

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch -
Gesundheitsschutz 2005 · 48:1250–1255
DOI 10.1007/s00103-005-1153-z
Online publiziert: 13. Oktober 2005
© Springer Medizin Verlag 2005

K. Horch · J. Wirz · Robert Koch-Institut, Berlin

Nutzung von Gesundheitsinformationen

Zu den Ressourcen für Gesundheit zählen auch Gesundheitskompetenz und Selbstbestimmung, die im Rahmen der Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen eine zunehmende gesundheitspolitische Zielorientierung darstellen.

Wesentliche Voraussetzung für die Stärkung der Rolle von Versicherten und Patienten als Partner im Gesundheitswesen sowohl bei der Wahl der Gesundheitsleistungen als auch im Rahmen der Mitverantwortung für die Erhaltung und Wiedergewinnung der Gesundheit sind Transparenz und Informiertheit. Für selbst bestimmtes und kompetentes Handeln werden u. a. Informationen zu Umfang und Kosten von Leistungen, über Leistungserbringer, über den neuesten Stand des medizinischen Wissens, zu Chancen und Risiken therapeutischer Maßnahmen, aber auch zu Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention benötigt.

Nach Angaben einer Studie der Bertelsmann Stiftung im Rahmen des jährlich durchgeführten „Gesundheitsmonitor“ suchen 4 von 5 Erwachsenen aus eigenem Interesse nach Informationen zu Gesundheit und Krankheit. Mehr als ein Drittel der Befragten sammelt schon vor einem Arztbesuch Informationen und lässt diese in das Gespräch mit dem Arzt einfließen. Über 70% der Patienten begründen ihre Suche damit, dass jeder Einzelne durch sein Verhalten besser zur Genesung beitragen könne [1].

Der steigende Informationsbedarf nach gesundheitlichen Themen spiegelt sich auch auf der Angebotsseite wider. Es gibt in Deutschland inzwischen eine zunehmende Anzahl und Vielfalt unterschiedlicher Informationsangebote, aber wenig Informationen zu deren Nutzung.

Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 (GSTelo3) wurden ausgewählte In-

formationsmöglichkeiten zu gesundheitlichen Themen benannt und im Rahmen von Kategorievorgaben nach der Häufigkeit ihrer Nutzung gefragt. Dabei waren Mehrfachantworten möglich (■ **Tabelle 1**). Der GSTelo3 ist eine bundesweite repräsentative telefonische Befragung an einer Stichprobe der deutschsprachigen Wohnbevölkerung ab 18 Jahren (8313 Personen) zu Krankheiten, zum Gesundheitsverhalten und zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens. Die telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Institutes dienen als Baustein des zu entwickelnden Gesundheitsmonitoringsystems in Deutschland.

Die Angaben der Probanden charakterisieren zum einen ganz allgemein die Nutzung der Informationsangebote zu gesundheitlichen Themen in Deutschland, zum anderen geben sie Hinweise auf geschlechts-,

sozialschicht- und altersspezifisches Präventionsverhalten. Weiter gehende Auswertungen, beispielsweise im Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Selbsteinschätzungen der gesundheitlichen Situation, können unter dem Gesichtspunkt der Prävention auch Prädiktoren für Gesundheit aufzeigen, die einen Bezug zu Faktoren der Selbstwirksamkeit und des Lebensstils haben.

Genutzte Informationsquellen zum Thema Gesundheit nach Geschlecht, Alter und Sozialstatus

Die Daten der Befragung belegen ein großes Interesse an gesundheitlichen Themen. Lediglich 2% der Befragten (2,5% der Männer, 1,5% der Frauen) nutzen keine der angegebenen oder sonstige Informationsquellen. Sowohl bei Frauen als

Tabelle 1

Fragen zu den Informationsquellen im Fragebogen des GSTelo3

Im Folgenden nenne ich Ihnen verschiedene Möglichkeiten, sich über gesundheitliche Themen zu informieren. Bitte sagen Sie mir jeweils, ob Sie diese Informationsmöglichkeiten – häufig, manchmal, selten oder nie – nutzen

	Häufig	Manchmal	selten	nie	w.n./kenne ich nicht	k.A.
Radio oder Fernsehen						
Internet						
Hefte oder Broschüren der Krankenkassen						
Hefte oder Broschüren der Apotheken						
Arzthotline der Krankenkassen						
Zeitschriften oder Zeitungen (die bisher nicht genannt wurden)						
Sonstiges						

auch bei Männern stehen Radio und Fernsehen an erster Stelle der Informationsmedien zu gesundheitlichen Fragen (***)¹. Danach zeigt sich bei beiden Geschlechtern eine eindeutige Präferenz für die Nutzung von Informationsmöglichkeiten der Krankenkassen (**). Eine weitere häufig wahrgenommene Informationsquelle sind Hefte oder Broschüren der Apotheken, gefolgt von anderen Printmedien wie Zeitungen und Büchern (**). Neben diesen eher traditionellen Medien gewinnt das Internet an Bedeutung. Über ein Drittel der Befragten, überwiegend Männer, nutzt diese Informationstechnologie (**), während die Arzthotline der Krankenkassen (*) nach den „sonstigen“ Möglichkeiten (**) nur zu einem geringen Maß sowohl von Frauen als auch von Männern in Anspruch genommen wird. Mit Ausnahme des Internets werden alle anderen Informationsquellen von Frauen häufiger genutzt als von Männern (■ **Abb. 1**).

Das Durchschnittsalter der häufig das Internet Nutzenden beträgt 36,5 Jahre, 37 Jahre für Männer bzw. 35 Jahre für Frauen. Während es hier vorrangig die Jüngeren sind, die dieses Medium nutzen (**), steigt für die Mehrzahl der anderen Informationsmedien die Informationsnachfrage mit dem Alter. Ältere Menschen ab 60 Jahre rezipieren neben Rundfunk/Fernsehen insbesondere Informationen der Krankenkassen und aus Heften oder Broschüren der Apotheken (**). Bücher (ns) und Zeitungen (***) werden über die Altersgruppen zunehmend bis zum Alter von 50 Jahren genutzt, danach geht deren Nutzung als Informationsquelle leicht zurück. Ebenso nimmt die Häufigkeit der insgesamt recht geringen Inanspruchnahme der Arzthotline ab einem Alter von 50 Jahren an leicht ab (**).

Ergebnisse anderer Studien [2, 3] belegen, dass Ärzte immer noch die erste Informationsinstanz sind. Auch wenn im GS-Telo3 nicht nach dieser Möglichkeit der Informationsgewinnung gefragt wurde, zeigt die Zweitplatzierung der Krankenkasseninformationen, dass der Wunsch nach kompetenten und gesicherten Informationen besteht. In diesem Zusammenhang scheint die geringe Nutzung der Arzthot-

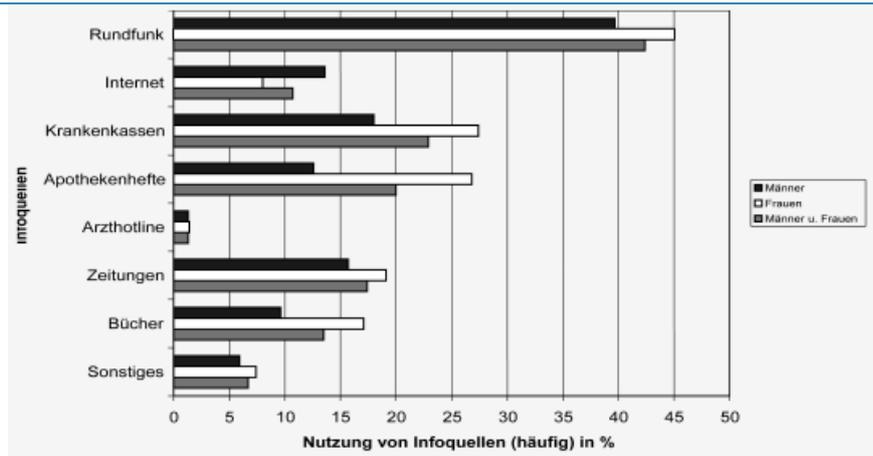


Abb. 1 ▲ Art der genutzten Informationsquellen nach Geschlecht (in %)

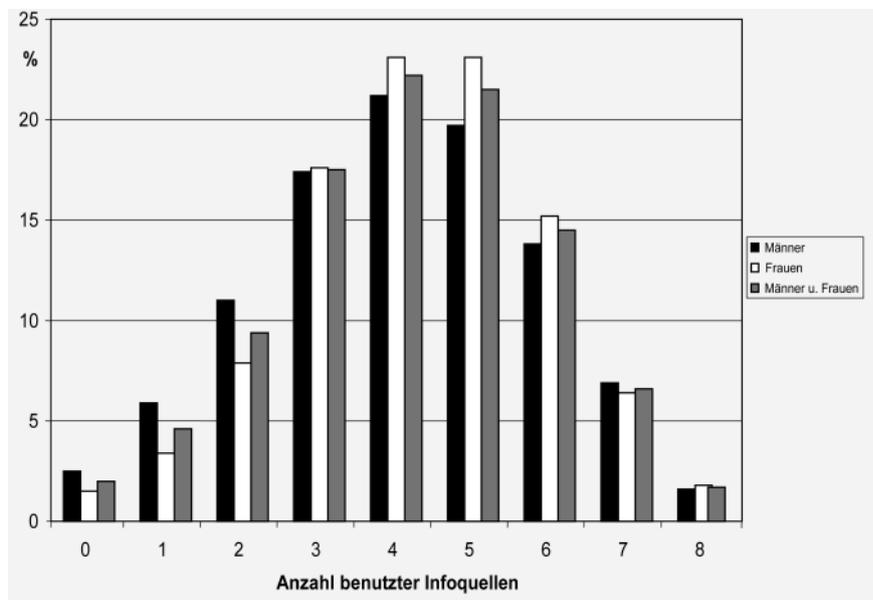


Abb. 2 ▲ Anzahl der genutzten Informationsquellen nach Geschlecht (in %)

line ein Hinweis darauf zu sein, dass diese bislang zu wenig bekannt ist. Demgegenüber spiegelt die hohe Nutzung von Massenmedien auch die Medienwirksamkeit des Themas Gesundheit wider.

Die Befragung ermöglichte Mehrfachangaben, d. h., es konnten mehrere oder alle Informationsquellen aus der angegebenen Palette angegeben werden. Es zeigt sich, dass Frauen insgesamt ein größeres Spektrum unterschiedlicher Informationsquellen nutzen (häufig mehr als 4) als Männer (■ **Abb. 2**). Die Frequenz der Nutzung erhöht sich bis zum Alter von 65 Jahren und nimmt danach wieder leicht ab.

Auswertungen nach dem Sozialstatus zeigen schichtspezifische Präferenzen. Generell werden die angegebenen Informationsmedien in allen Sozialschichten genutzt, dabei ist die Häufigkeit der Infor-

mationsnutzung in der Mittel- und Oberschicht höher als in der Unterschicht. Dieser Zusammenhang spiegelt sich auch in der Anzahl der genutzten Informationsmöglichkeiten wider. Vier und mehr Informationsquellen werden von den Befragten der Unterschicht zu 58,1%, von denen der Mittelschicht zu 67,4% und von der Oberschicht zu 70,6% genutzt (***) (■ **Abb. 3**).

Die Beliebtheit des Radios/Fernsehens als Informationsquelle zu gesundheitlichen Fragen nimmt über die Schichten hin, ausgehend von der Unterschicht, ab. Informationsangebote der Krankenkassen und Apotheken werden von Befragten der Mittelschicht leicht häufiger als von den beiden anderen Sozialschichten genutzt (**), dies betrifft ebenso die Nutzung der Arzthotline (**). Demgegenüber sind das Internet, Bücher (**) und Zeitungen (*)

¹ ***: hoch signifikant; **: signifikant; *: signifikant; ns: nicht signifikant.

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2005 · 48:1250–1255
DOI 10.1007/s00103-005-1153-z
© Springer Medizin Verlag 2005

K. Horch · J. Wirz

Nutzung von Gesundheitsinformationen

Zusammenfassung

Gesundheitspolitische Neuorientierungen sehen sowohl unter gesundheitsökonomischen Erwägungen als auch unter Präventionsgesichtspunkten informierte Bürger und Patienten als einen zentralen Bestandteil der Reformen im Gesundheitswesen. Die Daten des telefonischen Gesundheits-surveys 2003 (GSTel03) wurden hinsichtlich demographischer und sozialer Differenzierungen bei der Nutzung verschiedener Informationsquellen ausgewertet. Zugleich wurde untersucht, ob es möglicherweise bevölkerungsbezogene Unterschiede im Hinblick auf das Interesse an Gesundheitsinformationen gibt, die in einem Zusammenhang mit präventionsrelevantem Gesundheitsbewusstsein und entsprechenden Verhaltensweisen gesehen werden können. Die Daten der Befragung belegen ein großes Interesse an gesundheitlichen Themen. Lediglich 2% der Befragten nutzen keine diesbezüglichen Informationsquellen. Neben eher traditionellen Medi-

en (Bücher, Zeitungen, Apothekeninformationen) gewinnen Informationen der Krankenkassen und über das Internet zunehmend an Bedeutung. Mit Ausnahme des Internets werden alle anderen Informationsquellen von Frauen häufiger genutzt als von Männern, und die Nachfrage erhöht sich für die Mehrheit der Informationsmedien mit dem Alter. Die Häufigkeit der Informationsnutzung und die Anzahl der genutzten Medien steigen ausgehend von der Unter- bis hin zur Oberschicht. Für ausgewählte Variablen des Gesundheitsverhaltens (Rauchen, Sport, Alkohol) zeigt sich, dass eine eher positive Gesundheitsorientierung zugleich mit einem größeren Informationsinteresse verbunden ist.

Schlüsselwörter

Gesundheitsinformationen · Nutzung von Informationsquellen · Gesundheitsverhalten · Gesundheitskompetenz

People's interest in health information

Abstract

Well-informed citizens and patients regard health policy innovations as a key element when it comes to reforms in the health service – both in health economics and with regard to prevention issues. We evaluated the data provided by the 2003 Telephone Health Survey (GSTel03) to examine demographic and social distinctions in the use of different information sources. At the same time we examined whether there are any population-related differences in people's interest in health information depending on their levels of health awareness, attitudes to prevention and related modes of behaviour. The data generated by the survey show that there is considerable interest in health-related topics. Only 2% of the people questioned used no information sources for this purpose. In addition to more traditional media (books, newspapers, informa-

tion from pharmacies), information provided by health insurance companies and via the Internet is becoming increasingly important. With the exception of the Internet, all other sources of information are used more frequently by women than by men, and demand for most of the information media increases with age. The frequency of information use and the number of different media used increase from the lower to the upper strata of society. As far as selected variables of health-related behaviour are concerned (smoking, sport, alcohol), the results show a link between a more positive attitude to health and a greater interest in information.

Keywords

Health information · Use of information sources · Health-related behaviour · Health-related skills

Informationsmedien, die häufiger von Angehörigen der Oberschicht in Anspruch genommen werden. **■ Tabelle 2** verdeutlicht den Anteil der häufig die verschiedenen Informationsquellen Nutzenden. Die übrigen Kategorien (**■ Tabelle 1**) werden hier nicht berücksichtigt.

Häufigkeit der Nutzung von Informationsquellen nach dem Sozialstatus

Die Auswertung der telefonischen Befragung ermöglicht auch eine Differenzierung der Nutzung von Informationsquellen nach der Zugehörigkeit zu verschiedenen Krankenversicherungen wie AOK, EKK, BKK, IKK, restliche GKV's (GKV-Rest) sowie PKV/Beihilfe. Radio und Fernsehen stehen bei allen Versicherten, unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer Kasse, an erster Stelle (**). Die Arzthotline ist das am wenigsten genutzte Informationsmedium. Sie findet am meisten Zuspruch bei Versicherten der Betriebskrankenkassen und der AOK, am wenigsten bei privat Krankenversicherten/Beihilfempfangern. Informationen der Krankenkassen werden erwartungsgemäß ebenfalls vorrangig von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung genutzt, dabei am häufigsten von denen der Ersatzkassen. Der Anteil derjenigen, die Bücher und das Internet zu gesundheitlichen Fragen rezipieren, ist bei Versicherten der privaten Krankenversicherung bzw. Beihilfempfangern (Bücher: 61%, Internet: 49%) am größten. Am zweitgrößten ist der Anteil der Internetnutzer unter den BKK-Versicherten, am geringsten unter AOK-Mitgliedern (**).

Geringfügige Medienpräferenzen lassen sich auch in Verbindung mit der Beantwortung der Frage nach der regionalen Zugehörigkeit zu den alten und neuen Bundesländern ausmachen. Dabei nutzen Befragte der alten Bundesländer häufiger das Internet [Ost: 34,2%/West: 39,2% (**)] und Befragte der neuen Bundesländer häufiger Rundfunk/Fernsehen [Ost: 92,5%/West: 89,9% (**)] als Informationsquelle zu gesundheitlichen Fragen. Die Arzthotline wird von den Probanden der alten und neuen Bundesländer gleichermaßen gering genutzt [Ost: 12,2%/West: 12,1% (ns)]. Allgemeine Informationen der

Tabelle 2

Häufige Nutzung von Informationsquellen nach Sozialstatus (in %)

Infoquellennutzung: Häufig [%]	Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht
Radio oder Fernsehen	47,7	45,4	33,6
Internet	9,0	9,9	13,6
Krankenkassen	23,8	25,3	17,5
Apothekenhefte	19,8	21,9	16,2
Arzthotline	1,2	1,4	1,2
Zeitungen	17,7	16,9	18,4
Bücher	9,9	12,8	16,6
Sonstiges	4,8	5,9	9,3

Tabelle 3

Informiertheit nach Alter und Sozialstatus (in %)

			Informiertheit [%]	
			Selten/nie	Häufig/manchmal
Männer	Unterschicht	Bis 29	76,2	23,8
		30–39	76,3	23,7
		40–65	68,5	31,5
		Über 65	60,6	39,4
		<i>Gesamt</i>	71,6	28,4
	Mittelschicht	Bis 29	73,4	26,6
		30–39	72,0	28,0
		40–65	66,6	33,4
		Über 65	59,5	40,5
		<i>Gesamt</i>	67,9	32,1
	Oberschicht	Bis 29	66,2	33,8
		30–39	69,9	30,1
		40–65	68,0	32,0
		Über 65	59,1	40,9
		<i>Gesamt</i>	66,9	33,1
Frauen	Unterschicht	Bis 29	67,0	33,0
		30–39	66,1	33,9
		40–65	60,5	39,5
		Über 65	60,4	39,6
		<i>Gesamt</i>	62,8	37,2
	Mittelschicht	Bis 29	65,0	35,0
		30–39	61,7	38,3
		40–65	57,5	42,5
		Über 65	60,1	39,9
		<i>Gesamt</i>	60,0	40,0
	Oberschicht	Bis 29	63,8	36,2
		30–39	62,4	37,6
		40–65	60,6	39,4
		Über 65	60,1	39,9
		<i>Gesamt</i>	61,2	38,8

Krankenkassen [Ost: 76,6%/West: 75,6% (ns)], aber auch Broschüren und Informationen der Apotheken [Ost: 69,0%/West: 66,1% (*)] werden etwas mehr von Befragten genutzt, die in den neuen Bundesländern leben.

Informiertheit nach Sozialstatus, Geschlecht und Alter

Gesundheitspolitische Neuorientierungen sehen sowohl unter gesundheitsökonomischen Erwägungen als auch unter Präven-

tionsgesichtspunkten informierte Bürger und Patienten als zentralen Bestandteil der Reformen im Gesundheitswesen. In diesem Zusammenhang ist es von Interesse, ob zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen, unabhängig von der Nutzung einzelner spezifischer Informationsmedien, diesbezügliche Unterschiede bestehen. Entsprechend wurde aus dem Mehrfachantwortenset eine Variable „Informiertheit“ gebildet, die alle Nennungen über die angegebenen Informationsquellen berücksichtigt und 2 Ausprägungen – „häufig und manchmal“ sowie „selten und nie“ – umfasst. Als Nenner für Prozentwerte wurde die Anzahl der Antworten gewählt, sodass die Antworten der Befragten über alle 8 Informationsquellen 100% ergeben. Für Signifikanzberechnungen wurden mittels der Ausprägungen „häufig und manchmal“ (1) sowie „selten und nie“ (0) über alle Informationsquellen ein Summenscore gebildet, Mittelwerte berechnet und T-Tests für die Mittelwertgleichheit durchgeführt.

Demographische Differenzierungen des Antwortverhaltens nach Geschlecht, Alter und Sozialschicht für die zusammenfassende Variable „Informiertheit“ machen deutlich, dass Frauen mehr an Gesundheitsinformationen interessiert sind als Männer (***) . Im Schnitt nutzen nach unserer Befragung Frauen zu 39% und Männer zu 32% die erfragten Informationsquellen häufig bzw. manchmal. Bei den Frauen sind es überwiegend die 40- bis 65-Jährigen und bei den Männern die über 65-Jährigen, die an solchen Informationen interessiert sind (***) .

Am häufigsten werden Informationsmedien zu gesundheitlichen Fragen von Frauen der Mittelschicht genutzt, gefolgt von denen der Oberschicht (**). Männer der Unterschicht haben augenscheinlich das geringste Interesse, Informationsangebote zur Gesundheit in Anspruch zu nehmen (***) . Dabei sind es die jüngeren Männer bis 39 Jahre, die eher desinteressiert sind (■ **Tabelle 3**) .

Regionale Unterschiede der allgemeinen Informiertheit im Zusammenhang mit den genannten Informationsquellen zwischen Ost- und Westdeutschland sowie zwischen deutscher und Migrantenpopulation lassen sich nicht feststellen (ns). Eine Auswertung zum Familienstand zeigt, dass sich ledige seltener als verheiratete Personen informieren. Entsprechend der bereits geschilderten Altersverteilung ist das Interesse an Ge-

sundheitsinformationen bei den Verwitweten am höchsten (***) .

Bezieht man den Gesundheitszustand der Bevölkerung mit in die Betrachtung ein, so zeigt sich eine zunehmende Nachfrage nach Gesundheitsinformationen mit einer Verschlechterung des subjektiven Gesundheitszustandes. Desgleichen ist das Informationsbedürfnis bei Personen mit chronischen Krankheiten ausgeprägter als bei Gesunden.

Gesundheitsinformationen und Gesundheitsverhalten

Selbstbestimmtheit, Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz sind wesentliche Aspekte des Lebensstils und damit des Präventionsverhaltens. Bislang mangelt es noch an gesundheitspolitischen Konzepten und Strategien, denen eine umfassende Sichtweise auf die positiven Dimensionen von Gesundheit zugrunde liegt und deren Ziel die Verbesserung gesundheitsorientierter Indikatoren ist. Wesentliche Voraussetzung für den Erwerb von Gesundheitskompetenz sind zum einen ein hohes Niveau an Informiertheit und zugleich deren selbstwirksames Umsetzen in Bezug auf gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und selbst bestimmtes Handeln im Gesundheitswesen. Mit dem Health-Locus-of-Control-Konzept (HLC) wird das Vorliegen gesundheitsbezogener Einstellungen als eine Grundlage für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen beschrieben [4, 5].

Mithilfe des GSTelo3 wurde untersucht, ob es bevölkerungsbezogene Unterschiede hinsichtlich des Interesses an Gesundheitsinformationen gibt, die möglicherweise in einem Zusammenhang mit präventionsrelevantem Gesundheitsbewusstsein und entsprechenden Verhaltensweisen gesehen werden können. Es zeigt sich, dass sportlich aktive Personen häufiger Gesundheitsinformationen in Anspruch nehmen als diejenigen, die keinen Sport treiben (***) . Raucher informieren sich seltener über gesundheitliche Fragen als Nicht- und Exraucher (***) . Ebenso lässt sich für die Variable Alkoholkonsum (kein - wenig) ein Zusammenhang zwischen einem eher positiven Gesundheitsverhalten und einem größeren Informationsinteresse erkennen (***) (■ **Abb. 4**) .

Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass das Rezipieren von Gesundheits-

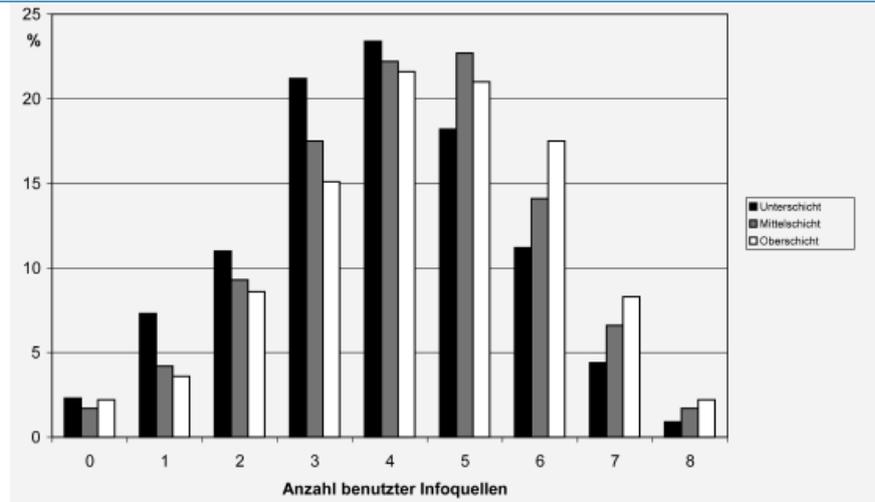


Abb. 3 ▲ Anzahl der genutzten Informationsquellen nach Sozialstatus (in %)

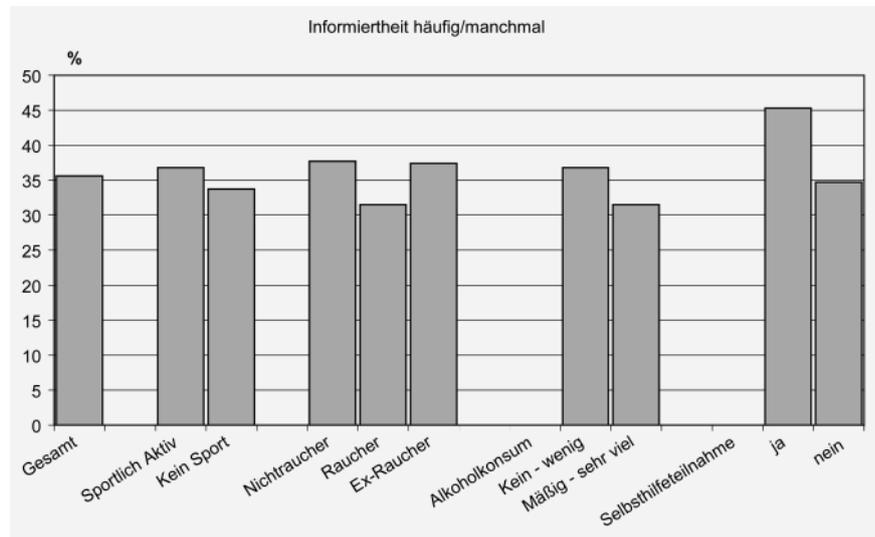


Abb. 4 ▲ Informiertheit (Ausprägung: häufig bis manchmal) in Abhängigkeit von präventionsrelevanten Verhaltensweisen (in %)

informationen als ein Bestandteil des Gesundheitsbewusstseins und gesundheitlicher Kontrollüberzeugungen angesehen werden kann, die wiederum Auswirkungen auf das Gesundheitshandeln haben.

Eigenverantwortlichkeit kann sich u. a. auch als aktive Selbsthilfe widerspiegeln. Selbsthilfegruppen verstehen sich als Gruppen von Menschen, die sich um die mit ihrer Erkrankung verbundenen Probleme kümmern. Sie sind Beratungs- und Informationseinrichtungen zugleich (s. auch im Themenheft 23 der Gesundheitsberichterstattung, „Selbsthilfe im Gesundheitsbereich“ [6]). Wenig verwunderlich ist somit, dass Teilnehmer von Selbsthilfegruppen eine größere Nachfrage nach Gesundheitsinformationen haben als Nichtteilnehmer (***) (■ **Abb. 4**) .

Gesundheitsinformationen und Gesundheitsziele

Das Thema Gesundheitskompetenz ist auch Bestandteil des nationalen Programms „gesundheitsziele.de“. Patienten und Bürger sollen als „Koproduzenten“ und als Experten für ihre eigene Gesundheit befähigt werden. Dazu tragen z. B. ein verändertes Gesundheitsbewusstsein, kritisches Verbraucherverhalten, Strukturreformen im Gesundheitswesen, aber auch Veränderungen im Informations- und Kommunikationssektor bei [7, 8]. Ausgehend vom Begriff der „Kompetenz“ werden folgende Zielthemen verfolgt:

- Transparenz erhöhen,
- Kompetenz entwickeln,
- Patientenrechte stärken,
- Beschwerdemanagement verbessern.

Die Erhöhung der Transparenz wird vor allem mit einer Verbesserung der Informationsdarstellung und -verbreitung erreicht. Dabei besteht zwischen der Erhöhung der Transparenz und der Entwicklung von Kompetenz ein enger Zusammenhang. Informationen sind sowohl Voraussetzung für eine bedarfsgerechte, zweckmäßige und effiziente Nutzung des Gesundheitswesens als auch, wie bereits ausgeführt, für gesundheitliche Kompetenz und Beteiligung im Gesundheitswesen. Informationsvermittlung kann sowohl über Experten und Medien erfolgen, d. h. als „passive“ Strategie und aktives Rezipieren, als auch über aktivierende Strategien, die gesundheitliches Selbstmanagement und das sog. Empowerment fördern (z. B. Selbsthilfe) [7].

Schlussfolgerungen

Die präventive Ausrichtung von Verhaltensweisen und der Aufbau von Gesundheitsressourcen erfordern eine bevölkerungs- und altersgruppenbezogene Orientierung. Die vorliegenden Auswertungen geben Anhaltspunkte dafür, dass auch die Inhalte von Gesundheitsinformationen und deren Vermittlung auf die Bedarfslagen verschiedener Bevölkerungsgruppen ausgerichtet werden sollten. Nur so können individuelle und soziale gesundheitliche Überzeugungsprozesse angestoßen sowie Motivation und Handlungskonsequenzen erreicht werden.

Gegenwärtig vorliegende Gesundheitsinformationsangebote erreichen vorrangig Frauen der Mittelschicht. Im Sinne einer umfassenden, aber auch geschlechterorientierten Prävention wäre zu überlegen, wie insbesondere junge Männer der Unterschicht durch Informationsmedien angesprochen werden könnten. Obwohl die Krankheitslast dieser Altersgruppe vergleichsweise gering ist, manifestieren sich Gesundheitsrisiken bereits in diesem Altersbereich, sodass eine Veränderung des Gesundheitsbewusstseins auch über Informationen sinnvoll erscheint. Nach den Ergebnissen unserer Auswertungen zu urteilen, bieten sich hier insbesondere die Medien Radio und Fernsehen an, zunehmend sicherlich auch das Internet.

Die Analyse des Verhaltens der Rezipienten macht deutlich, dass generell ein hohes Interesse an Gesundheitsinformationen besteht und dafür vielfältige Informationsmedien genutzt werden. Dabei geht es zuneh-

mend jedoch nicht nur um vermehrte Informationsmöglichkeiten, sondern auch um deren Verlässlichkeit, d. h. also Qualität. Informationen müssen korrekt, leicht zugänglich und für medizinische Laien gut verständlich sein. Zahlreiche Studien zeigen, dass die zurzeit angebotenen Gesundheitsinformationen diese Kriterien häufig nicht erfüllen [4]. Insbesondere die Qualität von Gesundheitsinformationen im World Wide Web wird zunehmend einer kritischen Bewertung unterzogen [9].

Aufgabe der Gesellschaft ist es, die Informationen zur Verfügung zu stellen, die es dem Einzelnen ermöglichen, der Verantwortung für seine Gesundheit gerecht zu werden. Als Bestandteil der Reformen im Gesundheitswesen wurden zu diesem Zweck bereits Maßnahmen getroffen und Strategien entwickelt, die gegenwärtig und langfristig von Akteuren des Gesundheitswesens umgesetzt werden. Hierzu zählt z. B. das auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) gegründete Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis), in dem sich Organisationen, Verbände, Körperschaften, Unternehmen u. a., die sich aktiv am Aufbau eines Informationssystems für Bürger in Deutschland beteiligen, zusammengeschlossen haben. Grundsätze der Qualitätssicherung sollen durch die Entwicklung und Umsetzung eines dauerhaften Qualitätssicherungsprozesses für Gesundheitsinformationen insbesondere in den „neuen Medien“ verwirklicht werden. Zu diesem Zweck werden vor allem Qualitätskriterien auf Informationsseiten im Internet angewendet [10].

Ein weiterer Schritt zur Qualitätsentwicklung von Gesundheitsinformationen und Erhöhung der Kompetenz der Bürger und Patienten ist die Gründung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Dieses unabhängige Institut wird als private Stiftung objektive Informationen über den Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse, z. B. zu verschiedenen Therapieformen, aber auch zur Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung, zur Verfügung stellen [11].

Wirksame präventive Strategien und Maßnahmen erfordern ein breites und qualitätsgesichertes Angebot an Gesundheitsinformationen sowie eine Vernetzung verschiedener gesellschaftspolitischer Bereiche. Neue Medien eröffnen hier neue

Möglichkeiten und Strukturen der Informationsvermittlung. Die vorhandenen Informationsquellen müssen jedoch kontinuierlich bekannt gemacht werden, wie beispielsweise der sehr geringe Nutzungsgrad der Arzthotline zeigt.

Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit hat maßgeblichen Einfluss auf die Informationsangebote der Medien [12, 13]. Damit kann eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit über diese Angebote die Gesundheitsförderung und Prävention sowie entsprechende Meinungsbildungsprozesse und Verhaltensmodifikationen unterstützen. Die vorgestellten Ergebnisse tragen dazu bei, diesen Prozess zielgruppenorientiert zu verfolgen.

Weiterführende aktuelle Literatur

Der informierte Bürger (2004) Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 47(10)

Korrespondierender Autor

Dr. K. Horch

Abteilung Epidemiologie
und Gesundheitsberichterstattung,
Robert Koch-Institut,
Postfach 650261, 13302 Berlin
E-Mail: horchk@rki.de

Literatur

1. Bertelsmann-Stiftung (2004) Gesundheitsmonitor <http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/4194.jsp>
2. Dierks M, Bitzer E, Lerch M et al. (2001) Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr 195. Akademie für Technikfolgenabschätzung, Stuttgart
3. European Opinion Research Group (EORG) (2003) European Union citizens and sources of information about health. Eurobarometer 58.0
4. Ferring D, Filipp S (1989) Der Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen (FEGK). Z Klin Psychol 3:285–289
5. Rotter J (1954) Social learning and clinical psychology. Prentice Hall, Englewood Cliffs NJ
6. Robert Koch-Institut (2004) Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Themenheft 23
7. BMGS (2003) gesundheitsziele.de – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht, 14. Februar 2003
8. Bohle F (2001) Der informierte Patient. Die neue Rolle des Patienten im Kommunikations-Informationszeitalter. Gpk Gesellschaftspolitische Kommentare 42(10):6–11
9. Eisenbach G (2003) Qualität von Gesundheitsinformationen im World Wide Web. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 4:292–299
10. Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (2005) Information, Qualität, Gesundheit. <http://www.afgis.de>
11. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2005) <http://www.iqwig.de>
12. Badura B, Schellschmidt H, Hart D (1999) Bürgerorientierung des Gesundheitswesens – Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden
13. Baerns B (1991) Öffentlichkeitsarbeit oder Journalismus? Wissenschaft und Politik, 2. Aufl., Köln