

Nutzung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen

Ein Literaturüberblick zu theoretischen
Ansätzen und empirischen Befunden

Nutzung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen

Ein Literaturüberblick zu theoretischen
Ansätzen und empirischen Befunden

Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Constanze Rossmann

Dr. Claudia Lampert

Paula Stehr

Michael Grimm

Inhalt

1	Zusammenfassung	6
2	Einleitung	8
3	Erkenntnisse zum Gesundheitsinformationsverhalten	10
3.1	Gesundheitsinformationsverhalten der breiten Bevölkerung	10
3.1.1	Modelle der Gesundheitsinformationssuche	10
3.1.2	Determinanten der Gesundheitsinformationssuche	13
3.2	Gesundheitsinformationsverhalten im Krankheitsfall	16
3.2.1	Informationsverhalten von Patientinnen und Patienten allgemein	16
3.2.2	Informationsverhalten von chronisch Erkrankten	17
3.2.3	Informationsverhalten von Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen	17
4	Erkenntnisse zur Verbreitung von Gesundheitsinformationen	19
4.1	Merkmale massenmedialer und onlinebasierter Kommunikationswege	19
4.2	Eignung unterschiedlicher Kommunikationswege für konkrete Kommunikationsziele	21
4.3	Art der Aufbereitung und Präsentation	22
5	Einordnung und Diskussion	25
6	Literatur	27
	Autorinnen und Autoren	34
	Impressum	34

1 Zusammenfassung

Die Bedeutung des Internets für die aktive Suche nach Gesundheitsinformationen hat in den letzten Jahren zugenommen, rangiert aber im Bevölkerungsdurchschnitt immer noch hinter persönlichen Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten. Wie jemand nach Gesundheitsinformationen sucht, ist individuell sehr unterschiedlich und hängt neben persönlichen und soziodemographischen Merkmalen auch von gesundheitsbezogenen Merkmalen ab, wie dem allgemeinem Gesundheitsbewusstsein und der Gesundheitskompetenz der Nutzerinnen und Nutzer. Zudem spielen situative Faktoren wie der aktuelle Gesundheitszustand, Emotionen und ein wahrgenommenes Informationsdefizit eine Rolle. Letzteres kann mit der Arzt-Patient-Beziehung zusammenhängen, denn die situativen Faktoren liegen nicht nur in der Person selbst, sondern auch in ihrem Umfeld und den verfügbaren interpersonellen und medialen Informationsquellen. Die zur Verfügung stehenden Informationen werden vor allem nach Nützlichkeit und Glaubwürdigkeit beurteilt. Das Internet wird häufig als besonders effizient bewertet und bietet eine Vielfalt von Informationen. Der Einstieg in die Suche erfolgt dabei meist über Suchmaschinen.

Geht es um die Gesundheitsinformationssuche im Krankheitsfall, kann man entweder das generelle Verhalten oder das Verhalten in Bezug auf spezifische Krankheiten betrachten. Allgemein suchen Menschen vor einem Arztbesuch nach Informationen, um ihre Symptome einzuordnen, und nach einem Arztbesuch, um medizinische Fachbegriffe zu verstehen, weiterführende Informationen einzuholen oder um sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Hinsichtlich des Informationsverhaltens bei spezifischen Krankheiten ist zu unterscheiden, ob es sich um weit verbreitete oder seltene Krankheiten bzw. um chronische oder akute Erkrankungen handelt. Chronisch erkrankte Personen setzen sich erwartungsgemäß intensiver mit ihrer Krankheit auseinander und suchen häufiger nach Informationen als Gesunde. Oft haben sie jedoch Schwierigkeiten beim Finden von Informationen, vor allem aus schwer zugänglichen Quellen, wie etwa Forschungsberichten und Studien. Entsprechend wünschen sie sich Unterstützung bei der Suche nach adäquaten Informationen sowie konkrete Hinweise zu verlässlichen und hilfreichen Angeboten. Zum Informationsverhalten von Betroffenen mit seltenen Erkrankungen liegen bisher nur wenige Einzelstudien vor. Aufgrund der Seltenheit gibt es meist nur wenige Informationen bzw. Erfahrungen im sozialen und familiären Umfeld, weshalb Betroffene häufig Online-Selbsthilfegruppen aufsuchen.

Gesundheitsinformationen werden von einem sehr breiten Spektrum unterschiedlicher Anbieter zur Verfügung gestellt, wie Medienanbietern, staatlichen und kommerziellen Institutionen, Krankenkassen und Versicherungen, Krankenhäusern, NGOs oder Stiftungen, Selbsthilfegruppen sowie Privatpersonen. Einen Überblick über das Angebot zu erhalten, ist daher sehr schwierig. Gesundheitsinformationen werden über eine Vielzahl an massenmedialen und onlinebasierten Kommunikationswegen verbreitet. Deren Potenziale unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Reichweite, der Zielgruppenspezifität, der Informations-

tiefe, der zugeschriebenen Glaubwürdigkeit und des Themensetzungspotenzials. Neben der Wahl eines geeigneten Mediums ist auch die Art und Weise der Informationsdarstellung entscheidend für die Erreichung bestimmter Kommunikationsziele, die von der Informationsvermittlung bis zur Einstellungs- und Verhaltensänderung reichen können.

Bei der Bereitstellung von Informationen ist darauf zu achten, dass Risiken adäquat dargestellt werden und eine informierte Entscheidung der Patientinnen und Patienten ermöglicht wird. Neben der Präsentationsform spielen hier auch die zielgruppenspezifischen Voraussetzungen und individuellen Fähigkeiten der Personen eine Rolle. Dabei gilt es, unterschiedliche Zielgruppen in den Blick zu nehmen und deren individuelle Voraussetzungen zu berücksichtigen. „Tailoring“-Strategien, die Informationen auf die individuellen Voraussetzungen einzelner Personen zuschneiden, können computergestützt eingesetzt und dynamisch angepasst werden.

Zukünftig stellt sich die Frage, wie Patientinnen und Patienten das Internet zur Gesundheitsinformationssuche nutzen und welche Rolle mobile und soziale Medien dabei spielen. Zudem geht es darum, genauere Erkenntnisse zum Verlauf einzelner Suchepisoden zu erhalten sowie zum Verhalten im Krankheitsverlauf.

2 Einleitung

Der Gesundheitsinformationsmarkt wird infolge von Digitalisierung und Medienwandel zunehmend unüberschaubar. Bürgerinnen und Bürger, die sich über Gesundheitsthemen informieren wollen, sehen sich einer Vielzahl von Informationsangeboten gegenüber. Zwar erklären nur die Hälfte der Deutschen, an Gesundheitsthemen interessiert zu sein (Baumann und Czerwinski 2015; GfK Consume Tracking 2014), doch ein Großteil sucht mindestens einmal in zwölf Monaten nach Gesundheitsinformationen (Baumann und Czerwinski 2015). Wichtige Quellen sind dabei, in absteigender Reihenfolge, Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten, kostenlose Broschüren und Zeitschriften, Gespräche mit Familie und Freunden sowie Massenmedien (Baumann und Czerwinski 2015; Lausen, Potapov und Prokosch 2008; mindline media GmbH 2013). Die Häufigkeit der Internetnutzung wird in Online-Befragungen oft überschätzt und folgt laut Gesundheitsmonitor (Baumann und Czerwinski 2015) erst an fünfter Stelle. Allerdings nimmt die Bedeutung des Internets als Informationsquelle im Trendvergleich zu (Lausen, Potapov und Prokosch 2008; mindline media GmbH 2013). Rund 40 Prozent der Deutschen nutzen das Internet zumindest gelegentlich, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren (Baumann und Czerwinski 2015; mindline media GmbH 2013). Gleichzeitig steigt auch das Angebot an gesundheitsbezogenen Online-Inhalten (Schachinger 2014).

Sich in der zunehmenden Informationsflut zurechtzufinden, erfordert spezifische Kompetenzen seitens der Nutzerinnen und Nutzer. So braucht es etwa ein gewisses Maß an Aufmerksamkeit und Gesundheits- und Medienkompetenz, um die Qualität von Gesundheitsinformationen einschätzen zu können. Das ist gerade im Hinblick auf Online-Informationen von zentraler Bedeutung, da diese von sehr unterschiedlichen Interessengruppen – z. B. Laien, anderen Betroffenen, Fachverbänden, Stiftungen, aber auch Pharmakonzernen – stammen, Hintergrund und Qualität der Informationen jedoch nicht immer auf den ersten Blick zu erkennen sind. Gleichzeitig ist zu fragen, wie sich Anbieter von qualitativ hochwertigen Informationen in diesem Markt durchsetzen können, um Patientinnen und Patienten zu erreichen.

Der vorliegende Bericht fasst die wissenschaftlichen Befunde zum Gesundheitsinformationsverhalten sowie zur Verbreitung und Verarbeitung von Gesundheitsinformationen zusammen und wird von den folgenden Fragen geleitet:

- Wovon hängt das Gesundheitsinformationsverhalten der Menschen ab?
- Wie verläuft die Gesundheitsinformationssuche im Krankheitsfall?
- Über welche Kanäle werden Gesundheitsthemen verbreitet und welches Potenzial bieten unterschiedliche Kommunikationswege?
- Wie müssen Gesundheitsinformationen vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Informationsverarbeitung aufbereitet und präsentiert werden?

Zur Aufarbeitung des Forschungsstandes wurde eine umfassende Literaturrecherche für den Zeitraum 2006 bis 2016 in den einschlägigen Datenbanken durchgeführt, insbesondere bei Communication and Mass Media Complete (CMMC), Medline, PsycINFO. Darüber hinaus wurden zentrale deutsch- und englischsprachige Überblickswerke berücksichtigt (z. B. Hurrelmann und Baumann 2014; Rossmann und Hastall 2017; Thompson 2014; Thompson, Parrott und Nussbaum 2011).

3 Erkenntnisse zum Gesundheitsinformationsverhalten

Das Gesundheitsinformationsverhalten umfasst verschiedene Verhaltensweisen (vgl. im Überblick Baumann und Hastall 2014): Zum einen kann es sich auf die *Empfänglichkeit für Informationen* beziehen, also die grundsätzliche Bereitschaft zur Aufnahme von Informationen zum Thema Gesundheit; zum anderen können damit verschiedene passive und aktive Verhaltensweisen gemeint sein. Die bewusste Suche nach Informationen, aber auch eine bewusste Vermeidung von Gesundheitsinformationen, stellen aktive Handlungen dar. Als passive Verhaltensweisen werden *Informationstoleranz* und *Informationsignoranz* beschrieben. Erstere meint die Inkaufnahme eines Kontakts mit Gesundheitsinformationen, weil die Kosten, Informationen bewusst aus dem Weg zu gehen, als zu hoch wahrgenommen werden. *Informationsignoranz* beschreibt die Nichtzuwendung in einer Situation, in der die Kosten für die Hinwendung zu Informationen als zu hoch wahrgenommen werden.

Im Folgenden setzen wir uns primär mit der *gezielten Gesundheitsinformationssuche* als aktive Handlung auseinander. Einer Vorstellung der zentralen theoretischen Modelle der Gesundheitsinformationssuche folgt die aktuelle Befundlage zu den Determinanten der Gesundheitsinformationssuche (z. B. situative Faktoren, individuelle Faktoren), um anschließend näher auf die Suche nach Gesundheitsinformationen im Krankheitsfall einzugehen.

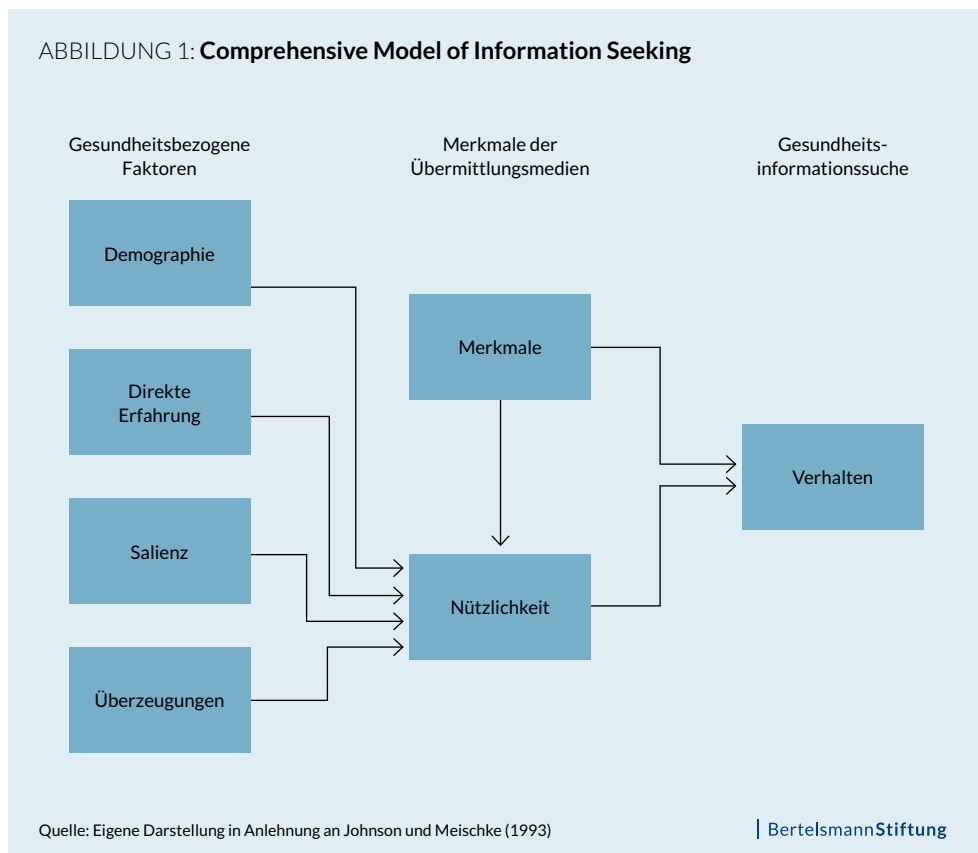
3.1 Gesundheitsinformationsverhalten der breiten Bevölkerung

3.1.1 Modelle der Gesundheitsinformationssuche

Anlass für Gesundheitsinformationssuche oder -vermeidung ist laut der „Uncertainty Management Theory“ (Brashers 2001) oft eine gewisse Unsicherheit, etwa darüber, ob man eine bestimmte Krankheit hat. Diese Unsicherheit kann Angst auslösen oder als Bedrohung wahrgenommen werden. In diesem Fall versuchen Menschen, die Unsicherheit zu reduzieren, indem sie nach Informationen suchen. Unsicherheit kann jedoch auch als Hoffnung oder Chance bewertet werden – beispielsweise, dass eine gravierende Diagnose nicht zutrifft – und dazu führen, dass entweder Informationen gemieden werden, um die Unsicherheit aufrechtzuerhalten, oder Informationen gesucht werden, welche die Unsicherheit aufrechterhalten oder sogar steigern.

Zur Erklärung der gezielten Informationssuche können unterschiedliche Modelle herangezogen werden. Eines ist das „Comprehensive Model of Information Seeking“ (CMIS, Johnson und Meischke 1993; siehe Abbildung 1). Es integriert Komponenten des „Uses-and-Gratifications Approach“ (Blumler und Katz 1975) und des „Health Belief Model“ (Rosenstock, Strecher und Becker 1988). Demnach bestimmen gesundheitsbezogene

ABBILDUNG 1: Comprehensive Model of Information Seeking

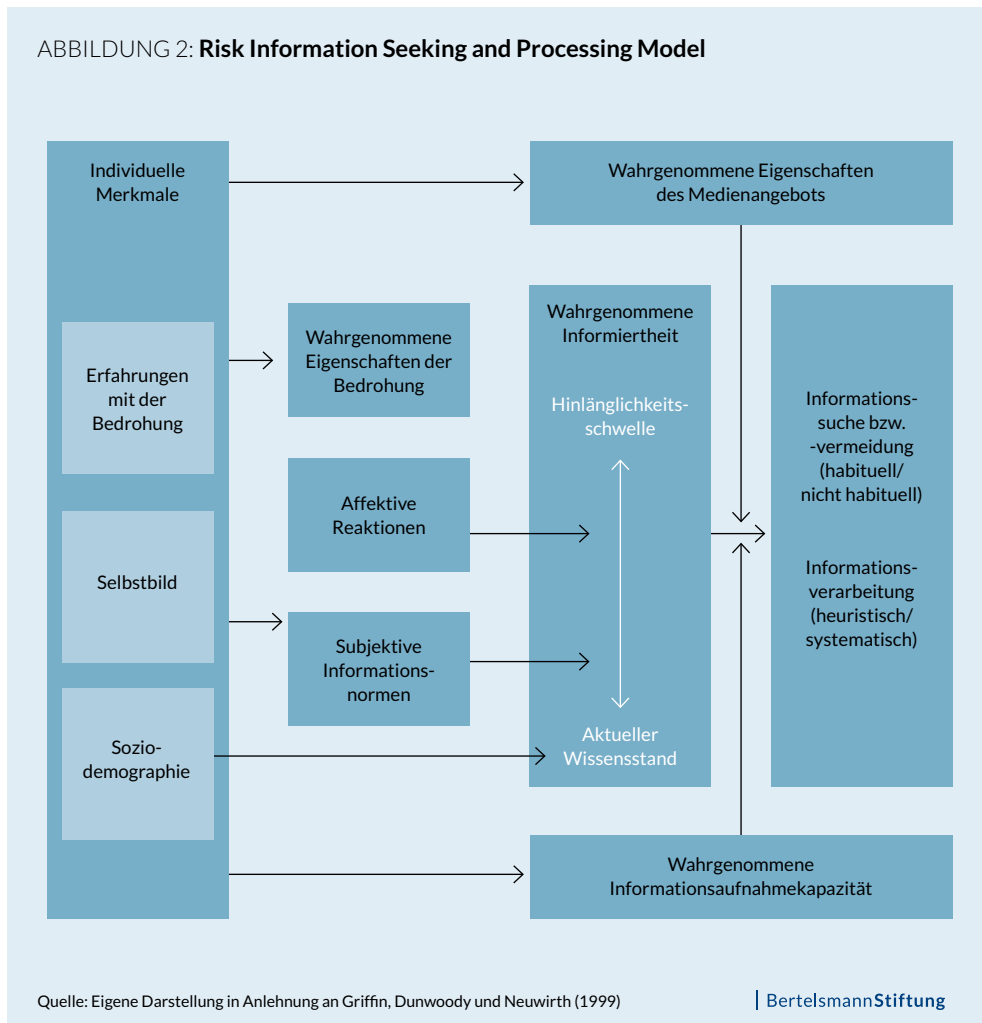


Faktoren des Individuums in Kombination mit Merkmalen des Mediums das Gesundheitsinformationsverhalten. Konkret hängt die Nützlichkeit von Informationen von sozio-demographischen Merkmalen und Überzeugungen des Individuums ab, von seiner direkten Erfahrung mit einem Gesundheitsrisiko sowie dessen Bedeutung für das Individuum (Salienz). Diese Nützlichkeit beeinflusst zusammen mit weiteren Merkmalen des Mediums bzw. der Botschaft (z. B. Glaubwürdigkeit und Persuasionsabsicht) die Gesundheitsinformationssuche. Studien zeigen, dass sich das Modell vor allem dann gut anwenden und bestätigen lässt, wenn es sich bei der Informationsquelle um Autoritäten, etwa Ärzte, handelt (im Überblick vgl. Baumann und Hastall 2014: 460).

Gesundheitsinformationen können auch als Risikoinformationen betrachtet werden. Ein Modell, das sowohl die Suche nach Risikoinformationen als auch deren Verarbeitung abbildet, ist das „Risk Information Seeking and Processing Model“ (RISP, Griffin, Dunwoody und Neuwirth 1999; siehe Abbildung 2). Es basiert auf Annahmen des „Heuristic-Systematic Model of Information Processing“ (Eagly und Chaiken 1993) und der „Theory of Planned Behavior“ (Ajzen 1991). Erklärt werden sollen die Informationssuche und -vermeidung, welche entweder habituell (aus Gewohnheit) oder nicht habituell erfolgen kann; zudem bezieht sich das Modell auf die Informationsverarbeitung, die entweder heuristisch (also oberflächlich und unvollständig) oder systematisch (also ausführlich und vollständig) sein kann.

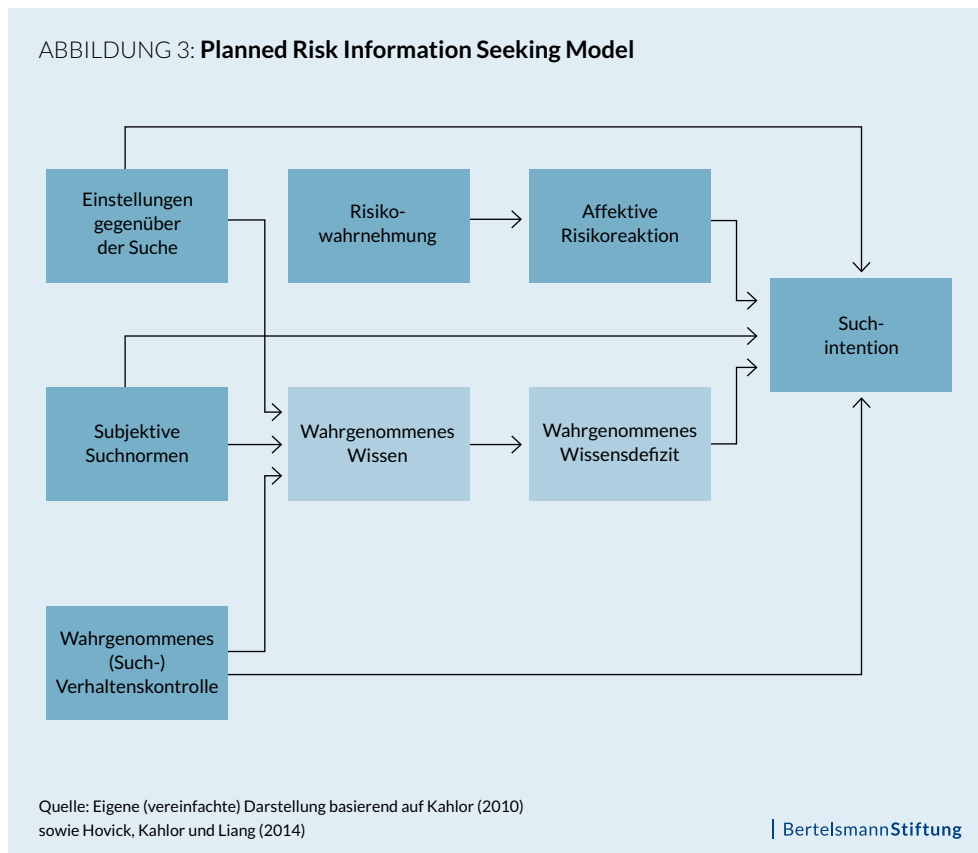
Zentraler Einflussfaktor ist hier die wahrgenommene Informiertheit, welche sich aus dem Abgleich des aktuellen Wissensstandes und der Hinlänglichkeitsschwelle ergibt – also der Frage, ob der Wissensstand ausreichend ist. Die wahrgenommene Informiertheit wird wiederum von affektiven Reaktionen auf die wahrgenommenen Eigenschaften der Bedrohung (z. B. Angst, Trauer) und subjektiven Informationsnormen (Annahmen darüber, was man

ABBILDUNG 2: Risk Information Seeking and Processing Model



wissen sollte) beeinflusst. Neben der wahrgenommenen Informiertheit spielen die wahrgenommene Informationsaufnahmekapazität und die wahrgenommenen Eigenschaften des Medienangebots eine Rolle für das Informationsverhalten. Hintergrundfaktoren im Modell sind die individuellen Merkmale der Suchenden, also Erfahrungen mit der Bedrohung, Selbstbild und Soziodemographie. Eine Metaanalyse von Yang, Aloe und Feeley (2014) bestätigt das Modell größtenteils und unterstreicht die Relevanz der beschriebenen Determinanten für das Gesundheitsinformationsverhalten.

Das „Planned Risk Information Seeking Model“ (PRISM, Kahlor 2010; siehe Abbildung 3) baut auf den beschriebenen Modellen auf und integriert weitere Modelle. Wichtige Einflussfaktoren der Suchintention sind entsprechend neben Einstellungen gegenüber der Suche und subjektiven Suchnormen die Risikowahrnehmung und damit verbundene affektive Risikoreaktionen. Außerdem spielt die wahrgenommene (Such-)Verhaltenskontrolle eine Rolle. Gemeinsam bestimmen diese Faktoren das wahrgenommene Wissen und darüber das wahrgenommene Wissensdefizit, welches ebenfalls die Suchintention beeinflusst. Hovick, Kahlor und Liang (2014) bestätigten das Modell im Kontext von Krebserkrankungen. Dabei hatten die subjektiven Suchnormen den größten Einfluss auf die Intention, Informationen zum Thema Krebs zu suchen. Willoughby und Myrick (2016) konnten die Relevanz subjektiver Suchnormen und Einstellungen sowie affektiver Risikoreaktionen für die Vorhersage des Gesundheitsinformationsverhaltens für verschiedene Themen bestätigen.

ABBILDUNG 3: **Planned Risk Information Seeking Model**

Die theoretischen Modelle verweisen darauf, dass das Gesundheitsinformationsverhalten ein komplexer Prozess ist, der von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Dabei handelt es sich keinesfalls um einen linearen, sondern vielmehr um einen zirkulären Prozess, in dem einzelne Suchakte die wahrgenommene Informiertheit, die Informationsbedürfnisse sowie den weiteren Suchverlauf beeinflussen.

3.1.2 Determinanten der Gesundheitsinformationssuche

Möchte man die verschiedenen Komponenten der dargestellten Modelle zusammenfassen, können sie wie folgt gruppiert werden: A) Situationsübergreifende individuelle Faktoren, zu denen neben allgemeinen persönlichen Merkmalen und der Soziodemographie auch spezifische gesundheitsbezogene Merkmale zählen; B) situative individuelle Faktoren, wie etwa der aktuelle gesundheitliche und emotionale Zustand, die Risiko- und Selbstwahrnehmung sowie das wahrgenommene Informationsdefizit; C) Umfeld und Kontextfaktoren, die sich auf das soziale Umfeld und auf verfügbare Informationsquellen und -techniken beziehen; D) Eigenschaften des Mediums bzw. der Botschaft.

A) Situationsübergreifende individuelle Faktoren

Alter: Jüngere und ältere Menschen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Gesundheitsinformationsverhaltens. So werden beispielsweise E-Health-Angebote eher von Jüngeren genutzt (Baumann und Czerwinski 2015; Kontos et al. 2014). Für ältere Menschen hat

Gesundheit jedoch einen höheren Stellenwert – bei den ab 50-Jährigen steht Gesundheit auf Platz 1 der interessantesten Themen (Blödorn, Gerhards und Klingler 2006). Unter den Älteren finden sich sowohl passive Konsumenten als auch aktiv Suchende (Altizer et al. 2014). Einige Ältere nutzen das Internet nicht, weil sie Online-Informationen für nicht glaubwürdig und wenig nützlich erachten (McMillan und Macias 2008), und geben sich daher mit offline verfügbaren Informationen zufrieden (Taha, Sharit und Czaja 2009). Ältere Menschen, die das Internet zur Informationssuche nutzen, sind meist jene, die bereits Erfahrung mit Computern haben (McMillan und Macias 2008) und ihre Unabhängigkeit erhalten wollen (Harrod 2011). In der Regel nutzen sie das Internet jedoch nicht ausschließlich: Ältere, die online Informationen suchen, sind häufig auch Vielnutzer anderer Informationsquellen (Medlock et al. 2015).

Geschlecht: Ob jemand das Internet grundsätzlich für die Suche nach Gesundheitsthemen nutzt oder nicht, ist unabhängig vom Geschlecht (Baumann und Czerwinski 2015). Allerdings spielt das Geschlecht für die Nutzungshäufigkeit eine Rolle. So nutzen Frauen E-Health-Angebote häufiger als Männer (Dutta-Bergman, Feeley und Cheong 2006; Kontos et al. 2014). Generell setzen sich Frauen stärker mit den Themen Gesundheit und Krankheit auseinander und übernehmen die Rolle der primären Gesundheitsinformatin für die Familie (Hiebert et al. 2016). Dabei bringen sie den verschiedenen Informationsquellen auch mehr Vertrauen entgegen, als Männer dies tun (mindline media GmbH 2013). Männer meiden häufig den Kontakt mit Ärztinnen und Ärzten und neigen dazu, in Gesundheitsfragen generell weniger Hilfe zu suchen. Dies wird darauf zurückgeführt, dass sie auch bedrohlichen Gesundheitsinformationen grundsätzlich eher aus dem Weg gehen und sich keine Schwäche eingestehen wollen (Hiebert et al. 2016).

Sozioökonomischer Status: Der sozioökonomische Status hat ebenfalls großen Einfluss auf das Gesundheitsinformationsverhalten. Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status suchen seltener nach Gesundheitsinformationen (Ramanadhan und Viswanath 2006) und nutzen Online- bzw. E-Health-Angebote weniger häufig (Baumann und Czerwinski 2015; Dutta-Bergman, Feeley und Cheong 2006; Kontos et al. 2014). Sie haben weniger Vertrauen in ihre Suchfähigkeiten (Richardson et al. 2012) und wenden oft eher heuristische statt systematische Suchstrategien an, weshalb sie auch weniger Informationsquellen konsultieren (Perez et al. 2016). Im Sinne eines „Second-level Digital Divide“ (McCloud et al. 2016) lässt sich hier beobachten, dass das Vorhandensein eines Internetzugangs allein nicht ausreicht, um Wissen über Gesundheit zu erlangen. Es bedarf auch entsprechender Such- und Verarbeitungskompetenzen (McCloud et al. 2016).

Gesundheitsbezogene Merkmale: Neben den soziodemographischen Merkmalen spielen gesundheitsbezogene Merkmale eine Rolle. Dazu gehört etwa die sogenannte „Health Literacy“ bzw. „E-Health Literacy“. Unter Letzterer versteht man die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen aus elektronischen Quellen zu suchen, zu finden, zu verstehen und anzuwenden, um Gesundheitsprobleme zu lösen (Jordan, Buchbinder und Osborne 2010). Außerdem wird die Informationssuche vom allgemeinen Gesundheitsbewusstsein beeinflusst: je höher das Gesundheitsbewusstsein, desto größer ist tendenziell die Zahl der genutzten Informationsquellen und die Vielfalt der gesuchten Themen (Dutta-Bergman 2005).

B) Situative individuelle Faktoren

Neben diesen allgemeinen Merkmalen beeinflussen situative Faktoren das Suchverhalten im konkreten Einzelfall. Hierbei ist vor allem der aktuelle Gesundheitszustand von Bedeu-

tung (Goldner 2006; Houston und Allison 2002; Oh und Song 2016). Anlass ist in der Regel ein wahrgenommenes Informationsdefizit (vgl. RISP). Auch die Unzufriedenheit mit der Leistung und den Informationen seitens des behandelnden Arztes oder der Ärztin können die Informationssuche, insbesondere im Internet, anregen (Tustin 2010). Dabei spielen sowohl kognitive Prozesse eine Rolle als auch der emotionale Zustand der Patientin oder des Patienten (Myrick 2014). Emotionen können das Informationsverhalten jedoch nicht nur anregen. Schuldgefühle, die Angst vor Stigmatisierung und die Sorge, dass Informationen Ängste nähren könnten, blockieren die Informationssuche eher (Lambert und Loisel 2007).

C) Umfeld und Kontextfaktoren

Situative Faktoren liegen nicht nur in der Person selbst, sondern auch in ihrem Umfeld. Wenn die Informationsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit denen ihrer Angehörigen übereinstimmen, erhöht das die Wahrscheinlichkeit der aktiven Gesundheitsinformationssuche. Haben die Betroffenen hingegen nicht die Möglichkeit, Informationen mit nahestehenden Personen zu diskutieren, reduziert das die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Informationssuche (Martinez 2014). In heutigen Medienumgebungen ist jedoch davon auszugehen, dass auch die Möglichkeit des Austausches in Online-Patientenforen eine Rolle spielt (Eysenbach 2005; Link 2016). Darüber hinaus hängt die Informationssuche davon ab, welche Quellen verfügbar bzw. welche leichter zugänglich sind als andere (Lambert und Loisel 2007).

D) Eigenschaften des Mediums / der Botschaft

Schließlich hat die Information selbst bzw. das Medium, über das sie vermittelt wird, Einfluss auf das Gesundheitsinformationsverhalten. Dabei geht es neben der wahrgenommenen Nützlichkeit um Merkmale wie Glaubwürdigkeit, Persuasionsabsicht und Informationsqualität (vgl. CMIS). Am Beispiel von Webseiten zeigen Rains und Karmikel (2009), dass hier sowohl die Botschaft als auch strukturelle Merkmale des vermittelnden Mediums betrachtet werden müssen. Ohnehin bietet das Internet ganz spezifische Voraussetzungen für die Informationssuche: Diese ist online vergleichsweise einfach, effizient, zeitunabhängig und greift potenziell auf eine Vielfalt von Angeboten zu (Jones et al. 2014; Renahy und Chauvin 2006). Das Suchverhalten im Internet ist abhängig von den Zielen der Suche, den Erfahrungen mit dem Medium (Higgins et al. 2011; Lorence, Park und Fox 2006) sowie von den kognitiven Fähigkeiten der Suchenden (Czaja et al. 2010; Sharit et al. 2008). Die Ziele der Online-Suche lassen sich in drei Dimensionen untergliedern: Informiertheit (Verstehen der Krankheit, Behandlungsmöglichkeiten), Empowerment (Stärkung der eigenen Kontrolle im Umgang mit der Krankheit und Stärkung der Rolle in sozialen Beziehungen, z. B. in der Arzt-Patient-Kommunikation, vgl. Rappaport 1987) und Austausch mit anderen Betroffenen (Baumann und Czerwinski 2015; Jones et al. 2014).

Der Einstieg erfolgt in den meisten Fällen über Suchmaschinen, insbesondere Google (Baumann und Czerwinski 2015). Dabei greifen Nutzerinnen und Nutzer häufig nicht auf die Startseite von Web-Angeboten, sondern direkt auf Unterseiten zu. Die Urheber der Seite überprüfen sie meistens nicht (Graham, Tse und Keselman 2006). Eine Studie von Jadhav et al. (2014) zeigt, dass Suchanfragen zu Gesundheitsthemen oft länger und spezifischer sind als allgemeine Suchanfragen. Sie bestehen meist aus Schlüsselwörtern oder Warum-bzw. Ja/Nein-Fragen. Über Smartphones wird häufiger nach Gesundheitsthemen gesucht als über den PC; die Suchanfragen per Smartphone sind länger und beschreibender. Meist-

gesuchte Gesundheitsthemen betreffen Symptome, Ursachen und die Medikation verschiedener Krankheiten, wobei sich die Häufigkeit der einzelnen Kategorien zwischen den Suchanfragen über Computer bzw. Smartphones unterscheidet.

3.2 Gesundheitsinformationsverhalten im Krankheitsfall

Mit einer Erkrankung ist gemeinhin eine Unterbrechung des alltäglichen Lebens verbunden, an die sich Betroffene anpassen müssen. Ihr Informationsverhalten kann einen wichtigen Beitrag zum Umgang mit der Erkrankung und zu deren Bewältigung leisten. Der Forschungsstand lässt sich dahingehend differenzieren, ob das Informationsverhalten von Patientinnen und Patienten allgemein (z. B. Fragen nach den genutzten Informationsquellen und dem Austausch mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt) oder von Betroffenen mit spezifischen Erkrankungen in den Blick genommen wird. Letzteres lässt sich anhand der Verbreitung der Krankheit (viele Betroffene / wenige Betroffene) sowie anhand des Krankheitsverlaufs (akut / chronisch) unterscheiden. Vorliegende Studien untersuchen vor allem, welche Medien bestimmte Patientengruppen nutzen, um sich über ihre Erkrankung zu informieren, und inwieweit sich das Informationsverhalten verschiedener Patientengruppen unterscheidet.

3.2.1 Informationsverhalten von Patientinnen und Patienten allgemein (bei unspezifischen Erkrankungen)

Es gibt unterschiedliche Anlässe, aufgrund derer Patientinnen und Patienten nach gesundheitsbezogenen Informationen suchen. Diese hängen von der jeweiligen Situation ab, in der sich die Betroffenen befinden. Vor dem Arztbesuch suchen sie nach Informationen, um ihre Symptome einzuordnen und sich auf den Arztbesuch vorzubereiten (Felt 2008). Allerdings thematisieren viele die online gefundenen Informationen gegenüber ihrer Ärztin oder ihrem Arzt nicht (Chung 2013; Diaz, Griffith und Reinert 2002; Felt 2008). Betroffene sprechen hier umso eher über Online-Informationen, je höher sie deren Qualität einstufen (Diaz, Griffith und Reinert 2002). Kurze Arztgespräche mit vielen medizinischen Fachbegriffen führen tendenziell zu einer Abnahme der Informationssuche; längere Gespräche mit wenigen Fachbegriffen fördern diese hingegen (Dahm 2012).

Nach dem Arztbesuch suchen Betroffene vor allem nach Informationen, weil sie medizinische Fachbegriffe klären, die Erfahrungen anderer Betroffener einholen und informiert bleiben möchten (Felt 2008). Ärzte und Ärztinnen sowie Internetangebote sind die zentralen Informationsquellen für Betroffene. Die meisten Patienten und Patientinnen äußern Bedenken hinsichtlich der Vertrauenswürdigkeit von Online-Quellen und des Umgangs mit persönlichen Daten (Moreland, French und Cumming 2015).

Zu den am häufigsten gesuchten Themen zählen Ernährung, Nebenwirkungen von Medikamenten oder Komplikationen während einer medikamentösen Behandlung, Komplementärmedizin sowie weiterführende medizinische Informationen (im Sinne einer zweiten Meinung) (Diaz, Griffith und Reinert 2002; Lee et al. 2014). Werden Informationen zu konkreten Krankheiten gesucht, handelt es sich meist um Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Rheuma und Diabetes (Diaz, Griffith und Reinert 2002).

Zu den Faktoren, die das Informationsverhalten beeinflussen, gibt es unterschiedliche Befunde. So stellen manche Studien bei Patientinnen und Patienten keinen Zusammenhang zwischen dem Online-Informationsverhalten und soziodemographischen Merkmalen fest (z. B. Moreland, French und Cumming 2015), andere weisen jedoch einen positiven Zusammenhang zwischen der Online-Informationssuche und höherem Bildungsabschluss und Einkommen nach (z. B. Diaz, Griffith und Reinert 2002).

3.2.2 Informationsverhalten von chronisch Erkrankten

Chronisch Erkrankte suchen häufiger nach Gesundheitsinformationen als Gesunde (Oh und Cho 2015). Am häufigsten werden Informationen zu Krankheiten, Medikamenten und Behandlungsmethoden gesucht (Lee et al. 2015; Oh und Cho 2015). Dabei greifen chronisch Erkrankte meist auf Suchmaschinen als Startpunkt, die Webseiten konkreter Organisationen oder Foren zurück, um an Informationen zu gelangen (Lee et al. 2014). Die Informationen dienen in vielen Fällen der Vorbereitung eines Gesprächs mit einem Arzt bzw. einer Ärztin (Lee et al. 2014). Viele Patientinnen und Patienten haben jedoch Schwierigkeiten beim Finden adäquater Online-Gesundheitsinformationen (Lee et al. 2015).

Das Informationsverhalten chronisch Erkrankter wird von mehreren Faktoren beeinflusst. Während ein höheres Bildungsniveau und Einkommen mit einer häufigeren Suche nach Online-Informationen zusammenhängen, steht ein höheres Alter in einem negativen Zusammenhang mit der Online-Informationssuche (Oh und Cho 2015). Personen, die Schwierigkeiten beim Finden von Informationen haben, nutzen mehr Online-Quellen und sind häufiger unzufrieden mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin (Lee et al. 2015).

Patientinnen und Patienten kritisieren insbesondere die schwierige Zugänglichkeit von Informationen (z. B. Forschungsberichte/Studien), den Gebrauch von Fachjargon, widersprüchliche Informationen sowie die Bereitstellung zu vieler bzw. zu weniger Informationen (Lee et al. 2014). Nahezu alle Patientinnen und Patienten wünschen sich Unterstützung beim Finden adäquater Informationen („navigational needs“) sowie Hinweise auf geeignete Webseiten (Lee et al. 2014, 2015). Außerdem wünschen sie sich konkrete Hinweise von Ärztinnen und Ärzten zu brauchbaren bzw. verlässlichen Webseiten, das Blocken oder Löschen von unseriösen Online-Angeboten und eine strengere Regelung hinsichtlich der Veröffentlichung von gesundheitsbezogenen Informationen (Lee et al. 2014).

3.2.3 Informationsverhalten von Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen

Zum Informationsverhalten von Betroffenen mit seltenen Erkrankungen liegen bislang nur wenige Einzelstudien mit geringen Fallzahlen vor (Liuccio et al. 2015), etwa zu Akromegalie (Tumor in der Hirnanhangsdrüse, die zur Vergrößerung von Extremitäten führt; Neverla et al. 2007) oder Vaskulitis (entzündliche Gefäßerkrankungen mit ungeklärten Ursachen, vermutlich genetische Faktoren in Kombination mit Infektionen; Carpenter et al. 2011).

Generell lässt sich feststellen, dass die Betroffenen hier häufig mit einer komplexen Symptomatik konfrontiert sind, die oft als lebensbedrohlich wahrgenommen wird, zu der es

jedoch nur begrenztes medizinisches Fachwissen gibt. Aufgrund der Seltenheit liegen meist auch nur wenige Informationen bzw. Erfahrungen im sozialen und familiären Umfeld vor, und in der medialen Berichterstattung finden sich ebenfalls kaum Informationen zu der Erkrankung. Entsprechend sind Ärztinnen und Ärzte sowie Online-Quellen für Betroffene von zentraler Bedeutung (Carpenter et al. 2011; Liuccio et al. 2015; Neverla et al. 2007). Den Online-Medien kommt dabei eher eine ergänzende Funktion zu, etwa um medizinische Befunde und den Krankheitsverlauf zu verstehen und informierte Entscheidungen treffen zu können oder auch zur Beruhigung (Neverla et al. 2007). In die konkrete Online-Informationssuche steigen Betroffene meist über Google ein. Spezielle Informationsangebote zu ihrer Erkrankung sind häufig unbekannt und werden entsprechend nur selten genutzt (ebd.). Neben Online-Angeboten werden Printangebote wie etwa Fachliteratur, Patientenbroschüren, Bücher und Packungsbeilagen von Medikamenten genutzt (Carpenter et al. 2011; Neverla et al. 2007). Darüber hinaus suchen Patienten und Patientinnen mit seltenen Erkrankungen oft Selbsthilfegruppen auf, da Freunde und Familienangehörige aufgrund ihrer sehr eingeschränkten Erfahrung mit der Erkrankung nur selten als Informationsquelle dienen können.

4 Erkenntnisse zur Verbreitung von Gesundheitsinformationen

4.1 Merkmale massenmedialer und onlinebasierter Kommunikationswege

Umfassende Daten zu Verbreitungsformen von Gesundheitsinformationen liegen bislang nicht vor. Einen Überblick zu erhalten wird auch dadurch erschwert, dass Gesundheitsinformationen von einem sehr breiten Spektrum unterschiedlicher Anbieter zur Verfügung gestellt werden, wie Medienanbietern, staatlichen und kommerziellen Institutionen, Krankenkassen und Versicherungen, Krankenhäusern, NGOs oder Stiftungen, Selbsthilfegruppen sowie Privatpersonen. Hinzu kommt, dass die diversen Akteure unterschiedliche Kommunikationsziele verfolgen (z. B. Öffentlichkeitsarbeit, Sensibilisierung, Überzeugung) und dabei verschiedene Medien und Kommunikationskanäle einsetzen, die sich ihrerseits wiederum hinsichtlich ihrer Potenziale für die Gesundheitskommunikation unterscheiden (für einen strategieorientierten Überblick siehe Baumann und Möhring 2004; Fromm, Baumann und Lampert 2011). Zunächst lassen sich *massenmediale und onlinebasierte* Kommunikationswege differenzieren:

Massenmediale Kommunikationswege zeichnen sich durch Angebote aus, die sich an größere, aber tendenziell unspezifischere Zielgruppen richten. Darunter fallen v. a. Fernsehen, Zeitschriften, Plakate, Broschüren sowie Kinospots. *Onlinebasierte Kommunikationswege* sind gekennzeichnet durch fokussierte Angebote, die tendenziell einen interaktiven Charakter haben. Dazu zählen v. a. Webseiten, soziale Netzwerkplattformen, Online-Dienste zum Teilen von Bildern und Videos (z. B. Instagram und YouTube, einschließlich eigener YouTube-Kanäle), Online-Foren, Blogs, Microblogging-Dienste (z. B. Twitter), Direct Mailing, Newsletter sowie Apps.

Die Verbreitung von Gesundheitsinformationen orientiert sich an der jeweiligen Medialität der Kommunikationswege. Deren Potenziale lassen sich anhand verschiedener Dimensionen beschreiben (vgl. Baumann und Möhring 2004):

- Die *Reichweite* bezieht sich auf die Anzahl von Personen, die mit dem jeweiligen Kommunikationsweg potenziell erreicht werden kann.
- Die *Zielgruppenspezifität* beschreibt die potenzielle Fokussierbarkeit auf klar definierte Personengruppen, die der jeweilige Kommunikationsweg ermöglicht.
- Die *Informationstiefe* verweist auf den Umfang, in dem potenziell Informationen über den Kommunikationsweg bereitgestellt werden können.
- Die *Glaubwürdigkeit* bezieht sich auf die potenzielle Zuschreibung von Verlässlichkeit an den Kommunikationsweg und Absender.
- Das *Themensetzungspotenzial* verweist schließlich auf die Möglichkeit, Aufmerksamkeit für ein Thema zu wecken.

Anhand der Kriterien lassen sich die einzelnen **Massenmedien** hinsichtlich ihrer Potenziale für die Gesundheitskommunikation charakterisieren (vgl. Baumann und Möhring 2004; Fromm, Baumann und Lampert 2011):

Das *Fernsehen* hat potenziell eine sehr große Reichweite und zudem ein hohes Themensetzungspotenzial. Gleichzeitig stellt es nur eingeschränkt Möglichkeiten bereit, spezifische Zielgruppen unmittelbar anzusprechen und – mit Ausnahme einiger ausführlicherer Formate wie z. B. Dokumentationen – umfangreiche bzw. detaillierte Informationen zu vermitteln. Für jüngere und eher schwer zu erreichende Zielgruppen hat sich die Platzierung von Gesundheitsthemen in fiktionalen Unterhaltungsangeboten bewährt (Stichwort: Entertainment-Education, vgl. Lampert 2014; Singhal et al. 2004).

Zeitungen und Zeitschriften haben ebenfalls eine relativ große Reichweite und zeichnen sich darüber hinaus durch eine große zugeschriebene Glaubwürdigkeit aus. Zudem sind Printmedien geeignet, Themen zu setzen und – beispielsweise anders als Plakate – vertiefende Informationen bereitzustellen. *Plakate und Kinospots* eignen sich, um auf Themen aufmerksam zu machen. Allerdings wird ihre Reichweite geringer eingeschätzt als die der anderen massenmedialen Angebote. Das Potenzial von *Broschüren* wird vor allem in der zielgruppenspezifischen Bereitstellung tiefergehender Informationen zu bestimmten Themen gesehen.

Auch die **onlinebasierten Kommunikationswege** lassen sich hinsichtlich ihrer Potenziale entlang der oben genannten Dimensionen beschreiben (vgl. Baumann und Möhring 2004; Fromm, Baumann und Lampert 2011). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die konkrete Umsetzung und Qualität eines Angebots ebenfalls Einfluss darauf hat, inwieweit die Potenziale eines Kommunikationskanals zur Geltung kommen.

Webseiten haben grundsätzlich ein hohes Themensetzungspotenzial, vorausgesetzt, sie werden gefunden bzw. genutzt. Entsprechend variabel sind die Reichweite, die Zielgruppenspezifität und die Glaubwürdigkeit einzuschätzen. So wird dem Online-Angebot einer bereits etablierten und renommierten Marke im Allgemeinen eine höhere Glaubwürdigkeit zugeschrieben als unbekanntem Anbietern (Sbaffi und Rowley 2017). Die Möglichkeiten der Vermittlung tiefergehender Informationen sind gegeben, hängen jedoch von der Zielrichtung und Ausgestaltung des Angebots ab.

Auch *soziale Netzwerkplattformen* (z. B. Facebook) können genutzt werden, um Themen zu platzieren. Die Reichweite und Zielgruppenspezifität hängen von der jeweiligen Nutzergruppe ab. Anders als bei den Webseiten, ist die Informationstiefe hier im Allgemeinen eher gering. Die zugeschriebene Glaubwürdigkeit variiert, je nachdem, ob sie sich auf sachbezogene oder auf persönliche Informationen bezieht. Persönlichen Informationen werden oft eine hohe Authentizität und erfahrungsbasiertes fachliches Wissen zugeschrieben (Ähnliches gilt für Online-Foren) (vgl. Song et al. 2016).

Online-Plattformen zum Austausch von Bildern (z.B. Instagram) und Videos (YouTube) werden inzwischen auch genutzt, um gesundheitsbezogene Themen zu kommunizieren. Mit ihrer allgemeinen Verbreitung steigt auch ihre Reichweite und damit ihr Potenzial zur Themensetzung. Die Zielgruppenspezifität und Informationstiefe von Video-Sharing-Plattformen ist angesichts der vielfältigeren multimodalen Möglichkeiten höher einzuschätzen als die von Foto-Sharing-Plattformen. Gleichzeitig unterliegen die großenteils von Nutzenden eingestellten Inhalte wenigen Regulationen und können daher für Rezipierende auch irreführend sein (Pant et al. 2012). Bei beiden Angebotstypen ist die zugeschriebene Glaubwürdigkeit als Quelle für „seriöse“ Gesundheitsinformationen vermutlich eher gering.

Microblogging-Dienste wie z. B. Twitter bieten insbesondere die Möglichkeit zur Themensetzung, sind allerdings aufgrund der Zusammensetzung ihrer Nutzenden sowie des geringen Stellenwerts in der alltäglichen Kommunikation (Koch und Frees 2016) weniger geeignet, hohe Reichweiten zu erzielen, bestimmte Nutzergruppen gezielt anzusprechen oder ausführliche Informationen zu vermitteln.

Apps bieten bezüglich der Zielgruppenerreichung und Informationsvermittlung etwas bessere Möglichkeiten, stoßen aber bei ihrer Reichweite und – je nach Anbieter – mitunter hinsichtlich der Glaubwürdigkeit an ihre Grenzen. Bislang existieren noch keine zuverlässigen Kriterien, um die Qualität und Vertrauenswürdigkeit von Apps zu bewerten (Albrecht 2016). Das Themensetzungspotenzial hängt u. a. vom Kontext ab, in dem die App platziert oder angeboten wird.

Insgesamt bieten die Online-Angebote flexiblere Möglichkeiten der Kommunikation gesundheitsbezogener Inhalte. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass es sich größtenteils um *Pull-Medien* handelt. Diese setzen – anders als die oben charakterisierten massenmedialen *Push-Medien* – entweder eine aktive Suche nach Gesundheitsinformationen voraus und/oder die Installation eines gesundheitsbezogenen Dienstes bzw. einer Anwendung.

4.2 Eignung unterschiedlicher Kommunikationswege für konkrete Kommunikationsziele

Mit der Verbreitung von Gesundheitsinformationen geht eine Reihe möglicher Zielsetzungen einher. Mögliche Kommunikationsziele sind dabei vor allem:

- Herstellung von Aufmerksamkeit für ein Thema
- Informations- und Wissensvermittlung
- Herstellung eines Selbstbezugs
- Einstellungsänderung
- Verhaltensänderung
- Herstellung eines „Klimas der Solidarität“ (z. B. im Fall von HIV/AIDS)

Auch angesichts der unterschiedlichen Kommunikationsziele zeigt sich, dass die verschiedenen onlinebasierten Kommunikationswege aufgrund des jeweiligen kommunikativen Potenzials unterschiedlich gut geeignet sind, die Kommunikationsziele zu erreichen.

Webseiten eignen sich beispielsweise besonders gut, um Informationen zu vermitteln und Wissen zu steigern. Auch hinsichtlich der anderen genannten Kommunikationsziele bieten sie theoretisch viele Möglichkeiten, doch letztlich entscheidet die konkrete Umsetzung (Struktur, Gestaltung, Informationsaufbereitung, Usability etc.) darüber, inwieweit die Potenziale ausgeschöpft werden.

Soziale Netzwerkplattformen bieten sich an, um Aufmerksamkeit oder einen Selbstbezug zu einem Thema herzustellen. Dies kann auf unterschiedliche Weise erfolgen, etwa durch Kommentare zu Postings, Ergänzung des Profils durch z. B. solidaritätsbekundende Symbole (Brustkrebsschleife), durch sogenannte Challenges, wie etwa die Ice Bucket Challenge auf Facebook im Jahr 2014, die auf die Erkrankung ALS aufmerksam machte. Je nach Ansprache können auch solche Gruppen bzw. Personen adressiert werden, die von sich

aus eher nicht nach Gesundheitsinformationen suchen. Die Stärke liegt hier allerdings weniger in der Vermittlung von Informationen oder Wissen – im Vordergrund stehen eher die sozialen Aspekte der Kommunikation. Entsprechend sind diese Plattformen weniger für die gezielte und langfristige Einstellungs- und Verhaltensänderung geeignet.

Microblogging-Dienste scheinen ähnlich wie Netzwerkplattformen geeignet, wenn es um die Sensibilisierung und die Herstellung eines solidarischen Klimas geht. Für die Wissensvermittlung, die Einstellungs- und Verhaltensänderung oder die Erreichung „gesundheitlich Desinteressierter“ sind diese Dienste indes weniger geeignet.

Apps bieten im Vergleich zu den anderen Angeboten deutlich weniger Möglichkeiten, um für ein Thema zu sensibilisieren. Ihre Potenziale liegen vor allem in der Personalisierung und der Adaption, die einen hohen Selbstbezug ermöglicht und sich im Kontext von Einstellungs- und Verhaltensänderungen nutzen lässt.

Diese Kurzcharakterisierung verdeutlicht bereits, dass nicht alle Kommunikationskanäle gleichermaßen für alle Kommunikationsziele geeignet sind. Zudem gilt es auch bei der Aufbereitung von Gesundheitsinformationen verschiedene Gestaltungsprinzipien zu berücksichtigen.

4.3 Art der Aufbereitung und Präsentation

Die Aufbereitung und Präsentation von Informationen erfolgt immer vor dem Hintergrund, welches Ziel mit diesen Informationen verfolgt wird. Die Ziele der Gesundheitskommunikation reichen von der reinen Informationsdarbietung über die Veränderung der Wahrnehmung (mit dem Ziel einer adäquaten Risikobewertung und informierten Entscheidung) bis hin zu klaren Persuasionsabsichten, wenn Einstellungen und Verhalten verändert werden sollen (Renner und Gamp 2014). In jedem Fall ist zu berücksichtigen, dass sich Menschen in ihren Voraussetzungen zur Verarbeitung von Informationen unterscheiden.

Bei der Kommunikation von Risiken ist hinsichtlich der Art der Risiken zu differenzieren, je nachdem, ob es etwa um die Anzahl von Todes- oder Krankheitsfällen geht oder um Nebenwirkungen. Auch der Zeitraum, auf den sich eine Aussage bezieht, ist eine wichtige Komponente. Dabei ist ein fester Zeitraum einfacher zu verstehen als ein Lebenszeitrisko. Darüber hinaus sollte die Größe des Risikos in absoluten Zahlen ausgedrückt werden. Zum Beispiel: „13 von 1.000 Raucherinnen ab 50 sterben innerhalb von 10 Jahren an einer Herz-erkrankung“. Bei der Präsentation von Ergebnissen medizinischer Studien spielt eine große Rolle, über wen Aussagen getroffen werden (zum Beispiel soziodemographische Merkmale der untersuchten Personen, ggf. Vorerkrankungen). Einen ausführlichen Überblick hierzu bietet der Beitrag von Gigerenzer et al. (2007).

Über Risiken wird vielfach mit Zahlen informiert, indem diese angeführt und zusätzlich verbalisiert und/oder visualisiert werden (Lipkus 2007). Die Verbalisierung von Zahlen ist intuitiver zugänglich, führt jedoch zu unterschiedlichen impliziten Annahmen darüber, was genau damit gemeint ist. Bedeutet beispielsweise „häufig“, dass 60 oder 80 Prozent einer Personengruppe von etwas betroffen sind? Deshalb sollte man bei der Verwendung von Verbalisierungen, wie im Beipackzettel von Arzneimitteln, immer angeben, welche Zahlen damit ausgedrückt werden sollen (Ziegler, Hadlak, Mehlbeer, & König, 2013). Wahrscheinlichkeiten können durch Visualisierungen veranschaulicht werden, in denen auch große

Datenmengen zusammengefasst werden können. Abbildungen erhöhen außerdem die Aufmerksamkeit. Der Inhalt eines Ergebnisses darf allerdings durch die Darstellung in einer Abbildung nicht verfälscht werden (FDA 2011). Damit Patientinnen und Patienten vor einer Entscheidung Risiken und Nutzen einer Maßnahme richtig einschätzen und abwägen können, müssen die verfügbaren Informationen leicht verständlich kommuniziert werden. Hilfreich dafür können Faktenboxen sein, in denen Kosten und Nutzen tabellarisch aufgelistet sind (Schwartz, Woloshin und Welch 2007, 2009). Die klinischen Studien, auf deren Ergebnissen die Angaben basieren, sollten als Quellen angegeben werden.

Nicht alle Menschen sind in gleichem Maße in der Lage, Zahlen zu verarbeiten. Die Fähigkeit, Zahlen zu Risiken zu verstehen und diese in Entscheidungen anzuwenden, bezeichnet man in Anlehnung an das Konzept der (Health) Literacy als „Numeracy“ (Reyna und Brainerd 2008). Eine niedrige Numeracy geht einher mit einem geringen Gesundheitswissen und verzerrten Urteilen. Menschen mit einer niedrigen Numeracy fußen ihre Entscheidung häufig auf irrelevanten Faktoren, zum Beispiel ihrer aktuellen Stimmung, und gewichten Kosten, die sofort fällig werden, höher als die Aussicht auf einen späteren Nutzen. Das ist insbesondere für das Präventionsverhalten ein Problem, da der Nutzen des Verhaltens in der Regel erst später auftritt, die Kosten aber sofort. Bei der Kommunikation von Gesundheitsinformationen ist es für Menschen mit niedriger Numeracy hilfreich, wenn die Botschaften visualisiert sind und hinsichtlich des Präventionsverhaltens der künftige Nutzen stärker herausgestellt wird (Nelson et al. 2008). Die Numeracy lässt sich zum Beispiel mit dem kurzen Berlin Numeracy Test erfassen (Cokely et al. 2012). Damit wird es möglich, Botschaften an die Rezipientinnen und Rezipienten anzupassen.

Den Einsatz von Strategien, um spezifische Personen zu erreichen, deren Voraussetzungen und Eigenheiten man zuvor erfasst hat, bezeichnet man als „Tailoring“. In Bezug auf die Individualisierung der Botschaft geht man dabei noch einen Schritt weiter als beim „Targeting“, mit dem Gruppen von Personen, zum Beispiel Bevölkerungsgruppen mit bestimmten soziodemographischen Merkmalen, erreicht werden sollen (Noar, Benac und Harris 2007). Die Metaanalyse von Noar, Benac und Harris (2007) zeigt einen insgesamt kleinen, aber positiven Effekt des Tailoring. Dabei ist diese Strategie umso erfolgreicher, je mehr Aspekte für das Tailoring genutzt werden. Besonders wirksam ist es, die Einstellungen und die Selbstwirksamkeit der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Außerdem sollte beachtet werden, an welchem Punkt des Entscheidungsprozesses sich eine Person befindet. Das computergestützte Tailoring, also die Erfassung individueller Unterschiede und die darauf angepasste automatische Selektion von Inhalten aus einer Datenbank, ist dann besonders erfolgreich, wenn es mehrfach dynamisch angepasst wird (Krebs, Prochaska und Rossi 2010).

Informationen werden mit unterschiedlichen Zielen, persönlichen Hintergründen und Fähigkeiten verarbeitet. Dies beeinflusst, wie tief, wie genau und wie nachhaltig sie verarbeitet und ob bzw. wie nachhaltig Einstellungen verändert werden (Briñol und Petty 2006; Eagly und Chaiken 1993; Petty und Cacioppo 1986). Einstellungen zu verändern, ist wiederum entscheidend, um auch das Verhalten von Menschen zu ändern (McDermott et al. 2015). Ob eine Einstellung dauerhaft verändert wird und wie intensiv Informationen verarbeitet werden, hängt unter anderem von der Involviertheit der Personen ab. Eine größere Involviertheit und Relevanz für die Rezipientinnen und Rezipienten geht mit einer tieferen und nachhaltigeren Informationsverarbeitung einher. Diese kann durch direkte Ansprache und die Aktivierung eigener Erfahrungen erreicht werden.

Eine besondere Rolle, etwa für die intrinsische Motivation zum Präventionsverhalten, spielt die affektive Komponente von Einstellungen, also jene, die sich auf Stimmungen und Emo-

tionen bezieht. Experimentalstudien zeigen, dass Ansätze, die rein informationsbasiert zu überzeugen versuchen, keinen Effekt auf die affektiven Einstellungen haben. Einen positiven Effekt auf affektive Einstellungen haben hingegen Ansätze, die eine direkte Erfahrung zum Beispiel mit Sport und Bewegung ermöglichen (Rhodes, Fiala und Conner 2009). Es stellt sich die Frage, wie Affekte auch durch Gesundheitsinformationen beeinflusst werden können, beispielsweise mit Hilfe von Humor (Schwarz und Reifegerste 2017; Völzke, von Hirschhausen und Fischer 2016).

Die Art und Weise der Darstellung von Informationen beeinflusst deren Verarbeitung und die Entscheidung für oder gegen ein Gesundheitsverhalten. So können die Folgen eines Verhaltens entweder als Verlust (Loss-Frame) oder als Gewinn (Gain-Frame) dargestellt werden. Präventionsverhalten ist besser durch Gewinn- als durch Verlust-Frames zu beeinflussen (Gallagher und Updegraff 2012). Den Menschen zu vermitteln, dass sie sich vor Hautkrebs schützen, wenn sie ausreichend Sonnencreme benutzen, hat also eher den gewünschten Effekt, als ihnen zu sagen, dass sich das Risiko an Hautkrebs zu erkranken erhöht, wenn sie ohne Schutz in die Sonne gehen. Beim Detektionsverhalten, also beispielsweise Screening-Untersuchungen, ist die Befundlage nicht so eindeutig. Rothman et al. (2006) vermuten, dass für das Detektionsverhalten Verlust-Frames besser wirken.

Informationen werden auch durch Narrative vermittelt, also durch Erzählungen über Erfahrungen von einzelnen Personen. Diese lösen eher eine heuristische, also oberflächliche und unvollständige Verarbeitung von Informationen aus. Da noch Unklarheit darüber herrscht, wie genau sich Narrative auf Entscheidungsprozesse auswirken, wird von dem bewussten und persuasiven Einsatz in Entscheidungshilfen abgeraten (Winterbottom et al. 2008). Prozessnarrative, die zeigen, wie eine Person zu ihrer Entscheidung gekommen ist, dienen dazu, Rezipientinnen und Rezipienten zu motivieren und ein Vorbild aufzuzeigen, ohne direkt überreden zu wollen (Miller-Day und Hecht 2013).

Welche spezifischen Voraussetzungen bietet das Internet, um das Gesundheitsverhalten zu verändern und Wissen zu erwerben? Auch im Internet gilt: Theoriebasierte Interventionen führen zu einer größeren Verhaltensveränderung als Interventionen ohne theoretische Basis. Als Techniken kommen hier infrage: Verhaltensmodelle anbieten, Rückfallprävention, soziale Vergleiche ermöglichen, Ziel- und Handlungsplanung anregen und mögliche Barrieren für das Ausführen der Handlung identifizieren. Die Kombination mehrerer Techniken erhöht die Wirkung. Wirkungsvoll ist zudem, Internetinterventionen mit anderen Interaktionsmöglichkeiten wie etwa SMS-Botschaften, aber auch dem Kontakt mit persönlichen Ansprechpartnern über Telefon oder E-Mail zu ergänzen sowie den Austausch unter Gleichgesinnten zu ermöglichen (Webb et al. 2010). Um das Wissen von Patientinnen und Patienten zu steigern, bietet das Internet die Möglichkeit multimedialer Lernangebote mit Audio-Files, Videos, Animationen, interaktiven Lernmodellen sowie Feedback über den Lernfortschritt. Dadurch wird die Zeit, in der sich die Rezipientinnen und Rezipienten mit den Inhalten auseinandersetzen, erhöht und sowohl der Lernerfolg als auch die Zufriedenheit verbessern sich (Cook, Levinson und Garside 2010).

5 Einordnung und Diskussion

Betrachtet man das Gesundheitsinformationsverhalten der breiten Bevölkerung, so sind Ärzte und Ärztinnen sowie traditionelle Massenmedien nach wie vor wichtige und vertrauenswürdige Quellen (Baumann und Czerwinski 2015). Das Internet hat jedoch insbesondere für die aktive Suche an Bedeutung gewonnen. E-Health-Angebote werden dabei vor allem von Frauen, Jüngeren und Menschen mit höherem sozioökonomischem Status genutzt. Neben der Informationssuche spielt im Internet auch der Austausch mit anderen eine Rolle. Der Einstieg erfolgt online meist über Suchmaschinen, wobei sich die Suchstrategien je nach genutztem Gerät unterscheiden. Zudem verweisen die Befunde darauf, dass ein Internetzugang allein für eine kompetente Suche nicht ausreicht – die Nutzerinnen und Nutzer müssen auch über eine gewisse Medien- und Gesundheitskompetenz verfügen.

In der Forschung zum Gesundheitsinformationsverhalten im Krankheitsfall zeichnet sich ab, dass ein starker Fokus auf dem Online-Informationsverhalten und den Auswirkungen der Informationssuche auf die Arzt-Patient-Beziehung liegt. Im Mittelpunkt stehen dabei vor allem weit verbreitete chronische Erkrankungen (z. B. Krebs); akute oder seltene Erkrankungen werden deutlich weniger berücksichtigt. Auch über das Gesundheitsinformationsverhalten von jüngeren Betroffenen und über das im Krankheitsverlauf liegen bislang kaum Studien vor. In der Regel wird das Verhalten zu bestimmten „Schlüsselmomenten“ (Diagnose, Therapie-Entscheidung, Behandlung, Kontrolluntersuchung; Neverla et al. 2007) in den Blick genommen. Dabei scheint auch bedeutsam, die Informationssuche im Krankheitsfall nicht als isoliertes Handeln der Betroffenen zu betrachten, sondern als gemeinsamen Prozess mehrerer Beteiligter (andere Betroffene, Angehörige). Entsprechend scheint es sinnvoll, neben der reinen Informationssuche auch die „kooperativen Informationsprozesse“ (ebd.) bzw. das Informationsverhalten der sogenannten „surrogate seekers“ (Cutrona et al. 2015) zu betrachten.

Um den Nutzerinnen und Nutzern gesundheitsbezogene Informationen zu kommunizieren, werden sämtliche mediale Kanäle genutzt. Die Kommunikationswege unterscheiden sich deutlich hinsichtlich ihrer *Reichweite*, ihres Potenzials zur *direkten Zielgruppenansprache*, der *Informationstiefe*, der (zuschriebenen) *Glaubwürdigkeit* und ihrer Möglichkeiten zu einer *gezielten Themensetzung*. Mit der Kommunikation können unterschiedliche Ziele verbunden sein: von der reinen Informationsdarbietung über die Veränderung der Wahrnehmung hin zu Persuasionsabsichten. Aufgrund ihrer spezifischen Voraussetzungen sind nicht alle Kommunikationswege gleichermaßen für alle Ziele geeignet.

Zusätzlich zur Frage, welches Medium zur Kommunikation ausgewählt wird, geht es auch um die Entscheidung, wie die Informationen innerhalb der medialen Umgebung aufbereitet werden. Zur Information über Risiken sind einige Dinge in Bezug auf die Darstellung von Zahlen und Wahrscheinlichkeiten zu beachten, um eine adäquate Verarbeitung der Informationen zu gewährleisten und den Patientinnen und Patienten eine informierte Entschei-

dungsfindung zu ermöglichen. Über die Verarbeitung hinaus beeinflusst die Art der Darstellung auch die Wirkung auf Einstellungen und auf das Verhalten der Nutzerinnen und Nutzer. Ob und wie verschiedene Frames und Narrative in der Gesundheitskommunikation eingesetzt werden sollten, ist zum Teil noch offen. In jedem Fall bietet das Internet aufgrund der Multimedialität spezifische Voraussetzungen für die Darbietung von Informationen.

Wie können vor allem mobile und soziale Medien für die Informationssuche an Bedeutung gewinnen und für die Gesundheitskommunikation genutzt werden? Hier müssen bei der Konzeption jeweils die besonderen Voraussetzungen der medialen Umgebungen bedacht werden. Neben den Charakteristika der einzelnen Medien sind bei der Aufbereitung und Verbreitung von Informationen aber immer auch die Nutzerinnen und Nutzer zu betrachten, sowohl was deren Informationsverarbeitungskapazitäten betrifft als auch deren Suchverhalten. Es gilt dabei unterschiedliche Zielgruppen, wie ältere Menschen oder Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status, in den Blick zu nehmen und deren individuelle Voraussetzungen hinsichtlich der (geringen) Medien- und Gesundheitskompetenz zu berücksichtigen.

Für die Informationssuche im Internet hat die Nutzung von Suchmaschinen eine besondere Bedeutung. Die meisten Nutzerinnen und Nutzer finden den Sucheinstieg über Google, was die möglichen Ergebnisse und den weiteren Suchverlauf determiniert. Es stellt sich deshalb die Frage, welche Suchstrategien die Menschen verfolgen, auf welche Inhalte sie dabei stoßen und wie sie mit den Ergebnissen ihrer Suche umgehen. Das Rheingold-Institut hat in einer für die Bertelsmann Stiftung (2018a) erstellten Studie diese „Patienten-Information-Journeys“ in morphologischen Tiefeninterviews eingehender untersucht und nachgezeichnet. Der prozessuale Charakter des Gesundheitsinformationsverhaltens spielt nicht nur in den einzelnen Suchepisoden eine wichtige Rolle, sondern auch im Krankheitsverlauf. Über diese Verläufe ist bisher wenig bekannt, weshalb es wichtig wäre, künftig nicht nur die kurzfristigen, sondern auch die langfristigen Prozesse der Gesundheitsinformationssuche und deren Folgen in den Blick zu nehmen.

Darüber hinaus besteht jedoch auch Bedarf nach standardisierten Repräsentativbefragungen, die das Gesundheitsinformationsverhalten der deutschen Bevölkerung unter Berücksichtigung klassischer und digitaler Informationskanäle sowie der zentralen Determinanten (etwa Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Health Literacy, vgl. Abschnitt 3.1.2) in regelmäßigen Abständen erheben, um so Veränderungen im Informationsverhalten – etwa in Bezug auf soziale und mobile Medien – kontinuierlich beobachten und darauf reagieren zu können. Dabei sollte auch das Gesundheitsinformationsverhalten im Krankheitsfall berücksichtigt werden, um hier zukünftig ein umfassenderes Bild zu erhalten.

Für die Anbieter von Gesundheitsinformationen lassen sich aus den vorliegenden Studien als Handlungsempfehlungen ableiten, dass gesundheitsbezogene Angebote auf die jeweilige Zielgruppe und deren Informationsbedürfnisse zugeschnitten sein sollten (Targeting und Tailoring). Die Wahl des Kommunikationskanals und die Ausgestaltung eines Angebots ergeben sich aus der Zielgruppe und deren Gesundheitsinformationsverhalten, der Zielstellung sowie den Potenzialen einzelner Medien. Unter bestimmten Bedingungen kann sich die Kooperation mit bereits bestehenden Angeboten als zielführender erweisen als die Erstellung eines neuen Angebots, das sich auf dem Markt erst durchsetzen muss.

6 Literatur

-
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Albrecht, U.-V. (Hrsg.) (2016). Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps. Medizinische Hochschule Hannover. Abgerufen von www.charismha.de/
- Altizer, K. P., Grzywacz, J. G., Quandt, S. A., Bell, R., und Arcury, T. A. (2014). A qualitative analysis of how elders seek and disseminate health information. *Gerontology & Geriatrics Education*, 35(4), 337–353. <https://doi.org/10.1080/02701960.2013.844693>
- Baumann, E., und Czerwinski, F. (2015). Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen. In J. Böcken, B. Braun und R. Meierjürgen (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2015*, 57–79. Gütersloh.
- Baumann, E., und Hastall, M. R. (2014). Nutzung von Gesundheitsinformationen. In K. Hurrelmann und E. Baumann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation*, 1. Aufl., 451–466. Bern.
- Baumann, E., und Möhring, W. (2004). *Effektive und effiziente Informationswege zur Prävention von Rückenschmerzen. Expertise im Auftrag der Bertelsmann Stiftung und der Akademie für Manuelle Medizin GmbH (Expertise)*.
- Bertelsmann Stiftung (2018a): *Die Suche nach Gesundheitsinformationen – Patientenperspektiven und Marktüberblick*. Gütersloh. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/doi/10.11586/2017053>
- Bertelsmann Stiftung (2018b): *Das Internet – Auch Ihr Ratgeber für Gesundheitsfragen? Ergebnisse einer Bevölkerungsumfrage zur Suche von Gesundheitsinformationen im Internet und zur Reaktion der Ärzte*. Gütersloh. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/doi/10.11586/2017052>
- Blödorn, S., Gerhards, M., und Klingler, W. (2006). Informationsnutzung und Medienauswahl 2006. *Media Perspektiven*, (12), 630–638.
- Blumler, J. G., und Katz, E. (1975). *The Uses of Mass Communications: Current Perspectives on Gratifications Research*. Beverly Hills, CA.
- Brashers, D. E. (2001). Communication and Uncertainty Management. *Journal of Communication*, 51(3), 477–497. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2001.tb02892.x>
- Briñol, P., und Petty, R. E. (2006). Fundamental Processes Leading to Attitude Change: Implications for Cancer Prevention Communications. *Journal of Communication*, 56 (Suppl 1), S81–S104. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2006.00284.x>
- Carpenter, D. M., DeVellis, R. F., Hogan, S. L., Fisher, E. B., DeVellis, B. M., und Jordan, J. M. (2011). Use and Perceived Credibility of Medication Information Sources for Patients with a Rare Illness: Differences by Gender. *Journal of Health Communication*, 16(6), 629–642. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.551995>
- Chung, J. E. (2013). Patient–Provider Discussion of Online Health Information: Results From the 2007 Health Information National Trends Survey (HINTS). *Journal of Health Communication*, 18(6), 627–648. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.743628>

- Cokely, E. T., Galesic, M., Schulz, E., Ghazal, S., und Garcia-Retamero, R. (2012). Measuring risk literacy: The Berlin Numeracy Test. *Judgment and Decision Making*, 7(1), 25–47.
- Cook, D. A., Levinson, A. J., und Garside, S. (2010). Time and learning efficiency in internet-based learning: A systematic review and meta-analysis. *Advances in Health Sciences Education*, 15(5), 755–770. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9231-x>
- Cutrona, S. L., Mazor, K. M., Vieux, S. N., Luger, T. M., Volkman, J. E., und Finney Rutten, L. J. (2015). Health information-seeking on behalf of others: Characteristics of „surrogate seekers“. *Journal of Cancer Education*, 30(1), 12–19. <https://doi.org/10.1007/s13187-014-0701-3>
- Czaja, S. J., Sharit, J., Hernandez, M. A., Nair, S. N., und Loewenstein, D. (2010). Variability among older adults in Internet health information-seeking performance. *Gerontechnology*, 9(1), 46–55. <https://doi.org/10.4017/gt.2010.09.01.004.00>
- Dahm, M. R. (2012). Tales of Time, Terms, and Patient Information-Seeking Behavior—An Exploratory Qualitative Study. *Health Communication*, 27(7), 682–689. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.629411>
- Diaz, J. A., Griffith, R. A., und Reinert, S. E. (2002). Patients' use of the Internet for medical information. *Journal of General Internal Medicine*, 17(3), 180–185.
- Dutta-Bergman, M. J. (2005). Developing a profile of consumer intention to seek out additional information beyond a doctor: the role of communicative and motivation variables. *Health Communication*, 17(1), 1–16. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1701_1
- Dutta-Bergman, M. J., Feeley, T., und Cheong, P. (2006). Investigating Digital Divide Issues in Online Health Information Seeking: A Population-Based Study. In *Conference Papers – International Communication Association*, 1–21. International Communication Association. Abgerufen von <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ufh&AN=27204268&site=ehost-live>
- Eagly, A. H., und Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX.
- Eysenbach, G. (2005). Patient-to-Patient Communication: Support Groups and Virtual Communities. In *Consumer Health Informatics*, 97–106. New York, NY. Abgerufen von https://link.springer.com/chapter/10.1007/0-387-27652-1_8
- FDA – Food and Drug Administration (2011). *Communicating Risks and Benefits: An Evidence-Based User's Guide*. Abgerufen von www.fda.gov/downloads/AboutFDA/ReportsManualsForms/Reports/UCM268069.pdf
- Felt, U. (2008). *Virtuell informiert? Möglichkeiten und Herausforderungen für die Medizin im Internetzeitalter. Abschlussbericht*. Abgerufen von http://sciencestudies.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/dep_sciencestudies/pdf_files/VIRINFO_Brosch%C3%BCre.pdf
- Fromm, B., Baumann, E., und Lampert, C. (2011). *Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch*, 1. Aufl. Stuttgart.
- Gallagher, K. M., und Updegraff, J. A. (2012). Health message framing effects on attitudes, intentions, and behavior: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(1), 101–116. <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9308-7>
- GfK Consume Tracking (2014, März). Abgerufen, 15. September 2016, von www.gfk-verein.org/sites/default/files/medien/1/dokumente/1408_gesundheit_downloadcharts_final_3.pdf
- Gigerenzer, G., Gaissmaier, W., Kurz-Milcke, E., Schwartz, L. M., und Woloshin, S. (2007). Helping Doctors and Patients Make Sense of Health Statistics. *Psychological Science in the Public Interest*, 8(2), 53–96. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6053.2008.00033.x>
- Goldner, M. (2006). How Health Status Impacts The Types Of Information Consumers Seek Online. *Information, Communication and Society*, 6(9), 693–713.
- Graham, L., Tse, T., und Keselman, A. (2006). Exploring user navigation during online health information seeking. *AMIA Annual Symposium Proceedings / AMIA Symposium. AMIA Symposium*, 299–303.

- Griffin, R. J., Dunwoody, S., und Neuwirth, K. (1999). Proposed Model of the Relationship of Risk Information Seeking and Processing to the Development of Preventive Behaviors. *Environmental Research*, 80(2), S230–S245. <https://doi.org/10.1006/enrs.1998.3940>
- Harrod, M. (2011). „I Have to Keep Going“: Why Some Older Adults Are Using the Internet for Health Information. *Ageing International*, 36(2), 283–294. <https://doi.org/10.1007/s12126-010-9090-z>
- Hiebert, B., Leipert, B., Regan, S., und Burkell, J. (2016). Rural Men’s Health, Health Information Seeking, and Gender Identities: A Conceptual Theoretical Review of the Literature. *American Journal of Men’s Health*. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1557988316649177>
- Higgins, O., Sixsmith, J., Barry, M., und Domegan, C. (2011). *Literature review on health information-seeking behaviour on the web.pdf*. European Centre for Disease Prevention and Control. Abgerufen von <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Literature%20review%20on%20health%20information-seeking%20behaviour%20on%20the%20web.pdf>
- Houston, T. K., und Allison, J. J. (2002). Users of Internet health information: differences by Health Status. *Journal of Medical Internet Research*, 4(2), e7.
- Hovick, S. R., Kahlor, L., und Liang, M.-C. (2014). Personal Cancer Knowledge and Information Seeking Through PRISM: The Planned Risk Information Seeking Model. *Journal of Health Communication*, 19(4), 511–527. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.821556>
- Hurrelmann, K., und Baumann, E. (Hrsg.) (2014). *Handbuch Gesundheitskommunikation*, 1. Aufl. Bern.
- Jadhav, A., Andrews, D., Fiksdal, A., Kumbamu, A., McCormick, J. B., Misitano, A., und Pathak, J. (2014). Comparative analysis of online health queries originating from personal computers and smart devices on a consumer health information portal. *Journal of Medical Internet Research*, 16(7), e160–e160. <https://doi.org/10.2196/jmir.3186>
- Johnson, J. D., und Meischke, H. (1993). A Comprehensive Model of Cancer-Related Information Seeking Applied to Magazines. *Human Communication Research*, 19(3), 343–367. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.1993.tb00305.x>
- Jones, L. M., Veinot, T. C. E., Pressler, S. J., Seng, J. S., McCall, A. M., Fernandez, D., und Coleman-Burns, P. W. (2014). Internet health information seeking (IHIS): An integrative review of the literature. *Western Journal of Nursing Research*, 36(10), 1376–1377. <https://doi.org/10.1177/0193945914540100>
- Jordan, J. E., Buchbinder, R., und Osborne, R. H. (2010). Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient Education and Counseling*, 79, 36–42.
- Kahlor, L. (2010). PRISM: A Planned Risk Information Seeking Model. *Health Communication*, 25(4), 345–356. <https://doi.org/10.1080/10410231003775172>
- Koch, W., und Frees, B. (2016). Dynamische Entwicklung bei mobiler Internetnutzung sowie Audios und Videos. *Media Perspektiven*, (9), 418–437.
- Kontos, E., Blake, K. D., Chou, W.-Y. S., und Prestin, A. (2014). Predictors of eHealth usage: Insights on the digital divide from the Health Information National Trends Survey 2012. *Journal of Medical Internet Research*, 16(7), 155–170. <https://doi.org/10.2196/jmir.3117>
- Krebs, P., Prochaska, J. O., und Rossi, J. S. (2010). A meta-analysis of computer-tailored interventions for health behavior change. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 51(3–4), 214–221. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.06.004>
- Lambert, S. D., und Loiselle, C. G. (2007). Health Information—Seeking Behavior. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1006–1019. <https://doi.org/10.1177/1049732307305199>

- Lampert, C. (2014). Gesundheitsrelevanz medialer Unterhaltungsangebote. In K. Hurrelmann und E. Baumann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation*, 1. Aufl. 228–238. Bern.
- Lausen, B., Potapov, S., und Prokosch, H.-U. (2008). Gesundheitsbezogene Internetnutzung in Deutschland 2007. *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie*, 4(2). Abgerufen von www.egms.de/static/pdf/journals/mibe/2008-4/mibe000065.pdf
- Lee, K., Hoti, K., Hughes, J. D., und Emmerton, L. (2014). Dr Google and the Consumer: A Qualitative Study Exploring the Navigational Needs and Online Health Information-Seeking Behaviors of Consumers With Chronic Health Conditions. *Journal of Medical Internet Research*, 16(12), e262. <https://doi.org/10.2196/jmir.3706>
- Lee, K., Hoti, K., Hughes, J. D., und Emmerton, L. M. (2015). Consumer Use of „Dr Google“: A Survey on Health Information-Seeking Behaviors and Navigational Needs. *Journal of Medical Internet Research*, 17(12), e288. <https://doi.org/10.2196/jmir.4345>
- Link, E. (2016). Gesundheitskommunikation mittels Gesundheitsportalen und Online-Communitys. In C. Rossmann und M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation*, 1–11. Wiesbaden. Abgerufen von http://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-658-10948-6_13-1
- Lipkus, I. M. (2007). Numeric, verbal, and visual formats of conveying health risks: Suggested best practices and future recommendations. *Medical Decision Making*, 27(5), 696–713. <https://doi.org/10.1177/0272989X07307271>
- Liuccio, M., Belotti, R., Comune, A., Zambito, V., und Schulz, P. A. (2015). Communication in Rare Diseases: A Literature Review. *Journal of Communications Research*, 7(3), 215–223.
- Lorence, D. P., Park, H., und Fox, S. (2006). Assessing Health Consumerism on the Web: A Demographic Profile of Information-Seeking Behaviors. *Journal of Medical Systems*, 30(4), 251–258. <https://doi.org/10.1007/s10916-005-9004-x>
- Martinez, L. S. (2014). Psychosocial Determinants of Health Information-Seeking Behavior. In T. Thompson (Hrsg.), *Encyclopedia of Health Communication*, 602–603. Thousand Oaks, CA. Abgerufen von <http://sk.sagepub.com/reference/encyclopedia-of-health-communication/n232.xml>
- McCloud, R. F., Okechukwu, C. A., Sorensen, G., und Viswanath, K. (2016). Beyond access: barriers to internet health information seeking among the urban poor. *Journal of The American Medical Informatics Association: JAMIA*, (23)6, 1053–1059. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocv204>
- McDermott, M. S., Oliver, M., Svenson, A., Simnadis, T., Beck, E. J., Coltman, T., und Sharma, R. (2015). The theory of planned behaviour and discrete food choices: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12. Abgerufen von www.redi-bw.de/db/ebsco.php/search.ebscohost.com/login.aspx%3fdirect%3dtrue%26db%3dpsych%26AN%3d2015-59054-001%26site%3dehost-live
- McMillan, S. J., und Macias, W. (2008). Strengthening the Safety Net for Online Seniors: Factors Influencing Differences in Health Information Seeking Among Older Internet Users. *Journal of Health Communication*, 13(8), 778–792. <https://doi.org/10.1080/10810730802487448>
- Medlock, S., Eslami, S., Askari, M., Arts, D. L., Sent, D., de Rooij, S. E., und Abu-Hanna, A. (2015). Health information-seeking behavior of seniors who use the Internet: a survey. *Journal of Medical Internet Research*, 17(1), e10–e10. <https://doi.org/10.2196/jmir.3749>
- Miller-Day, M., und Hecht, M. L. (2013). Narrative means to preventative ends: A narrative engagement framework for designing prevention interventions. *Health Communication*, 28(7), 657–670. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.762861>

- mindline media GmbH (2013). *Informationsquellen zum Thema „Gesundheit und Medizin“ im Trendvergleich* (PowerPoint Präsentation). mindline media GmbH. Abgerufen von http://mindline-media.de/fileadmin/presse_downloads/Chartbericht_Infoquellen_Gesundheit_2013.pdf
- Moreland, J., French, T. L., und Cumming, G. P. (2015). The Prevalence of Online Health Information Seeking Among Patients in Scotland: A Cross-Sectional Exploratory Study. *JMIR Research Protocols*, 4(3), e85. <https://doi.org/10.2196/resprot.4010>
- Myrick, J. G. (2014). *Searching from the heart: The interplay between emotions and customization in online health information seeking*. ProQuest Information & Learning, US.
- Nelson, W., Reyna, V. F., Fagerlin, A., Lipkus, I., und Peters, E. (2008). Clinical Implications of Numeracy: Theory and Practice. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(3), 261–274. <https://doi.org/10.1007/s12160-008-9037-8>
- Neverla, I., Brichta, M., Kamp, H., und Lüdecke, D. K. (2007). *Wer krank ist, geht ins Netz: Eine empirische Untersuchung zur Medien- und Internetnutzung im Krankheitsverlauf* (Bd. 2). München.
- Noar, S. M., Benac, C. N., und Harris, M. S. (2007). Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 673–693. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.673>
- Oh, Y. S., und Cho, Y. (2015). Examining the Relationships Between Resources and Online Health Information Seeking Among Patients With Chronic Diseases and Healthy People. *Social Work in Health Care*, 54(2), 83–100. <https://doi.org/10.1080/00981389.2014.987940>
- Oh, Y. S., und Song, N. K. (2016). Investigating Relationships Between Health-Related Problems and Online Health Information Seeking. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*.
- Pant, S., Deshmukh, A., Murugiah, K., Kumar, G., Sachdeva, R., und Mehta, J. L. (2012). Assessing the Credibility of the „YouTube Approach“ to Health Information on Acute Myocardial Infarction. *Clinical Cardiology*, 35(5), 281–285. <https://doi.org/10.1002/clc.21981>
- Perez, S. L., Kravitz, R. L., Bell, R. A., Chan, M. S., und Paterniti, D. A. (2016). Characterizing internet health information seeking strategies by socioeconomic status: a mixed methods approach. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16, 107–107. <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0344-x>
- Petty, R. E., und Cacioppo, J. T. (1986). *Communication and Persuasion: Central and Peripheral Routes to Attitude Change*. New York, NY. Abgerufen von <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4612-4964-1>
- Rains, S. A., und Karmikel, C. D. (2009). Health information-seeking and perceptions of website credibility: Examining web-use orientation, message characteristics, and structural features of websites. *Computers in Human Behavior*, 25(2), 544–553. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2008.11.005>
- Ramanadhan, S., und Viswanath, K. (2006). Health and the information nonseeker: a profile. *Health Communication*, 20(2), 131–139. https://doi.org/10.1207/s15327027hc2002_4
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121–148. <https://doi.org/10.1007/BF00919275>
- Renahy, E., und Chauvin, P. (2006). Internet uses for health information seeking: A literature review. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 54(3), 263–275.
- Renner, B., und Gamp, M. (2014). Krisen- und Risikokommunikation. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 9(3), 230–238. <https://doi.org/10.1007/s11553-014-0456-z>
- Reyna, V. F., und Brainerd, C. J. (2008). Numeracy, ratio bias, and denominator neglect in judgments of risk and probability. *Learning and Individual Differences*, 18(1), 89–107. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2007.03.011>

- Rhodes, R. E., Fiala, B., und Conner, M. (2009). A review and meta-analysis of affective judgments and physical activity in adult populations. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(3), 180–204. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9147-y>
- Richardson, A., Allen, J. A., Xiao, H., und Vallone, D. (2012). Effects of race/ethnicity and socioeconomic status on health information-seeking, confidence, and trust. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(4), 1477–1493. <https://doi.org/10.1353/hpu.2012.0181>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., und Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183.
- Rossmann, C., und Hastall, M. R. (2017). *Handbuch Gesundheitskommunikation: kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*. Wiesbaden.
- Rothman, A. J., Bartels, R. D., Wlaschin, J., und Salovey, P. (2006). The Strategic Use of Gain- and Loss-Framed Messages to Promote Healthy Behavior: How Theory Can Inform Practice. *Journal of Communication*, 56(s1), S202–S220. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2006.00290.x>
- Sbaffi, L., und Rowley, J. (2017). Trust and Credibility in Web-Based Health Information: A Review and Agenda for Future Research. *Journal of Medical Internet Research*, 19(6), e218. <https://doi.org/10.2196/jmir.7579>
- Schachinger, A. (2014). *Der digitale Patient: Analyse eines neuen Phänomens der partizipativen Vernetzung und Kollaboration von Patienten im Internet*, 1. Aufl. Baden-Baden.
- Schwartz, L. M., Woloshin, S., und Welch, H. G. (2007). The drug facts box: Providing consumers with simple tabular data on drug benefit and harm. *Medical Decision Making*, 27(5), 655–662. <https://doi.org/10.1177/0272989X07306786>
- Schwartz, L. M., Woloshin, S., und Welch, H. G. (2009). Using a drug facts box to communicate drug benefits and harms: two randomized trials. *Annals of Internal Medicine*, 150(8), 516–527.
- Schwarz, U., und Reifegerste, D. (2017). Humorappelle in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann und M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation*, 1–12. Wiesbaden. Abgerufen von http://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-658-10948-6_37-1
- Sharit, J., Hernández, M. A., Czaja, S. J., und Pirolli, P. (2008). Investigating the Roles of Knowledge and Cognitive Abilities in Older Adult Information Seeking on the Web. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction (TOCHI)*, 15(1), 72–96. <https://doi.org/10.1145/1352782.1352785>
- Singhal, A., Cody, M. J., Rogers, E. M., und Sabido, M. (Hrsg.) (2004). *Entertainment-Education and Social Change: History, Research, and Practice*. London.
- Song, H., Omori, K., Kim, J., Tenzek, K. E., Hawkins, J. M., Lin, W.-Y., und Jung, J.-Y. (2016). Trusting social media as a source of health information: Online surveys comparing the United States, Korea, and Hong Kong. *Journal of Medical Internet Research*, 18(3). <https://doi.org/10.2196/jmir.4193>
- Taha, J., Sharit, J., und Czaja, S. (2009). Use of and Satisfaction With Sources of Health Information Among Older Internet Users and Nonusers. *Gerontologist*, 49(5), 663–673. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp058>
- Thompson, T. L. (Hrsg.) (2014). *Encyclopedia of health communication*. Thousand Oaks, CA.
- Thompson, T. L., Parrott, R., und Nussbaum, J. F. (Hrsg.) (2011). *The Routledge Handbook of Health Communication*, 2. Aufl. New York, NY.
- Tustin, N. (2010). The Role of Patient Satisfaction in Online Health Information Seeking. *Journal of Health Communication*, 15(1), 3–17. <https://doi.org/10.1080/10810730903465491>
- Völzke, C., von Hirschhausen, E., und Fischer, F. (2016). Medizinisches Kabarett als Instrument der Gesundheitskommunikation. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2(12), 91–95. <https://doi.org/10.1007/s11553-016-0575-9>

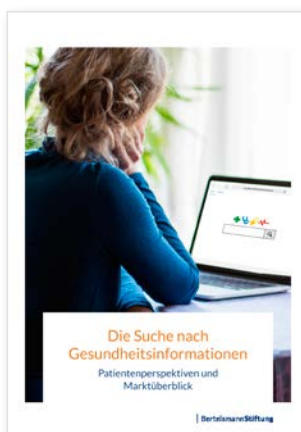
- Webb, T. L., Joseph, J., Yardley, L., und Michie, S. (2010). Using the Internet to promote health behavior change: A systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *Journal of Medical Internet Research*, 12(1), 97–114. <https://doi.org/10.2196/jmir.1376>
- Willoughby, J. F., und Myrick, J. G. (2016). Does context matter? Examining PRISM as a guiding framework for context-specific health risk information seeking among young adults. *Journal of Health Communication*, 21(6), 696–704. <https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1153764>
- Winterbottom, A., Bekker, H. L., Conner, M., und Mooney, A. (2008). Does narrative information bias individual's decision making? A systematic review. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2079–2088. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.037>
- Yang, Z. J., Aloe, A. M., und Feeley, T. H. (2014). Risk Information Seeking and Processing Model: A Meta-Analysis. *Journal of Communication*, 64(1), 20–41. <https://doi.org/10.1111/jcom.12071>
- Ziegler, A., Hadlak, A., Mehlbeer, S., und König, I. R. (2013). Verständnis von Nebenwirkungsrisiken im Beipackzettel. *Dtsch Arztebl International*, 110(40), 669–673.

Literaturtipps

Zur Fragestellung, wie Patienten sich über gesundheitliche Beschwerden und Krankheiten informieren, hat die Bertelsmann Stiftung folgende Publikationen herausgegeben:



Bertelsmann Stiftung (2018). Das Internet: Auch Ihr Berater für Gesundheitsfragen? – Ergebnisse einer Bevölkerungsumfrage zur Suche von Gesundheitsinformationen im Internet und zur Reaktion der Ärzte
DOI: 10.11586/2017052



Bertelsmann Stiftung (2018). Die Suche nach Gesundheitsinformationen – Patientenperspektiven und Marktüberblick
DOI: 10.11586/2017053



Bertelsmann Stiftung (2018). Spotlight Gesundheit – Gesundheitsinfos. Wer sucht, der findet.

Autorinnen und Autoren



Prof. Dr. Constanze Rossmann ist Professorin für Kommunikationswissenschaft mit dem Schwerpunkte Soziale Kommunikation am Seminar für Medien- und Kommunikationswissenschaft der Universität Erfurt. Forschungsschwerpunkte: Gesundheitskommunikation, Rezeptions- und Wirkungsforschung, Kampagnen, eHealth und mHealth.



Dr. Claudia Lampert ist wissenschaftliche Referentin am Hans-Bredow-Institut für Medienforschung. Forschungsschwerpunkte: Gesundheitskommunikation und Mediensozialisation.



Paula Stehr, M.A. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Professur für Kommunikationswissenschaft mit dem Schwerpunkt Soziale Kommunikation an der Universität Erfurt. Forschungsschwerpunkte: Gesundheitskommunikation, Online-Kommunikation, Medien und Prosozialität.



Michael Grimm, M.A. ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Kompetenzbereich Gesundheitskommunikation am Hans-Bredow-Institut für Medienforschung an der Universität Hamburg. Forschungsschwerpunkte: Gesundheitskommunikation, Visuelle Kommunikation, Rezeptions- und Wirkungsforschung und empirische Methoden.

Impressum

© Januar 2018
Bertelsmann Stiftung

DOI: 10.11586/2017051

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-
Straße 256
33311 Gütersloh
Phone +49 5241 81-0
www.bertelsmann-
stiftung.de

Verantwortlich
Uwe Schwenk

Bildnachweis
© baona/iStockphoto.com,
privat, Theresa Köhler

Gestaltung
Dietlind Ehlers

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Claudia Haschke
Project Manager
Programm „Versorgung verbessern – Patienten informieren“
Telefon +49 5241 81-81542
Fax +49 5241 81-681542
claudia.haschke@bertelsmann-stiftung.de

Marion Grote Westrick
Senior Project Manager
Programm „Versorgung verbessern – Patienten informieren“
Telefon +49 5241 81-81271
Fax + 49 5241 81-681271
marion.grotewestrick@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de