IPMZ – Institut für Publizistikwissenschaft und Medienforschung

lic. phil. Silje Kristiansen / Abt. Media Reality & Effects
Universität Zürich
Andreasstrasse 15
CH-8050 Zürich
Telefon +41 44 635 20 62
s.kristiansen@ipmz.uzh.ch

Prof. Dr. Heinz Bonfadelli / Abt. Media Reality & Effects
Universität Zürich
Andreasstrasse 15
CH-8050 Zürich
Telefon +41 44 634 46 64
h.bonfadelli@ipmz.uzh.ch

Bericht zu Angeboten über Gesundheit im Internet

Verhalten und Bedürfnisse der Bevölkerung heute und in naher Zukunft

Unterbreitet von

Prof. Dr. Heinz Bonfadelli
lic. phil. Silje Kristiansen
IPMZ – Institut für Publizistikwissenschaft und Medienforschung, Universität Zürich
Andreasstrasse 15
CH – 8050 Zürich
h.bonfadelli@ipmz.unizh.ch
Tel: 044 – 634 46 64

Im Auftrag von

eHealth Suisse
Koordinationsorgan Bund-Kantone
Schwarzenburgstrasse 165
3097 Liebefeld

Zürich, 1. Mai 2011

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung 3
2 Öffentliche Gesundheitsportale 4
2.1 Definitionen und Klassifikationen 4
2.2 Vor- und Nachteile von Gesundheitsangeboten im Internet 6
3 Gesundheitsinformationen im Internet 9
3.1 Studien und Befunde zu Zugang und Nutzung 9
3.2 Differentieller Zugang und Nutzung in sozialen Segmenten 12
3.3 Studien und Befunde zu Bedürfnissen und Motiven 16
4 Gesundheitsportale im Internet 17
4.1 Studien und Befunde zu Nutzung, Bedürfnissen und Motiven 21
5 Gesundheitskampagnen und Präventionsprogramme im Internet 21
5.1 Web-basierte Gesundheitskampagnen 22
5.2 Web-basierte Interventionsprogramme 23
6 Risiko- und Katastrophenkommunikation 23
7 Zusammenfassung 25
8 Folgerungen und Empfehlungen 27
9 Literaturverzeichnis 30

1 Einführung

eHealth Suisse als Koordinationsorgan von Bund und Kantonen verfolgt das Ziel, „gesundheitsbezogene Online-Informationsangebote von Bund, Kantonen und Gemeinden sowie internationalen Organisationen über ein gemeinsames Gesundheitsportal zugänglich" zu machen (BAG 2007: 34). Zielsetzung dieses Berichts, erarbeitet auf der Basis eines Mandats für eHealth Suisse, ist es, Informationen, Argumente und Forschungsbefunde zusammenzutragen und zu synthetisieren, welche die Entscheidung in der Frage erleichtern sollen, ob ein öffentliches Gesundheitsportal von Bund und Kantonen aufgebaut werden soll und wie gegebenenfalls ein solches aussehen könnte.

Dabei stehen folgende **Interessen** und **Fragestellungen** im Zentrum:

- Überblick zu Angeboten über Gesundheit im Internet und deren Vor- und Nachteile.
- Wie sieht das Verhalten der Bevölkerung im Internet im Umgang mit Gesundheitsinformationen und gesundheitsbezogenen Online-Diensten – heute und in naher Zukunft – aus?
- Wie sehen die Bedürfnisse der Bevölkerung im Bereich von Gesundheitsinformationen und gesundheitsbezogenen Online-Diensten im Internet – heute und in naher Zukunft – aus?
- Welche Schlussfolgerungen in Bezug auf das Angebot der Behörden im Gesundheitswesen (Bund und Kantone) lassen sich im Hinblick auf ein öffentliches Gesundheitsportal ziehen?

Als **Ausgangspunkt** dient die Vision eines öffentlichen Gesundheitsportals, welche im Rahmen des Teilprojekts von eHealth Suisse erarbeitet wurde. Diese Dienstleistung von Bund und Kantonen soll der Bevölkerung neutrale und glaubwürdige Angebote zu Gesundheitsthemen zugänglich machen. Das Gesundheitsportal sammelt und bündelt Angebote zu Gesundheitsthemen und erleichtert den Zugang zu diesen. Somit dient die Plattform der Information, Kommunikation, Interaktion und Transaktion zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen und der Bevölkerung. Bei Bedarf kann die Plattform auch eigene redaktionelle Inhalte bereitstellen (vgl. BAG 2010: 4).

Im folgenden Bericht wird eine **evidenzbasierte Bearbeitung der Fragestellungen** aufgrund einer Sekundäranalyse von aktuellen Dokumenten, wissenschaftlichen Veröffentlichungen und Studien sowie Meta-Analysen zu Angeboten, Nutzung und Motiven des Internets im Bereich „Gesundheit" vorgenommen. Eine Erhebung von Primärdaten findet nicht statt. Der **Fokus** liegt auf vorhandenen Daten und Befunden zur gesundheitsorientierten Informationssuche im Internet. Soweit dies möglich ist, wird auf Gesundheitsportale aus der Schweiz Bezug genommen.

2 Öffentliche Gesundheitsportale

Schon im Jahre 1995 wurde die Stiftung *The Health On the Net* (HON) in Genf gegründet. Sie arbeitet seit 1996 aktiv daran, den Internetzugang zu hochqualitativen Informationen über Gesundheit zu verbessern und setzt sich für ethisches Verhalten von Gesundheitswebseiten ein. Bekannt geworden ist HON für den so genannten HONcode (vgl. www.healthonnet.org/HONcode/German), ein Verhaltensindex zum ethischen Handeln in Bezug auf Gesundheitsinformationen im Internet. Durch ihre Arbeit will die Stiftung Anbieter von Websites auf diesem Gebiet Anhaltspunkte für Qualität bieten und die Bürger vor unseriösen Informationen schützen (vgl. HON 2005: o.S.; HON 2010: o.S.). Dieses Engagement zeigt, dass schon früh ein **Bedürfnis sowohl für gesundheitsbezogene Internetangebote** als auch für **wirksame Qualitätskontrolle** bestand, nicht zuletzt vor dem Hintergrund problematischer kommerzieller Angebote.

Der **HONcode** besteht aus acht Punkten (vgl. HON 1997: o.S.):

- Sachverständigkeit – Sachkompetenz, die Qualifikationen der Verfasser sollten angegeben werden
- Komplementarität – Die Informationen dienen nicht als Ersatz für einen Arztbesuch, sondern bieten ein Komplement dazu
- Datenschutz
- Zuordnung – Quellen sollten offengelegt werden und mit Datum versehen sein
- Belegbarkeit – Behaupteter Nutzen und Effizienz sollten belegt werden
- Transparenz – Die Darstellung soll zugänglich sein und ein E-Mailkontakt soll angegeben werden
- Offenlegung der Finanzierung
- Werbepolitik – Werbeinhalte sind vom redaktionellen Inhalt klar zu trennen

2.1 Definitionen und Klassifikationen

Ein zu definierender Leitbegriff stellt in diesem Rahmen *eHealth* oder *E-Health* dar (vgl. Rossmann 2010), der sich auch im Deutschen durchgesetzt hat. Bei der Literaturrecherche stösst man oft auf diesen Sammelbegriff, aber nicht immer ist explizit und eindeutig, was alles darunter verstanden beziehungsweise subsummiert wird. Rossmann (2010: 340) betont die begriffliche Unschärfe und Vielfalt von eHealth und diskutiert verschiedene Definitionen. So ist etwa im Kontext der seit einiger Zeit aktuellen Diskussion in der Schweiz unklar, ob eHealth auch das Thema der elektronischen Patientendossiers mitbeinhaltet, oder ob es sich (nur) um Gesundheitsportale im Internet handelt. eHealth Suisse definiert eHealth als „den integrierten Einsatz von Informations- und Kommunikations-

technologien (IKT) zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Prozesse und Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Gesundheitswesen (BAG 2007: 12). eHealth soll zu neuen und besseren Prozessen führen, die Produktivität steigern und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung fördern. Dabei soll auf Instrumente gesetzt werden, wie „Gesundheitsportale, elektronische Gesundheitsdatensätze, telemedizinische Leistungen oder tragbare Überwachungssysteme" (BAG 2007: 12).

Die Definition von Eng (2001: o.S.) versteht eHealth breit als „the use of emerging information and communication technology, especially the Internet, to improve or enable health and healthcare". eHealth umfasst somit verschiedene Aspekte. In diesem Bericht soll allerdings auf Gesundheitsportale fokussiert werden.

Anhand von fünf Klassifikationsmerkmalen lassen sich Gesundheitsportale im Internet untereinander differenzieren und vergleichen: Tabelle 1.

Tabelle 1 Klassifikationsmerkmale von Gesundheitsangeboten im Internet

Funktionalität	Interaktivitätsgrad	Interessen	Anbieter	Adressaten
Inhalt Communities Provision	Information: einseitig Interaktion: wechselseitig Transaktion: wechselseitig	Kommerziell Nicht-kommerziell	Gesundheitswesen Politik Wissenschaft Medien Laien	Gesundheitswesen Politik Wissenschaft Laien (Öffentlichkeit, Zielgruppen, Betroffene)

Quelle: Rossmann 2010: 343 mit eigenen Modifikationen SK.

Von besonderer Relevanz sind die hinter einem Gesundheitsportal stehenden Anbieter, deren Interessen nicht immer transparent sind, und die anvisierten Adressaten. Die eher formalen Merkmale Funktionalität und Interaktivitätsgrad spielen für Behörden dann eine Rolle, wenn Interaktionsmöglichkeiten angeboten werden: Diese bedingen mehr oder weniger aufwendige Ressourcen für Feedback. Zu beachten ist auch die Funktionalität „Communities", welche speziell bei Web 2.0 Fragen bezüglich Kontrolle aufwerfen.

Gesundheitskommunikation im Internet sind nach Rossmann (2010: 341) „all jene internetbasierten Anwendungsmöglichkeiten, die einen individualkommunikativen Austausch über oder die massenkommunikative Bereitstellung von Gesundheitsinformationen ermöglichen". Im Folgenden stehen informationsvermittelnde Internetportale zur Gesundheit im Zentrum, die Informationen über Gesundheit und Krankheiten an eine breite Öffentlichkeit vermitteln wollen. Davon abzugrenzen sind einerseits themenfokussierte und zielgruppenspezifische Gesundheitskampagnen, welche heute meist das Internet oder sogar Web 2.0 einsetzen, und andererseits web-basierte Interventionsprogramme (vgl. Bonfadelli 2010b).

2.2 Vor- und Nachteile von Gesundheitsangeboten im Internet

Eine Ärztin hat einmal gesagt: „Das Internet ist das einzige Medium, in dem die Patienten mehr Informationen erhalten können als bei ihrem Arzt" (Schmid/Wang 2003: 2134). Trotzdem geniesst das Internet in dieser Hinsicht eine ambivalente Reputation. Es wird kritisch immer wieder betont, dass ein Bedarf an vertrauenswürdigen und qualitätskontrollierten Gesundheitsinformationsangeboten im Internet bestehe (vgl. Schmid/Wang 2003: 2134). Der WHO-Experte für Grippepandemien Keiji Fukuda etwa hat das Verbreiten von Gerüchten oder falschen Informationen über Blogeinträge und soziale Netzwerke zum Thema Schweinegrippe beobachtet. Das Internet stelle aber auch durch gute und rasche Verfügbarkeit von Informationen eine wichtige Informationsquelle dar (vgl. aerzteblatt.de 2010: o.S.). Diese Beispiele zeigen, dass die Möglichkeiten des Internets durchaus ambivalent bewertet werden.

Das wachsende Angebot an Gesundheitsinformationen im Internet ist also von Vor- und Nachteilen begleitet. Rossmann nennt als Vorteil den einfachen und kostengünstigen Zugang zu Informationen für die Nutzer. Dadurch werden nicht zuletzt auch besser informierte Patienten ermöglicht, was unter dem Stichwort „Empowerment" ein ausgeglicheneres Verhältnis zwischen Patient und Arzt begünstigt. Für gesundheitsfördernde Akteure stellt das Internet zudem eine optimale Plattform für das Erreichen von besonderen Zielgruppen dar und ermöglicht eine spezifische Ausrichtung der Informationen auf die Bedürfnisse einzelner Nutzersegmente (etwa Personen mit Migrationshintergrund). Dies wird in der Literatur mit dem Begriff Tailoring umschrieben (vgl. Suggs/McIntyre 2009). Zudem lassen sich Angebote interaktiv gestalten, und potentiell liegt eine hohe Reichweite vor. Ausserdem lassen sich massenmediale und interpersonale Kommunikation im Internet miteinander verknüpfen (vgl. Rossmann 2010: 338; 350). Durch diese Verknüpfung lässt sich das Potential der hohen Reichweite von Massenmedien, aber ihrer meist kurzfristigen und kaum effektiven Gesundheitswirkungen mit der effizienteren interpersonalen, aber teuren Gesundheitsförderung gut ausschöpfen (vgl. Rossmann 2010: 352).

In Befragungen, durchgeführt in den USA vom Harris Interactive, sagen Patienten, die sich online informiert haben, dass Ihnen durch die Informationen zum besseren Verständnis ihrer Krankheit verholfen worden sei. Sie gaben auch an, dass die Informationen sie in Bezug auf ihre eigene Gesundheit beeinflussten, und dass ihre Kommunikation mit ihrem Arzt dadurch beeinflusst wurde. Sie hielten sich auch eher an vorgeschriebene Behandlungsanweisungen (vgl. Harris Interactive 2003: 2). Dies deutet darauf hin, dass durch die Online-Informationssuche ein (höheres) Verständnis für gesundheitliche Themen zustande kommt und womöglich auch auf die Bereitschaft, sich genauer mit der eigenen Gesund-

heit auseinanderzusetzen. Schliesslich besteht ein weiterer Vorteil in der **Anonymität**, das heisst der Möglichkeit für die Nutzer, sich über sensible Gesundheitsbelange zu informieren, und zwar ohne Preisgabe von persönlichen Daten (vgl. Rossmann 2010: 348; Walther et al. 2005). Weiter zeigen Studien zu den Motiven von Anbietern im Internet (vgl. Griffiths et al. 2006), dass die **Reduktion von Kosten** ein nicht zu unterschätzendes Motiv auf der Anbieterseite darstellt: Angebote auf Internetportalen können relativ **kostengünstig aktualisiert** und rasch dem neusten Stand angepasst werden, nicht zuletzt in Krisensituationen (Stichwort: Grippepandemie).

Tabelle 2 Synopse Vor- und Nachteile von Gesundheitsangeboten im Internet

Vorteile – Optionen – Stärken	Nachteile – Grenzen – Gefahren
• Anbieter: kostengünstig, kontinuierlich rasche Aktualisierung • Hypertextualität: Bild-Text-Ton • Angebot: aktuell, unlimitiert, vielfältig • Zielgruppen: Tailoring und Kontextualisierung • Interaktivität: Informationsabruf und Transaktion • Nutzungsmodalität: räumliche und zeitliche Entgrenzung • Nutzer: User-Control, Feedback, Anonymität • Patient: Empowerment; Nutzer → sog. Produser	• Angebote: Qualität, Glaubwürdigkeit, Vertrauen sind unklar • Informationsüberfluss überfordert Nutzer • Digital Divide: Ungleicher Zugang • Internet Literacy und Skills: User Navigation • Inanspruchnahme- und Wissenskluft • Medikalisierung und Healthism • Datenschutz, Sicherheit, Liability

Anmerkungen: Produser: Nutzer (User) werden im Internet auch zu Produzenten von Information; Medikalisierung: Tendenz, Gesundheitsprobleme (nur) mit Medikamenten zu lösen; Healthism: Verabsolutierung von Gesundheit als zentrales Lebensthema; Liability: Haftung für Folgen.

Das Internet und seine Offenheit bergen aber auch **Nachteile** in sich und werden in der Literatur im Kontext von eHealth immer wieder **ambivalent diskutiert**. So bilanzieren Griffiths et al. (2006) aufgrund von Meta-Analysen: „One must remain alert for the unintended effects of Internet delivery of health interventions due to the potential for reinforcing the problems that the intervention was designed to help. Internet delivery overcomes isolation of time, mobility, and geography, but it may not be a substitute for face-to-face contact." (Griffiths et al. 2006)

Jedermann kann im Internet Inhalte publizieren. Somit schwankt die **Qualität der Informationen** und sie ist durch die Nutzer nicht immer einfach einzuschätzen. Es kann auch schwierig sein, die Informationen zu verstehen und einzuordnen, wenn sie in medizinischer Fachsprache vermittelt werden, wie Rezeptionsstudien gezeigt haben (zum Beispiel

Keselman et al. 2008: 484). Hinzukommt, dass zwar viele einen Internetzugang haben, aber noch längst nicht alle zu Hause (vgl. Rossmann 2010: 338). In diesem Zusammenhang wird von der *Digital Divide* beziehungsweise digitalen Kluft gesprochen. Der Begriff beschreibt die unterschiedlichen Internetzugangsmöglichkeiten der Bevölkerung, die Nutzungsklüfte und der allgemeine Umgang und die Kompetenz im Umgang mit Gesundheitsinformationen im Internet. Dies gilt verschärft für jene sozialen Segmente, die bezüglich dem Umgang mit Gesundheit benachteiligt (zum Beispiel tiefer Bildungsstatus und oder Migrationshintergrund) beziehungsweise besonders bedürftig (alte Menschen) sind (vgl. Viswanath/Kreuther 2007).

Besondere Beachtung kommt zudem der Kompetenz im Umgang mit dem Internet zu: engl. *Digital Skills*. Es ist wichtig, dass die Nutzer Gesundheitsinformationen richtig einzuschätzen und einzuordnen vermögen (vgl. Rossmann 2010: 353). Schulz, Zuffrey und Hartung (2011: 4) weisen darauf hin, dass durch das Internet falschinformierte Patienten zum Problem werden können, einerseits, weil der Arzt Zeit damit aufwenden muss, korrekte Informationen zu geben und auf falsche hinzuweisen, und anderseits, weil der Patient den Arzt als weniger glaubwürdig betrachtet. Die positive Seite ist, dass der Arzt im Falle eines gut informierten Patienten auf das vorhandene Wissen aufbauen kann. Die hohe Internetverbreitung[1] beziehungsweise die steigenden Internetnutzung[2] in der Schweiz (vgl. Bundesamt für Statistik 2011b; Bonfadelli 2010a: II) sowie das grosse Interesse an dem Thema Gesundheit in den Medien (vgl. Bonfadelli 2010a: IV) machen deutlich, wie wichtig korrekte Informationen zu gesundheitlichen Themen im Internet sind.

Im Internet findet sich beides, sowohl qualitativ gute als auch schlechte Informationen (vgl. Schulz et al. 2011: 4). Rossmann weist auch darauf hin, dass in den Studien noch keine Einigkeit darüber bestehe, ob die Qualität der Informationen zur Gesundheit im Internet besser geworden sei oder nicht. Ein weiteres gewichtiges Problem sind die kommerziellen Angebote der Pharmaindustrie, die vielfach als solche nicht erkennbar sind (vgl. Hautzinger 2003; Rossmann 2010: 354).

Abschliessend lässt sich festhalten, dass Qualitätsdefizite und mangelnde Quellentransparenz Probleme sind, die sich nur begrenzt mittels Selbstqualitätskontrollmassnahmen wie der HON-Code und die im Kapitel 4 aufgeführten Qualitätsmerkmale der EU-Kommission lösen lassen. Deswegen ist es einerseits notwendig, die Kompetenzen der Nutzer

1 Im Jahre 2010 verfügte 77 Prozent der Schweizer Haushalte über einen Internetanschluss (Bundesamt für Statistik 2011a: 1).

2 Im Jahre 2010 nützte etwa 75 Prozent der Schweizer Bevölkerung das Internet mehrmals pro Woche (Bundesamt für Statistik 2011b: o.S.).

im Umgang mit den Informationen zu fördern (vgl. Rossmann 2010: 355), andererseits braucht es aber verstärkt auch Gesundheitsangebote im Internet von qualitätsverpflichteten gemeinnützigen, öffentlichen beziehungsweise staatlichen Anbietern.

3 Gesundheitsinformationen im Internet

Im Gesundheitsmonitor 2002 der Schweizerischen Gesellschaft für praktische Sozialforschung (GfS) (vgl. Longchamp/Leuenberger 2002) zeigte sich eine steigende Bereitschaft, sich über gesundheitliche Themen im Internet zu informieren. Und dies gilt ebenso für Deutschland (vgl. Horch/Wirz 2005: 1250; Horch et al. 2011: 3). Durch den sich ausbreitenden Internetzugang und den dadurch erleichterten Informationszugang, ist ein Wandel des Arzt-Patienten-Verhältnisses in Gang gesetzt worden: „Der Patient entwickelt sich mehr und mehr zum aktiven, informierten und verantwortlichen Teilnehmer in der Gesundheitsversorgung" (Schmid/Wang 2003: 2133). Ferguson und Frydman (2004: 1148) reden sogar von „the first generation of e-patients".

Aber schon vor dem Internet haben Patienten durch verschiedene Medien sowie durch persönliche Kontakte und eigene Erfahrungen, Informationen zu gesundheitlichen Themen und Problemen gewonnen. Es ist also kein neues Phänomen, dass Patienten bei der Arztkonsultation mehr oder weniger gut vorinformiert sind. Während früher und nach wie vor interpersonale Kommunikation mit Verwandten und Bekannten die wichtigste Rolle spielt, sind Gesundheitsangebote im Internet in den letzten Jahren leichter zugänglich geworden und tragen so zur besseren Informiertheit der Patienten bei (vgl. Schulz et al. 2011: 3).

3.1 Studien und Befunde zu Zugang und Nutzung

Jeannot, Froehlich, Wietlisbach, Burnand, Terraz und Vader haben 2004 die erste schweizerische Studie zur Internetnutzung für Gesundheitszwecke veröffentlicht, basierend auf Daten, die im Jahr 2001 erhoben wurden (vgl. Jeannot et al. 2004: 307). Sie wollten erstens herausfinden, ob das Internet eine viel genutzte Quelle für Gesundheitsinformationen bei im Segment von Patienten ist, und zweitens wollten sie die Determinanten für Computerbesitz, Internetzugang und Gesundheitsinformationssuche im Internet identifizieren. Sie fanden heraus, dass 30 Prozent der Befragten mit einem Computer und Internetzugang[3] im Internet nach gesundheitsbezogenen Informationen gesucht haben. Auf alle Befragten

3 Die Zahl, dass 33 Prozent der Befragten Zugang zum Internet haben, wird durch das relativ hohe Alter der Patienten verzerrt. Studien von der schweizerischen Gesamtbevölkerung zeigten eine Zahl von 50 Prozent auf (vgl. Jeannot et al. 2004: 309).

bezogen, ungeachtet Computerbesitz oder nicht, sind dies knapp zehn Prozent (vgl. Jeannot et al. 2004: 308). Die Mehrheit, das heisst 63 Prozent von den 30 Prozent, welche im Internet überhaupt gesundheitsbezogene Themen recherchierten, tat dies weniger als einmal pro Monat. 30 Prozent recherchierten immerhin mehr als einmal im Monat, und bloss sieben Prozent mehr als einmal in der Woche. 89 Prozent der Internetnutzer meinten, dass das Internet in Zukunft eine wichtige Rolle bei der Informationssuche zu gesundheitlichen Themen spielen werde. Die Autoren stellen aufgrund ihren Ergebnissen Merkmale eines typischen Patienten auf, der im Internet nach Gesundheitsinformationen recherchiert: Er ist zwischen 25–44 Jahre alt, wohnt in einer Stadt, besitzt Englischkenntnisse und hat ein ernsthaftes, akutes gesundheitliches Problem (vgl. Jeannot et al. 2004: 309).

Diese Befunde entsprechen ziemlich genau einem Univox-Survey zur Gesundheit von 2002 aus der Schweiz. Dort wurde gefragt: „Welche von folgenden Informationsquellen (Presse, Radio-/TV-Sendungen, Broschüren, Lexika/Ratgeber, Arzt/Apotheker, Personen aus Familie/Bekannten, Internet) nutzen Sie oder haben Sie schon genutzt, um sich: a) über allgemeine gesundheitliche Themen beziehungsweise b) bei akuten gesundheitlichen Problemen zu informieren. Elf Prozent hatten das Internet für allgemeine gesundheitliche Fragen und fünf Prozent zu akuten Gesundheitsproblemen genutzt. Bei der (leider) letzten Univox-Folgestudie 2004 stiegen die Werte auf 22 Prozent respektive 14 Prozent.

Auch die US-Daten aus dem Jahr 2002 von Harris Interactive, weisen darauf hin, dass die Internetnutzung in Bezug auf Gesundheitsthemen allgemein zugenommen hatte, allerdings stärker bei Patienten mit einem ernsthaften gesundheitlichen Leiden, die den Arzt oft aufsuchen und die viele rezeptpflichtige Medikamente nehmen. Daraus schliessen sie, dass eHealth ein vermehrt effizienter Kanal sei, um genau diese Zielgruppe zu erreichen (vgl. Harris Interactive 2003: 2).

Eine Längsschnittstudie aus Schweden mit Befragungszeitpunkten in den Jahren 2000, 2002 und 2005 belegt ebenso einen Trend in Richtung steigender Internetnutzung bei Patienten, wenn es darum geht, sich über die eigene Krankheit oder über ein Gesundheitsproblem zu informieren. Die Befragten waren zwischen 20 und 95 Jahre alt. Unter den Männern stieg die Internetnutzung im Jahre 2000 von sieben Prozent auf 18 Prozent im 2005. Bei den Frauen stieg die Nutzung ebenfalls von neun Prozent auf 25 Prozent. Im Jahre 2005 zeigten Frauen in der Alterskategorie 20 bis 49 Jahre eine signifikant höhere Nutzung des Internets als Info-Quelle zur Gesundheit auf als die Männer. Die Forscher konnten allgemein eine höhere Internetnutzung unter den jüngeren und mittleren Befragten nachweisen als bei den älteren Personen, wenn es um Informationssuche zu gesundheitlichen Themen im Internet ging. Sie fassen zusammen, dass der Vorteil dieser Entwick-

lung besser informierte Patienten seien. Sie weisen aber darauf hin, dass es Strategien brauche, um den öffentlichen Zugang zu hoch qualitativen Informationen zu Gesundheitsthemen sicherzustellen (vgl. Rahmqvist/Bara 2007: 533). – Allerdings sollte die hohe Internetverbreitung in Schweden mitgedacht werden, so hatten 2009 etwa 80 Prozent der schwedischen Haushalte Internetzugang (vgl. OECD 2010). Im Vergleich dazu verfügten 77 Prozent der Schweizer Haushalte 2010 über einen Internetanschluss (vgl. Bundesamt für Statistik 2011a: 1).[4] Somit sind die Länder diesbezüglich vergleichbar.

Auf EU-Ebene wurde 2003 der Eurobarometer 58.0 zur Gesundheit durchgeführt. Damals benutzten im Durchschnitt der 15 EU-Länder 23 Prozent Gesundheitsinformationen im Internet. 2005 wurde eine weitere Untersuchung in sieben europäischen Ländern (Norwegen, Dänemark, Deutschland, Lettland, Polen, Portugal, Griechenland) zur Nutzung des Internets für Gesundheitsbelange realisiert (vgl. Andreassen et al. 2007). Insgesamt hatten 61 Prozent Zugang zum Internet und 44 Prozent aller Befragten beziehungsweise 71 Prozent der Internetnutzer benutzten das Internet für Gesundheitsbelange. Ins Auge stechen vor allem die starken geographischen Unterschiede: höchste Anteile von gesundheitsbezogener Internetnutzung gab es in den nordischen Ländern mit rund 60 Prozent und tiefste Werte mit 25 Prozent in den südlichen Ländern. Während in der Gesamtpopulation Männer das Internet für Gesundheitsbelange stärker als Frauen nutzten, war das Interesse der Frauen unter den Internetnutzern höher als jenes der Männer.

Auch in der Analyse zur Situation in Deutschland von Rossmann (2010: 344) konstatiert die Autorin aufgrund verschiedener Studien einen steigenden Nutzungstrend von Gesundheitsinformationen im Internet. Im Bevölkerungsdurchschnitt wird allerdings das Internet (noch) nicht als wichtigste Informationsquelle genannt. Immerhin wird das Internet als wichtigste Informationsquelle von 37 Prozent der deutschen Bevölkerung genannt. Konsonant dazu werden im Gesundheitsmonitor von 2006 gut 40 Prozent genannt (vgl. Baumann 2006: 123). Wichtiger waren aber im Jahre 2007 immer noch der direkte Arztkontakt, von 78 Prozent der Bevölkerung als wichtigste Quelle genannt, aber auch Apotheken, Bücher, Familie, Fernsehen und Radio sowie Zeitungen (vgl. Lausen/Potapov/Prokosch 2008: 4–5). Die nach wie vor deutlich grössere Bedeutung von interpersonalen Quellen wie Arzt/Apotheker einerseits und Familie sowie Bekannte andererseits ist konsonant zu den Befunden der beiden Univox-Surveys von 2002 und 2004 aus der Schweiz.

Die aktuellsten und öffentlich zugänglichen Daten aus Deutschland stammen von Mindline 2009, erhoben mittels Telefoninterviews bei einer Stichprobe von 1'000 Personen ab 14

4 Die OECD erhob Daten zur Internetzugang in der Schweiz zuletzt im Jahre 2007 (vgl. OECD 2010).

Jahren (vgl. Mindline 2009). Dabei wurde nach den häufigsten Informationsquellen mit Berichten zu „Gesundheit & Medizin" gefragt. An der Spitze stehen die klassischen Massenmedien (66 Prozent TV und 51 Prozent Zeitungen und Zeitschriften, gefolgt von Berichten im Radio mit 35 Prozent sowie die Spezial- und Fachmedien (Kundenzeitschriften von Apotheken 56 Prozent und Krankenkassen 50 Prozent); mit Abstand werden Bücher von 35 Prozent und das Internet von 34 Prozent als häufigste Informationsquellen genannt. Im Vergleich zu den Medien kommt der interpersonalen Kommunikation als wichtige Informationsquelle zu Gesundheit & Medizin nach wie vor eine starke Bedeutung zu: persönliche Beratung durch den Arzt (64 Prozent) und Familie, Partner, Freunde, Bekannte (52 Prozent).

3.2 Differentieller Zugang und Nutzung in sozialen Segmenten

Im Vergleich nach sozialen Gruppen ist das Internet mit 53 Prozent bei den 14-29jährigen praktisch gleich wichtig wie das Fernsehen (56 Prozent); wird aber nur von 15 Prozent der Über-60jährigen als häufige Informationsquelle genannt. Deutlich sind beim Internet zudem die geschlechtsspezifischen Unterschiede: Männer 40 Prozent versus Frauen 29 Prozent. Konsonant dazu zeigen auch die Daten der GEDA Zusatzbefragung von 2009, „dass insbesondere für Personen der Altersgruppe 18 bis 39 Jahre das Internet als zweithäufigste Bezugsquelle von Informationen gilt." (vgl. Horch et al. 2011: 3) Allerdings wird betont, dass sich im Internet Personen mit hohem Sozialstatus deutlich häufiger über Gesundheitsbelange informieren als Personen mit niedrigem und mittlerem Status (Ibid.: 3).

Rossmann stellt zudem auf aufgrund verschiedener Studien Charakteristika der Nutzer von Gesundheitsangeboten im Internet zusammen. Sie weist wie die schwedischen Forscher darauf hin, dass der typische Nutzer jung und gebildet ist sowie über ein höheres Einkommen verfügt. Jedoch meint sie, dass die Ergebnisse ambivalent seien, was die geschlechtsspezifischen Unterschiede beziehungsweise die Nutzung von Frauen und Männer anbelangt (vgl. Rossmann 2010: 344–345). Ebenso lassen sich nach ihr keine eindeutigen Ergebnisse aufzeigen, was die Nutzungshäufigkeit im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand anbelangt (vgl. Rossmann 2010: 346).

Schulz, Zufferey und Hartung (2011) haben in Lugano und Bern im Jahr 2006–2007 eine Patientenbefragung mit Fokus auf Gesundheitsinformationsnutzung, mit besonderem Bezug auf das Internet, durchgeführt (vgl. Schulz 2011: 2; 26). Dabei sind sie der Frage nachgegangen, inwieweit die befragten Patienten das Internet benutzt hatten, um sich über ihr gesundheitliches Problem, wegen welchem sie den Arzt aufsuchten, im Voraus zu informieren (vgl. Schulz et al. 2011: 2). Die Forscher fragten auch nach der Nutzung und

Erfahrung mit dem Internet. Dabei gaben drei Viertel der Patienten an, Interneterfahrung zu besitzen. Von diesen hatten etwa zwei Drittel irgendwann Informationen über gesundheitliche Themen im Internet gesucht oder zufällig gefunden. Von diesen Personen wiederum, hatte ungefähr jede zweite Information über das aktuelle gesundheitliche Problem im Internet gesucht oder gefunden. Somit hatten sich 28 Prozent aller befragten Patienten über ihr aktuelles gesundheitliches Problem im Internet informiert bevor sie den Arzt aufsuchten. Grössere Unterschiede zwischen Frauen und Männer konnten nicht festgestellt werden; hingegen bei jüngere und besser ausgebildete Bevölkerungsgruppen, hatten die sich häufiger durch das Internet informiert als andere (vgl. Schulz et al. 2011: 25). Dies spricht dafür, dass es in Zukunft nicht die Ausnahme sein wird, dass der Patient schon vorinformiert zum Arzt kommt, wenn die internetorientierte jüngere Generation die ältere Generationen von heute ablöst (vgl. Schulz et al. 2011: 28).

Schulz et al. (2011: 15; 25) kategorisierten die befragten Patienten nach allgemeiner Orientierung zur Gesundheitsinformationen: von aktiv suchenden Personen bis hin zu Personen, die solche Informationen vermeiden. Der grösste Anteil der befragten Personen, rund drei Viertel, können zur Gruppe gezählt werden, die zufällig auf gesundheitliche Informationen gestossen sind. Zudem konnte gezeigt werden, dass Personen, die aktiv nach Informationen über allgemeine oder spezifische gesundheitliche Fragen suchen, sich sehr oft dem Internet zuwenden (vgl. Schulz et al. 2011: 26).

Rossmann (2010: 346) zitiert eine ältere Studie von Cain et al. (2000), welche folgende drei Typen unterscheidet: 1) „The Well" – die Gesunden (60 Prozent): Sie suchen im Internet nach Infos zur Prävention und Wellness. 2) „The Newly Diagnosed" – die Frischdiagnostizierten (fünf Prozent): Sie suchen in den ersten Wochen nach ihrer Diagnose intensiv nach spezifischen Infos; und 3) „The Chronically Ill and their Caregivers" – die chronisch Kranken und ihre BetreuerInnen und Angehörige (35 Prozent): Sie suchen häufiger nach Gesundheitsinformationen als die Gesunden und haben eine stärkere Bindung ans Internet.

Wang und Schmid (2007: 1–2) haben regionale Unterschiede in der Gesundheitskompetenz in der Schweiz untersucht und sind zu dem Ergebnis gekommen, dass die Tessiner Bevölkerung im Allgemeinen gesundheitsbezogene Entscheidungen schwieriger finden als die Deutschschweizer Bevölkerung; wobei die Westschweizer die Mittelposition in dieser Frage einnehmen. Was die Quellennutzung für Gesundheitsinformationen anbelangt, so haben die Forscher festgestellt, dass Zeitungen und Zeitschriften den ersten Platz einnahmen; auf Platz zwei kommt der Hausarzt; auf Platz drei positioniert sich das Internet als Informationsquelle, gefolgt von dem sozialen Umfeld und Radio und Fernsehen auf Platz fünf. Die Verständlichkeit von den gesundheitsbezogenen Informationen wird

allerdings von der Mehrheit als gering eingeschätzt. – Neue Informationskanäle wie das Internet oder Call-Centers wurden für gesundheitsbezogene Themen eher von der Bevölkerungsschicht mit einer höheren Ausbildung genutzt (vgl. Wang/Schmid 2007: 5).

Im internationalen Vergleich sind die amerikanischen Studien von Pew Internet zum Gesundheitsverhalten im Internet am aktuellsten und umfassendsten. Die neueste Studie (vgl. Pew Research Center 2011), basierend auf Daten aus einer Telefonbefragung im Jahr 2010 zeigt, dass 59 Prozent der erwachsenen amerikanischen Bevölkerung sich über gesundheitliche Themen im Internet informieren. Die Wahrscheinlichkeit hierfür ist unter Personen am grössten, die folgende Kriterien erfüllen: die in den letzten 12 Monaten ein Familienmitglied oder einen Bekannten gepflegt oder gesundheitlich betreut haben; weiblich und weiss sind; zwischen 18–49 Jahre alt sind; höher gebildet sind und über ein höheren Einkommen verfügen (vgl. Pew Internet 2011: 2–4). Dabei nutzen 74 Prozent der erwachsenen amerikanischen Bevölkerung das Internet (vgl. Pew Internet 2011: 6).

Tabelle 3 gibt einen Überblick über wichtige Ergebnisse, die in diesem Kapitel vorgestellt und diskutiert wurden.

Tabelle 3 Überblick der Studien zum Internetzugang und zur Nutzung von Gesundheitsinformationen im Internet

Studie	Ort	Erhebungs-jahr	Sample	Internet-zugang	eHealth Info-Suche		Weitere Informationen
					Int.nutzer	Total	
Jeannot et al. 2004	CH	2001	N=1'604 Patienten	33%	30%	**10%**	Typischer eHealth-Nutzer: 25–44 Jahre alt, wohnt in einer Stadt, hat Englischkenntnisse, hat ein akutes Leiden
Univox Survey 2002; 2004	CH	2002 2004	N=702 N=718	64% 68%	17% 33%	**11%** **22%**	Anteil „Schon einmal im Internet Allgemeine Gesundheitsinformationen" gesucht, Jüngere und Gebildetere suchen häufiger, keine Geschlechtsunterschiede
Schulz et al. 2011	CH	2006/07	N=974 Patienten	75%	53%	**40%**	Jüngere und besser gebildete Patienten suchen mehr, keine Geschlechtsunterschiede
Wang/Schmid 2007	CH	2006				31%	Gesundheitsinformationsquellen: Presse 46%, Ärzte 33%, **Internet 31%**, Bekannte 31%, TV/Radio 29%
Bonfadelli et al. 2009 Baseline Survey „Leichter Leben"	CH	2009	N=1'118 Kt. ZH 5–74 J.			40%	„Sehr wichtige" bis „eher wichtige" Gesundheitsinformations-quellen: Ärzte 65%, Familie etc. 62%, Zeitung 47%, **Internet 40%,** TV 37%, Zeitschrift 36%, Radio 29, Info-Kampagne 24%
Rahmqvist/Bara 2007	S	2000/02/05	N>6'600 Patienten	Männer: 7% → **18%** Frauen: 9% → **25%**			Nutzung von Internet als zusätzlicher Informationsquelle von Patienten
Eurobarometer 58.0	EU	2003				23%	Gesamtnutzerzahl von Gesundheitsinformationen in Internet: EU15 23.1%; DK 47.2%; D 24%; S 38.7%
Andreassen et al. 2007	EU	2005	N=7'934	42%-86%	54%-79%	**23%–62%**	7 Länder
Rossmann 2010	D	2000 2002 2006 2007				**7%** **24%** **46%** **57%**	Internetnutzung für Gesundheitsinformationen, weitester Nutzerkreis Nutzerprofil: jung, gebildet, einkommensstark, stärkere Gesundheitsorientierung
Neverla 2007	D	2003	47 Akro-megalie-P.	14 von 26 Patienten hauptsächlich das Internet			1/3 nur Arzt-Infos; 2/3 zusätzliche Informationsquellen; Internet für gut die Hälfte wichtig; ältere und wenig gebildete Patienten aber nicht
Baumann 2006	D	2005	N=1'500	41% Internet			Wichtigste Quellen, in denen nach Gesundheits-Infos gesucht wird
Mindline 2009	D	2009	N=1'001	34% Internet			Informationsquellen zu Gesundheit/Medizin im Vergleich
Horch et al. 2011	D	2009	N=5'296	28% Info-Suche vor Arzt-/Krankenhausbesuch; davon Frauen 15% / Männer 10% im Internet			
Lausen et al. 2007	D	2005/07	N=1'000 15–80 J.	22.5% → 32% (mind. 1 Mal/Monat) 44.4% → 56.7% (mind. benutzt)			Zunahme von eHealth, traditionelle Kanäle (wie Arztbesuch) sind nach wie vor die wichtigsten
PEW Internet 2011	USA	2002 2006 2010	3'000	57% 70% 74%	63% 64% 80%	36% 45% 59%	Nutzerprofil: Jüngere, Gebildetere und Frauen suchen mehr Gesundheitsinformationen im Internet

3.3 Studien und Befunde zu Bedürfnissen und Motiven

Allgemein lässt sich ein **gesteigertes Interesse und Bewusstsein für die eigene Gesundheit** in der Bevölkerung feststellen. Fromm, Baumann und Lampert (2011: 73) zitieren Studien, die dies belegen; ebenso äussert sich ein Trend zu mehr Selbstmedikation. Es finden vermehrt Prozesse der Informationssuche zu Gesundheits- und Krankheitsthemen statt. Viele Personen wünschen auch mehr Informationen zur Gesundheit. Der Kommentar von einem Befragten: „If you land on the homepage of the Swiss Federal Office of Public Health, you know it's good, but there are 1000 sites" (Wang et al. 2003: 171) deutet gewisse Frustrationen an, die Informationssuchende im Internet erleben. Daraus lässt sich ein ausgewiesener Bedarf nach *einem* **Gesundheitsportal mit umfassenden und korrekten Informationen zur Gesundheit und Krankheiten** schliessen. Dies würde die Informationssuche sehr erleichtern. Alle, die im Internet nach genauen Informationen gesucht haben, wissen, dass dies eine zeitaufwendige Aufgabe sein kann. Eine „sichere" beziehungsweise „vertrauenswürdige" Quelle, auf die direkt zugegriffen werden könnte, würde dem abhelfen.

Die schon angesprochene Studie von Pew-Internet enthält auch Befunde zum **gesundheitlichen Status** der Personen, die im Internet auf die Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen gehen. Daraus lässt sich schliessen, welche Bedürfnisse die Nutzer zu befriedigen versuchen, und mit welchen Motiven sie ins Internet gehen. Dabei wurde am häufigsten als Motiv genannt, dass man derzeit jemanden Nahestehenden betreue und pflege. Häufig hatte man auch persönlich oder eine nahestehende Person in einer kurz zurückliegenden gesundheitlichen Krise erlebt. Die Autoren schliessen daraus, dass **gesundheitsbezogene Internetrecherchen häufig für andere Personen** durchgeführt werden (vgl. Pew Internet 2011: 8). Personen mit einer chronischen Krankheit wie hoher Blutdruck oder Diabetes unterschieden sich nicht in der internetbasierten Gesundheitsinformationssuche von denen ohne eine chronische Krankheit (vgl. Pew Internet 2011: 11). Die Nutzer wenden sich dabei am häufigsten mit **Fragen zu spezifischen Krankheiten oder zu medizinischen Problemen** dem Internet zu. Die zweithäufigste Frage ist die nach **bestimmten medizinischen Behandlungen**, und das dritthäufigste Motiv ist die **Suche nach einem Arzt** (vgl. Pew Internet 2011: 23).

Schliesslich konnte die Studie von HON aufzeigen, dass viele Patienten ins Internet gehen, um **zusätzliche Informationen** zu denen, die sie schon vom Arzt bekommen haben, zu suchen oder auch um eine **Zweitmeinung einzuholen** (vgl. HON 2005: o.S.). Auch An-

dreassen et al. (2007) weisen darauf hin, dass das Internet als Vor- und oder Nachbearbeitung eines Arztbesuches verwendet wird. Am häufigsten allerdings werden Informationen über Gesundheit oder Krankheit gelesen (52 Prozent) und am zweithäufigsten dient die Informationssuche dazu, sich für oder gegen einen Arztbesuch zu entscheiden (46 Prozent). Zudem wird das Internet häufig für zusätzliche Informationen nach einem Arztbesuch benutzt (44 Prozent).

4 Gesundheitsportale im Internet

Die EU-Kommission hat im Jahre 2002 in Zusammenarbeit mit Medizin- und Patienten sowie Wirtschaftsverbänden, Regierungsdelegierten und weiteren Experten und Expertinnen, Qualitätskriterien für Internetseiten mit Bezug auf gesundheitsbezogene Themen aufgestellt (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2002: 3). Die Websites sollten demnach transparent sein in Bezug auf den Anbieter, den Zweck der Seite, bezüglich der angesprochenen Zielgruppe sowie auch hinsichtlich der Finanzierung. Die Urheberschaft sollte durch genaue Quellenangaben offen gelegt werden. Im Umgang mit persönlichen Daten sollten die Internetseiten Datenschutz gewährleisten. Die angebotenen Informationen sollten aktuell sein. Es soll offen gelegt werden, wer für die Seite verantwortlich ist, und wie die Informationen ausgewählt wurden. Schliesslich sollte die Zugreifbarkeit gewährleistet sein in Bezug auf Suchmöglichkeiten und Verständlichkeit (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2002: 6).

Somit unterscheiden sich die EU-Qualitätskriterien an einigen Punkten von dem im Kapitel 2 beschriebenen HONcode. Die EU-Qualitätskriterien greifen einige Punkte auf, welche der HONcode nicht anspricht: Zweck der Seite, Zielgruppe, Angaben zur Verantwortlicher, Aktualität der Informationen und Hinweise darauf, wie die Informationen ausgewählt wurden. Folgende Punkte findet man beim HONcode exklusiv, aber nicht in den Kriterien der EU: Komplementarität, Belegbarkeit und Werbepolitik. Gemeinsame Punkte sind: Angaben zum Anbieter oder Verfasser, Datenschutz, Quellenangaben, Zugänglichkeit und Transparenz und Offenlegung der Finanzierung (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2002: 6; HON: 1997: o.S.).

Auch am Universitätsspital Zürich wird seit 1999 ein Gesundheitsportal vom Telemedizinteam betrieben, und zwar unter Leitung von PD Dr. med. Maria Christiane Brockes, (vgl. Brockes et al. 2010: 231). Das Beratungsteam besteht aus sechs Personen, und sie können zudem auf dem Wissen von etwa achtzig Spezialisten am Universitätsspital zurückgreifen.

Auf dem Portal (www.onlineberatung.usz.ch) können mit Onlineformular eine Frage und Informationen zum allgemeinen gesundheitlichen Status der Person eingereicht werden. Die Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Arztgeheimnis. Eine Antwort bekommt man innerhalb von 24 Stunden. Falls ein Spezialist herangezogen werden muss, muss allerdings mit einer fünftägigen Wartefrist gerechnet werden. Erst seit 2008 ist die Online-Konsultation kostenpflichtig, und man bezahlt 75 Franken pro die Antwort. Seither gingen die Anfragen um zwei Drittel zurück. Brockes meint, die älteren Patienten wären vor allem dem Angebot treu geblieben. Auf der Internetseite hat es auch thematisch gebündelte Antworten zu häufig gestellte Fragen, die gratis eingesehen werden können (vgl. Fuchs 2011: 15; E-Health UniversitätsSpital Zürich). Pro Jahr werden ca. 2500 Fragen beantwortet (vgl. SonntagsZeitung 28.06.09: 55).

In Schweden wurden von *Socialstyrelsen*[5] 35 Webseiten mit Gesundheitsbezug im Jahre 2001–2002 auf die von der EU-Kommission aufgestellten Qualitätskriterien geprüft (vgl. Socialstyrelsen 2002: 7). Dabei stellte sich heraus, dass keine der Internetseiten alle Kriterien erfüllte. Somit wird viel Verantwortung dem Nutzer übertragen. Er selbst muss die Qualität, Aktualität und Glaubwürdigkeit der Informationen einschätzen beziehungsweise die Kompetenz haben, diese adäquat zu bewerten (vgl. Socialstyrelsen 2002: 9), was für Laien schwierig sein dürfte. Hingegen gaben drei der Webseiten an, dass sie die Qualitätskriterien der Stiftung Health in the Net Foundations (HON) befolgen würden, welche sich allerdings von denen der EU-Kommission unterscheiden (vgl. Socialstyrelsen 2002: 9).

Wenn wir in Schweden bleiben, sollte auf das Gesundheitsportal 1177.se hingewiesen werden, dass im Jahre 1999 unter der Adresse www.infomedica.se ins Leben gerufen wurde (vgl. Fallberg/Rosén 2003: 146–147). Es handelt sich um eine mehrheitlich in Schwedisch[6] verfasste Internetseite, auf welcher geprüfte Texte zu sehr vielen Krankheiten und gesundheitlichen Leiden öffentlich zugänglich gemacht werden, verfasst von Ärzten, Krankenschwestern, Zahnärzten und Apothekern. Sie stellt eine Ergänzung zur nationalen gesundheitlichen Telefonberatung *sjukvårdsrådgivningen* dar. Dieser Telefondienst ist nahezu flächendeckend im ganzen Land rund um die Uhr und an sieben Tagen in der Woche von medizinischem Personal besetzt. Sie fungiert als erste Anlaufstelle für nicht sehr akute Anliegen. Auf dem Gesundheitsportal findet sich eine allgemeine Beschreibung von Krankheiten, eine Erklärung dazu, was im Körper passiert. Zudem werden Symptome und

5 Socialstyrelsen ist ein staatliches Amt Schwedens, das sich für gute Gesundheit und gesundheitliche Pflege und Betreuung einsetzt.

6 Einige Texte sind in elf weitere Sprachen übersetzt. Beispielsweise auf Englisch, Spanisch, Finnisch, Türkisch, Bosnisch, Russisch und Persisch (vgl. 1177.se).

Diagnose sowie Behandlungsmöglichkeiten beschrieben. Die Texte sind leicht verständlich, bieten einen guten Überblick über das gesundheitliche Anliegen und werden mit Bilder ergänzt. Weiter findet man Fragen und Antworten auf dem Portal, und man kann selber anonym Fragen stellen sowie Adressen und Kontaktdaten zu Gesundheitseinrichtungen im ganzen Land erhalten. Es gibt Themenseiten zu weit verbreiteten Anliegen wie Schwangerschaft und Krebs, wo auch Betroffene von ihren Erlebnissen berichten. Es gibt auch Hinweise zu rechtlichen Fragen in Bezug auf Patientenrechte und in Bezug auf Pflege und Gesundheit. Die Nutzer können auch ein persönliches Konto anlegen, auf welchem sie ihre Pflegekontakte hinzufügen, Termine vereinbaren, Rezepte erneuern, Testergebnisse einsehen und Hilfsmittel bestellen können. Das Gesundheitsportal wird von der staatlichen schwedischen Krankenpflege im ganzen Land kollaborativ betrieben (vgl. 1177.se; 1177.se 2010: o.S.). Für die Gestaltung eines zukünftigen Gesundheitsportals in der Schweiz, wird eine detailliertere Analyse des schwedischen Beispiels empfohlen. Dabei gilt es, die Spezifika des schwedischen Gesundheitssystems und dessen Unterschiede zur Schweiz zu berücksichtigen. Das schwedische wie auch das dänische Gesundheitssystem sind öffentlich organisiert, werden aber regional verantwortet und werden über Steuergeldern finanziert. Im Unterschied dazu werden in der Schweiz die Leistungen von privatwirtschaftlichen Anbietern erbracht, und finanziert wird das System durch Versicherungen mit Kopfpauschalen (vgl. Schölkopf 2010: 3–4).

Wehkamp (2006) weist darauf hin, dass es weltweit kaum zwei Gesundheitssysteme gibt, die gleich seien; das heisst, dass nationalen Traditionen stark prägend wirken. Deswegen ist es schwierig, die verschiedenen Systeme miteinander zu vergleichen. Im Unterschied zu Schweden, wird die Gesundheitsversorgung in der Schweiz mehrheitlich von privaten Ärzten geleistet, während diese in Schweden staatlich angeboten wird (vgl. Wang et al. 2003: 159). Nach Wehkamp (2006) lassen sich grob drei Typen von Gesundheitssystemen unterscheiden, die allerdings auch als Mischformen vorkommen: Es ist das Bismarck-, das Beveridge- und das Marktmodell. Das Bismarcksystem wird durch Beiträge aus dem Arbeitseinkommen der Bevölkerung finanziert, während das Beveridgesystem mittels Steuergeldern finanziert wird. Das markgesteuerte Modell gibt es in keinem Land in reiner Form, nicht einmal in den USA. In Schweden wird das Gesundheitssystem ausschliesslich mittels Steuergelder finanziert und gehört somit zum Beveridgemodell. Das Bismarcksystem zeichnet sich dadurch aus, dass eine gesetzliche Pflicht zur Versicherung vorliegt, die die Kosten für die medizinische Versorgung übernimmt. Das System ist teuer und wird zunehmend kritisch bewertet. Vermehrt wendet man sich dem Beveridgemodell zu. In

Schweden wie auch in Grossbritannien und Dänemark wird dieses Modell angewendet. Ein Nachteil besteht darin, dass das Gesundheitssystem was die Finanzierung anbelangt, in Konkurrenz zu anderen politischen Bereichen steht. Das System mag günstiger sein, aber die Effektivität nicht unbedingt besser. Hohe Bürokratisierung und lange Wartezeiten sind einige negative Aspekte im Vergleich zum Beveridgemodell (vgl. Wehkamp 2006: o.S.).

Ein verbreiteter Spruch in Schweden ist, dass man genug gesund sein muss, um für seine Rechte kämpfen zu können (vgl. Årebo 2006: o.S.; Fallberg/Rosén 2003: 145). In Schweden gibt es lange Wartezeiten, nicht zuletzt eine Folge der radikalen Sparmassnahmen, die zwischen 1993 und 2004 beispielsweise die Anzahl Krankenhausbetten um etwa 60 Prozent schrumpfen liess. Die Finanzierung und Planung des schwedischen Gesundheitswesens ist auf 21 Provinziallandtage verteilt. Diese betreiben auch die meisten Krankenhäuser und entscheiden einzeln über den Einkauf von Leistungen privater Anbieter. Private Krankenversicherungen werden (noch) äusserst selten abgeschlossen. Die Gelder des schwedischen Gesundheitssystems kommen zu 70 Prozent aus den regionalen Steuern. Ein Fünftel der Kosten wird von Staatsbeiträgen gedeckt, und nur drei Prozent decken die Gebühren, welche die Patienten beim Arztbesuch selber bezahlen. Ein Vorteil der dezentrale Organisation ist, dass Regionen von Experimenten anderer Regionen lernen können (vgl. Årebo 2006: o.S.). Die langen Wartezeiten, die Grösse des Landes und die teilweise langen Reisezeiten zur nächsten Gesundheitseinrichtung sind eine günstige Ausgangslage für ein Online-Gesundheitsportal. Der immer noch dominierende Spardruck führt dazu, dass aufwendige Untersuchungen und Behandlungen ungern durchgeführt werden. Das führt zur Frustrationen in der Bevölkerung und hat einem Glaubwürdigkeitsverlust des Gesundheitssystems zur Folge (vgl. Fallberg/Rosén 2003: 136; eigene Erfahrungen). Diese Situation begünstigt auch die Bereitschaft zur Selbstbehandlung und die Informationssuche (im Internet) vor dem Aufsuchen eines Arztes. Die Situation in der Schweiz ist erfahrungsgemäss eine andere. Hier sind es eher die nicht gerne gesehenen hohen Kosten eines Arztbesuches (vgl. Wang et al. 2003: 163), welche die Benutzung eines Online-Gesundheitsportals begünstigen könnten. In beiden Ländern findet sich ein gewisses Mass an Chancenungleichheit, sei dies in Form eines ungleichen Zugangs zum Gesundheitssystem oder der ungünstigen persönlichen Finanzierbarkeit. Beide Faktoren belegen die Wichtigkeit eines allgemeinen Zugangs zu qualitativ hochstehenden und gratis zugänglichen Informationen.

Auch in Dänemark gibt es ein nationales Gesundheitsportal im Internet, dessen Zielgruppen die Bürger einerseits und das Fachpersonal anderseits sind. Das Portal bietet

Informationen und dient dem kommunikativen Austausch zwischen allen Partnern im Gesundheitswesen. Es hat einen offenen, allen zugänglichen Teil sowie einen geschützten. Im offenen Teil können auf ihre Qualität geprüfte allgemeine Gesundheitsinformationen und Arztpraxen gesucht werden. Im geschlossenen Teil können Patienten, und mit deren Einverständnis auch ihre Ärzte, auf Diagnosematerial zugreifen. Zudem steht eine direkte Kontaktaufnahmemöglichkeit zum Arzt per E-Mail zur Verfügung. Das Portal ist beliebt bei Patienten und Ärzten. Letztere ersparen sich durch die Funktionen des Portals viel administrative Arbeitszeit (vgl. Nufer 2007: 22–23).

4.1 Studien und Befunde zu Nutzung, Bedürfnissen und Motiven

Die Datenlage zur Nutzung und zu den Bedürfnissen und Motiven in Bezug auf Gesundheitsportale ist nach wie vor ausgesprochen dürftig (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 68). Es mangelt vor allem an unabhängigen Grundlagenstudien mit theoretischer Fundierung (vgl. Voth 2008; Broch/Wagner 2009). Die vorhandenen Analysen beziehen sich meist nur auf einzelne Gesundheitsportale und deren Anbieter, beziehungsweise auf spezifische Themen und Krankheiten oder Zielgruppen (zum Beispiel Neverla et al. 2007). Die meist kommerziell erhobenen Daten sind öffentlich kaum zugänglich.

In der Studie von Neverla et al. (2007: 51) bei Patienten der seltenen Krankheit Akromegalie äusserte sich „[…] der geringe Bekanntheitsgrad der Gesundheitsportale, die ja eigentlich als die massgeblichen Websites auf dem Sektor Medizin und Gesundheit gelten […]". Die Portale werden offenbar von den Patienten nicht als eigenständige und zusammenhängende Angebote (Stichwort „Marke") wahrgenommen, nicht zuletzt, weil die Patienten dort überwiegend aufgrund der Treffer von Suchmaschinen landen. – Interaktive Angebote wie Newsgroups, Diskussionsforen und Mailing-Listen wurden allerdings noch seltener genutzt (vgl. Neverla et al. 2007: 51).

5 Gesundheitskampagnen und Präventionsprogramme im Internet

Neben den Gesundheitsportalen wird das Internet heute aber ebenso als Verbreitungskanal für medienbasierte Gesundheitskampagnen einerseits und gesundheitsbezogene Interventionsprogramme, vor allem in den USA, eingesetzt (vgl. Bonfadelli 2010b). Auch in diesem Bereich sind die Erwartungen meist hoch, die dazu vorhandenen empirischen Befunde aber nach wie vor eher ernüchternd.

5.1 Web-basierte Gesundheitskampagnen

Öffentliche Kommunikationskampagnen im Allgemeinen und speziell auch im Gesundheitsbereich (vgl. Bonfadelli/Friemel 2010: 97ff.) haben bislang vorwiegend die klassischen Massenmedien (Spots im TV, Radio und Kino, Inserate und Plakate) als Distributionskanäle verwendet. Zunehmend wird allerdings auch das Internet als Kampagnenkanal eingesetzt. Allerdings geschieht dies vielfach noch eher passiv, indem die Kampagnenbotschaften auf den entsprechenden Websites der Bundesämter zugänglich gemacht werden oder dort abgerufen werden können. Aktivere Formen des Interneteinsatzes – Stichwort: Social Media beziehungsweise Web 2.0 – werden zwar in jüngster Zeit von Werbepraktikern angepriesen, sind aber im Bereich von Gesundheitskampagnen erst spärlich anzutreffen (Akagi 2008; Bennett/Glasgow 2009; Abroms/Lefebvre 2009).

In der Kommunikationswissenschaft wird deren Funktionalität und Nutzung kontrovers diskutiert. Zwar sind die sogenannten Social Media bei jungen Menschen äusserst beliebt, aber sie dienen in erster Linie zur Unterhaltung und haben sozialen Charakter. Sie werden vor allem zur Selbstdarstellung und zum Austausch in Peer-Netzwerken benutzt (Willemse et al. 2010: 32ff.; mpfs 2011). Ähnlich kontrovers präsentiert sich die Diskussion zur Nutzung und zu den Partizipationspotentialen von Weblogs in der politischen Kommunikation (vgl. Bräuer/Seifert/Wolling 2008). Blogs sind dialogorientriert und gelten als authentisch, weil sich in ihnen die Persönlichkeit ihrer Autoren spiegelt. Sie werden darum zunehmend von (jüngeren) Politikern benutzt, um mit ihren Wählern in Kontakt zu treten. – Ob und im welchem Rahmen diese neuen Medienformate auch in Gesundheitskampagnen erfolgversprechend eingesetzt werden können, ist mangels konkreter Realisierungen und darauf bezogener Evaluationen noch weitgehend unklar. So zeigte sich etwa in einer aktuellen Online-Befragung, dass das Interesse an Gesundheitsthemen bei den 14–29-jährigen im Vergleich deutlich geringer war (vgl. Franz 2010: 405).

In der Schweiz beispielsweise wurde das Internet auf innovative Weise in der Verkehrssicherheitskampagne „Slow down, take it easy" des Fonds für Verkehrssicherheit eingesetzt, wobei die Leitfigur des Engels „Franky Slow Down" sogar auf Facebook einen Eintrag hat. Obwohl die Kampagne mittlerweile eine (gestützt abgefragte) Reichweite von gut 75 Prozent erreichte, hatten nur 5.4 Prozent der Befragten mit Kampagnenkontakt deren Webseite und 8.5 Prozent die Kampagne auf Facebook besucht; dies im Gegensatz zur Reichweite der konventionellen Kampagnenkanäle wie Kampagnenplakate mit 78 Prozent und Kampagnenspots im Fernsehen mit 75 Prozent (vgl. Bonfadelli et al. 2011).

5.2 Web-basierte Interventionsprogramme

Während sich öffentliche Gesundheitskampagnen zwar an zum Voraus definierte und segmentierte Zielgruppen wenden, ist der erreichte Personenkreis prinzipiell offen und fluktuierend. Im Unterschied dazu sind Interventionsprogramme praktisch immer eingebunden in spezifische Gesundheitsportale. Ihr Nutzerkreis wird in der Regel aktiv rekrutiert und benutzt die Angebote über eine bestimmte Zeitperiode. Der Zugang ist in der Regel geschlossen, das heisst die Benutzer müssen sich einschreiben, und das Angebot ist passwortgeschützt. Die Angebote selbst sind darum auch stärker individualisiert auf die Nutzer zugeschnitten und enthalten meist vielfältige interaktive Elemente wie Feedbacks durch Experten oder Help-Lines wie beispielsweise beim Comprehensive Health Enhancement Support System CHESS, eine US-Website für Krebspatienten (vgl. Gustafson et al. 2008).

Im Vergleich zu den sehr spärlich publizierten Befunden zum Interneteinsatz in medienbasierten Gesundheitskampagnen existieren deutlich mehr Evaluationsstudien zur **Effektivität von webbasierten Interventionsprogrammen** im Gesundheitsbereich. Die aktuellste Meta-Analyse stammt von Webb et al. (2010) und basiert auf der Evaluation von 85 Interventionsprogrammen zu verschiedensten Gesundheitsthemen, welche meist geschlossene Nutzergruppen ansprechen und in der Mehrzahl als Feldversuche mit Experimental- und Kontrollgruppen angelegt sind.

Als Fazit wird festgehalten: „On average, interventions had a statistically small but significant effect on health-related behavior" (Webb et al. 2010: o.S.), das heisst der Einsatz des Internets war im Vergleich zu konventionellen Interventionen leicht wirksamer (schwacher, aber sig. Effekt der Internet-Interventionen: $d_+ = 0.16$). – Es gab aber vergleichsweise starke Unterschiede nach den **beeinflussten Verhaltensbereichen**: physical activity (0.20); dietary behavior (0.20); alcohol consumption (0.14); smoking abstinence (0.07). Zudem waren jene Interventionen effektiver, welche **theoriebasiert** waren: Zum Beispiel Theory of Planned Behavior TPB (d+ = 0.36), Transtheoretical Model TTM (d+ = 0.20) oder Social Cognitive Theory SCT (0.15). Auch waren offenbar jene Internet-Interventionen wirksamer, welche per Internet Zugang zu einer **Telefon-Hotline** ($d_+ = 0.35$) oder zu einem **Berater** ($d_+ = 0.22$) als integralem Bestandteil verfügten.

6 Risiko- und Katastrophenkommunikation

Es gibt eine rasch wachsende kommunikationswissenschaftliche Forschung zur Risiko- und Katastrophenkommunikation (vgl. Bonfadelli 2004: 285ff.; Ruhrmann 2008). Neben Inhalts-

analysen der Berichterstattung – Stichworte: Medienlogik und Nachrichtenwerte – über **Technologieunfälle** (zum Beispiel Tschernobyl) und **Umweltkatastrophen** (zum Beispiel Tsunami in Sumatra) oder **Seuchen** (zum Beispiel BSE, Vogelgrippe), aber auch **Risiken** (zum Beispiel Gen-/Nanotechnologie, Klimaerwärmung) werden zunehmend auch Studien zur **Informationsverbreitung** und zur **Nutzung von Informationsquellen in Krisen- und Katastrophensituationen** durchgeführt. Im Zentrum steht die Frage, wie rasch und über welche Kanäle sich die entsprechenden Informationen in der Bevölkerung und in einzelnen sozialen Segmenten ausbreiten (kommunikatorzentrierte Nachrichten-Diffusionsforschung). Aus Rezipientenperspektive stellt sich die Frage, wer sich in solchen aussergewöhnlichen Situationen über welche Informationsquellen orientiert und welche Anschlusskommunikation beispielsweise ausgelöst wird. – Im Rahmen dieses Gutachtens kann allerdings nicht vertieft darauf eingegangen werden.

Grundsätzlich gilt, dass in Krisen- und Katastrophensituationen die **Unsicherheit der Bevölkerung ansteigt**, was ein entsprechendes **Informationssuchverhalten stimuliert**. Dabei spielten lange Zeit die **klassischen Massenmedien**, insbesondere TV, Radio und Zeitung, die wichtigste Rolle im Prozess der Informationsdiffusion. Die Medienberichterstattung löste dann in einem zweiten Schritt je nach emotionaler Betroffenheit Anschlusskommunikation in Form von Gesprächen oder Telefonanrufen aus. Neuere Studien etwa zum Informationsverhalten beim 9/11-Terroranschlag in New York (vgl. Emmer et al. 2002; Noll 2003; Reuband 2010) weisen auf die **steigende Bedeutung des Internets** als Quelle von zusätzlicher Informationssuche bei plötzlichen Ereignissen und in Krisensituationen hin, damals allerdings noch von untergeordneter Bedeutung (rund fünf Prozent).

Allerdings zeigte sich in einer Befragung zum Informationsverhalten während der schweren Hochwasserkatastrophe von 2005 in der Schweiz auf der Basis einer 2007 durchgeführten telefonischen Befragung (N=1236), dass nach wie vor das Fernsehen für mehr als die Hälfte der Befragten (54 Prozent) die wichtigste Informationsquelle war, gefolgt von Radio mit 20 Prozent und der Zeitung mit 18 Prozent. Das Internet spielte als Informationsquelle nur eine untergeordnete Bedeutung (ca. 15 Prozent, Summe der Nennungen über drei Informationsquellen) (vgl. Stampfli/Siegrist 2008).

In neueren Studien wird aber vermehrt auf die Bedeutung des Internets als Informationsquelle ganz allgemein (vgl. Schweiger 2009) und speziell **in Risiko- und Katastrophensituationen** hingewiesen (vgl. Case 2008). Hervorgehoben wird die Rolle des Internets zum einen bei der psychischen Verarbeitung solcher Krisensituationen (vgl. Barak 2010) und zum anderen bezüglich künftiger Schutzvorkehrungen (vgl. Siegrist/Gutscher 2008).

7 Zusammenfassung

Befunde zum Interesse an Gesundheitsinformationen in den Medien

- Das Interesse an Medieninformation zum Thema Gesundheit ist in den letzten Jahren stark gestiegen. So besteht in der Schweiz im Vergleich verschiedener Themen (vgl. Bonfadelli 2010a) mit 85 Prozent das höchste Interesse für Gesundheitsinformationen in den Medien (57 Prozent sehr stark und 28 Prozent stark), am stärksten ausgeprägt bei Frauen (88 Prozent) und älteren Menschen (93 Prozent).

Befunde zu Zugang und Nutzung von Gesundheitsinformationen im Internet

- Zu Beginn der Jahrtausendwende (2000 bis 2004) hatte erst rund die Hälfte der Bevölkerung Zugang zum Internet. Dementsprechend beschränkte sich die Nutzung von allgemeinen Gesundheitsinformationen (Weitester Nutzerkreis WNK) auf ca. 20 bis 30 Prozent der Bevölkerung. Ähnliche Befunde gibt es in Schweden, Deutschland, USA.
- Die Benutzer des Internets, wie jene von Gesundheitsinformationen im Internet sind nach wie vor eher: jung, gebildet und einkommensstark. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind allerdings gering.
- Mittlerweile haben sich der Zugang zum Internet und die Nutzung von Gesundheitsinformationen laufend erhöht. Allerdings ist die aktuelle Datenlage für die Schweiz schmal. Während der Zugang zum Internet in der Schweiz bei ca. 75 Prozent liegt, dürfte das Segment der regelmässigen Nutzer von Gesundheitsinformationen im Internet heute zwischen 40 Prozent und 50 Prozent liegen. In den USA liegen die entsprechenden Werte 2010 bei 74 Prozent und 59 Prozent.
- Zugangsklüfte: Tendenziell schlecht erreicht werden nach wie vor ältere Menschen, bildungsferne Segmente und Personen mit Migrationshintergrund.
- Zugang zum Internet und Nutzung von Gesundheitsinformationen im Internet dürften allerdings in den nächsten Jahren weiter ansteigen, und parallel dazu dürften sich die sozialen Klüfte tendenziell abschwächen.

Befunde zur Funktion des Internets als Informationsquelle im Bereich Gesundheit

- Im Vergleich zur nach wie vor prioritären interpersonalen Kommunikation mit Experten (Ärzten, Apotheker) und Laien (Familie, Verwandte, Bekannte) erfüllt das Internet vorab komplementäre Funktionen der Information und Orientierung.
- Nach der aktuellen Patientenstudie von Schulz et al. (2011) hatten immerhin schon 28 Prozent der Patienten in Lugano und Bern vor dem Arztbesuch das Internet in Bezug auf ihr aktuelles gesundheitliches Problem konsultiert.

- Bei Patienten mit schwereren Erkrankungen scheint das Internet neben den herkömmlichen Quellen interpersonaler Kommunikation (Ärzte, Angehörige und Freunde) hingegen immer mehr zum Standard zu werden.
- Die Nutzungskompetenzen sind allerdings eher bescheiden. Spezifische Angebote wie Gesundheitsportale sind (noch) kaum bekannt. Die mehr oder weniger zufälligen Treffer von Suchmaschinen bleiben die zentrale Basis der meisten Informationssuchen.
- Die Bedeutung des Internet als wichtiger aktueller Informationskanal ist in Katastrophen und Risikosituationen angestiegen (zum Beispiel Seuchen und Pandemien); ebenso wird in neueren Arbeiten die Funktionalität von Web 2.0 bzw. der sog. Social Media für die künftige Gesundheitskommunikation betont.

Befunde zu den Leistungen des Internets als Informationsquelle zur Gesundheit

- Neben vielen positiven Funktionen und Leistungen wie aktuelle und vielfältige Informationen, Zugang von überall und jederzeit, zielgruppenspezifische Ansprache, Anonymität der Nutzer, Interaktivität, eher tiefe Kosten, Anbieterflexibilität, Empowerment der Nutzer etc. …
- … werden immer auch Probleme, Risiken und Herausforderungen erwähnt wie mangelnde Qualität und Transparenz der Angebote, mangelnde Kompetenzen (Digital Skills) der Nutzer und daraus resultierendes Falschwissen etc.
- Von Seiten der Nutzer kann die Qualität der gesundheitsrelevanten Websites und Portale meist kaum adäquat eingeschätzt werden.
- Während Meta-Analysen die Effektivität von web-basierten Interventionsprogrammen im Vergleich zu konventionellen Programmen bestätigen, liegen zur Leistung des Internets oder von Social Media als Verbreitungskanäle in öffentlichen Gesundheitskampagnen noch wenig gesicherte Erkenntnisse vor. Die bisherigen Befunde raten aber zur Zurückhaltung gegenüber hohen Erwartungen.

8 Folgerungen und Empfehlungen

Aufgrund der oben zusammengefassten Befunde sollen nachfolgend einerseits Empfehlungen zum Bedarf nach einem Gesundheitsportal und andererseits Folgerungen und Hinweise auf Best Practice in Bezug auf das Angebot der Behörden im Gesundheitswesen (Bund, Kantone) im Hinblick auf ein öffentliches Gesundheitsportal gezogen werden.

Empfehlungen zum Bedarf nach einem öffentlichen Gesundheitsportal

- Aufgrund der vorliegenden Literatur wird empfohlen, dass die öffentliche Hand im Gesundheitsbereich (zum Beispiel BAG) im Internet Angebote mit hoher und transparenter Qualität zur Verfügung stellen sollte; nicht zuletzt auch deshalb, weil einerseits gesunde und kranke Menschen zunehmend gesundheitsrelevante Informationen im Internet suchen, und andererseits verschiedenste (vorab kommerzielle) Angebote von unterschiedlichster Qualität dort schon angeboten werden.
- Allerdings sollte das Internet nicht als ein separater Kanal betrachtet werden, sondern als ein integrierter Bestandteil des schon vorhandenen Info-Angebots, das gegenwärtig von Patienten zur Information genutzt wird und um ihre Ärzte zu erreichen.
- Zudem wird vorgeschlagen, dass eHealth Angebote Patienten und Ärzte nicht als zwei voneinander getrennte Zielgruppen ansprechen sollten, sondern beide Gruppen durch den gleichen Kanal, aber unter Umständen mit zielgruppenspezifischen Bereichen. So kann sichergestellt werden, dass beide Zielgruppen über konsonante Informationen verfügen.
- Angesichts des noch weitgehend ungeklärten Potentials, aber auch der mit dem Einsatz von Social Media verbundenen potentiellen Risiken, wird empfohlen, anwendungsorientiert Einsatzmöglichkeiten im Rahmen einer Pilotstudien mit integrierter Evaluation auszuloten.
- Wegen der ungenügenden Datenlage, speziell in der Schweiz und spezifisch zur Nutzung, zu den Nutzungsmotiven und zur Qualitätsbeurteilung von Gesundheitsportalen wird empfohlen, eine aktuelle repräsentative Nutzerstudie durchzuführen.

Folgerungen und Empfehlungen zur Gestaltung eines Gesundheitsportals

- Bei der Konzeption eines eHealth-Portals muss darauf geachtet werden, dass eine Sprache verwendet wird, die für Laien verständlich ist, aber trotzdem korrekte Informationen enthält. Fachbegriffe sollten erklärt werden.
- Die Verknüpfung des Online- mit dem Offlineangebot ermöglicht eine Einheit mit konsistenten Informationen. So ist etwa das Gesundheitsportal 1177.se in Schweden mit der vorhandenen Telefondienstleistung verknüpft. Dadurch können Informationen wieder-

verwendet werden, und die Nutzer bekommen einheitliche und sich nicht widersprechende Informationen von nur *einem* Anbieter. Solange die Texte von verschiedenen Ärzten und Pflegepersonen geprüft worden sind, bevor sie ins Netz gestellt werden scheint das Angebot *eines* Gesundheitsportals nicht problematisch zu sein. Auch Andreassen et al. (2007) weisen darauf hin, dass die Gesundheitsinformationen im Internet als Ergänzung neben anderen gesundheitlichen Dienstleistungen stehen sollten.

- Konsonant zu Schweden, wo 21 Provinziallandtage für die regionalen Gesundheitsleistungen zuständig sind, aber in Zusammenarbeit mit nur einem Gesundheitsportal, wird empfohlen, auch in der Schweiz föderalistisch vorzugehen, und zwar in Koordination und Abstimmung der je spezifischen Kompetenzen von Bund und Kantonen. Allerdings wird sowohl aus der Perspektive der Nutzer als auch in ökonomischer Hinsicht ein einheitliches, dreisprachiges nationales Gesundheitsportal empfohlen. Dies garantiert einheitliche Informationen im ganzen Land, Kompetenzen können besser genützt werden, und für den Nutzer ist die Übersicht mit einem zentralen Gesundheitsportal gewährleistet. – Schon in dem Bericht zur Strategie von eHealth Schweiz wird vorgeschlagen, dass Bund und Kantone in dieser Sache zusammenarbeiten (vgl. BAG 2007: 6).
- Ein Gesundheitsportal aus Sicht der Informationsvermittlung kann als „Schutz der Gesundheit" (BAG 2007: 10) betrachtet werden, und fällt somit in den Aufgabenbereich des Bundes. Da die Kompetenzen in den Kantonen vorhanden sind, macht ein Alleingang des Bundes (oder der Kantone) wenig Sinn (vgl. BAG 2007: 10). Um den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung mittels eines Gesundheitsportals gewährleisten zu können, müssen die Probleme der föderalen Organisation der Gesundheitsversorgung überwunden werden. Der Bund sollte hier eine führende Rolle einnehmen.
- Interessensgebundene (profitorientierte) private Unternehmen sowie ereignisorientierte Medien können die Ansprüche an Qualität und Unabhängigkeit, welche an ein Gesundheitsportal im öffentlichen Interesse zu stellen sind, nur unzureichend erfüllen. Ein unabhängiger Akteur, für den die Interessen der Bevölkerung im Zentrum stehen, ist eine prioritäre Voraussetzung. Diese Rolle kann nur der Bund übernehmen.
- Das Gesundheitsangebot im Internet sollte dabei einerseits zielgruppenspezifisch, andererseits themenspezifisch aufgebaut sein. Relevant scheinen insbesondere problemspezifische Angebote, und zwar aus der Perspektive der potentiellen Nutzer konzipiert, etwa mit den drei Zielen beziehungsweise Funktionen: 1. um medizinische Befunde zu verstehen, 2. um Entscheidungen zur Therapie zu treffen, und 3. um den Krankheitsverlauf retrospektiv zu verstehen und einordnen zu können.
- Angesichts der nach wie vor meist begrenzten Kompetenzen der Nutzer sowohl in Bezug auf die Informationssuche im Internet als auch bezüglich des medizinischen

Vorwissens, ist auf einfache Benutzerführung und hohe Verständlichkeit besonders zu achten, begleitet durch entsprechende Angebote zur Erhöhung der Nutzerkompetenz.

- Die Informationen auf dem Gesundheitsportal sollten deutlich darauf hinweisen, wann ein Arzt aufgesucht werden sollte, und wann Selbsttherapie oder keine Therapie gefährlich werden kann. Zudem sollte klar kommuniziert werden, dass es ein komplexes Unterfangen ist und Fachkenntnis bedarf, um aufgrund von Symptomen auf eine Krankheit zu schliessen und die richtige Behandlungswege zu erkennen. Aus diesem Grund sollte auch ein Arztbesuch empfohlen werden, sobald Zweifel und Unsicherheit auf Seiten der Nutzer besteht. Dies wird auch im HONcode betont (vgl. HON 1997).
- Aus der Perspektive der Nutzer ist zur Sicherstellung von Vertrauen und Glaubwürdigkeit eine klare Quellendeklarierung prioritär. Bei einer Zusammenarbeit mit weiteren (privaten) Trägern wären einzuhaltende Qualitätsstandards unabdingbar.
- Folgende weitere Qualitätskriterien, abgeleitet aus dem HONcode und den von der EU aufgestellten Kriterien, sollten beachtet werden: Eine klare Deklaration, wer das Gesundheitsportal anbietet, warum, und wer hinter der Finanzierung steht. Die Informationen sollten möglichst aktuell gehalten werden. Werbung ist zudem auszuschliessen, nur so können allfällige Missverständnisse verhindert werden. Selbstverständlich soll der Datenschutz gewährleistet sein.

9 Literaturverzeichnis

1177.se: www.1177.se (06.04.11)

1177.se (2010): Om 1177. In: http://www.1177.se/Om-1177/Om-1177/ (06.04.11)

aerzteblatt.de (2010): WHO: Internet hat Informationen zur Schweinegrippe beeinflusst. In: http://www.aerzteblatt.de/v4/news/newsdruck.asp?id=40812 (21.04.11)

Abroms, Lorien C./Lefebvre, Craig R. (2009): Obama's Wired Campaign: Lessons for Public Health Communication. In: Journal of Health, 14, S. 415-423.

Akagi, Cynthia (2008): You Tube? For Health Education.? In: American Journal of Health Education, 39, H. 1, S. 58-60.

Andreassen, Hege K./Bujnowska-Fedak, Maria M./Chronaki, Catherine E./Dumitru, Roxana C./Pudule, Iveta/Santana, Silvina/Voss, Henning/Wynn, Rolf (2007): European citizens' use of E-health services: A study of seven countries. In: BMC Public Health 7, H. 1.

Årebo, Ingrid Meissl (2006): Kampf gegen lange Wartezeiten. Schweden: Dezentrale Struktur führt zu Ungleichbehandlung. In: Das Parlament o.Jg., H. 50, o.S..

Barak, Azy (2010): The psychological role of the Internet in mass disasters: Past evidence and future planning. In: Ashbaugh, R./Herbert, C.F. (Hg.): Internet use in the aftermath of trauma. Amsterdam: IOS Press, S. 23–44.

Baumann, Eva (2006): Auf der Suche nach der Zielgruppe – Das Informationsverhalten hinsichtlich Gesundheit und Krankheit als Grundlage erfolgreicher Gesundheitskommunikation. In: Böcken, Jan/Braun, Bernard/Amhof, Robert/Schnee, Melanie (Hg.): Gesundheitsmonitor 2006. Bertelsmann Stiftung: Gütersloh.

Bennett, Gary G./Glasgow, Russell E. (2009): The Delivery of Public Health Interventions via the Internet: Actualizing Their Potential. In: Ann. Rev. Public Health, 30, S. 273-292.

Bonfadelli, Heinz (2004): Medienwirkungsforschung II: Anwendungen in Politik, Wirtschaft und Kultur. Konstanz.

Bonfadelli, Heinz (2010a): Mediennutzung stabil auf hohem Niveau, drei Viertel nutzen das Internet regelmässig und immerhin ein gutes Drittel „ab und zu" zur politischen Information. UNIVOX - Bericht „Kommunikation & Medien" 2009. Zürich.

Bonfadelli, Heinz (2010b): Zwischen Euphorie und Skeptizismus. Empirische Evidenzen zur Gesundheitskommunikation via Internet. Beitrag zum Workshop der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln. Zürich.

Bonfadelli, Heinz/Fretwurst, Benjamin/Bächler, Jesse (2009): Datenauswertung Nullmessung Züricher Übergewicht Studie 2009. IPMZ: Universität Zürich.

Bonfadelli, Heinz/Friemel, Thomas (2010): Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen. Konstanz.

Bonfadelli, Heinz/Friemel, Thomas/Bächler, Jesse (2011): Nehmen Sie sich Zeit und nicht das Leben. Zwischenbericht zur FVS Geschwindigkeitskampagne 2009–2011. IPMZ: Universität Zürich.

Bräuer, Marco/Seifert, Markus/Wolling, Jens (2010): Politische Kommunikation 2.0 – Grundlagen und empirische Ergebnisse zur Nutzung neuer Partizipationsformen im Internet. In: Zerfaß, Ansgar/Welker, Martin/Schmidt, Jan (Hg.): Kommunikation, Partizipation und Wirkungen im Social Web. Strategien und Anwendungen: Perspektiven für Wirtschaft, Politik und Publizistik. Köln, S. 188–209.

Broch, Susan/Wagner, Sandra (2009): Motive und Kontext der Suche nach Gesundheitsinformationen – Theoretische Überlegungen und empirische Befunde anhand des telefonischen Gesundheitssurveys. In: Roski, R. (Hg.): Zielgruppengerechte Gesundheitsinformation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder. Wiesbaden, S. 59–87.

Brockes, Maria Christiane/Neuhaus Bühler, Rachel P./Schulz, Egbert/Neumann, Claas Lennart/Schmidt-Weitmann, Sabine (2010): Medizinische Online-Beratung im Universitätsspital Zürich vor und nach Einführung einer Bearbeitungsgebühr. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 135, H. 6, S. 231–235.

Bundesamt für Gesundheit BAG (Hg.) (2007): Strategie „eHealth" Schweiz. In: http://www.e-health-suisse.ch/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCDdHt5f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-- (22.04.11)

Bundesamt für Gesundheit BAG (2010): Projekt Öffentliches Gesundheitsportal. Mandat Bericht: Angebote über Gesundheit im Internet. Verhalten und Bedürfnisse der Bevölkerung heute und in naher Zukunft. Liebefeld.

Bundesamt für Statistik (2011a): Omnibus-Erhebung 2010: Internet in den Schweizer Haushalten. Schweizer Internetnutzerinnen und -nutzer sind besorgt über die Gefahren im Internet. Neuchâtel.
Bundesamt für Statistik (2011b): Informationsgesellschaft – Indikatoren. Internet – Internetnutzung. In: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/16/04/key/approche_globale.indicator.30106.160204.html?open=1#1 (07.04.11)
Case, Donald (2008): Looking for Information. A Survey of Research on Information Seeking, Needs, and Bevavior. United Kingom.
E-Health UniversitätsSpital Zürich: Onlineberatung des UniversitätsSpitals Zürich. In: http://www.onlineberatung.usz.ch (23.04.11)
Emmer, Martin/Kuhlmann, Christoph/Vowe, Gerhard/Wolling, Jens (2002): Der 11. September – Informationsverbreitung, Medienwahl, Anschlusskommunikation. In: Media Perspektiven, H. 4, S. 166–177.
Eng, Thomas R. (2001): The eHealth Landscape. A Terrain Map of Emerging Information and Communication Technologies in Health and Health Care. In: http://www.hetinitiative.org/media/pdf/eHealth.pdf (04.04.11)
Eurobarometer 58.0 (2003): European Union citizens and sources of information about health. In: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_179_en.pdf (10.04.11)
Fallberg, Lars/Rosén, Per (2003): Sweden. In: Coulter, Angela/Magee, Helen (Hg.): The European Patient of the Future. Berkshire, S. 135–158.
Ferguson, Tom/Frydman, Gilles (2004): The first generation of e-patients: These new medical colleagues could provide sustainable healthcare solutions. In: British Medical Journal 328, H. 7449, S. 1148–1149.
Franz, Gerhard (2010): Digital Natives und Digital Immigrants: Social Media als Treffpunkt von zwei Generationen. In: Media Perspektiven, H. 9, S. 399–409.
Fromm, Bettina/Baumann, Eva/Lampert, Claudia (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart.
Fuchs, Marita (2011): Antritt …neulich in der Aula. In: Journal. Die Zeitung der Universität Zürich 41, H. 2, S. 15.
Griffiths, Frances/Lindenmeyer, Antje/Powell, John/Lowe, Pam/Thorogood, Margaret (2006): Why Are Health Care Interventions Delivered Over the Internet? A Systematic Review of the Published Literature. In: Journal of Medical Internet Research 8, H. 2. In: www.jmir.org/2006/2/e10/ (10.04.11)
Gustafson, David H. et al. (2008): Internet-Based Interactive Support for Cancer Patients: Are Integrated Systems Better? In: Journal of Communication 58, S. 238–257.
Harris Interactive (2003): eHealth's Influence Continiues to Grow as Usage of the Internet by Physicians and Patients Increases In: Health Care News 3, H. 6, S. 1–7. In: http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_HealthcareNews2003Vol3_Iss06.pdf (06.04.11)
Hautzinger, Nina (2003): Pharmakommunikation im Internetzeitalter. Theorie und Praxis eines patientenorientierten Kommunikationsmanagements am Beispiel der Pharmabranche in der Schweiz. München.
HON (1997): Der HONcode in Kürze. In: www.healthonnet.org/HONcode/German (26.04.11)
HON (2005): Analysis of 9th HON Survey of Health and Medical Internet Users. Winter 2004–2005. In: http://www.hon.ch/Survey/Survey2005/res.html (04.04.11)
HON (2010): HON Stiftung Health On the Net. Nichtregierungsorganisation. In: http://www.hon.ch/home1_de.html (04.04.11)
Horch, K./Ryl, L./Hintzpeter, B./Dierks, M.L. (2011): Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive. Robert Koch Institut: Berlin.
Horch, K./Wirz, J. (2005): Nutzung von Gesundheitsinformationen. In: Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, H. 11, S. 1250–1255.
Jeannot, Jean-Gabriel/Froehlich, Florian/Wietlisbach, Vincent/Burnand, Bernard/Terraz, Olivier/Vader, John-Paul (2004): Patient use of the Internet for health care information in Switzerland. In: Swiss medical weekly 134, H. 21, S. 307–312.
Keselman, Alla/Browne, Allen C./Kaufman, David R. (2008): Consumer Health Information Seeking as Hypothesis Testing. In: Journal of the American Medical Association 15, H. 4, S. 484–495.
Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2002): Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. eEurope 2002: Qualitätskriterien für Websites zum Gesundheitswesen. In:

http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/ehealth/doc/communication_acte_de_fin.pdf (03.04.11)
Lausen, Berthold/Potapov, Sergej/Prokosch, Hans-Ulrich (2008): Gesundheitsbezogene Internetnutzung in Deutschland 2007. In: http://www.egms.de/static/pdf/journals/mibe/2008-4/mibe000065.pdf (04.04.11)
Longchamp, Claude/Leuenberger, Petra (2002): Kostenorientierung gewinnt an Bedeutung. Hauptergebnisse zum „Gesundheitsmonitor 2002". In: http://www.gfs.ch/gesund.html (02.04.11)
Mindline (2009): Informationsquellen zum Thema „Gesundheit und Medizin". Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung. In: www.mindline-media.de/downloads/Charts_Infoquellen_Gesundheit.pdf (25.04.11)
mpsf – Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hg.) (2011): JIM-Studie 2010: Jugend, Information, (Multi-) Media. Basisunterlagen zum Medienumgang 12- bis 19-jähriger. Stuttgart.
Neverla, Irene/Brichta, Mascha/Kamp, Hanns-Christian/Lüdecke, Dieter K. (2007): Zum Informationshandeln von Patienten und zur Rolle des Internet im Krankheitsfall: empirische Befunde aus einer Befragung von Akromegalie-Patienten. In: Medien & Kommunikationswissenschaft 55, H. 1, S. 43–60.
Noll, Michael (Hg.) (2003); Crisis Communication. Lessons from September 11. Oxford.
Nufer, Markus (2007): Die vernetzte dänische Gesundheitsversorgung. In: Managed Care o.Jg., H. 6, S. 21–23.
OECD (2010): OECD Broadband statistics. Households with broadband access 2000–9. In: http://www.oecd.org/dataoecd/20/59/39574039.xls (03.04.11)
PEW Internet (2011): Health Topics. 80% of internet user look for health information online. In: http://www.pewinternet.org/Reports/2011/HealthTopics.aspx (17.03.11)
Rahmqvist, Mikael/Bara, Ana-Claudia (2007): Patients retrieving additional information via the Internet: A trend analysis in Swedish population, 2000–05. In: Scandinavian Journal of Public Health 35, H. 5, S. 533–539.
Reuband, Karl-Heinz (2010): How People Learned About the September 11 Terrorist Attack and How It Affected Them. A Study in News Diffusion and Psychosocial Reactions in Germany. In: Beckers, Tilo/Birkelbach /Hagenah, Jörg/Rosar, Ulrich (Hg.): Komparative empirische Sozialforschung. Wiesbaden, S. 437–466.
Rossmann, Constanze (2010): Gesundheitskommunikation im Internet. Erscheinungsformen, Potentiale, Grenzen. In: Schweiger, Wolfgang/Beck, Klaus (Hg.): Handbuch Online-Kommunikation. Wiesbaden, S. 338–363.
Ruhrmann, Georg (2008): Risk Communication. In: Donsbach, Wolfgang (Hg.): International Encyclopedia of Communication. Malden MA/Oxford/Carlton, Victoria, S. 4415–4419.
Schmid, Margrit/Wang, Jen (2003): Der Patient der Zukunft: Das Arzt-Patienten-Verhältnis im Umbruch. Neue Rollen von Patienten und Leistungserbringern. In: Schweizerische Ärztezeitung 84, H. 41, S. 2133–2135.
Schölkopf, Martin (2010): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik. Berlin.
Schulz, Peter J./Zufferey, Maria Caiata/Hartung, Uwe (2011): First Check the Internet, Then See the Doctor: How Many Patients Do IT, and Who Are They? Lugano.
Schweiger, Wolfgang (2009): Informationsnutzung online. Informationssuche, Selektion, Rezeption und Usability von Online-Medien. In: Schweiger, Wolfgang/Beck, Klaus (Hg.): Handbuch Online-Kommunikation. Wiesbaden, S. 184–210.
Siegrist, Michael/Gutscher, Heinz (2008): Natural hazards and motivation for mitigation behavior: People cannot predict the affect evoked by a severe flood. In: Risk Analysis 28, H. 3, S. 771–778.
Socialstyrelsen (2002): Hälsa på Internet. En granskning av svenska webbplatser. Stockholm.
SonntagsZeitung (2009): Ankündigung: Neue Kolumne. In: SonntagsZeitung 29.06.09, S. 55.
Stampfli, Nathali/Siegrist, Michael (2008): Erinnerungswert von Hochwasserereignissen. In: Bundesamt für Umwelt BAFU (Hg.): Ereignisanalyse Hochwasser 2005. Teil 2 - Analyse von Prozessen, Massnahmen und Gefahrengrundlagen. Bern, S. 362–370.
Suggs, Suzanne L./McIntyre, Chris (2009): Are We There Yet? An Examination of Online Tailored Health Communication. In: Health Education & Behavior 36, H. 2, S. 278–288.
Univox Survey (2002): Thema Gesundheit. GfS: Zürich.
Univox Survey (2004): Thema Gesundheit. GfS: Zürich.

Viswanath, K./Kreuter, Matthew W. (2007): Health Disparities, Communication Inequalities, and eHealth. In: American Journal of Preventive Medicine 32, S. 131–133.
Voth, Jenny (2008): Informationssuche in der Gesundheitskommunikation: Zur theoretischen Modellierung der Medienund Internetnutzung im Krankheitsfall. MA-Arbeit: Universität Hamburg.
Walther, Joseph B./Pingree, Suzanne/Hawkins, Robert P./Buller, David B. (2005): Attributes of Interactive Online Health Information Systems. In: Journal of Medical Internet Research 7, H. 3. In: www.jmir.org/2005/3/e33 (10.04.11)
Wang, Jen/Cathieni, Federico/Peer, Laurence/Cordonier, Béatrice M./Werner, Karin/Hiniker, Valérie/Burnand, Bernard (2003): Switzerland. In: Coulter, Angela/Magee, Helen (Hg.): The European Patient oft the Future. Berkshire, S. 159–181.
Wang, Jen/Schmid, Margareta (2007): Regional differences in health literacy in Switzerland. In: http://www.futurepatient.ch/UserFiles/File/Hintergrund%20Gesundheitskompetenz_en_070607.pdf (29.03.11)
Webb, Thomas/Joseph, Judith/Yardley, Lucy/Michie, Susan (2010): Using the Internet to Promote Health Behavior Change: A Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Theoretical Basis, Use of Behavior Change Techniques, and Mode of Delivery on Efficacy. In: Journal of Medical Internet Research. In: www.jmir.org/2010/1/e4/ (28.04.11)
Wehkamp, Karl-Heinz (2006): Balanceakt zwischen Beveridge und Bismarck. Soziale Sicherungssysteme in Europa. In: Das Parlament o.Jg., H. 50.
Willemse, Isabel/Waller, Gregor./Süss, Daniel (2010): JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften: Zürich.