um die Dynamik der Bewertungsprozesse stärker zu betonen, hat Lazarus (1995) die ‚primären Einschätzungen‘ um das Konzept der ‚Neueinschätzungen‘ ergänzt.

Besonders aufschlussreich ist ein Beispiel aus der Medizin, anhand dessen Lazarus (ebd.: 215) illustriert, dass die Einschätzung der Bedeutung einer Situation und die Einschätzung der Ressourcen zur Bewältigung voneinander abhängig sind und diese Einschätzungen auch im zeitlichen Verlauf veränderbar sind:

„Dieses dynamische Wechselspiel läßt sich anhand einer Person illustrieren, die allmählich erkennt, daß ihre Krankheit keine harmlose Zyste, sondern ein bösartiger Tumor ist. Ein operativer Eingriff mag zunächst die Stärke der Bedrohung verringern, aber weitere Hinweise auf ein Wachstum des Tumors verändern sofort die Einschätzung der Bedrohung. Erweist sich die Krankheit als metastatisches Zellwachstum, so wird der Wunsch nach Meisterung dieser Situation immer geringer und das Gefühl von Ungerechtigkeit und höchster Bedrohung verstärkt sich. Intrapsychische Bewältigungsprozesse wie Verleugnung, Hoffnung und Akzeptierung werden bedeutsamer als Bewältigungsaktionen, die die Situation verändern sollen.“ (ebd.)

Um das Handeln von Menschen in stressreichen Situationen zu verstehen, ist das Konzept der *Stressbewältigung* (,Coping‘) wichtiger als das Stresskonzept. Entscheidend ist nicht, welchem Stress eine Person ausgesetzt ist, sondern wie die Person diesen Stress bewältigt (vgl. ebd.: 216). „Coping is defined as efforts, both action-oriented and intrapsychic, to manage (that is, master, tolerate, reduce, minimize) environmental and inter-

streßvollen Beziehung abläuft und wie sich dieses Geschehen verändert“ (ebd.) - im Gegensatz zur Annahme relativ stabil bleibender Variablen bei einer Interaktion.

⁴⁰ Diese Aussage scheint der Klassifikation der Transaktionalen Stresstheorie als handlungsorientierter Konzeption zu widersprechen. Richard Lazarus (1995) grenzt die Begriffe Verhalten und Handeln in der Tradition der psychologischen Forschung nicht klar voneinander ab. Allerdings erscheint nach dem Verständnis von Handlung als Verhalten, welches eine Entscheidung erfordert, die Zusammensetzung von ‚unbewusst‘ und ‚Entscheidung‘ widersprüchlich. Es kann hier nicht endgültig geklärt werden, ob es sich bei der Transaktionalen Stresstheorie um eine Handlungstheorie handelt. Vgl. dazu Ehrlich (2005: 228f.)

nal demands, and conflicts among them, which tax or exceed a person's resources." (Lazarus/Launier 1978, zit. nach Cohen/Lazarus 1979: 219)

Lazarus unterscheidet zwei grundlegende *Funktionen von Bewältigungsverhalten*: Erstens eine problemlösende bzw. instrumentelle Funktion und zweitens die Selbstregulation von negativen emotionalen Zuständen (vgl. Lazarus 1995: 216). Lazarus (ebd.: 218f.) unterscheidet vier *Formen der Bewältigung*, die sowohl problemlösende als auch emotionsregulierende Funktionen erfüllen können: Informationssuche, direkte Aktion⁴¹, Aktionshemmung⁴² und intrapsychische Prozesse⁴³. „*Informationssuche* umschreibt die Herausfilterung jener Charakteristika einer stressreichen Situation, deren Kenntnis die Person zur Wahl bestimmter Bewältigungsstrategien oder zur Neueinschätzung der Schädigung bzw. Bedrohung braucht.“ (ebd.: 218) Lazarus hebt neben der problemlösenden Funktion der Informationssuche den emotionsregulierenden Effekt hervor, „daß sich eine Person durch Prozesse der Rationalisierung oder Rechtfertigung einer bereits getroffenen Entscheidung besser fühlt.“ (ebd.: 219) Lazarus (ebd.) stellt für die Informationssuche im Krankheitsfall heraus, dass Informationssuche aus Sicht des Patienten nicht immer die präferierte Bewältigungsstrategie ist: „Wir dürfen nicht vergessen, daß es auch andere Formen der Bewältigung einer Bedrohung gibt, als ‚alles zu wissen‘, und daß Ungewißheit in der gesamten Bewältigungsstrategie einer Person nützlich sein kann.“ (ebd.)

4.3 Fazit: Krankheit und Krankheitsverhalten

Die Krankheits- und Gesundheitsmodelle ergänzen sich zu einem Verständnis von Krankheit als einem *multidimensionalen Konstrukt* (vgl. Abbildung 2), welches folgende Ebenen umfasst:

1. *Gesundheits-Krankheitskontinuum*: Krankheit äußert sich als Abweichung von einem als ‚normal‘ empfundenen Gleichgewichtszustand auf einem Kontinuum, welches sich zwischen den Polen ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ erstreckt. Krankheit und Gesundheit schließen sich demnach nicht aus, sondern sind in jedem Zustand des Individuums enthalten (unter der Annahme, dass der unwahrscheinliche Fall vollkommener Krankheit bzw. Gesundheit nicht eintritt). Die

⁴¹ Siehe Lazarus 2005: 219.

⁴² Siehe ebd.: 220.

⁴³ Siehe ebd.

Position eines Individuums auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum variiert im zeitlichen Verlauf. Krankheit ist demnach ein dynamisches Geschehen (vgl. Franzkowiak/Lehmann 2000: 53).

2. *Biopsychosoziale Aspekte von Krankheit:* Bei jedem Krankheitsprozess sind biologische Faktoren (z. B. Viren, Bakterien, Verletzungen oder genetische Dispositionen), psychische Faktoren (z. B. Einstellungen, Emotionen) und soziale Faktoren (sozioökonomischer Status, Arbeits-, Wohn- und Lebensverhältnisse) zu berücksichtigen (vgl. Lippke/Renneberg 2006: 9).
3. *Verschiedene Beurteilungsperspektiven:* Das Feststellen einer Krankheit ist vom Betrachter abhängig. Die professionelle Diagnose einer Krankheit unterliegt dem Arzt (objektive Krankheit; ‚disease‘). Nach dieser Definition sind kranke Menschen mit Patienten gleichzusetzen. Subjektive Einschätzungen von Krankheit werden vom Individuum selbst vollzogen (‚illness‘) oder beschreiben die Erwartungen anderer (‚sickness‘).

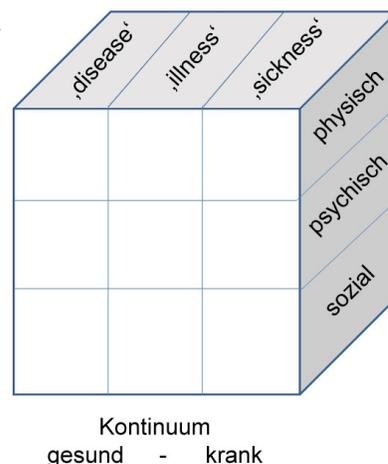


Abbildung 4: Facetten von Gesundheit und Krankheit. Abb. Nach Woll (o.J.).

Die Annahme eines mehrdimensionalen Krankheitskonstrukts erschwert es, den ‚Krankheitsfall‘ für wissenschaftliche Zwecke zu operationalisieren. Da Krankheit einem zeitlichen Wandel unterliegt, verändert sich auch das Krankheitsverhalten (und damit das Informationsverhalten) in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf. Die Annahme eines Gesundheits-Krankheitskontinuums macht es praktisch unmöglich, die zwei Zustände ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ eindeutig voneinander zu unterscheiden.

Für die Modellierung der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall wird die *subjektive Wahrnehmung* von Krankheit als zentrales Definitionskriterium hervorgehoben, da das Erleben zentral für die Analyse des Verhaltens im Krankheitsfall ist. Krankheiten können als ‚*kritische Lebensereignisse*‘ konzipiert werden, die es erfordern, krankheitsbedingte Belastungen zu bewältigen. Das Krankheitserleben ist durch *Hilfsbedürftigkeit*, *emotionales Engagement* und *fachliche Inkompetenz* (Parsons 1970) und die *Suche nach Sinn* (Radley 1994) gekennzeichnet.

Die Transaktionale Stresstheorie von Richard Lazarus (z. B. 1995) bietet einen elaborierten Ansatz, um die Bewältigung krankheitsbedingter Belastungen zu modellieren. Demnach beruht die Entscheidung für krankheitsrelevante Handlungsweisen (Bewältigungsformen) auf der kognitiven Einschätzung der *Bedrohlichkeit der Situation* und den eigenen *Ressourcen*, dieser Bedrohung entgegenzutreten. Die Transaktionale Stresstheorie berücksichtigt sowohl strukturelle Variablen der Person, situative Merkmale als auch deren Wechselwirkungen. Die Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall wird als eine Form des Krankheitsverhaltens konzipiert und stellt somit eine krankheitsbezogene Bewältigungsstrategie dar. Die Informationssuche beschreibt dabei eine aktive Form der Bewältigung krankheitsbezogener Belastungen.

5 Theorien und Modelle der Informationssuche im Krankheitsfall

Auf der Basis der empirischen Forschungsbefunde zur Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall (Kapitel 3.3) und den Erkenntnissen zum Wesen von Krankheit und Krankheitsverhalten (Kapitel 4.3) kann die Medien- und Internetnutzung theoretisch modelliert werden. Generell bedeutet das, abstrakte Beschreibungen zu suchen, die zueinander in Beziehung gesetzt werden und die beobachteten Erkenntnisse ordnen, Tatsachen erklären und vorhersagen können (vgl. Donges et al 2005: 105; vgl. Case 2007: 120).

Theoretische Modelle orientieren sich im Gegensatz zu Theorien stärker an Einzelheiten ausgewählter Kontexte (vgl. Case 2007: 120). Ebenso wie Theorien, abstrahieren Modelle einzelne Beobachtungen auf ihre wesentlichen Elemente, um die Beziehungen der einzelnen Bestandteile untereinander darzustellen. Der Zusammenhang wird typischerweise in grafischen Darstellungen der Modelle deutlich. Modelle präzisieren Ausschnitte einer Theorie auf geringerem Abstraktionsniveau. Daher implizieren Modelle in der Regel bestimmte Theorieperspektiven (vgl. Burkart 2002: 489). Die hier dargestellten theoretischen Ansätze sollen sich in diesem Sinne ergänzen: Theorien der Informationssuche stellen den Rahmen für das Verständnis von Information und Informationsbedürfnis dar, während das vorgestellte Modell die Informationssuche für den spezifischen Kontext des Krankheitsfalls präzisiert.

Mit Hilfe einer Systematik publikumszentrierter Ansätze werden die Potenziale verschiedener Theorien zur Erklärung des Mediennutzungsverhaltens diskutiert. Theoretische Beschreibungen einer aktiven Suche nach Informationen werden als besonders relevant herausgestellt. Insbesondere der ‚Information Seeking Approach‘ von Charles Atkin und der ‚Sense-Making Approach‘ von Brenda Dervin werden ausführlich dargestellt und es wird diskutiert, welche Erklärungskraft diese Ansätze für Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall besitzen.

Es gibt eine Vielzahl von Modellen der Informationssuche, welche große Varianzen in Bezug auf ihre theoretische Ausarbeitung und Reichweite aufweisen. Case (2007: 120f.)

gibt einen Überblick über die sieben am häufigsten zitierten Modelle der Informationssuche.⁴⁴

Sechs dieser Modelle wurden in der Disziplin der Informationswissenschaft entwickelt. Nur J. David Johnson (1993, 1997) bearbeitet die Frage der Informationssuche von einem kommunikationswissenschaftlichen Standpunkt aus (vgl. Case 2007: 138). Johnson (1997) entwickelte das Modell insbesondere für die Anwendung im Kontext der Gesundheitskommunikation. Aufgrund dieser augenscheinlichen Relevanz des Modells für die Modellierung der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall, wird es im Folgenden ausführlich dargestellt.

Das Modell des Informationsverhaltens von Tom D. Wilson (1999: 257) betont den komplexen Kontext der Informationssuche. Das Modell verweist auf eine Vielzahl von Theorien aus verschiedenen Disziplinen, die im Zusammenhang mit Aspekten der Informationssuche stehen und verweist dadurch auf alternative Ansätze zur Modellierung der Informationssuche im Krankheitsfall. Das Modell fällt insbesondere durch den Bezug zur Stress- und Coping- Theorie auf, die bereits geeignet erschien, das Verhalten im Krankheitsfall zu modellieren (vgl. Kapitel 4.2.3).

Die anderen Modelle der Informationssuche, die Case (2007: 120f.) nennt, treten daher zunächst in den Hintergrund. Es bleibt jedoch für weitere wissenschaftliche Bearbeitungen offen, die Potenziale anderer Modelle der Informationssuche herauszuarbeiten und für die Modellierung der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall nutzbar zu machen.

5.1 Grundannahmen und Systematisierung publikumszentrierter Ansätze

Die Frage nach der Nutzung von Medien und Internet impliziert bereits eine grundlegende kommunikationswissenschaftliche Annahme, welche bereits seit den 1950er Jahren in der Kommunikationswissenschaft diskutiert wird und mittlerweile zu den zentralen und vergleichsweise stabilen Elementen von Kommunikationstheorien und Forschung gehört (vgl. Renckstorf/McQuail 1996b: 1): Die Konzeption eines ‚aktiven Publikums‘, welches bestimmt, welchen Medieninhalten es sich zuwendet und welchen

⁴⁴ Dazu gehören die Modelle von: Tom D. Wilson (1981), James Krikelas (1983), Gloria J. Leckie, Karen Pettigrew und Christian Sylvain (1996), Katriina Byström und Kalervo Järvelin (1995), Reijo Savolainen (1995), J. David Johnson (1997) und Tom D. Wilson (1996, 1999) (vgl. Case 2007: 120f.).

nicht, und dadurch den Einfluss der (Massen-)Medien relativiert. Die publikumszentrierte Perspektive hat sich als alternatives Denkmodell zum medienzentrierten Ansatz etabliert und eine Reihe von Ansätzen hervorgebracht. Diese Ansätze haben folgende Grundannahmen gemeinsam (vgl. Renckstorf 1989):

1. Das Publikum besteht aus selbstbewussten, sinnvoll handelnden Individuen. „Ein Publikum also, das um eigene Probleme und Problemlösungen weiß und von den Medien und ihren Informationsangeboten im Sinne subjektiv wahrgenommener Interessen motivierten, zielgerichteten Gebrauch macht: handeln statt zu reagieren.“ (Renckstorf 1989: 319)
2. Im Zentrum des Forschungsinteresses stehen nicht die Ziele der Kommunikatoren, sondern die „Ziele, Absichten, Verwendungszusammenhänge und Bedeutungszuweisungen des ‚aktiven‘ Publikums“. (ebd.)
3. Die Zuwendung zu den Medien wird nicht vorausgesetzt, sondern selbst problematisiert (vgl. ebd.).

Renckstorf (1989) bringt die publikumszentrierte Perspektive in Zusammenhang mit dem soziologischen Konzept des sozialen Handelns: „Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive wäre es nur naheliegend, ‚Mediennutzung‘, d. h. den Umgang von Menschen mit Medien und ihren Inhalten – nicht nur als ‚Verhalten‘ zu begreifen, als Reaktion auf ‚äußere‘ Stimuli also, sondern ‚Mediennutzung‘ – als sinn- und absichtsvolles Nutzen und Benutzen medial angebotener Informationen – als ‚soziales Handeln‘ zu konzeptualisieren.“ (ebd.:314) Soziales Handeln definiert Renckstorf (1989) in Anlehnung an Max Weber als Handeln, „welches seinem von dem oder den Handelnden gemeinten Sinn nach auf das Verhalten anderer bezogen wird und daran in seinem Ablauf orientiert ist“ (Weber 1980: 3). Renckstorf (1989) beschreibt davon ausgehend die allgemeine Konzeption von Mediennutzung in publikumszentrierten Ansätzen als abhängig von der Situation (Umwelt) und der psychologischen und sozialen Struktur des Individuums (vgl. ebd.: 319): „[...] in diesem doppelten Bezug werden jeweils aktuelle Situationen durch den Handelnden definiert, dabei auf vermutliche – zunächst noch nicht näher spezifizierte – Probleme hin analysiert, die vor dem Hintergrund der jeweils subjektiv geltenden Zielsetzungen Motive für weiteres, ‚externes‘ (d. h. der direkten Beobachtung zugängliches) Handeln – wozu u. a. eben auch die Zuwendung zu den Medien und ihren Aussagen zählen kann – abgeben.“ (ebd.)

Für die Modellierung der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall werden Ansätze gesucht, welche eine publikumszentrierte Sichtweise voraussetzen und Mediennutzung als ‚soziales Handeln‘ konzeptualisieren. Renckstorf und McQuail (1996a,b) klassifizieren gegenwärtige Ansätze der Massenkommunikationsforschung anhand des Bezugsrahmens, in welchem Medieneinflüsse festgestellt werden (medienzentriert, publikumszentriert, kulturzentriert), und handlungstheoretischen Konzeptionen (normativ/dispositional, interpretativ). Die interpretative Konzeption von Handlung entspricht dem oben beschriebenen Verständnis von sozialem Handeln, welches die sinngebende Kompetenz von menschlichen Individuen annimmt. Dabei werden Bedeutungen und Handlungen als soziale Produkte angesehen, die aus fortlaufenden Prozessen des Definierens und Redefinierens in sozialen Interaktionen hervorgehen (vgl. Renckstorf/McQuail 1996a: 7).

		CONCEPT OF ACTION			
		'normative/ 'dispositional' paradigm		'interpretative' paradigm	
FRAME OF REFERENCE	communicator intentions 'media-centred model'	1 * AS * SP		2 * AS (N)	CONCEPT OF MEDIA IMPACT effects
	audience interests 'audience-centred model'	3 * U&G		4 * DTA * U&G (N) * ISA * SMR * MASA	consequences
	social-cultural goals 'culture-centred model'	5 * CA * KG * Critical Communication Research		6 * CA (N) * CS * KG (N)	results

Abbildung 5: Klassifikation gegenwärtiger Ansätze der Massenkommunikationsforschung. Aus: Renckstorf 1996a: 10.

Mit Hilfe dieses Schemas kann entschieden werden, welche Ansätze für die wissenschaftliche Bearbeitung der Frage nach der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall relevant sind. Wie bereits dargelegt, impliziert die Frage nach der Mediennutzung eine Publikumszentrierung, so dass medien- und kulturzentrierte Ansätze ausgeschlos-

sen werden können.⁴⁵ Für die Konzeption von Handlungen wird das interpretative Paradigma bevorzugt, da bereits aus den empirischen Forschungsbefunden die besondere Rolle von Bedeutungszuweisungen für den Kranken ersichtlich wurde. Außerdem wird diese ontologische Position aufgrund der Argumentation von Renckstorf und McQuail (1996a,b) übernommen, nach der individuelles Verhalten nicht durch vorhergehende Einflüsse determiniert ist, sondern Individuen Bedeutungen kreieren, zielgerichtet handeln und reale Auswahlentscheidungen treffen. Vertreter der Handlungsperspektive suchen nicht nach verdeckten Gesetzmäßigkeiten für menschliches Verhalten, sondern gehen davon aus, dass Menschen in verschiedenen Situationen unterschiedlich handeln, weil sich die Regeln von Situation zu Situation verändern (vgl. ebd.: 9).

Nach dieser Eingrenzung stehen folgende Ansätze der Kommunikationsforschung für die Modellierung der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall zur Auswahl:

- a) Der ‚Dynamisch-Transaktionale Ansatz‘ (Früh 2001),
- b) Der ‚Uses-and-Gratifications Approach‘ (z. B. Wenner/Palmgreen 1985),
- c) Der ‚Nutzenansatz‘ (Renckstorf 1996),
- d) Der ‚Information Seeking Approach‘ (Donohew/Tipton 1973; Atkin 1973; Moschis 1980),
- e) Der ‚Sense-Making Approach‘ (Dervin 1981, 1989).

Alle diese Ansätze legen eine publikumszentrierte Perspektive für die Untersuchung der Medien- und Internetnutzung zu Grunde und haben daher gewisse Potenziale für die Modellierung der Medien- und Internetnutzung. Der ISA und der SMA heben die instrumentelle Nutzung von Informationen (Atkin) bzw. die Bedeutung von Informationen zur Lösung von Problemen (Dervin) hervor. Dies ist ein Grund dafür, dass diese Theorien detailliert dargestellt und deren Potenzial für die Modellierung der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall diskutiert wird (vgl. Kapitel 5.2, 5.3).

Der besondere Gewinn des ‚Dynamisch-Transaktionalen Ansatzes‘ besteht im Versuch, das ‚medienzentrierte‘ Modell der traditionellen Wirkungsforschung mit ‚rezipientenorientierten‘ Vorstellungen zu vereinbaren (vgl. Renckstorf 1989). Der ‚Dynamisch-Transaktionale Ansatz‘ wird aber eher als „konkrete empirische Studien anleitendes Untersuchungsmodell“ (ebd.: 324) angesehen und nicht als Theorie. Die empirischen

⁴⁵ Dieses Ausschlussverfahren bezieht sich nur auf die Frage der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall. Das schließt nicht aus, dass medien- und kulturzentrierte Ansätze für verwandte oder weiter-

Studien zur Überprüfung des Ansatzes sind bislang begrenzt und vorwiegend im deutschsprachigen Raum verbreitet (vgl. ebd.: 323). Der „Dynamisch-Transaktionale Ansatz“ hat bislang auch noch keine Anwendung in der Gesundheitskommunikation gefunden. Dies sind keine zwingenden Gründe, die gegen die Anwendung des dynamisch-transaktionalen Ansatz auf die Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall sprechen, es lassen sich jedoch auch keine zwingenden Gründe für die Anwendung des Ansatzes benennen. Deshalb wird die Modellierung der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall auf der Basis des „Dynamisch-Transaktionalen Ansatzes“ hier zurückgestellt und bleibt offen für weitere wissenschaftliche Beschäftigungen.

Die Grundannahme des ‚Uses-and-Gratifications Approach‘ (UaG) reflektiert die grundlegende Perspektive, die allen publikumszentrierten Ansätzen zu Grunde liegt: die aktive Rolle der Leser, Hörer und Zuschauer für potentielle Konsequenzen von Kommunikation. Das Konzept der ‚Publikumsaktivität‘ beschreibt allgemein, dass die Mediennutzung von Bedürfnissen einzelner Individuen motiviert ist und das Ziel der Befriedigung dieser Bedürfnisse verfolgt. Die ‚Aktivität‘ des Publikums ist vor, während und nach der Medienzuwendung zu beobachten. Da sich diese Arbeit auf die präkommunikative Phase beschränkt, wird auch die ‚Publikumsaktivität‘ hier im Speziellen auf die Auswahlprozesse bezogen. Insofern ist der UaG zunächst als Paradigma der Kommunikationswissenschaft zu verstehen, welche die Frage ‚Was tun die Menschen mit den Medien?‘ in den Vordergrund stellt (vgl. Rubin 2000: 137). Entgegen der Kritik, dass der UaG ein ‚übrationales‘ Bild vom Mediennutzer zugrunde legt, behandeln UaG-Forscher Mitglieder des Publikums „inzwischen eher als differentiell aktiv denn als universell aktiv“ (ebd.: 142). Dies wird noch deutlicher bei der Beschreibung von verschiedenen Aspekten des ‚aktiven‘ Publikums (vgl. ebd.: 143).

McQuail (2000: 380) nennt folgende Konzepte, über welche Publikumsaktivität definiert wird: Selektivität, Nützlichkeit, Intentionalität und Involvement (vgl. ebd.). Präkommunikative *Selektivität (selective exposure seeking)* beschreibt den Prozess einer nicht-zufälligen Auswahl zwischen alternativen Medienangeboten (vgl. Levy/Windahl 1985: 112). Ein eher aktiver Mediennutzer entscheidet sich bewusst für das eine oder das andere Medienangebot, während eine eher passive Mediennutzung rituell verläuft und weniger Aufmerksamkeit und bewusste Entscheidung verlangt (vgl. McQuail 2000: 380). Die Auswahl der Medienangebote erfolgt aufgrund von *Nützlichkeitserwägungen*, d. h. Medien werden zweckgebunden genutzt, um spezifische Bedürfnisse zu erfüllen

(vgl. ebd.). Rubin (2000: 142) unterscheidet zwei generelle Medienorientierungen, deren Nutzen sich grundlegend unterscheidet: a) die *ritualisierte* Mediennutzung, welche Zeitvertreib und Ablenkung zum Ziel haben kann, weniger zielgerichtet, selektiv und involviert erfolgt und b) *instrumentelle* Mediennutzung, welche „mit der Suche nach bestimmten Medieninhalten aus Gründen der Information verknüpft“ (ebd.) ist und auf eine konkrete Absicht verweist (vgl. ebd.).⁴⁶ Ein aktives Publikum nutzt Medien zielgerichtet und bewusst und wendet eine andere kognitive Verarbeitungskapazität auf als ein passives Publikum (*Intentionalität*). Das *Involvement*-Konzept wird in allgemeinen Definitionen oft gleichbedeutend mit der Aktivität des Mediennutzers verwendet (vgl. Donnerstag 1996: 30). Das engere Verständnis von *Involvement* bezieht sich auf den Begriff des ‚Ego-Involvement‘ (Ich-Beteiligung) (vgl. Schenk 2000: 77): „Ego-Involvement ist eine Umschreibung für das innere Engagement, das unterschiedlich stark ausgeprägt ist und mit dem sich die Person in einer Situation einem Thema oder einer Aufgabe widmet.“ (Donnerstag 1996: 30.) Der Grad des ‚Ego-Involvement‘ wird durch Entscheidungssituationen erhöht: „Individuen, die sich in Entscheidungssituationen befinden, sind informationsbewusster und aktiver bei der gedanklichen Informationsverarbeitung.“ (ebd.) Hohe Involviertheit bedeutet, dass ein Thema von persönlicher Relevanz ist (vgl. ebd.: 47) und daher auch zu ausgeprägteren Aktivitäten führt, Informationen zu suchen und zu verarbeiten. Obwohl *Involvement* oft mit der Medienrezeption und der Verarbeitungstiefe von Medienbotschaften in Verbindung gebracht wird (vgl. Schenk 2000: 77), beschreibt das Konzept auch den Grad des Engagements vor der rezeptiven Phase (vgl. Levy/Windahl 1985: 113). Mit dem „*preexposure involvement*“ (ebd.: 115) wird insbesondere der Grad der Erwartungen an das genutzte Medienangebot beschrieben.

Mit Hilfe dieser Begriffe und in Verbindung mit den empirischen Forschungsergebnissen lässt sich das Medien- und Internetnutzungsverhalten in Bezug auf den Grad der Aktivität beschreiben:

- *Selektivität*: Die Informationsbedürfnisse kranker Menschen sind spezifisch und erfordern spezialisierte und verbindliche Informationswege (vgl. Johnson 1997: 7). Diese Voraussetzungen erfüllen insbesondere informelle Informationsquel-

⁴⁶ Hans-Joachim Hoffmann (1976: 80f.) verwendet für eine vergleichbare Unterscheidung die Begriffe ‚*Kommunikationsarbeit*‘ und ‚*Kommunikationsvergnügen*‘. ‚*Kommunikationsarbeit*‘ beschreibt sämtliche Mediennutzungsprozesse, die aufgrund von sozialen Verpflichtungen erfolgen. Bestimmte Lebensbereiche verlangen eine „ernsthafte Nutzung der Medien“ (ebd.), dazu zählt Hoffmann (ebd.) auch die Krankheit eines Mitmenschen.

len. Zusätzlich zu den persönlichen Quellen werden ‚aktive‘ Informationskanäle, wie z. B. das Internet, bevorzugt (vgl. Dutta-Bergman 2004, 2005)

- *Nützlichkeit*: Von einer krankheitsrelevanten Medien- und Internetnutzung erwarten Menschen vorrangig spezifische Informationen zu ihrer Krankheit. Die krankheitsrelevante Medien- und Internetnutzung ist instrumentelles Handeln, um das übergeordnete Ziel der Information zu erreichen.
- *Intentionalität*: Kranke Menschen haben im Verlauf einer Krankheit große Informationsbedürfnisse. Diese deuten auf eine hohe Motivation hin, die zu einer zielgerichteten Suche nach Informationen führt. Das zentrale Motiv ist die Bewältigung der Krankheit.
- *Involvement*: Krankheit kann als ein Lebensereignis konzeptualisiert werden, welches subjektiv bedeutsam ist und starke emotionale Qualitäten hat. Gesuchte Informationen sind dementsprechend von großer Wichtigkeit für die Betroffenen. Die Informationssuche verläuft intensiv, d. h. Medienangebote werden in kurzen Zeitabständen regelmäßig genutzt, und es werden verschiedene Informationsquellen genutzt.

Die Medien- und Internetnutzung kann daher zunächst überwiegend als ‚aktive‘ Informationssuche konzeptualisiert werden, die höchst selektiv auf der Basis hohen Involvements verläuft und ‚instrumentell‘ übergeordnete Ziele verfolgt (vgl. Neverla 2007b: 58).

Unter der Sammelbezeichnung UaG wurde eine Vielzahl publikumszentrierter Ansätze entwickelt, so dass diese Forschungstradition oftmals nicht als eine Theorie verstanden wird, sondern als ‚Regenschirm‘ für eine Vielzahl von Theorien und Modellen (vgl. Levy/Windahl 1985: 110). McQuail und Gurevitch (1974, zit. nach Levy/Windahl 1985) unterscheiden drei unterschiedliche Richtungen innerhalb der UaG-Forschung, die verschiedene Konzeptionen von Publikumsaktivität implizieren: eine funktionale, eine strukturell-kulturelle und eine handlungstheoretisch/motivationale Perspektive. Aus einer funktionalen oder strukturell-kulturellen Perspektive ist die ‚Aktivität‘ des Publikums vielmehr als Determination individueller Bedürfnisse, Motive und medienbezogener Gratifikationen durch psychologische und soziale Faktoren (funktionalistischer Ansatz) bzw. durch materielle oder kulturelle Faktoren (strukturell-kultureller Ansatz) zu verstehen (vgl. ebd.: 111). Die handlungstheoretisch/motivationale Perspektive innerhalb der UaG-Forschung konzeptualisiert das ‚aktive‘ Publikum als sozial, d. h. zielge-

richtet und sinnhaft, handelnde Wesen. Die handlungstheoretischen Implikationen des UaG werden heute meist in den Vordergrund gestellt, so dass die Grenzen zur deutschen Adaptation des UaG, des „Nutzenansatzes“, welcher die handlungstheoretischen Annahmen des Symbolischen Interaktionismus mit der Konzeption des aktiven Publikums im UaG verbindet (vgl. Renckstorf 1989: 327), undeutlich werden.

Die UaG-Forschung und die Forschung zum ‚Nutzenansatz‘ liefern zwei wichtige theoretische Konstrukte, um die Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall zu beschreiben: die ‚Publikumsaktivität‘ und das Handlungskonzept. Auf dieser Basis kann die Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall grundlegend als aktive, zielgerichtete, bedeutungsvolle Handlung konzeptualisiert werden. Wright, Sparks und O’Hair (2008) führen den UaG knapp als relevante Theorie in der Gesundheitskommunikation an und belegen damit einen Trend in der Forschung auf dem Feld der Gesundheitskommunikation, nach dem sich die Aufmerksamkeit zunehmend auf den Nutzer von gesundheitsrelevanten Medien- und Internetangeboten richtet (vgl. Johnson 1997: 75). Johnson (1993, 1997) legt den UaG als Denkmuster seinem Comprehensive Model of Information Seeking (CMIS) zu Grunde. Johnson (1997: 76) kritisiert jedoch, dass der UaG keine spezifischen Motivationsbedingungen für die Informationssuche im Krankheitsfall zur Verfügung stellt (vgl. ebd.). Michaela Kucerova (2006) legt ihrer Untersuchung zur Nutzung von Gesundheitsangeboten im Internet eine Variante des UaG, das Transaktionale Nutzen- und Belohnungsmodell von McLeod und Becker, zu Grunde. Diese Untersuchung nimmt verschiedene Motivdimensionen an, um unterschiedliche Nutzergruppen zu identifizieren. Menschen, die an einer Krankheit leiden, stellen hier nur eine Teilgruppe dar. Außerdem werden unterschiedliche Motivdimensionen erfasst, von denen ‚Information‘ nur eine darstellt. Kucerova (2006: 30) weist darauf hin, dass die Nutzung von Informationen überwiegend instrumentelle Ziele verfolgt, diese werden jedoch nicht näher beschrieben. Auch Johnson und Meischke (1993) kritisieren, dass der UaG zu unspezifisch ist, um die Motivation der Informationssuche zu beschreiben: „Perhaps the most telling theoretical weakness of a uses and gratifications approach is its failure to specify the initial motivating conditions for information seeking.“ (ebd.: 346) Diese Beispieluntersuchung zeigt, dass der UaG eher als theoretische Grundlage geeignet ist, um verschiedene Nutzungsmotive unterschiedlicher Nutzergruppen zu erheben. Dagegen liefert er nur wenige Ansätze, um das Bedürfnis nach Informationen einer bestimmten Gruppe von Nutzern theoretisch zu modellieren. Für die theoretische Modellierung der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall lässt

sich diese Nutzergruppe jedoch bereits a priori eingrenzen. Außerdem wurde herausgestellt, dass Informationen im Krankheitsfall eine große Bedeutung für die Bewältigung einer Krankheit haben (vgl. Brashers et al. 2002). Daher ist eine Theorie, welche den Schwerpunkt auf die informationsorientierte Nutzung legt, vorzuziehen. Informationsorientierte Ansätze modellieren zielgerichtet die Entstehung von Informationsbedürfnissen als Motivation der Medien- und Internetnutzung. Zwei Theorien der aktiven Informationssuche werden im Folgenden vorgestellt und deren Potenzial für die Modellierung der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall diskutiert: Der „Information Seeking Approach“ von Charles Atkin (1973) und der „Sense Making Approach“ von Brenda Dervin (z. B. 1989).

5.2 ‘Information Seeking Approach’ (Charles Atkin)

Die Gruppe der Theorien, welche eine aktive Informationssuche ins Zentrum stellen, fasst Renckstorf (1989: 324) unter dem Begriff „Information Seeking Approach“ (ISA) zusammen. Renckstorf unterscheidet drei Varianten des ISA: a) konsistenz-theoretisch inspirierte Ansätze (z. B. Donohew/Tipton 1973), b) ökonomisch-rationalistisch angelegte Ansätze (z. B. Atkin 1973), c) koorientierungs-theoretisch beeinflusste Ansätze (z. B. Moschis 1980). Die Ansätze sehen jeweils unterschiedliche Motive für die Informationssuche (vgl. Renckstorf 1989: 325): das Streben nach kognitiver Konsistenz, die Reduktion von Unsicherheit und die soziale Anpassung. Im Folgenden wird der Ansatz von Charles Atkin (1973) näher ausgeführt und für die Anwendung im Krankheitsfall diskutiert. Der ISA von Atkin (ebd.) steht im Zusammenhang einer umfassenden Forschungstätigkeit Atkins im Bereich der Gesundheitskommunikation⁴⁷ und basiert auf einer großen Anzahl empirischer Untersuchungen, welche in verschiedenen Informationskontexten durchgeführt wurden (vgl. ebd.: 210f.).⁴⁸

Atkin (1973) konzipiert die instrumentelle Mediennutzung im Rahmen eines umfassenden Modells der Medienwahl, in welchem auch nicht-instrumentelle Motive für die Auswahl von Medieninhalten berücksichtigt werden. Atkin (ebd.) unterstellt, dass die

⁴⁷ Atkin beschäftigt sich insbesondere mit dem ‚Public Health‘- Kontext innerhalb der Gesundheitskommunikation. Für einen Überblick über die Forschungsaktivitäten siehe: <http://hrcc.cas.msu.edu/people/atkin/atkin.html>.

⁴⁸ Die Studien untersuchten meistens die Wirkung von Kampagnen in den Massenmedien bzw. hatten das Ziel, Hinweise für effektive Gesundheitskampagnen zu finden. Im Gesundheitskontext wurde eine Studie zum Informationsverhalten zum Thema Abtreibung durchgeführt (Roger/Atkin 1972, zit. nach Atkin 1973: 210). 285 Frauen beantworteten Fragebögen, die primär Wissen, Einstellungen, Erfahrungen und Informationsquellen zum Thema Abtreibung abfragten (vgl. Atkin 1973: 210).

Einschätzung der instrumentellen Nützlichkeit einer Nachricht in Entscheidungs- bzw. Problemlösungssituationen im Vordergrund steht. Dabei hat eine Nachricht ‚instrumentelle Nützlichkeit‘ für den Medien- bzw. Internetnutzer, „when it provides him with a helpful input for responding to everyday environmental stimuli or for defending personal predispositions.“ (ebd.: 205) Die instrumentelle Mediennutzung dient demnach der Anpassung eines Individuums an sich verändernde Umweltbedingungen. Die instrumentelle, im Gegensatz zu einer nicht-instrumentellen, Mediennutzung ist extrinsisch motiviert. D. h. die Handlungsmotivation resultiert primär aus der Bewertung spezifischer Kontexte bzw. Situationen und weniger aufgrund von intrinsischen Motiven (z. B. Neugier, Langeweile oder Interesse). Die Komponenten, die zur Einschätzung der ‚instrumentellen Nützlichkeit‘ beitragen, stellt Atkin (ebd.: 206) grafisch dar (vgl. Abb. 6).

(*Instrumentelle Informationsbedürfnisse* (*individual needs for information*‘) definiert Atkin (ebd.) als Funktion extrinsischer Unsicherheit (*extrinsic uncertainty*‘). Extrinsische Unsicherheit entsteht durch eine wahrgenommene Diskrepanz (*discrepancy*‘) zwischen dem gegenwärtigen Stand an ‚Gewissheit‘ (*current state of certainty*‘) in Bezug auf einen wichtigen Gegenstand und dem angestrebten Grad an ‚Gewissheit‘ (*criterion state of uncertainty*‘). Im Gegensatz zur intrinsischen Unsicherheit betont die extrinsische Unsicherheit die Bedeutung von äußeren Umständen (Situationen), mit welchen das Individuum konfrontiert wird, für die Entstehung von Unsicherheiten.

Information ist demnach eine kognitive Kategorie, die mit Unsicherheit assoziiert ist: Information bezeichnet etwas, das der ‚Empfänger‘ noch nicht weiß (vgl. ebd.: 207). Unsicherheit ist das Schlüsselkonzept in Atkins Theorie der Informationssuche. Unsicherheit beschreibt den Wissensgrad einer Person auf einem Kontinuum, dessen ‚Bausteine‘ Kognitionen sind (vgl. ebd.). Diese Definition von Information steht in der Tradition der nachrichtentechnischen Informationstheorie von Claude Shannon und Warren Weaver (1949), deren Versuch, Information zu definieren, innerhalb der Wissenschaft weit verbreitet ist (vgl. Case 2007: 46). Der Informationsbegriff bei Shannon und Weaver (1949) ist mit dem Wahrscheinlichkeitsbegriff verknüpft (vgl. Lyre 2002: 18). Der statistische Informationsgehalt ist abhängig von der Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Zeichens: Ein wahrscheinlicheres Zeichen besitzt einen geringeren Informationsgehalt als ein unwahrscheinliches Zeichen (vgl. ebd.). Der Informationsgehalt ist demnach ein Maß für den Neuigkeitswert oder Überraschungsgrad eines Zeichens (vgl. ebd.).

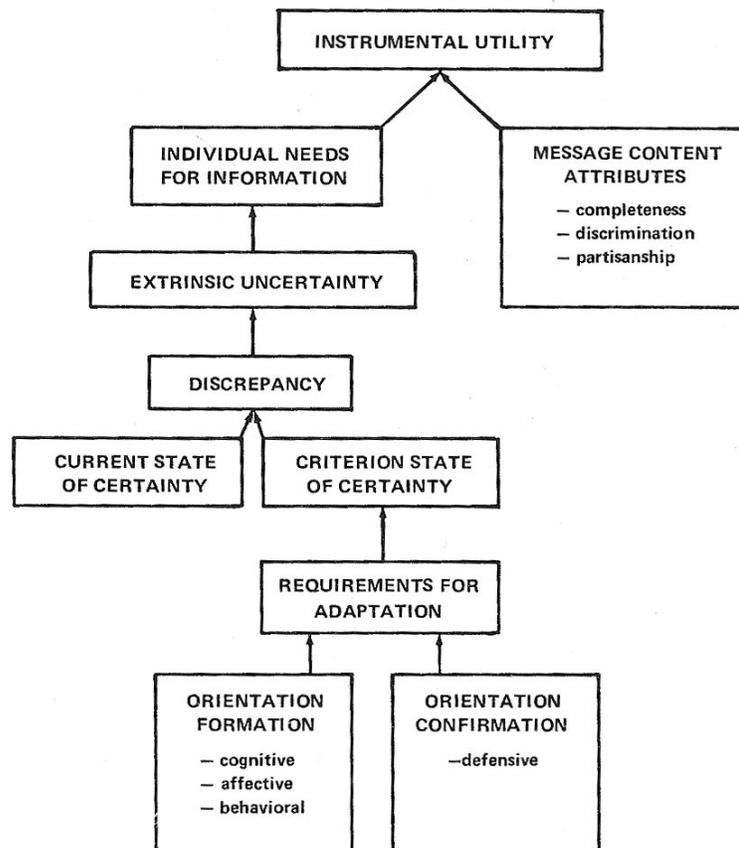


Abbildung 6: Komponenten der ‚instrumentellen Nützlichkeit‘. Aus: Atkin 1973: 206.

Atkin (1973: 207) unterscheidet *primitive Unsicherheit* von *komplexer Unsicherheit*. Primitive Unsicherheit beschreibt die Unsicherheit auf der Ebene einzelner Kognitionen. Sie tritt auf, wenn ein Individuum feststellt, nicht über ausreichendes Wissen („knowledge gap“) bezüglich einer Sache zu verfügen. Menschliches Informationsverhalten erfolgt jedoch nicht auf der Ebene einzelner Kognitionen, sondern ist in einen komplexen Problemlösungs- bzw. Entscheidungsfindungsprozess⁴⁹ eingebettet: „The individual usually wants to combine cognitions to form an attitude or to direct behavior. He is ‚uncertain‘ in the conventional sense of being unsure about making a decision or performing an act.“ (ebd.: 207)

⁴⁹ Case (2007: 88) stellt verschiedene Definitionen zwischen Problemlösen und Entscheidungsfindung vor, welche darin übereinstimmen, dass Entscheidungsfindung ein spezifischer Teil des Problemlösens ist, in welchem zwischen Alternativen ausgewählt werden muss. Case (ebd.) stellt aber auch fest, dass die Begriffe Problemlösen und Entscheidungsfindung zwischen verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen synonym verwendet werden: Während die Psychologie eher von Problemlösen spricht, werden Prozesse der Entscheidungsfindung von Wirtschaftswissenschaftlern untersucht.

Das Konzept einer ‚instrumentellen Nützlichkeit‘ erklärt soweit, dass komplexe Unsicherheiten in Bezug auf Probleme oder Entscheidungen in spezifische Unsicherheiten in Form von Wissen transformiert werden (vgl. Atkin 1973: 207) und durch Informationen reduziert werden können. Jedoch kann sich eine spezifische Unsicherheit auf alle Objekte aus der Umwelt eines Individuums beziehen. Objekte aus der Umwelt umfassen nach Atkin (ebd.) Konzepte, Ereignisse, Dinge oder Personen, die als solche vom Individuum im psychologischen Sinne wahrgenommen werden. Die primitiven kognitiven Unsicherheiten im Sinne von ‚Wissenslücken‘ eines Individuums sind demnach nahezu unendlich, da das Wissen eines Individuums deutlich begrenzt ist (vgl. ebd.). Demnach müssen sich Individuen entscheiden, welche ‚Unsicherheiten‘ sie verringern wollen. Atkin (ebd.) führt das Konzept der *Relevanz* (‚importance‘) ein, um zu bestimmen, weshalb das eine Problem dringender eine Lösung erfordert als ein anderes:

„The importance of an adaptive requirement to the individual’s satisfaction serves to define his criterion level of certainty. This combines with his current level of certainty to determine a discrepancy state. This discrepancy then produces extrinsic uncertainty, which is expressed in terms of implicit or explicit ‘questions’ about environmental objects.” (ebd.)

Atkin (ebd.: 208) unterscheidet verhaltensmäßige (‚behavioral‘), affektive (‚affective‘) und kognitive (‚cognitive‘) Adaptationsanforderungen. Unterschiedliche Adaptationsanforderungen generieren unterschiedliche Typen extrinsischer Unsicherheit, und die gesuchten Informationen erfüllen unterschiedliche Anpassungsziele. In Bezug auf die kognitive Anpassung haben Menschen das Bedürfnis, für sie relevante Objekte in der Umwelt zu ‚verstehen‘ (vgl. ebd.: 208). Wenn das Verständnis einer Sache unzureichend ist, empfindet das Individuum eine ‚*awareness/understanding uncertainty*‘, welche das Bedürfnis nach ‚*surveillance information*‘ auslöst (vgl. ebd.). Die Adaptation kann sich auch auf affektive Bedürfnisse eines Individuums beziehen, eine Einstellung, Werte, Meinung, Emotion oder Entscheidung zu formen (vgl. ebd.). Ein Individuum empfindet ‚*evaluative uncertainty*‘, wenn es sich unsicher bezüglich einer angemessenen affektiven Reaktion ist und sucht nach ‚*guidance information*‘ (vgl. ebd.). Wenn ein Individuum eine Situation versteht und eine Entscheidung für eine angemessene Verhaltensweise getroffen hat, aber nicht sicher ist, wie eine bestimmte Handlungssequenz umzusetzen ist, spricht Atkin (ebd.) von ‚*communicatory uncertainty*‘, ‚*enactment uncertainty*‘ oder ‚*task uncertainty*‘ (vgl. ebd.). Diese Formen extrinsischer Unsicherheit lösen das Bedürfnis nach ‚*performance information*‘ aus (vgl. ebd.). Zusätzlich führt Atkin (ebd.: 208) den Begriff der ‚defensiven‘ Anpassung (‚*defensive adaptation*‘) ein

und beschreibt damit das Bedürfnis nach Informationen, die bereits vorhandenes Wissen, Einstellungen oder Entscheidungen bestätigen (*,reinforcement information‘*).

Die ‚instrumentelle Nützlichkeit‘ von Nachrichteninhalten wird aus der Kombination der Informationsbedürfnisse mit den angenommenen Eigenschaften der Nachrichteninhalte (*,message content attributes‘*) eingeschätzt. Wenn die Eigenschaften der Nachrichteninhalte nützlich erscheinen, um die Informationsbedürfnisse zu befriedigen, trägt das zur übergeordneten Einschätzung der Nützlichkeit einer Nachricht (*,reward value‘*) bei. Die ‚instrumentelle Nützlichkeit‘ ist demnach eine Hauptkomponente der übergeordneten Einschätzung der Nützlichkeit einer Nachricht (*,reward value‘*).

Die übergeordnete Nützlichkeit eines Nachrichteninhalts (*,reward value‘*) wird mit dem Aufwand (*,expenditures‘*) verglichen, welcher notwendig ist, um an die Nachricht zu gelangen. Der Aufwand wird relativ zu den Ressourcen des Individuums bestimmt: Monetärer Aufwand, Länge, Verständlichkeit, Erreichbarkeit und Bedeutung der Nachricht wird mit dem zur Verfügung stehenden Geld, der Zeit und den geistigen Fähigkeiten eines Individuums in Relation gesetzt (vgl. ebd.).

Mediennutzung findet nach dem *Kosten-Nutzen-Prinzip* dann statt, wenn die Einschätzung der Nützlichkeit eines Nachrichteninhalts den Aufwand übersteigt: „An individual will select a mass media message when his estimate of its reward value exceeds his expectation of expenditures involved in seeking or avoiding it.“ (ebd.: 237)

Der Entscheidung eines Individuums für oder gegen die Auswahl von bestimmten Nachrichteninhalten liegen ökonomisch-rationalistische Abwägungen zu Grunde. Die Vorstellung eines rationalen Mediennutzers, eines ‚homo oeconomicus‘, wurde insbesondere im Zusammenhang mit der Rezeption des UaG kritisiert (vgl. Jäckel 1992). Jäckel (ebd.) kommt ausgehend von der Kritik am UaG und unter Berücksichtigung ökonomischer und interpretativer Handlungskonzepte zu dem Schluss, dass, der homo oeconomicus sich nicht dadurch auszeichnet, „daß er in jeder Situation durch ein sorgfältiges Abwägen von Entscheidungsvarianten zu der kostengünstigsten und zugleich nutzenmaximierenden Handlung findet, sondern situationsangemessen reagiert und den Aufwand zur Lösung von ‚Problemen‘ auch an Vermutungen über Folgekosten orientiert“ (ebd.: 262).

Kliemt (1987, zit. nach Jäckel 1992: 254) unterscheidet *Niedrig- und Hochkostensituationen*. Während es in Niedrigkostensituationen nicht rational ist, ein rationales Entscheidungsmodell anzuwenden (vgl. Jäckel 1992: 254), lastet in Hochkostensituationen

ein „massiver Druck“ (ebd.) auf dem Akteur, der rationales Abwägen erfordert. Das Lesen bzw. Nicht-Lesen der abonnierten Tageszeitung stellt beispielsweise eine Niedrigkostensituation dar, bei der nicht rational abgewogen wird, ob die Zeitung genutzt wird oder nicht. Die Kosten, die Zeitung nicht zu lesen, sind gering. Dagegen stellt die Suche nach Informationen über eine kürzlich diagnostizierte Krankheit, über die man nur wenig weiß, eine Hochkostensituation dar, die nicht auf routinierten Mediennutzungswegen durchgeführt werden kann. Die Kosten, das Ausmaß der Krankheit und die Konsequenzen der Krankheit für das zukünftige Leben möglicherweise falsch einzuschätzen, sind zu hoch, als dass nicht gezielt nach optimalen Informationen gesucht wird. Nach dieser Logik ist es angemessen, eine (ernsthafte) Erkrankung als Hochkostensituation zu klassifizieren, in deren Zusammenhang ein rationales Entscheidungsmodell angemessen und realistisch erscheint.

Die Vermeidung von Informationen resultiert nach Atkin (1973: 238) aus der Erwartung eines Individuums, dass der Inhalt einer Nachricht mit Belastungen („liabilities“) verbunden ist, die die Ungewissheit erhöhen könnten. Dies wiederholt die zentrale Annahme des ISA, dass die Suche oder Vermeidung von Informationen die Reduktion von Unsicherheit zum Ziel hat.

Die ‚*Problematic Integration*‘-Theorie (Babrow 2001) und die ‚*Uncertainty Management*‘-Theorie (Afifi/Weiner 2004; Brashers et al. 2002) stellen die Annahme Atkins, dass Menschen extrinsische Unsicherheiten immer reduzieren wollen, in Frage (vgl. Case 2005: 355). Walid A. Afifi und Judith L. Weiner (2004) stellen fest, dass sich Kommunikationswissenschaftler in den letzten Jahren zunehmend weniger für die Beziehung von Information und Unsicherheit und stärker für den ‚information management‘- Prozess interessieren. Die Theorie des ‚Information Management‘ erweitert die Perspektive auf die Informationssuche und fragt nach Herausforderungen und Problemen, die eine Rolle beim Umgang mit Informationen spielen, um zu erklären, weshalb einige Informationsverhaltensweisen adaptiver sind als andere (vgl. Brashers et al. 2002). Brashers et al. (2002) erkennen auch in der bewussten Vermeidung und Neubewertung von Informationen adaptive Funktionen für das Individuum: „For example, information can be used to decrease uncertainty that is distressing, to increase uncertainty that allows for hope or optimism, and to invite reappraisal of uncertainty. Information can also increase stress-producing certainty or uncertainty. Avoiding information allows people to maintain their current state of knowledge or beliefs.“ (ebd.: 259)

Renckstorf (1989: 324) grenzt Atkins Ansatz zur Informationssuche zur konsistenztheoretischen Konzeption von Lewis Donohew und Leonard Tipton (1973) und zur koorientierungstheoretischen Perspektive von George P. Moschis (1980) ab. Donohew und Tipton (1973) legen ihrem Ansatz die Annahme zugrunde, dass jeder Mensch aufgrund von Erfahrungen Wissen, Ziele, Überzeugungen und ein ‚Selbstbild‘ formt, das sich zu einem ‚image‘ (vgl. ebd.: 243) der Realität ergänzt. Auf der Basis des individuellen Weltbilds interpretiert er/sie die Umwelt und wählt geeignete Strategien, um diese zu bewältigen (vgl. ebd.). Nach Donohew und Tipton (ebd.: 244) ist das Verhältnis zwischen den eigenen Überzeugungen und den möglichen Überzeugungen von Medieninhalten entscheidend für die Auswahl von Informationen. Aus konsistenztheoretischer Perspektive streben Individuen danach, einen stabilen Zustand beizubehalten, und vermeiden daher Informationen, die ihrem Weltbild widersprechen, und suchen Informationen, welche dieses bestätigen (vgl. ebd.). Nach Meinung der Verfasserin dieser Magisterarbeit integriert Atkin (1973) die konsistenztheoretischen Befunde innerhalb der defensiven Form der Adaptation (vgl. Atkin 1973: 220).

George P. Moschis (1980) betont die Koorientierungsfunktion von Informationen, i. e. die Bedeutung von Informationen für soziale Interaktionen. Informationen werden demnach nicht nur gesucht, um eigene Unsicherheiten zu reduzieren, sondern um soziale Verpflichtungen zu erfüllen. Im Krankheitsfall fällt der Frau innerhalb der Familie beispielsweise häufig die Rolle als Meinungsführerin zu. Atkin (1973: 217) integriert das Bedürfnis nach Informationen aufgrund von ‚kommunikativer Unsicherheit‘ in das Modell der ‚instrumental utility‘ und beschreibt damit ebenfalls eine Koorientierungsfunktion von Informationen.

Die Informationssuche im Krankheitsfall lässt sich mit Hilfe des Modells der ‚instrumentellen Nützlichkeit‘ wie folgt modellieren: Eine Erkrankung stellt kognitive, affektive und behaviorale Adaptationsanforderungen an den Erkrankten, die einen Grad an Gewissheit erfordern. Beispielsweise erfordert die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Therapie die Kenntnis um Verlauf, Risiken und Alternativen. Besteht dieses Wissen nicht, entsteht eine Diskrepanz, die im Sinne Atkins eine kognitive, extrinsische Unsicherheit und damit das Bedürfnis nach Informationen (z. B. ‚surveillance information‘) auslöst. Verspricht eine Nachricht, dieses Informationsbedürfnis zu erfüllen, und übersteigen die Aufwendungen, an die Nachricht zu gelangen, nicht die Stärke des Informationsbedürfnisses, dann wird die Nachricht als nützlich zur Befriedigung des Informationsbedürfnisses bewertet und motiviert eine Informationssuche. Die *Vermeidung*

von *Informationen* resultiert demnach daraus, dass kein Informationsbedürfnis vorliegt oder die Attribute der Nachrichteninhalte nicht als relevant zur Befriedigung des Bedürfnisses oder als belastend erachtet werden.

5.3 ‘Sense-Making Approach’ (Brenda Dervin)

Der ‚Sense-Making Approach‘ (SMA), der vorrangig von Brenda Dervin (1976, 1989; Dervin et al. 1980; Dervin, et al. 1981) entwickelt wird, stellt einen situationalen Ansatz zur Beschreibung der Informationssuche dar. Der Ansatz wurde seit 1972 in etwa 40 Studien innerhalb verschiedener Kommunikationskontexte angewendet (vgl. Dervin et al. 1989: 79). Einige Forschungsprojekte wurden im Kontext der Gesundheitskommunikation durchgeführt (z. B. Dervin et al. 1980, Dervin et al. 1981). Der SMA wurde in seiner Relevanz für die Modellierung der Informationssuche in der Gesundheitskommunikation von Johnson (1997) und Napoli (2001) hervorgehoben.

‚Sense Making‘ bezeichnet zum einen den zentralen Fokus des Ansatzes auf Prozesse der Bedeutungszuweisung und zum anderen den Ansatz selbst (vgl. Dervin 1989:77). Der SMA wird als Perspektive, Paradigma, Theorie oder Methodologie rezipiert (vgl. Case 2007: 158). Dervin (ebd.) bezeichnet ‚Sense-Making‘ primär als Methodologie, die im Sinne eines konzeptuellen Rahmens bestimmt, welche Aspekte einer Situation im Forschungsinteresse stehen, und auf welche Weise diese untersucht werden. Die Methodologie wird durch eine bestimmte Perspektive beherrscht, eine erkenntnistheoretische Position, welche Annahmen über die Natur des Menschen und die Natur von Information und Kommunikation macht. Dervins erkenntnistheoretische Position beruht auf verschiedenen philosophischen, psychologischen und soziologischen Theorien, zu denen u. a. konstruktivistische Theorien, die ‚Theorie des kommunikativen Handelns‘ von Jürgen Habermas (1984, 1987), die ‚Theorie der Strukturierung‘ von Anthony Giddens (1984) und der UaG (Katz/Blumler 1974) gehören (vgl. Dervin 1980: 592; Case 2007: 165f.).

Dervin (1976, 1980) kritisiert im Zuge eines zunehmenden Interesses an publikumszentrierten Ansätzen, dass die Anwendung des Kommunikations- und Informationskonzepts auf Fehlannahmen beruht. Nach dem *„information-as-description model“* (Dervin et al. 1989) wird eine absolute Existenz von Informationen angenommen, die für alle Menschen erkennbar und zeit-räumlich stabil ist (vgl. Dervin et al. 1980). Demnach beschreibt Kommunikation, dass Informationen von einem Sender zu einem Empfänger

übermittelt werden („transmission model“). Dervin et al. (1989) betonen dagegen, dass Informationen sozial konstruiert sind („*information-as-construction model*“). Nach konstruktivistischer Weltauffassung ist es nicht möglich, die Realität in einem absoluten Sinne zu beschreiben. Informationen existieren nicht unabhängig vom Beobachter und können zwischen mehreren Beobachtern variieren (vgl. Dervin et al. 1981). Beobachtungen (Informationen) sind notwendig, um sich in einer chaotischen und fragmentierten Welt zu recht zu finden, die voller *Diskontinuitäten* („*gaps*“) ist (vgl. Dervin et al. 1981: 808; Dervin et al. 1989: 77). „Discontinuities (gaps) are faced everywhere – when attending to messages, when relating to others, when attempting to pursue tasks or reach goals, even when attempting to stand still.“ (Dervin et al. 1989: 77) Der Mensch als adaptives Wesen nutzt Informationen dazu, um sich an die Realität anzupassen und die Diskontinuitäten auszugleichen (vgl. Dervin 1976: 325; Dervin et al. 1998: 77).

Die Überbrückung eines Grabens („*gap-bridging*“) illustriert die Annahmen des ‚Sense-making‘ metaphorisch (vgl. Abb. 7) Demnach bewegt sich jedes Individuum durch Raum und Zeit, indem es bereits vorhandene Bedeutungsvorräte nutzt. Da die Welt von Natur aus diskontinuierlich ist, geht der Sinn regelmäßig verloren. Der Mensch wird mit Fragen und ‚Rätseln‘ konfrontiert, die Verwirrung und Ängste auslösen („*gaps*“). Das Konzept des ‚Gaps‘ repräsentiert Dervins Interpretation von Informationsbedürfnissen. Die ‚Brücke‘ („*bridge*“) besteht aus kognitiven, affektiven und behavioralen Elementen, mit Hilfe derer eine Situation verstanden wird und Sinn neu konstruiert wird, so dass sich der Mensch von Situation zu Situation bewegen kann. ‚*Outcomes*‘ beschreiben die Effekte, die bestimmte Kognitionen, Emotionen oder Verhaltensweisen ausgelöst haben und den Nutzen, welchen diese für die Lösung der Fragen bereitstellen.

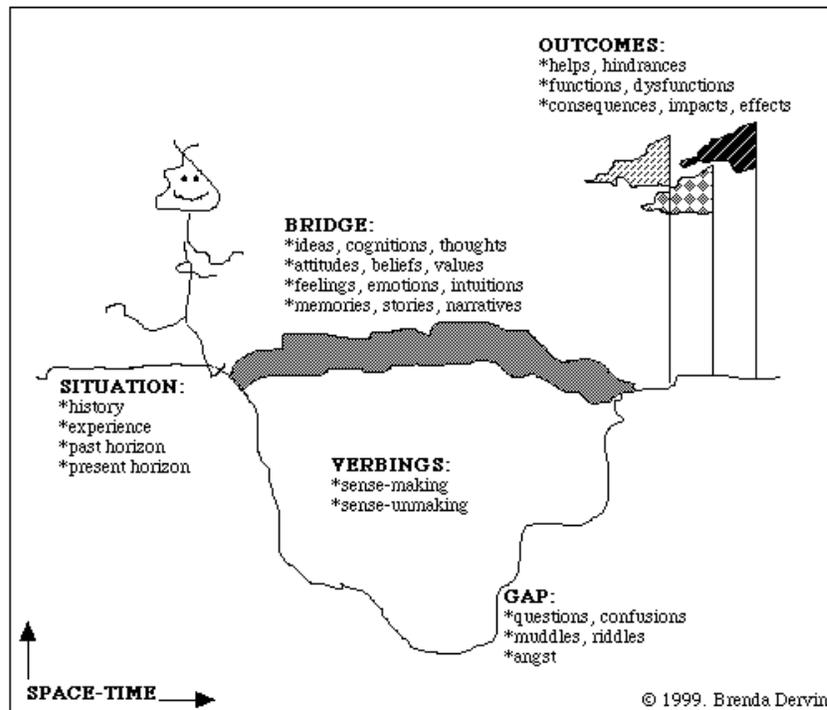


Abbildung 7: Die ‚Sense-making‘-Metapher. Aus: Dervin et al. 2003.

Aus der theoretischen Konzeption des ‚Sense-making‘ resultieren für Dervin et al. (1989) drei zentrale Komponenten (‚sense-making triangle‘), die notwendig sind, um die Informationssuche zu analysieren: 1. Wie sieht jemand eine bestimmte Situation? (‚*situation*‘), 2. Welche Fragen oder Probleme ergeben sich aus der Situation? (‚*gaps*‘), 3. Welchen Nutzen hatten die durchgeführten Handlungen? (‚*uses*‘) Diese Komponenten werden mit Hilfe von Zeitspannen-Interviews (‚*time-line*‘-Interviews), der qualitativen Kernmethode des ‚Sense-making‘, erhoben. Die Befragten werden gebeten, schrittweise zu rekapitulieren, was in einer bestimmten Situation passierte (Was passierte zuerst? Was passierte dann? Usw.)

Aus den Sense-making-Studien leiten Dervin et al. (1989: 80) allgemeine Befunde für die Informationssuche ab. Demnach nutzen Menschen am ehesten die Informationsquellen, die am einfachsten zu erreichen sind und ihren Mediengewohnheiten entsprechen (vgl. ebd.). Die Informationen werden primär nach Nützlichkeitsabwägungen ausgewählt. Erst wenn die Informationen nicht nützlich waren, wird nach der Glaubwürdigkeit und Kompetenz der Quelle gefragt (vgl. ebd.). Die Ergebnisse aus den Sense-making-Studien bestätigen die Bedeutung dynamischer, situativer Merkmale gegenüber stabilen strukturellen Variablen: „Except for those information-seeking and -using be-

haviors such as habitual channel use, most information-seeking and -using behaviors are not predicted well based on across time-space attributes of people such as personality and demographic characteristics.“ (ebd.) Dervin et al. (ebd.) gehen davon aus, dass Menschen Informationen überwiegend als ‚Mittel zum Zweck‘ nutzen (vgl. ebd.).

Dervin et al. (1980) testeten die prädiktive Kraft situationaler Faktoren für das Informationsverhalten von Patienten. Die Autoren unterstellten gemäß den situationalen Annahmen des SMA: „ [...], if one understands something about how a patient sees a situation, a degree of power will be achieved in predicting the nature of the patient's information seeking and use.“ (ebd: 594) Dervin et al. (ebd.) führten 24 Zeitspannen-Interviews durch, in denen die Patienten gebeten wurden, den Verlauf ihrer letzten Krankheit, bei der sie einen Arzt konsultiert haben, zu schildern. Dervin et al. (ebd.) entwickelten inhaltsanalytische Kategorien für die wahrgenommene Situation, die aufgeworfenen Fragen und den wahrgenommenen Nutzen der Antworten. Demnach wurden Situationen als Entscheidungssituationen, Situationen mit einem Hindernis, Situationen der Rat- und Hilflosigkeit beschrieben. Die Fragen wurden den Kategorien ‚körperliche Verfassung‘, ‚Gründen für die körperliche Verfassung‘, ‚Art der Behandlung‘ und ‚Gründe für die Art der Behandlung‘ zugeordnet. Die Resultate umfassten neun konzeptuelle Kategorien, u. a. Ermutigung, Bewältigung negativer Emotionen und Identifikation von Möglichkeiten. Die statistische Analyse der Daten zeigte, dass bestimmte Situationen mit bestimmten Fragen signifikant stärker korrelieren als andere (vgl. ebd. 1980: 601). Z. B. wurden in Situationen, in denen sich die Person hilflos und ängstlich fühlt und sich um den Ausgang der Situation sorgt, häufiger als in anderen Situationen Fragen nach dem körperlichen Zustand gestellt (vgl. ebd.). Auch die Bewertung der Nützlichkeit von erhaltenen oder nicht erhaltenen Antworten korrelierte mit bestimmten Situationen. Z. B. wurden in Entscheidungssituationen Antworten als nützlich empfunden, die Möglichkeiten identifizierten und richtungsweisend waren. Diese Studie wurde im Hinblick auf eine Anwendung im Arzt-Patienten-Gespräch durchgeführt. Die zentralen Befunde und Implikationen sind wenig überraschend. Patienten haben zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedliche Probleme, stellen unterschiedliche Fragen und erhoffen sich dementsprechende Antworten. Ein Patient, der vor einer komplizierten Operation steht, bei der es mögliche Alternativen gibt, interessiert sich für die Behandlungsmethoden und ihre Risiken. Vom Arzt erhofft er sich insbesondere Informationen, die diese Entscheidung erleichtern. Die Befunde der Studie von Dervin et al. (ebd.) sind sehr plausibel und zeigen, dass die Sicht des Patienten auf die Situation entscheidend für

die Fragen ist, die diese Person stellt bzw. ihre Erwartungen an die Antworten. Allerdings erscheinen die drei Variablenklassen (Situation, Problem, Nützlichkeit) nicht sehr trennscharf voneinander und die Erklärungskraft des Modells daher zirkulär: Beispielsweise überlagern sich die Definition einer Situation als Entscheidungssituation und die Frage nach Entscheidungshilfen und die Nützlichkeit von Entscheidungshilfen inhaltlich. Auch strukturell sind die Variablen schwer voneinander abzugrenzen: Die Frage nach der Wahrnehmung einer Situation erscheint ebenso wie die Frage nach dem Problem, Bedürfnisse zu erfassen. D. h. die Beschreibung einer Situation als Entscheidungssituation geht auf das Bedürfnis nach Entscheidung zurück, ebenso wie die Frage nach der besseren Entscheidung. Demnach beschreiben die Variablen dasselbe Konstrukt und korrelieren daher auch. Die Frage, die diese Studie nicht schlüssig beantwortet werden kann, ist die Frage, warum eine Person die Situation als Entscheidungssituation und eine andere Person dieselbe Situation als ausweglos wahrnimmt. Ist es nicht möglich, dass stabile Merkmale in der Demografie und in der Persönlichkeit die Wahrnehmung einer Situation beeinflussen?

Dervin et al. (1981) vergleichen die prädiktive Kraft von demografischen und situationalen Merkmalen in einer weiteren ‚Sense-Making‘-Studie. 80 Blutspender wurden in Zeitspannen-Interviews gebeten, detailliert die Ereignisse ihrer letzten Blutspende (Prädiktor 1), die Ereignisse zu Beginn der Blutspende (Prädiktor 2) und ihre demografischen Daten anzugeben (Prädiktor 3). Aus den Annahmen des SMA folgerten Dervin et al. (ebd.), dass die Informationsnutzung in einer bestimmten Situation am besten vorausgesagt werden kann, je näher man dieser Situation ist, d. h. je besser, die ‚gaps‘ erfasst werden können, die eine Handlung motivieren. Demnach sollte aus der Erfassung der Charakteristika und kognitive Diskontinuitäten einer Situation das Verhalten besser vorhergesagt werden, als auf der Basis von demografischen Variablen. Die Autoren errechneten die Anteile der Varianz, die die drei verschiedenen Prädiktoren aufklärten. Die aktuellen situationalen Merkmale erklärten deutlich mehr Varianz der empfundenen Nützlichkeit bestimmter Informationen als demografische Faktoren (vgl. ebd.: 820). Die Zeitspannen-Interviews zeigten, dass die Informationsbedürfnisse im Verlauf der Blutspende stark variierten und welche Informationsbedürfnisse Blutspender zu welchen Zeitpunkten der Spende hatten. Auch diese Studie betont demnach den Einfluss situationaler Faktoren auf das Entstehen bestimmter Informationsbedürfnisse. Der Vergleich der Vorhersagekraft demografischer und situationaler Faktoren zeigte eine klare Überlegenheit situationaler Merkmale. Dabei sind damit aus Sicht der Verfasserin dieser

Arbeit jedoch noch keine Wechselwirkungen zwischen demografischen Variablen und der Wahrnehmung einer Situation geklärt. Dervin et al. (ebd.: 826) weisen darauf hin, dass demografische Variablen und situationale Variablen grundsätzlich unterschiedliche Voraussetzungen für eine statistische Vorhersage schaffen. Darin liegt auch der zentrale Unterschied des situationalen Ansatzes zu anderen Kommunikationsmodellen:

„The perspective on prediction offered here is different, however, from that typically seen in the past. Prediction becomes a matter of predicting in given moments in time-space. Instead of ‘if...then’ predictions in which concern is focused on predicting information use based on things known about people in advance of the communication situation, the focus turns to ‘then...then’ predictions. In ‘then...then’ predictions, concern is placed on predicting information use based on what can be known about how people see the moments of time-space in which they find themselves.”
(Dervin et al. 1981: 826)

Diese Erklärung verdeutlicht, dass der SMA eigentlich nicht der Vorhersage von Informationsverhalten dient, sondern Informationsbedürfnisse in einer bestimmten Situation beschreibt. Nachdem Informationsbedürfnisse erfasst wurden, werden sie dazu genutzt, ‚wenn...dann‘-Sätze zu formulieren: z. B. „Wenn eine Person am Anfang ihrer Blutspende steht, dann möchte die Person wissen, wie oft sie spenden darf.“

5.4 Zwischenfazit: Theorien der Informationssuche im Vergleich

Der ‚Information Seeking Approach‘ von Charles Atkin (1973) und der ‚Sense Making Approach‘ von Brenda Dervin (1976, 1989; Dervin et al. 1980; Dervin et al. 1981) betonen beide die instrumentelle Nutzung von Informationen. Die Begriffe, die auf die instrumentelle Konzeption der Informationssuche verweisen, zeichnen sich durch die begriffliche Nähe zu Theorien des Krankheitsverhaltens aus: Problemlösung, Entscheidungsfindung, Bewältigung, Adaptation bzw. Anpassung, Reduktion von Unsicherheit und Sense-Making (vgl. Kapitel 4). Der ‚Information Seeking Approach‘ und der ‚Sense-Making-Approach‘ legen ihren Überlegungen die adaptive Natur des Menschen zu Grunde (vgl. Dervin 1976; Atkin 1973: 208). Informationsbedürfnisse sind in beiden Ansätzen eng mit dem situationalen Auftreten von Problemen (Dervin: ‚gaps‘ bzw. Atkin: ‚extrinsische Unsicherheit‘) verbunden. Insbesondere Dervin (1989; Dervin et al. 1980; Dervin et al. 1981) betont die Bedeutung der Situation für das Entstehen von Informationsbedürfnissen. Dervin (ebd.) vernachlässigt dabei psychologische und soziale Strukturen des Individuums, die in möglichen Wechselwirkungen mit der Wahrnehmung einer Situation stehen. Mohan J. Dutta-Bergman (2005) diskutiert das Gesund-

heitsbewusstsein als Indikator für die andauernde intrinsische Motivation eines ‚Gesundheitskonsumenten‘ seine Gesundheit zu erhalten. Dieser motivationspsychologische Ansatz relativiert situationale Ansätze des Informationsverhaltens im Krankheitsfall (vgl. ebd.): Neben der Motivation, die in einer ernsthafte Krankheitssituation entsteht, gibt es eine andauernde Motivation, die unabhängig von der Krankheit Einfluss auf die Informationssuche im Krankheitsfall hat.

Informationen sind sowohl für Atkin (1973) als auch für Dervin (1989) mit der Reduktion von extrinsischen Unsicherheiten verbunden. Extrinsische Unsicherheiten resultieren nach Atkins Modell aus Diskrepanzen zwischen der benötigten Gewissheit in Bezug auf ein Objekt in der Umwelt und der vorhandenen Gewissheit. Atkin (1973) unterscheidet kognitive, affektive und verhaltensmäßige Formen von Adaptation, welche unterschiedliche Formen extrinsischer Unsicherheit auslösen, aus denen unterschiedliche Informationsbedürfnisse resultieren. Dervin (1989) formuliert, dass Menschen in der Welt permanent mit Diskontinuitäten („gaps“) konfrontiert sind. Dabei beschreiben Diskontinuitäten Fragen, die oft mit Angst und Verwirrung verbunden sind (vgl. Dervin et al. 2003). Carol Kuhltau (1991, zit. nach Johnson 1997: 112) betont allerdings, dass ‚gap-bridging‘ in seiner Bedeutung über Unsicherheitsreduktion hinaus geht und oft beträchtliche Angst umfasst.

Case (2007: 76f.) unterscheidet die Konzeption der Informationsmotive bei Atkin (1973) und Dervin (1989) grundlegend. Das Informationsbedürfnis sei nach Atkin (1973) primär die Folge rationalen Abwägens, während nach Dervin (1989) die Motivation aus Angst, einem vagen Gefühl der Unruhe, das Gefühl eine Wissenslücke zu haben, resultiert. Der Verfasserin der Arbeit ist diese Unterscheidung nicht nachvollziehbar, da sowohl Atkin (1973: 208) als auch Dervin (1981: 807) die Diskontinuitäten bzw. Diskrepanzen auf kognitive, affektive und verhaltensmäßige Anpassungsanforderungen zurückführen. Die extrinsische Unsicherheit bedeutet bei Atkin (1973: 208) neben kognitiven Lücken auch eine emotionale Verunsicherung: „The individual may feel [Hervorh. J. V.] it is important to form an affective disposition toward an object, such as attitude, value, opinion, emotion, or formal decision.“ (ebd.) Atkins Typologie verschiedener Adaptationsformen und der begrifflichen Abgrenzung der verschiedenen Formen extrinsischer Unsicherheit (z. B. ‚awareness uncertainty‘) und unterschiedlichen Informationsformen (z. B. ‚surveillance information‘) bilden eine klare definitorische Basis für die Durchführung empirischer Studien. Die Begrifflichkeiten von Dervin (1989) haben einen hohen anschaulichen Wert, erscheinen dadurch jedoch unscharf.

Dadurch erscheint das Ziel der Sinnkonstruktion umfassender als die Reduktion von Unsicherheiten.

Atkins ‚Information Seeking Approach‘ ist insgesamt stärker systematisiert und zeichnet sich durch definitorische Präzision aus. Die Präzision der Begriffe wird durch ein reichhaltiges Modell der ‚instrumentellen Nützlichkeit‘ ergänzt, welches Stufen des Prozesses der Informationssuche grafisch darstellt. Der ‚Sense-Making Approach‘ hebt dagegen stärker die subjektive Bedeutung von Situationen für die Entstehung spezifischer Informationsbedürfnisse hervor und ist daher eher als Perspektive, Paradigma oder Methodologie bedeutsam. Insbesondere die in den ‚Sense-Making‘- Studien entwickelte Methode des Zeitspanneninterviews erweist sich als hilfreich, um die zeiträumliche Dynamik von Informationsprozessen zu erfassen. Philip M. Napoli (2001: 88) bewertet die ‚Sense-making‘-Methodologie zudem als geeignet, um die Rolle des Internets im Prozess der gesundheitsrelevanten Informationssuche zu bestimmen: “The traditional sense-making methodology of asking respondents to recall and reflect upon their information-seeking process step by step has the potential to reveal important insights into the detailed dynamics of how individuals use the Internet as a health information source, and more important, the difficulties, challenges, and uncertainties that consistently affect users.” (ebd.: 89)

Sowohl Atkin (1973) als auch Dervin (z. B. 1989) setzen voraus, dass Menschen grundsätzlich danach streben, Unsicherheiten zu reduzieren, um sich an veränderte Umweltbedingungen anzupassen bzw. Bedeutung zu konstruieren. Die Vermeidung von Informationen resultiert nach dieser Konzeption daraus, dass Situationen nicht als problematisch bzw. Adaptationsanforderungen nicht als relevant wahrgenommen werden. In diese Ansätze sind Mechanismen, die bewusst Unsicherheit beibehalten oder sogar erzeugen, nicht zu integrieren. Die Theorie des ‚Information Management‘ (Brashers 2001; Brashers/Hsieh/Goldsmith 2002) umfasst neben der Informationssuche auch die Informationsvermeidung als adaptiv funktionale Handlung.

Sowohl der ISA als auch der SMA bieten eine theoretische Grundlage, um die Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall als situationsgebundene Informationssuche zu beschreiben, die das primäre Ziel verfolgt, kognitive, affektive und verhaltensmäßige Unsicherheiten zu reduzieren bzw. Sinn zu konstruieren. Dervins Ansatz des ‚Sense-Making‘ ist vorrangig in seiner Bedeutung als grundlegende nutzerorientierte Perspektive bedeutsam, aus der sich Implikationen für die Formulierung von Fragestellungen und

methodischen Herangehensweisen ergeben. Der ISA von Atkin hat dagegen größere Relevanz, den Prozess der Informationssuche modelltheoretisch zu beschreiben. Das im Folgenden beschriebene Modell der Informationssuche von J. David Johnson (1997) legt u. a. die Überlegungen Atkins zu Grunde.

5.5 Comprehensive Model of Information Seeking (J. David Johnson)

J. David Johnson beschäftigt sich seit Ende der 1980er Jahre mit der Informationssuche im Kontext von Krebserkrankungen und begann Anfang der 1990er Jahre ein umfassendes Modell der Informationssuche im Krankheitsfall (Comprehensive Model of Information Seeking, CMIS) zu entwickeln (vgl. Johnson 1997). Das Modell stützt sich überwiegend auf die Befunde zum Informationsverhalten im Zusammenhang mit Krebserkrankungen und wurde überwiegend im onkologischen Kontext überprüft (z. B. Johnson/Meischke 1991, 1993). Die im CMIS angewandten Konstrukte sind jedoch allgemeinen Modellen des Gesundheitsverhaltens entnommen (siehe unten) und daher nicht auf den speziellen Fall einer Krebserkrankung begrenzt.

Das CMIS enthält sieben Faktoren, die drei verschiedenen Kategorien zugeordnet werden (vgl. Abb. 8). Das Modell ist grafisch als kausaler Prozess (von links nach rechts) dargestellt, der in drei Stufen verläuft: Bedingungsfaktoren (,antecedents‘, ,health related factors‘) motivieren die Informationssuche, Charakteristika des Informationsträgers (,information carrier characteristics‘) und die gesundheitsbezogenen Faktoren bestimmen die Nützlichkeitsbewertungen der Nachrichteninhalte, die Informationssuche, wird durch die Nützlichkeitsbewertungen und direkt durch die Charakteristika des Informationsträgers bedingt. Unter *Informationssuche* versteht Johnson (1997: 4, 26) den absichtsvollen und selektiven Erwerb von Informationen: „*Information Seeking Can Be Defined Simply as the Purposive Acquisition of Information From Selected Information Carriers.*“ (ebd.: 26; Hervorh. J. V.) Den Informationsbegriff benutzt Johnson (ebd.: 22) zum einen im weiten Sinne des Erkennens von Stimuli in der Umwelt, „[...] the discernment of patterns in the world around us.“ (ebd.) Zum anderen erweitert Johnson (ebd.: 55f.) die Definition des Informationsbegriff durch den Bezug zu Unwissenheit (,ignorance‘): „Ignorance, as used here, refers to a state where an individual is not aware of cancer-related information.“ (ebd.: 56) Johnson betont, dass Informationssuche per

definitionem ein nutzerzentriertes Konstrukt ist, da die Selektion von Informationen von den Absichten des Nutzers abhängig ist (vgl. ebd.: 26).

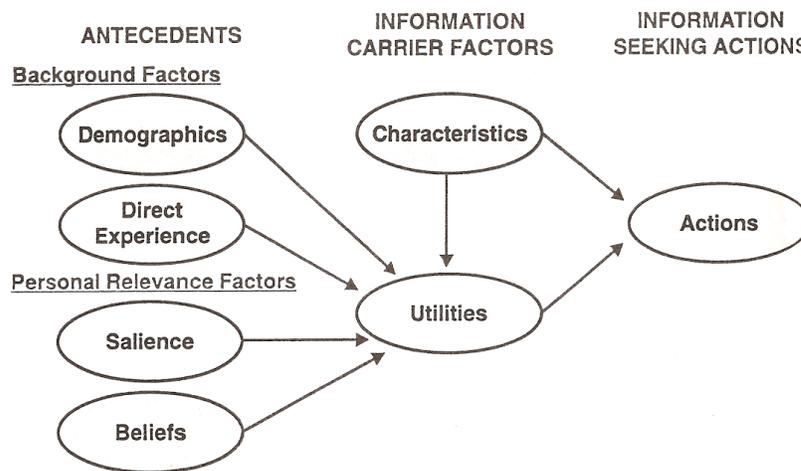


Abbildung 8: Johnsons 'Comprehensive Model of Information Seeking' (CMIS). Aus: Johnson 1997: 34.

Die bedingenden Faktoren (*antecedents*) der Informationssuche sind aus Modellen des Gesundheitsverhaltens, vor allem dem ‚Health Belief Model‘ (HBM), abgeleitet und werden von Johnson (1993: 345) auch als ‚health related factors‘ bezeichnet (vgl. Johnson 1997: 33). Das HBM ist vorrangig darauf ausgerichtet, präventives Gesundheitsverhalten zu erklären und vorherzusagen, aber die enthaltenen Variablen lassen sich auch in den meisten Modellen Krankheitshandelns finden (vgl. Ehrlich 2005: 160).⁵⁰ Zu den gesundheitsbezogenen Faktoren gehören Demografie (*demographics*), direkte Erfahrung (*direct experience*), Salienz (*salience*) und Überzeugungen (*belief*). Demografie und die direkte Erfahrung sind Hintergrundfaktoren (*background factors*), die oft Einfluss auf die Wahl des Informationskanals haben (vgl. Johnson 1997: 41). Salienz und Überzeugungen sind beides Faktoren der persönlichen Relevanz (*personal relevance factors*) (ebd.).

Der Zusammenhang zwischen *demografischen Variablen* wie Geschlecht, Alter, Bildung und sozioökonomischem Status und der Informationssuche im Krankheitsfall wird

⁵⁰ Präventives Verhalten wird nach Annahme des HBM determiniert durch die *wahrgenommene Bedrohlichkeit* einer Krankheit und der *Überzeugung von der Effektivität* eines Gesundheitsverhaltens. Die wahrgenommene Bedrohung resultiert zum einen aus der *wahrgenommenen Anfälligkeit* und der *wahrgenommenen Schwere* einer Krankheit. Die Effektivität eines Gesundheitsverhaltens wird auf der

in den meisten empirischen Studien bestätigt (vgl. Kapitel 3: Freimuth/Stein/Kean 1989, Czaja et al. 2003). Demografische Faktoren erklären jedoch oft nur einen geringen Teil der Varianz der Verhaltens (vgl. Lenz 1984) und wurden als Prädiktoren kritisiert (vgl. Dervin 1998). Wenn auf der Basis von demografischen Merkmalen Gruppen gebildet und miteinander verglichen werden ist es problematisch zu entscheiden, welche Gruppenmitgliedschaft für das Verhalten relevant ist (vgl. Johnson 1997: 42). Die *persönliche Erfahrung* mit einer Krankheit bezieht sich auf eigene Krankheitserfahrungen, die akut sind oder in der Vergangenheit liegen, aber auch auf Erkrankungen von Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten. Diese Variable trägt dem Befund Rechenschaft, dass Menschen oft für andere Personen aus dem persönlichen Umfeld nach Gesundheitsinformationen suchen (vgl. Kapitel 3: z. B. Freimuth et al. 1989, Neverla et al. 2007). Johnson (1997: 49) unterscheidet verschiedene Phasen der persönlichen Erfahrung mit Krankheit und wird dadurch dem dynamischen Charakter von Krankheit gerecht (vgl. Kapitel 4).

Salienz beschreibt die wahrgenommene Relevanz von Gesundheitsinformationen.⁵¹ Salienz ist keine absolute Größe, sondern ergibt sich aus dem Verhältnis der *wahrgenommenen Bedrohung* durch eine Krankheit und der wahrgenommenen *Anwendbarkeit von Informationen*, um Probleme zu lösen (vgl. Johnson 1993: 347). Diese Faktoren gehen auf die Variablen wahrgenommene Bedrohung und Überzeugung von der Effektivität zurück, die im HBM beschrieben werden. *Überzeugungen* von der Wirksamkeit kurativer Maßnahmen zur Krankheitsbewältigung und der wahrgenommenen Kontrolle über eine Krankheit beeinflussen die Motivation Informationen zu suchen (vgl. ebd.: 73). Johnson weist zusätzlich auf die Konstrukte ‚locus of control‘ und ‚Selbstwirksamkeit‘ zur Operationalisierung von Überzeugungen hin (vgl. ebd.)

Die gesundheitsbezogenen Faktoren und die Charakteristika eines Informationsträgers haben direkten Einfluss auf die Nützlichkeitsbewertungen der Informationen. Zu den *Charakteristika des Informationsträgers* gehören die wahrgenommene Glaubwürdigkeit und Funktionen eines Mediums, aber auch die Attribute einer Nachricht (Johnson 1993: 349). Johnson (1997: 75f.) stellt das Modell, insbesondere die Ebene der ‚information carrier factors‘ in den Rahmen der UaG. Er betont die Rolle von individuellen Bedürfnissen für die Auswahl von Informationen. Demnach sind die Inhalte einer Nachricht

Basis des wahrgenommenen Nutzens und den Kosten bestimmt, die aus einem bestimmten Verhalten resultieren (vgl. Stroebe/Jonas 2003: 581f.).

wichtiger für die Auswahl zwischen verschiedenen Angeboten als die Art ihrer Übermittlung (vgl. ebd.: 101). Obwohl die *Nützlichkeit* im Zentrum des Modells steht, macht Johnson relativ wenige Anmerkungen zu diesem Konzept (vgl. Case 2007: 135).

Johnson verweist selbst auf die Anlehnung des Nützlichkeitskonzeptes an den ‚Information Seeking Approach‘ von Atkin (1973) (vgl. Kapitel 5.2). Tatsächlich lässt sich Johnsons CMIS als auf den Krankheitsfall spezifizierte Variante von Atkins ‚Information Seeking Approach‘ interpretieren: Dabei werden die Adaptationsanforderungen (Atkin 1973) auf die Erfahrung mit einer Krankheit (Johnson 1993, 1997) reduziert. Das Konzept der Relevanz einer Adaptationsanforderung bestimmt in Atkins Modell (1973) den kritischen Grad an Gewissheit. Johnson (1993, 1997) spricht entsprechend von persönlicher Relevanz. In beiden Modellen steht das Konzept der Nützlichkeit im Zentrum. Atkin (1973) schließt in sein Modell zusätzlich die extrinsische Unsicherheit als Determinante von Informationsbedürfnissen mit ein. Das sind theoretische Konstrukte für die Johnson (1993, 1997) keine Operationalisierungen finden kann, sondern in seinem Modell theoretisch zu Grunde legt. Johnson (ebd.) definiert Information ebenso wie Atkin (1973) in Relation zu Unsicherheit bzw. Ignoranz (vgl. Johnson 1997: 55f.).

Case (2007) erkennt in Johnsons CMIS Anlehnungen an Dervins SMA (vgl. ebd.: 135). Obwohl Johnson (1997: 111) sein Modell der Informationssuche in Beziehung zu Dervins SMA setzt, orientiert sich das CMIS selbst wenig an den Prämissen des SMA. Denn nach dem SMA wären die demografischen Einflussfaktoren in einem Modell zu vernachlässigen. Das CMIS ist aus der Sicht der Verfasserin dieser Magisterarbeit an den SMA in gleichem Maße angelehnt wie an den UaG, indem die Perspektiven der Nutzer und deren Nützlichkeitserwägungen bei der Auswahl von Informationsinhalten zentral für die Beschreibung der Informationssuche sind. Den stärksten Bezug weist das Modell nach Auffassung der Verfasserin dieser Magisterarbeit zu Atkins Modell der Informationssuche auf (siehe oben).

Die Stärke des Modells liegt in der Integration von Konzepten aus Modellen des Gesundheitsverhaltens in ein Modell der Informationssuche. Dadurch können eine Vielzahl theoretischer und empirischer Befunde zur Informationssuche und zum Krankheitsverhalten systematisiert und in Beziehungen zueinander gesetzt werden. Bei der Übertragung von Konzepten in ein neues Modell besteht die Gefahr, dass die Konzepte inhaltlich und in ihrer Bezeichnung verändert werden und es dann zu Unklarheiten kommt.

⁵¹ Johnson (1997: 72) weist darauf hin, dass die Begriffe Relevanz und Salienz oft gleichbedeutend ge-

Johnson (1993) kreiert die Kategorie ‚Salienz‘, die durch die synonyme Verwendung zum Begriff der Relevanz nicht trennscharf ist. Besonders da ‚Überzeugungen‘ auch der ‚persönlichen Relevanz‘ zugeordnet werden. Außerdem erklärt Johnson (1993: 347) ‚Salienz‘ zum einen als wahrgenommene Bedrohung durch eine Krankheit und zum anderen als wahrgenommene Anwendbarkeit von Informationen auf ein Problem. Bei der wahrgenommenen Bedrohung handelt es sich grundsätzlich um eine Überzeugung und wird auch im HBM so klassifiziert. Daher ist die Abgrenzung von Salienz zu ‚Überzeugungen‘ bei Johnson unklar. Problematisch ist außerdem die Definition von Salienz als wahrgenommene Anwendbarkeit einer Information auf ein Problem. Diese Bedeutung liegt dem Konzept der Nützlichkeit (‚utility‘) zu Grunde und führt daher zu Dopplungen im Modell.

Die Übersichtlichkeit der Faktoren und deren Beziehungen untereinander sind sowohl die Stärke als auch die Schwäche des Modells. Das Modell ermöglicht zum einen klare Operationalisierungen der Konzepte und eignet sich daher als heuristisches Modell für die empirische Forschung. Andererseits sind die Kausalbeziehungen der Variablen untereinander stark vereinfacht. Es ist unklar in welcher Beziehung die Bedingungsfaktoren zueinander stehen. Das Modell impliziert, dass die gesundheitsbezogenen Faktoren additiv die Nützlichkeit bedingen. Stellt man sich jedoch vor, dass die Salienz in Zahlen ausgedrückt den Wert 0 erhält und die Überzeugung den Wert 1, dann ergibt sich nach additiver Berechnung eine Nützlichkeit von 0,5. Allerdings ist es nicht plausibel, dass die Überzeugungen noch einen Einfluss haben, wenn die Situation gar nicht als relevant anerkannt wurde. Die Bewertung einer Situation als relevant und die Überzeugungen, diese Situation bewältigen zu können bauen vielmehr aufeinander auf. Das ist plausibel in der Transaktionalen Stresstheorie konzipiert (vgl. Kapitel 4.2.3).

Obwohl Johnson (1997) sich auf das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung von Prochaska und DiClemente bezieht (vgl. ebd.: 38f.), welches die Wechselwirkungen zwischen ausgeführten Handlungen und weiteren Verhaltensabsichten betont, werden Wechselwirkungen zwischen Handlungen und Antezedenten im CMIS grafisch nicht dargestellt. Dies wäre eine Ergänzung, die leicht umzusetzen ist.

6 Fazit: Informationssuche in der Gesundheits-kommunikation

Der Blick auf das Forschungsfeld (Kapitel 2) zeigte, dass eine nutzerzentrierte Perspektive im Bereich der Gesundheitskommunikation kaum Beachtung findet: „[...] comparatively little research has focused on the receiver as an active information seeker and processor.“ (Johnson/Meischke 1993: 344) Insbesondere die Frage nach der Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall wurde aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht erst wenig bearbeitet.

Aus den empirischen Forschungsergebnissen ließen sich verschiedene Charakteristika des Informationsverhaltens im Krankheitsfall ableiten, die bei der theoretischen Modellierung der Medien- und Internetnutzung beachtet werden können: Im Laufe einer Krankheit haben Menschen starke Informationsbedürfnisse, die sich am Ziel der Bewältigung der Krankheit orientieren (vgl. Neverla et al. 2007a,b). Die Informationen werden vorwiegend zweckgebunden (instrumentell) genutzt. Informationen werden bevorzugt über spezialisierte und verbindliche Informationskanäle gesucht (vgl. Johnson 1997: 7). Es werden mehrere Informationskanäle ergänzend genutzt (vgl. Gray et al. 2005). Die Befunde zum Krankheitserleben und -verhalten ergänzen die empirischen Forschungsbefunde zur Medien- und Internetnutzung. Demnach können Krankheiten als subjektiv bedeutsame Ereignisse konzipiert werden, die von potentiell starker emotionaler Qualität (,kritische Lebensereignisse‘) sind. Das Krankheitserleben ist durch Hilfsbedürftigkeit, emotionales Engagement, fachliche Inkompetenz (vgl. Parsons 1970) und der Suche nach Sinn (Radley 1994) gekennzeichnet. Vor dem Hintergrund der Transaktionalen Stresstheorie von Richard S. Lazarus korrespondiert die aktive Suche nach Informationen im Krankheitsfall mit einer aktiven Bewältigungsstrategie.

Mit Hilfe verschiedener Aspekte des Konzepts eines ,aktiven‘ Publikums lässt sich die Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall als höchst selektiv, intentional, engagiert und an Nützlichkeit orientiert beschreiben. Der Krankheitsfall wurde als „Hochkostensituation“ (Jäckel 1992) definiert, in der es für den Handelnden von großer Bedeutung ist, optimale Entscheidungen zu treffen. In derartigen Situationen erscheint es plausibel, dass die Medienwahl auf der Basis rationaler Abwägungen zwischen dem

erwarteten Nutzen der Informationsinhalte und dem nötigen Aufwand, an die Inhalte zu gelangen, getroffen wird.

Theorien, welche die instrumentelle bzw. die situational gebundene Nutzung von Informationen hervorheben erscheinen demnach besonders relevant, um die Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall zu modellieren. Der ‚Information Seeking Approach‘ von Charles Atkin (1973) und der ‚Sense-Making Approach‘ von Brenda Dervin (z. B. 1989) stellen einen geeigneten theoretischen Rahmen her, um die Medien- und Internetnutzung im Krankheitsfall zu modellieren. Während der ‚Sense-Making‘ insbesondere als grundlegende nutzerorientierte Perspektive bedeutsam ist, aus der sich Implikationen für die Formulierung von Fragestellungen und methodischen Herangehensweisen ergeben, hat der ‚Information Seeking Approach‘ von Atkin größere Relevanz, den Prozess der Informationssuche modelltheoretisch zu beschreiben.

Problematisch an der Perspektive des ‚Information Seeking Approach‘ von Charles Atkin ist die Annahme, dass Informationsbedürfnisse immer das Bedürfnis nach Reduktion von Unsicherheit zu Grunde liegt. Empirische Befunde, dass auch das Streben nach Ungewissheit adaptive Funktionen hat, sind in diese Konzeption von Unsicherheit nicht zu integrieren (vgl. Brashers et al. 2002). Brashers et al. (2002) schlagen vor, die Perspektive der Informationssuche zu erweitern und nach Herausforderungen und Problemen zu fragen, mit denen sich eine Person konfrontiert sieht, um davon ausgehend adaptive Mechanismen zu erklären, die zu verschiedenen Formen des Informationsverhaltens führen. Dervin (1989) interpretiert Informationsbedürfnisse als ‚gaps‘, die Sinn dekonstruieren. Informationen haben nach Dervin (ebd.) die Funktion Sinn wiederherzustellen. Diese Interpretation kommt den Forderungen Brashers et al. (2002) bereits sehr nahe.

J. David Johnson (1997) integriert Modelle des Gesundheitsverhaltens in eine allgemeine Theorie der Informationssuche und ersetzt auf diese Weise die Reduktion von Unsicherheit als zentrales Motiv für die Informationssuche durch gesundheitsbezogene Faktoren. Alternativ könnte die Transaktionale Stresstheorie von Lazarus in die Theorie der Informationssuche von Atkin (1973) integriert werden. Dies würde an die Gedankenführung von Brashers et al. (2002) anschließen, die das Bewältigungskonzept ins Zentrum stellen, um das Informationsverhalten im Krankheitsfall zu modellieren.

Literaturverzeichnis

- AFIFI, Walid A./ Judith L. Weiner (2004): Toward a Theory of Motivated Information Management. In: *Communication Theory*, 2, 14, S. 167-190.
- ANTONOVSKY, Aaron (1980): *Health, Stress, and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. 2. Auflage. San Francisco: Jossey-Bass.
- ATKIN, Charles (1973): Instrumental utilities and information seeking. In: CLARKE, P. (Hrsg.): *New models for mass communication research*. Beverly Hills, CA: Sage, S. 205-242.
- BABROW, A.S. (2001): Uncertainty, value, communication, and problematic integration. In: *Journal of Communication*, 51, S. 553-573.
- CERCLE SANTÉ SOCIÉTÉ/ EUROP ASSISTANCE GROUP (Hrsg.) (2007): *Baromètre Cercle Santé*. http://www.europ-assistance.com/uk/presse/doc_barometres_sante.html (Download am 11.8.2007).
- BAUMANN, Eva (2006): Auf der Suche nach der Zielgruppe. In: BÖCKEN, Jan/ Bernard Braun/ Robert Amhof/ Melanie Schnee (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2006. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Gütersloh: Verlag BertelsmannStiftung, S. 117-153.
- BCG (The Boston Consulting Group) (2001): *Vital Signs. The Impact of E-Health on Patients and Physicians*. http://www.bcg.com/publications/files/Vital_Signs_Rpt_Jan03.pdf (Download am 17.7.2007).
- BLÖDORN, Sascha/ Maria Gerhards/ Walter Klingler (2006): Informationsnutzung und Medienauswahl 2006. In: *Media Perspektiven*, 12, S. 630-638.
- BLUMLER, J.G. (1985): The role of theory in uses and gratification studies. In: ROSENGREN, K.E./ P.H. Wenner/ P.H. Palmgreen (Hrsg.): *Media gratifications research*. London: Sage, S. 41-59.
- BONFADELLI, Heinz/ Thomas Friemel (2006): *Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen*. Konstanz: UVK.
- BOPP, Annette/ Delia Nagel/ Gerd Nagel (2005): *Was kann ich selbst für mich tun? Patientenkompetenz in der modernen Medizin*. Zürich: Rüffer & Rub.
- BRASHERS, D.E. (2001): Communication and uncertainty management. In: *Journal of Communication*, 51, S. 477-497.
- BRASHERS, Dale E./ Daena J. Goldsmith/ Elaine Hsieh (2002): Information Seeking and Avoiding in Health Contexts. In: *Human Communication Research*, 2, 28, S. 258-271.
- BROSIUS, Hans-Bernd (1995): *Alltagsrationalität in der Nachrichtenrezeption. Ein Modell zur Wahrnehmung und Verarbeitung von Nachrichteninhalten*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- BSMO (BertelsmannSpringer Medizin Online) (2003): *Nutzer und Nutzung von Gesundheitsinformationen im Internet*. http://www.afgis.de/kongress/pdf/H%E4rtel_Pr%E4sentation_030623_afgis.pdf (Download am 23.7.2007).

- BURKART, Roland (2002): Kommunikationswissenschaft. Grundlagen und Problemfelder. 4. Auflage. Wien, Köln, Weimar: Böhlau.
- BURKART, Roland (2002): Was ist Kommunikation? Was sind Medien? In: Neverla, Irene/ Elke Grittmann/ Monika Pater (Hrsg.): Grundlagentexte zur Journalistik. Konstanz: UVK, S. 52-72.
- BYSTRÖM, Katriina/ Kalervo Järvelin (1995): Task complexity affects information seeking and use. In: Information processing and management, 31, 2, S. 191-213.
- CASE, Donald O. (2005): Avoiding versus seeking: the relationship of information seeking to avoidance, blunting, coping, dissonance, and related concepts. In: Journal of the Medical Library Association, 3, 93, S. 353-362.
- CASE, Donald O. (2007): Looking for information: a survey of research on information seeking, needs, and behavior. New York et al.: Academic Press.
- CLINE, R. J. W./K.M. Haynes (2001): Consumer Health Information Seeking on the Internet: The State of the Art. In: Health Education Research, 6, 16, S. 671-692.
- COHEN, Frances/ Richard S. Lazarus (1979): Coping with Stresses of Illness. In: STONE, George/ Frances Cohen/ Nancy E. Adler (Hrsg.): Health Psychology - A Handbook. Theories, Applications, and Challenges of a Psychological Approach to the Health Care System. San Francisco: Jossey-Bass.
- COTTEN, Shelia R./ Sipi S. Gupta (2004): Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. In: Social Science and Medicine, 59, S. 1795-1806.
- CZAJA, Ronald/ Clara Manfredi/ Jammie Price (2003): The Determinants and Consequences of Information Seeking Among Cancer Patients. In: Journal of Health Communication, 8, S. 529-562.
- DERVIN, Brenda (1976): Strategies for Dealing with Human Information Needs: Information or Communication? In: Journal of Broadcasting, 3, 20, S. 324-351.
- DERVIN, Brenda et al. (1980): The Human Side of Information. An Exploration in a Health Communication Context. In: NIMMO, Dan (Hrsg.): Communication Yearbook 4. New Brunswick, London: S. 591-608.
- DERVIN, Brenda/ M. Nilan/ T. Jacobsen (1981): Improving predictions of information use: A comparison of predictor types in a health communication setting. In: BURGOON, Michael (Hrsg.): Communication Yearbook 5. New Brunswick, NJ: Transaction.
- DERVIN, Brenda (1989): Audience as listener and learner, teacher and confidante: the sense-making approach. In: RICE, Ronald E./Charles K. Atkin (Hrsg.): Public communication campaigns. 2. Auflage. Newbury Park: Sage, S. 67-86.
- DERVIN, Brenda/ L. Foreman-Wernet/ E. Lauterbach (Hrsg.) (2003): Sense-making methodology reader: Selected writings of Brenda Dervin. Cresskill, NJ: Hampton Press.
- DIERKS, Marie Luise/ E. Bitzer, I. Haase & F. W. Schwartz (1994): Focus-group-discussions - Eine Methode zur Erhebung von Patientenbedürfnissen in der hausärztlichen Versorgung aus der Perspektive der Patienten. In: Zeitschrift für Allgemeine Medizin, 70, S. 623-628.
- DIERKS, Marie-Luise/ Friedrich Wilhelm Schwartz/ Ulla Walter (2000): Patienten als Kunden. Informationsbedarf und Qualität von Patienteninformationen aus Sicht der Public Health-Forschung. In: JAZBINSEK, Dietmar (Hrsg.): Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 150-163.

- DIERKS, Marie-Luise/ Friedrich-Wilhelm Schwartz (2001): Nutzer und Kontrolleure von Gesundheitsinformationen. In: HURRELMANN, Klaus/ Anja Leppin (Hrsg.): *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern et al.: Huber, S. 290-306.
- DONGES, Patrick/ Martina Leonarz/ Werner A. Meier (2005): Theorien und theoretische Perspektiven. In: BONFADELLI, Heinz/ Otfried Jarren/ Gabriele Siegert (Hrsg.): *Einführung in die Publizistikwissenschaft*. 2.Auflage. Bern et al. : Haupt, S. 103-146.
- DONNERSTAG, Joachim (1996): *Der engagierte Mediennutzer. Das Involvement-Konzept in der Massenkommunikationsforschung*. München: Reinhard Fischer.
- DONOHEW, L./ L. Tipton (1973): A conceptual model for information seeking, avoiding and processing. In: CLARKE, P. (Hrsg.): *New models for mass communication research*. Beverly Hills, CA: Sage, S. 243-268.
- DONOHEW, Lewis/ Eileen Berlin Ray (1990): Introduction: Systems Perspectives on Health Communication. In: RAY, Eileen Berlin/ Lewis Donohew (Hrsg.): *Communication and Health: Systems and Applications*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, S. 3-8.
- DÖRRZAPF, Anke (2005): Boomthema Gesundheit. Der Markt für Fitmacher-Titel blüht. Und "Focus" nutzt das zum Crossmedia-Ausbau. In: *Medium*, Heft 8-9, 56-57.
- DUTTA-BERGMAN, Mohan J. (2004): Primary Sources of Health Information: Comparisons in the Domain of Health Attitudes, Health Cognitions, and Health Behaviors. In: *Health Communication*, 3, 16, S. 273-288.
- DUTTA-BERGMAN, Mohan J. (2005): Developing a Profile of Consumer Intention to Seek Out Additional Information Beyond a Doctor: The Role of Communicative and Motivation Variables. In: *Health Communication*, 1, 17, S. 1-16.
- EGGER, Josef W. (2001): Der biopsychosoziale Krankheitsbegriff in der Praxis. Simultandiagnostik in der Verhaltensmedizin. In: *Psychotherapeut*, 46, S. 309-316.
- EGGER, Josef W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. In: *Psychologische Medizin*, 16, 2, S. 3-12.
- EHRlich, Sven (2006): Was bestimmt unsere gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen? Eine Untersuchung der Möglichkeiten und Grenzen der Integration der Modelle biopsychosozialer Einflussfaktoren auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. Berlin: ProBusiness.
- ENGEL, George L. (1976): *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Ein Lehrbuch für Ärzte, Psychologen und Studenten*. 2. unveränderte Auflage. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- EYSENbACH, Gunther (2001): What is e-Health? In: *Journal of Medical Internet Research*, 2, 3, S. e20.
- EYSENbACH, Gunther (2003): The Impact of the Internet on Cancer Outcomes. In: *A Cancer Journal for Clinicians*, 53, S. 356-371.
- FALTERMAIER, Toni (2005): *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- FINNEGAN JR., John R./ K. Viswanath (1990): Health Communication: Medical and Public Health Influences on the Research Agenda. In: RAY, Eileen Berlin/ Lewis Donohew (Hrsg.): *Communication and Health. Systems and Applications*. Hillsdale, NJ, Hove, London: Lawrence Erlbaum Associates, S. 9-24.

- FISCHER, Heinz-D. (1990): Kommunikationswissenschaft und Medizin - Skizzen einiger Tendenzen und Interdependenzen. Funde und Befunde aus sieben Jahrzehnten. In: FISCHER, Heinz-Dietrich (Hrsg.): Publizistikwissenschaftler und Medizinkommunikation im deutschsprachigen Raum. Funde und Befunde aus sieben Jahrzehnten. Bochum: Brockmeyer, S. 11-23.
- FOX, Susannah/ Deborah Fallows (2003): Internet Health Resources. www.pewinternet.org (Download am 03.03.2008).
- FOX, Susannah (2007): E-patients With a Disability or Chronic Disease. www.pewinternet.org (Download am 03.03.2008).
- FRANZKOWIAK, Peter (2000): Biomedizinisches Paradigma. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz: Peter Sabo, S. 15-16.
- FRANZKOWIAK, Peter (2000): Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz: Peter Sabo, S. 55-56.
- FRANZKOWIAK, Peter/ Manfred Lehmann (2000): Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Peter Sabo, S. 53-54.
- FRANZKOWIAK, Peter (2000): Salutogenetische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz: Peter Sabo, S. 96-98.
- FREIMUTH, Vicki S./ Judith A. Stein/ Thomas J. Kean (1989): Searching for health information: The cancer information service model. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- FRÜH, Werner (2001): Der dynamisch-transaktionale Ansatz. In: RÖSSLER, Patrick (Hrsg.): Theoretische Perspektiven der Rezeptionsforschung. München: Fischer, S. 11-34.
- GAISSER, A./ H. Stamatidis-Smidt (2004): Die Bedeutung von Information für Krebspatienten und Erfahrungen aus der Arbeit des Krebsinformationsdienstes in Heidelberg. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 47, S. 957-968.
- GERHARDT, Uta (1989): Ideas about Illness. An Intellectual and Political History of Medical Sociology. Houndsmills et al.: Macmillan.
- GOLDNER, Melinda (2006): How Health Status Impacts The Types Of Information Consumers Seek Online. In: Information, Communication and Society, 6, 9, S. 693-713.
- GONG VERLAG (2005): Der OTC-Konsument unter der Lupe. Repräsentative Verbraucherbefragung zur Selbstmedikation. www.gonginfo.de/html/studien_prasentationen.html (Download am 6.6.2007).
- GOTTWALD, Franzisca (2006): Gesundheitsöffentlichkeit. Entwicklung eines Netzwerkmodells für Journalismus und Public Relations. Konstanz: UVK.
- GRAY, Nicola J./ Jonathan D. Klein/ Peter R. Noyce (2005): Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the internet. In: Social Science and Medicine, 60, S. 1467-1478.

- GÜTHER, Bernd (2006): Gesundheitsmonitor - Stichprobe, Erhebungsmethode sowie Qualitätsaspekte der Ergebnisse. In: BÖCKEN, Jan/ Bernard Braun/ Robert Amhof/ Melanie Schnee (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2006. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Verlag BertelsmannStiftung, S. 309-322.
- HEESEN, Christoph et al. (2004): Decisional role preferences, risk knowledge and information interests in patients with multiple sclerosis. In: Multiple Sclerosis, 10, S. 1-8.
- HEESEN, Christoph/ B. Berger/ J. Hamann/ J. Kasper (2006): Empowerment, Adhärenz, evidenzbasierte Patienteninformation und partizipative Entscheidungsfindung - Schlagworte oder Wegeweiser? In: Neurologische Rehabilitation, 4, 12, S. 235-241.
- HEESEN, Christoph et al. (2007): Informed shared decision making in multiple sclerosis - inevitable or impossible? In: Journal of Neurological Sciences, S. article in press.
- HERSCHBACH, Peter (1995): Über den Unterschied zwischen Kranken und Patienten. In: Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 3/4, 45, S. 83-89.
- HOFFMANN, Hans-Joachim (1976): Psychologie und Massenkommunikation. Planung, Durchführung und Analyse öffentlicher Beeinflussung. Berlin, New York: de Gruyter.
- HÖFLICH, Joachim R. (1997): Zwischen massenmedialer und technisch vermittelter interpersonaler Kommunikation - der Computer als Hybridmedium und was die Menschen damit machen. In: BECK, Klaus/ Gerhard Vowe (Hrsg.): Computernetze - ein Medium öffentlicher Kommunikation? Berlin: Spiess, S. 85-104.
- HOUSTON, Thomas K./ Jeroan J. Allison (2002): Users of Internet health Information: differences by Health Status. In: Journal of Medical Internet Research, 2, 4. www.jmir.org/2002/2/e7 (Download am 3.8.2007).
- HUBER, Andrea M (1991): Das Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation ("Health Communication") im Überblick: Konturen einer neueren kommunikationswissenschaftlichen Teildisziplin. Eine Literaturlaufarbeitung. Salzburg: unveröffentlichte Diplomarbeit.
- HURRELMANN, Klaus/ Anja Leppin (Hrsg.) (2001): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Huber.
- Identity Foundation (2001): Gesundheitsstudie: Die Deutschen und ihre Einstellungen zu Krankheit und Gesundheit. www.identity-foundation.de/was-wir-tun.htm (Download 6.6.2007).
- JÄCKEL, Michael (1992): Mediennutzung als Niedrigkostensituation. Anmerkungen zum Nutzen- und Belohnungsansatz. In: Medienpsychologie, 4, S. 246-266.
- JACKSON, Lorraine D./ Bernard K. Duffy (1998): Health communication Research: A guide to developments and directions. Westport: Greenwood Press.
- JAZBINSEK, Dietmar (Hrsg.) (2000): Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- JOHNSON, J. David/ Hendrika Meischke (1991): Women`s preferences for cancer information from specific communication channels. In: American Behavioral Scientist, 34, S. 742-755.
- JOHNSON, J. David/ Hendrika Meischke (1993): A comprehensive model of cancer-related information seeking applied to magazines. In: Human Communication Research, 3, 19, S. 343-367.
- JOHNSON, J. David (1997): Cancer related information seeking. Cresskill: Hampton

Press.

KALTENBORN, Karl-Franz (2001): Medizin- und gesundheitsrelevanter Wissenstransfer durch Medien. In: HURRELMANN, Klaus/ Anja Leppin (Hrsg.): *Moderne Gesundheitskommunikation*. S. 36-69.

KASL, Stanislav V./ Sidney Cobb (1966): Health behavior, illness behavior and sick role behavior. In: *Archives of Environmental Health*, 12, S. 246-266.

KATZ, E./ J.G. Blumler/ M. Gurevitch (1974): Utilization of mass communication by the individual. In: BLUMLER, J.G./ E. Katz (Hrsg.): *The uses of mass communications, current perspective on gratification research*. London: Sage, S. 19-32.

KRANICH, Christoph (2004): Patientenkompetenz. Was müssen Patienten wissen und können? In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 2004, 47 (10), 950-956.

KREPS, Gary L. (1988): The pervasive role of information in health care: Implications for health communication policy. In: ANDERSON, James (Hrsg.): *Communication Yearbook 11*. Newbury Park: Sage, S. 238-276.

KREPS, Gary L./ Barbara C. Thornton (1992): *Health Communication: Theory and Practice*. 2. Auflage. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press.

KREPS, Gary L./ Ellen W. Bonaguro/ Jim L. Query Jr. (1998): The History and Development of the Field of Health Communication. In: JACKSON, Lorraine D./ Bernard K. Duffy (Hrsg.): *Health Communication Research*. Westport, Connecticut u. a.: Greenwood Press, S. 1-15.

KREPS, Gary L. (2003): Trends and Directions in Health Communication Research. In: *Medien- und Kommunikationswissenschaft*, 3-4, 51, S. 353-365.

KUCEROVA, Michaela (2006): *Surfen für Gesundheit. Motive und Nutzung von Gesundheitsangeboten im Internet. Freie wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Grades eines Magister Atrium*. München.

LAZARUS, Richard S./ Raymond Launier (1981): Streßbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In: NITSCH, Jürgen R. (Hrsg.): *Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Bern et al.: Huber, S. 213-259.

LAZARUS, Richard S. (1995): Streß und Streßbewältigung - Ein Paradigma. In: FILIPP, Sigrun-Heide (Hrsg.): *Kritische Lebensereignisse*. Weinheim: Beltz, S. 198-232.

LECKIE, Gloria J./ Karen Pettigrew/ Christian Sylvain (1996): modeling the information seeking of professionals. A general model derived from research on engineers, health care professionals and lawyers. In: *Library Quarterly*, 66, S. 161-193

LEPPIN, Anja (2003): Gesundheitskommunikation: Ein (nicht mehr ganz so) neues Forschungsfeld. In: *impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung*. www.gesundheitsnds.de, 39, S. 3-4. (Download am 4.4. 2007).

Levin L.S./ E.L. Idler (1981): *The hidden health care system: mediating structures and medicine*. Cambridge: Ballinger.

LEVY, Mark R./ Sven Windahl (1985): The Concept of Audience Activity. In: ROSENGREN, Karl Erik/ Lawrence A. Wenner/ Philip Palmgreen (Hrsg.): *Media Gratifications Research. Current Perspectives*. Beverly Hills: Sage, S. 109-122.

LIEVROUW, Leah A. (1994): Health Communication Research Reconsidered: Reading the Signs. In: *Journal of Communication*, 1, 44, S. 90-99.

- LIPPKE, Sonia/ Babette Renneberg (2006): Inhalte der Gesundheitspsychologie, Definition und Abgrenzung von Nachbarfächern. In: RENNEBERG, Babette/ Philipp Hammelstein (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Heidelberg: Springer, S. 3-5.
- LYRE, Holger (2002): Informationstheorie. Eine philosophische-naturwissenschaftliche Einführung. München: UTB.
- MCQUAIL, Denis (2000): Chapter 16: audience formation and experience. In: Ders. (Hrsg.): McQuail's Mass Communication Theory. 4. Auflage. London: Sage, S. 383-411.
- MECHANIC, David/ Edmund Volkart (1961): Stress, illness behavior and the sick role. In: American Sociological Review, 26, S. 51-58.
- MECHANIC, David (1962): The concept of illness behavior. In: Journal of Chronic Diseases, 15, S. 189-194.
- MECHANIC, David (1968): Medical Sociology. A selective view. New York: Free Press.
- MECHANIC, David (1977): Illness behavior, social adaptation, and the management of illness. In: The Journal of Nervous and Mental Disease, 165, 2, S. 79-87.
- MOSCHIS, A.P. (1980): Consumer information use, individual versus social predictors. In: Communication Research, 7, S. 139-160.
- NAPOLI, Philip M. (2001): Consumer Use of Medical Information From Electronic and Paper Media. A Literature Review. In: RICE, Ronald E./ James E. Katz (Hrsg.): The Internet and Health Communication. Experiences and Expectations. Thousand Oaks: Sage Publications, S. 79-98.
- NEUHAUSER, Linda/ Gary Kreps (2003): The Advent of E-Health. How Interactive Media Are Transforming Health Communication. In: Medien- und Kommunikationswissenschaft, 3-4, 51, S. 541-556.
- NEVERLA, Irene/ Mascha Brichta/ Hanns-Christian Kamp/ Dieter K. Lüdecke (2007a): Wer krank ist geht ins Netz. Eine empirische Untersuchung zur Medien- und Internetnutzung im Krankheitsverlauf. München: Fischer.
- NEVERLA, Irene/ Hanns-Christian Kamp/ Mascha Brichta/ Dieter K. Lüdecke (2007b): Zum Informationshandeln von Patienten und zur Rolle des Internets im Krankheitsfall: empirische Befunde aus einer Befragung von Akromegalie-Patienten. In: Medien- und Kommunikationswissenschaft, 1, 55, S. 43-60.
- NITSCH, Jürgen R. (1981): Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern et al.: Huber.
- (N)ONLINER ATLAS (2007): Eine Topographie des digitalen Grabens durch Deutschland. Eine Untersuchung von TNS Infratest. Herausgegeben in Zusammenarbeit mit der Initiative D21. www.nonliner-atlas.de. (Download am 26.6.2007).
- OTT, Sascha (2004): Information. Zur Genese und Anwendung eines Begriffs. Konstanz: UVK.
- O'HAIR, D./ Gary L. Kreps (Hrsg.) (1990): Applied communication theory and research. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- PARSONS, Talcott (1967): The Social System. 1. Auflage 1951. London: Routledge & Kegan Paul.
- PARSONS, Talcott (1970): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In: KÖNIG, René/ Margret Tönnemann (Hrsg.): Probleme der Medizin-

- Soziologie. Sonderheft 3 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. 4. Auflage. Köln, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 10-57.
- PENNEBAKER, James W. (1982): The psychology of physical symptoms. New York et al.: Springer.
- PETTEGREW, Loyd S./ Robert Logan (1987): The Health Care Context. In: BERGER, Charles R./ Steven Chaffee (Hrsg.): Handbook of Communication Science. Newbury Park: Sage, S. 675-709.
- PETTEGREW, Loyd (1988): Theoretical Plurality in Health Communication. In: ANDERSON, James (Hrsg.): Communication Yearbook. S. 298-308.
- POWELL, John/ Eileen Clarke (2006): Internet information-seeking in mental health. In: British Journal Psychiatry, 189, S. 273-277.
- Pschyrembel Klinisches Wörterbuch: mit 250 Tabellen (1998): bearbeitet von der Wörterbuch-Redaktion des Verlages unter der Leitung von Helmut Hildebrandt. 258. Auflage. Berlin: de Gruyter.
- RADLEY, Alan (1994): Making sense of illness. The social psychology of health and disease. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- RAINS, Stephen A. (2007): Perceptions of Traditional Information Sources and Use of the World Wide Web to Seek Health Information: Findings From the Health Information National Trends Survey. In: Journal of Health Communication, 12, S. 667-680.
- RAND HEALTH (Hrsg.) (2001): Consumers and Health Care Quality Information: Need, Availability, Utility. Studie für die California HealthCare Foundation. (Download am 26.6.07).
- RATZAN, Scott C. (2007): An Informed Patient - An Oxymoron in an Information Restricted Society. In: Journal of Health Communication, 12, S. 101-103.
- REARDON, Kathleen K. (1988): The role of persuasion in health promotion and disease prevention: review and commentary. In: ANDERSON, James (Hrsg.): Communication Yearbook. S. 277-296.
- REES, C./P. Bath (2001): Information Seeking Behaviors of Woman with Breast Cancer. In: Oncology Nursing Forum, 28, S. 691-698.
- RENCKSTORF, Karsten (1989): Mediennutzung als soziales Handeln. Zur Entwicklung einer handlungstheoretischen Perspektive der empirischen (Massen-) Kommunikationsforschung. In: KAASE, Max/ Winfried Schulz (Hrsg.): Massenkommunikation. Theorien, Methoden, Befunde (=Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 30. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 314-336.
- RENCKSTORF, Karsten (1996): Media use as social action: a theoretical perspective. In: RENCKSTORF, Karsten/ Dennis McQuail/ Nicholas Jankowski (Hrsg.): Media use as social action: An European approach to audience studies. London: John Libbey, S. 18-31.
- RENCKSTORF, Karsten/ Denis McQuail (1996a): Social Action Perspectives in Mass Communication Research. In: communications, 21, S. 5-27.
- RENCKSTORF, Karsten/ Denis McQuail (1996b): Social action perspectives in mass communication research: an introduction. In: RENCKSTORF, Karsten/ Denis McQuail/ Nicholas Jankowski (Hrsg.): Media Use as Social Action. A European Approach to Audience Studies. London: Libbey, S. 1-17.

- RIEHM, Ulrich/ Bettina-Johanna Krings (2006): Abschied vom "Internet für alle"? Der "blinde Fleck" in der Diskussion zur digitalen Spaltung. In: Medien- und Kommunikationswissenschaft, 1, 54, S. 75-94.
- RIND, Christoph (2008): Große Ärzte-Studie zeigt: So wichtig ist die Wahl der Klinik. In: Hamburger Abendblatt, 25. März 2008, S. 1.
- RUBIN, Alan M. (2000): Die Uses-And-Gratifications-Perspektive der Medienwirkung. In: SCHORR, Angela (Hrsg.): Publikums- und Wirkungsforschung. ein Reader. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 137-180.
- RUESCH, Jürgen/ Bateson, Gregory (1951): Communication: the social matrix of psychiatry. New York: Norton.
- SAVOLAINEN, Reijo (1995): Everyday life information seeking: Approaching information seeking in the context of 'way of life'. In: Library and Information Science Research, 17, S. 259-294.
- SCHEIBER, Anke/ Matthias Gründel (2000): Virtuelle Gemeinschaften? Das Internet als Informations- und Diskussionsmedium für Krebspatienten. In: JAZBINSEK, Dietmar (Hrsg.): Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 164-182.
- SCHENK, Michael (2000): Schlüsselkonzepte der Medienwirkungsforschung. In: SCHORR, Angela (Hrsg.): Publikums- und Wirkungsforschung. Ein Reader. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 71-84.
- SCHMIDT-KAEHLER, Sebastian (2005a): Gesundheitsberatung im Internet. Nutzwert, Evaluation und Positionierung internetgestützter Informations- und Beratungsleistungen für Bürger, Versicherte und Patienten in der gesundheitlichen Versorgung. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Bielefeld.
- SCHMIDT-KAEHLER, Sebastian (2005b): Patienteninformation und -beratung im Internet. Transfer medientheoretischer Überlegungen auf ein expandierendes Praxisfeld. In: Medien- und Kommunikationswissenschaft, 4, 53, S. 471-485.
- SIGNITZER, Benno (2001): Ansätze und Forschungsfelder der Health Communication. In: HURRELMANN, Klaus/ Anja Leppin (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Hans Huber, S. 22-35.
- SONTAG, Susan (1990): Illness as Metaphor and AIDS and its Metaphors. New York et al.: Doubleday.
- SPADARO, Rosario (2003): Eurobarometer 58.0. European Union citizens and sources of information about health.
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_179_en.pdf. (Download am 7.7.2007)
- STIGGELBOUT, Anne M./ Gwendoline M. Kiebert (1997): A role for the sick role. Patient preferences regarding information and participation in clinical decision-making. In: Canadian Medical Association Journal, 4, 157, S. 383-389.
- STROEBE, Wolfgang/ Klaus Jonas (2003): Gesundheitspsychologie - Eine sozialpsychologische Perspektive. In: STROEBE, Wolfgang/ Klaus Jonas/ Miles Hewstone (Hrsg.): Sozialpsychologie. Berlin et al.: Springer.
- TREPTE, Sabine/ Eva Baumann/ Nina Hautzinger/ Gabriele Siegert (2005): Qualität gesundheitsbezogener Online-Angebote aus Sicht von Usern und Experten. In: Medien- und Kommunikationswissenschaft, 4, 53, S. 486-506.

- VAN EIMEREN, Birgit/ Heinz Gerhard/ Beate Frees (2003): Internetverbreitung in Deutschland: Unerwartet hoher Zuwachs. In: Media Perspektiven, 8, S. 338-358.
- VAN EIMEREN, Birgit/ Beate Frees (2007): Internetnutzung zwischen Pragmatismus und YouTube-Euphorie. In: Media Perspektiven, 8, S. 362-378.
- WARNER, Dorothy/ J. Drew Procaccino (2004): Toward Wellness: Women Seeking Health Information. In: Journal of the American Society for Information Science and Technology, 8, 55, S. 709-730.
- WARNER, Dorothy/ J. Drew Procaccino (2007): Women Seeking Health Information: Distinguishing the Web User. In: Journal of Health Communication, 12, S. 787-814.
- WEBER, Max (1980): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. 5. Revidierte Auflage von J. Winkelmann. Tübingen: Mohr, Siebeck.
- WILLIAMS, Simon J. (2005): Parsons revisited: from the sick role to.? In: health: An interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, 2, 9, S. 123-144.
- WILSON, Tom D. (1999): Models in information behavior research. In: Journal of documentation, 3, 55, S. 249-70.
- WOLL, Alexander (o.J.): Facetten von Gesundheitseinschätzung (Grafik), http://www.sport.uni-karlsruhe.de/ifss/download/Einheit1_Begriffserklaerungen.pdf (Download am 4.2.2008).
- WRIGHT, Kevin B./ Lisa Sparks/H. Dan O`Hair (2008): Health Communication in the 21st century. Malden, MA: Blackwell.
- YOUNG, J.T. (2004): Illness behaviour: a selective review and synthesis. In: Sociology of Health & Illness, 1, 26, S. 1-31.
- ZBOROWSKI, Mark (1952): Cultural Components in Responses to pain ournal of Social Issues. 8, 4, S. 16-30.
- ZEITUNGS MARKETING GESELLSCHAFT (ZMG) (2005): OTC-Pharma. Branchenreport 2005. www.zeitungsmonitor.de/imperia/md/content/pdf/branchenreport_berichte/zm_otc_2005.pdf (Download am 6.6.2007).

Erklärung

Ich versichere an Eides Statt durch meine eigene Unterschrift, dass ich die vorstehende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt und alle Stellen, die wörtlich oder annähernd wörtlich aus Veröffentlichungen entnommen sind, als solche kenntlich gemacht und mich auch keiner anderen als der angegebenen Literatur bedient habe. Diese Versicherung bezieht sich auch auf die in der Arbeit gelieferten Zeichnungen, Skizzen, bildlichen Darstellungen und desgleichen. Mit der späteren Einsichtnahme in meine schriftliche Hausarbeit erkläre ich mich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift