

Patienteninformation und -beratung im Internet

Transfer medientheoretischer Überlegungen auf ein expandierendes Praxisfeld

Sebastian Schmidt-Kaehler

Die Bedeutung des Internets im Handlungsfeld der medialen Patienten- und Verbraucherberatung ist in den letzten Jahren sprunghaft gewachsen. Ein Transfer der medientheoretischen Diskussion über die neuen Medien auf die Kommunikationsaufgaben der Patientenberatung unterstreicht dabei den zukünftigen Stellenwert dieser Angebote und verdeutlicht ideale Einsatzgebiete. Wenn auch die textgebundene Online-Kommunikation ohne Signale wie Stimmlage, Geruch oder Körpersprache auskommen muss, so liegen entscheidende Vorteile in der Möglichkeit der anonymen und niederschwelligen Kontaktaufnahme, der Kontrolle über den Informationsaustausch und der sozialen Vernetzung. So lassen sich gerade im Gesundheitswesen neue Zielgruppen erschließen, und der Zeitpunkt der Kontaktaufnahme zum Hilfesystem kann nach vorne verlagert werden. Die Interaktivität, die multimediale Angebotsform, das digitale Datenformat, der Informationspluralismus und die besondere Nutzerorientierung des Internets bilden weitere Potenziale, die besonders für die Patienteninformation und -beratung neue Möglichkeiten schaffen.

Stichwörter: Patientenberatung, Online-Beratung, Internet-Beratung, Patienteninformation, Medienwirkungen, Gesundheitskommunikation, Gesundheitswebsites, Gesundheitsinformation

1. Einleitung

Die neuen Medien haben sich in der vergangenen Dekade exponentiell ausgebreitet und prägen seither auch das Bild der Gesundheitskommunikation (vgl. Hurrelmann & Leppin 2001). Sie eröffnen nicht nur neue Möglichkeiten für eine ‚ferngesteuerte Medizin‘ und den weltweiten, fachlichen Austausch von Medizinern, sondern dienen auch den Nutzern des Gesundheitswesens zunehmend als Informations- und Kommunikationsinfrastruktur. Einer repräsentativen Befragung der European Opinion Research Group (vgl. Spadaro 2003) zufolge nutzen bereits 24 % der deutschen Bevölkerung das Internet als Quelle für Gesundheitsinformationen. Wie eine Studie der Bertelsmann-Stiftung (2004) zeigt, greifen vor allem Menschen, die tatsächlich von Krankheit betroffen sind und sich in der Patientenrolle befinden, auf die neuen Medien zurück. Mit dem Internet hat sich für das expandierende Feld der Patienteninformation und -beratung also ein Medium etabliert, das angesichts eines steigenden Informations- und Beratungsbedarfs in der Bevölkerung immer häufiger genutzt wird: Die verstärkte Einführung von Marktmechanismen im Gesundheitswesen, der immer komplexer werdende Medizinbetrieb, ein intensiviertes Gesundheitsbewusstsein und nicht zuletzt die Veränderungen der Altersstruktur und des Krankheitsspektrums tragen zu dieser Entwicklung bei (vgl. Schaeffer et al. 2005, Behnke et al. 2001, Hurrelmann 2001).

Die zunehmende Bedeutung des Internets in diesem Praxisfeld wirft nun zahlreiche Fragen auf. So ist beispielsweise unklar, wie internetgestützte Angebote für Patienten und deren Angehörige innerhalb der Beratungslandschaft zu positionieren sind, welchen Stellenwert diese Dienstleistungen zukünftig einnehmen werden und wo genau die Potenziale und Grenzen bei der Patienteninformation und -beratung liegen. Der Infor-

mationsbegriff impliziert dabei die „Verminderung des Kenntnis- oder Aktualitätsgefälles zwischen Kommunikator und Rezipient“ (Noelle-Neumann et al. 2002, S. 148) und schließt somit eine Reihe von Aktivitäten der Wissensvermittlung ein, während Beratung noch weiter geht und darauf abzielt, „individuellen Rat zu geben und Einschätzungen zu ermöglichen“ (Francke & Mühlenbruch 2004, S. 162). Die einschlägige theoretische Diskussion innerhalb der Gesundheitswissenschaften steht noch am Anfang und wird immer wieder durch die große Dynamik der neuen Medien überholt, so dass sich ein Transfer der allgemeinen medientheoretischen Diskussion auf das Handlungsfeld der Patientenberatung anbietet. Ziel der nun folgenden Ausführungen ist es, Kernaussagen bereits etablierter Theorien und Modelle zusammenzufassen und deren Relevanz für patientenzentrierte Informations- und Beratungsdienstleistungen herauszuarbeiten.

2. Die technische Infrastruktur

Zunächst lassen sich einige für das Internet typische Eigenschaften nennen, deren Bedeutung für das Praxisfeld der Patienteninformation und -beratung im Folgenden näher ergründet werden sollen. Ein erstes Element bildet dabei die **Interaktivität** der neuen Medien, die mit der aktiven Selektion der Inhalte beginnt: Im Internet werden meist nur diejenigen Inhalte aufgerufen bzw. angeklickt, die die Nutzer auch tatsächlich interessieren. Dieses Nutzerverhalten wird dem Anbieter einer Website mittels einer Webstatistik zurückgemeldet, und kann so in die Gestaltung bzw. Pflege des Angebots einfließen. Die Interaktivität des Internets geht jedoch weit über derartige Nutzerinteraktionen hinaus und reicht über die dialogische Komponente aktiver Kommunikation bis hin zur direkten Gestaltung der Inhalte durch die Nutzer. So existiert etwa die *Möglichkeit der direkten Rückkopplung* zwischen Sender und Empfänger („Direct Response“). Gerade im Bereich von Gesundheitsinformationen kann dieser reziproke Austausch sinnvoll sein, um Unsicherheiten auf Seiten der Nutzer auszuräumen. Häufig werfen Informationen zu bestimmten Erkrankungen oder Behandlungsmethoden auch neue Fragen auf, so dass die einseitige Informationsverbreitung über eine Website nicht ausreicht. In diesem Fall bietet das Internet die Möglichkeit, Ratsuchenden *weiter reichende Beratungsleistungen* per E-Mail oder über ein Diskussionsforum anzubieten, um das Informationsprofil auf jeden Einzelfall abzustimmen und das benötigte Wissen zu vertiefen. Die Besucher einer Website können die Inhalte eines Informationsangebotes aber auch direkt beeinflussen und gestalten oder ohne nennenswerten Aufwand selbst zum Anbieter einer eigenen Website werden. Die Sender-Empfänger-Hierarchie der traditionellen Massenmedien wird dabei durchbrochen und weitestgehende Rollensymmetrie hergestellt (vgl. Tautz 2002). Somit ermöglicht das Internet innerhalb der medialen Kommunikation mit Patienten eine vergleichsweise starke Einbeziehung in den Informations- und Beratungsprozess – ein Aspekt, dem gerade im Kontext der Patientenberatung ein besonderer Stellenwert zukommt, da die mangelnde Nutzerorientierung und Einbindung von Patienten in das Versorgungsgeschehen ein häufig zitiertes Problem des deutschen Gesundheitswesens darstellt (vgl. SVR 2003, Hart & Francke 2002, Badura 2002).

Eine weitere relevante Eigenschaft des Internets ist dessen **Niederschwelligkeit**, denn die Zugangsbarrieren zu Informationen jeglicher Art sind vergleichsweise gering. So lassen sich Gesundheitsinformationen unabhängig von Zeit und Raum abrufen. Öffnungszeiten spielen keine Rolle mehr, der Zugang ist ohne großen Zeitaufwand von jedem Ort aus weltweit möglich, und auch die Nutzungsentgelte sind in der Vergangen-

heit deutlich gesunken. Angesichts dieser Bequemlichkeit, der Ad-hoc-Fürfügbarkeit, der zeitlichen Flexibilität und der Tatsache, dass die reale Präsenz in der Regel mit einem sehr viel höheren Zeit- und Kostenaufwand verbunden ist als die virtuelle Präsenz, hat der Medienwissenschaftler William Mitchell (1997) den Begriff der ‚Präsenzökonomie‘ eingeführt: Er verweist darauf, dass virtuelle Orte schon jetzt mit physischen Orten darum konkurrieren, Schauplätze des Handelns, der Arbeit, der Unterhaltung und Bildung zu sein. Auch der Beratungssektor kann auf virtuelle Welten ausweichen, doch geht es dabei weniger um eine Konkurrenz zu den bestehenden Beratungsstellen als vielmehr um eine komplementäre Erweiterung des Angebotsspektrums, die den Grad der Zielgruppenerreichung deutlich verbessern kann. So zeichnet sich etwa die Landschaft der Patientenberatung in ländlichen Regionen durch eine z.T. frappierende strukturelle Unterversorgung aus, während es in den Ballungszentren nicht selten zu Angebotsdopplungen kommt (vgl. Schaeffer et al. 2005). Über das Internet erhalten die Bewohner dünn besiedelter Gebiete nun Zugang zu gesundheitsrelevanten Informations- und Beratungsleistungen mit teilweise hochspezifischer Ausrichtung. Doch auch in Städten und Ballungszentren können neue Nutzer der Patientenberatung erschlossen werden. Hierzu zählen etwa voll berufstätige oder zeitlich stark eingebundene Personen, die angesichts begrenzter Öffnungszeiten keinen Zugang zu konventionellen Beratungsleistungen erhalten, vor allem aber Menschen mit eingeschränkter Mobilität: „Besonders für Menschen, die auf Grund einer Behinderung in ihrer räumlichen und sozialen Mobilität eingeschränkt sind sowie für die wachsende Zahl von Menschen mit chronischen Krankheiten und die Gruppe von pflegebedürftigen älteren Menschen einschließlich ihrer Angehörigen erweist sich das Internet als ein bereits umfangreich und zunehmend aktiv genutztes Medium zur Informationsrecherche, zum Erfahrungsaustausch und zur Vernetzung“ (Kirschning & v. Kardorff 2002, S. 240). Auf diese Weise können durch entsprechende Dienstleistungen in den neuen Medien *zusätzliche Nutzergruppen* erschlossen und die *Reichweite des Informations- und Beratungssektors* verbessert werden.

Der Niederschwelligkeit sind jedoch auch Grenzen gesetzt, denn das Internet ist längst nicht allen Nutzern des Gesundheitswesens zugänglich. So weisen die **soziodemografischen Daten der Internetnutzer** bzgl. der Altersstruktur, des Geschlechts, des Bildungsstandes und des Einkommens Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung auf (vgl. Atfacts 2004, Enigma GfK & TNS Infratest 2004, Fittkau & Maaß 2003). Die Nutzer sind tendenziell jünger und besser gebildet. Darauf hinaus wird das deutschsprachige Internet noch immer mehr von Männern genutzt. Die erforderliche Medienkompetenz, die Kosten eines schnellen und leistungsfähigen Internetzugangs sowie die allgemeine Bereitschaft, sich mit der Technik der neuen Medien auseinander zu setzen, bilden Barrieren, die der Zugänglichkeit einschlägiger Angebote entgegenstehen und bei der Gestaltung der Informations- und Beratungslandschaft berücksichtigt werden müssen. Diese soziodemografische Struktur ist im Bereich der Patientenberatung besonders problematisch, da gerade alte Menschen, Personen mit geringem Einkommen und geringem Bildungsgrad das höchste Gesundheitsrisiko tragen (vgl. Brinkmann-Göbel 2001). Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass Patienten bei der Suche nach Informationen durch ihr soziales Umfeld unterstützt und nicht selten von Verwandten, Freunden und Bekannten mit einschlägigen Internetausdrucken versorgt werden (vgl. Fox & Fallows 2003, Harris Interactive 2002, Kaltenborn 2001).

Neben der Interaktivität und Niederschwelligkeit bildet auch die Integration unterschiedlicher Wahrnehmungskanäle ein typisches Merkmal der Online-Kommunikation. Text-, Ton- und Bildinformationen können im Internet nebeneinander angeboten

werden, und Textbausteine lassen sich durch Audio, Video, Grafik und Bildelemente illustrieren. Diese **multimediale Angebotsform** ermöglicht nicht zuletzt auch aus gesundheitspädagogischer Sicht neue Möglichkeiten für die Gesundheitsbildung und Patientenschulung. Insbesondere die hochkomplexen biomedizinischen Hintergründe einzelner Erkrankungen sind für Patienten und deren Angehörige oft kaum zu durchschauen und derart kompliziert, dass sie sich durch ein ausschließlich textbasiertes Informationsangebot kaum vermitteln lassen. Grafiken und kurze Lehrfilme können hier Abhilfe schaffen und zur Verständlichkeit beitragen. Auch die **Kombination unterschiedlicher Kommunikationsformen** lässt sich unter dem Begriff der Multimedialität subsumieren, denn das Internet setzt sich aus mehreren Diensten wie E-Mail, World Wide Web, Diskussionsforen oder dem Chat zusammen, denen wiederum eigene medienspezifische Eigenschaften zugeschrieben werden können. „Ein kommunikationswissenschaftlicher Medienbegriff lässt sich deswegen stringenter auf einzelne Internet-Dienste oder Angebote anwenden, so dass das Internet als Ganzes dann als Informations- und Kommunikations-Infrastruktur zu fassen wäre“ (Döring 2003, S. 42–43). Die Zusammenfassung der einzelnen Dienste lässt die Grenzen zwischen Massenmedium und interpersonalem Kommunikationsmedium verschwimmen, so dass Höflich (1997) auch von einem ‚Hybridmedium‘ spricht: Während es sich beim Austausch von E-Mails meist um eine Verständigung zwischen Individuen handelt, kommunizieren im Chat oder in Diskussionsforen häufig ganze Gruppen miteinander. Im Gegensatz zu diesen Formen der interpersonalen Kommunikation richtet sich eine Website im WWW meist an möglichst große Bevölkerungsgruppen und hat gerade angesichts der weltweiten Verbreitung der Informationen einen deutlich massenmedialen Charakter. Diese Integration von Individual-, Gruppen- und Massenkommunikation schafft durchaus günstige Bedingungen für die Patienteninformation und -beratung, denn das Aufgabenspektrum reicht hier von der Aufklärung und Information ganzer Bevölkerungsgruppen über die gezielte Ansprache spezieller Zielgruppen bis hin zur Beratung in Einzelkon takten (vgl. Faltermaier 2004).

Eine weitere für die technische Infrastruktur des Internets typische Eigenschaft bildet die **elektronische Datenverarbeitung**, denn „erst das digitale Datenformat erlaubt es, in umfassender Weise, Informationen kostengünstig und bequem in großer Geschwindigkeit über weite Strecken an vielfältige Teilnehmerkreise zu verbreiten [...]. Digitale Texte können computergestützt verarbeitet, verändert, mehrfach genutzt, weitergeleitet, automatisch beantwortet, gespeichert und nach Schlagworten durchsucht werden“ (Döring 2003, S. 155). Für den medizinischen Bereich hat die elektronische Datenverarbeitung eine besondere Relevanz, denn hier wurden die gesammelten Praxiserfahrungen schon vor der Einführung der neuen Medien systematisch kategorisiert und erfasst. Dieses systematische Vorgehen ermöglicht es in besonderer Weise, die „klinisch-medizinische Realität in Zahlenwerten zu fassen“ (Kaltenborn 2001, S. 43). Die neuen Medien bieten nun die Möglichkeit, die frei werdenden Informationen zu archivieren, zu verwalten und flächendeckend abzubilden. „Dadurch entsteht etwas qualitativ völlig Neues: Die gespeicherten Daten bilden eine zweite, digitale Realität, sie stellen ein informationelles Abbild der konkreten Wirklichkeit dar“ (ebd., S. 43–44). Die Digitalisierung erhöht jedoch nicht nur die Nutzerfreundlichkeit der *Informationsverwaltung*, sondern ist gleichzeitig für die Hypertextstruktur und die beschriebene multimediale Angebotspalette verantwortlich: „Genuin neue Merkmale erhält Textualität durch Digitalisierung zudem dahingehend, dass Texte nicht nur linear, sondern auch vernetzt aufgebaut sein können (Hypertext) und mit anderen Medien kombinierbar sind“ (ebd., S. 44). Zudem lassen sich Nutzer im Internet technisch ‚wiedererkennen‘, und das An-

gebot kann so individuell an die Bedürfnisse und Vorlieben der einzelnen Nutzer angepasst werden. Eine *Personalisierung und Individualisierung* der Informationen erfolgt somit gleichermaßen von der Nutzer- wie von der Anbieterseite. Diese Individualisierung der Inhalte hat wiederum einen positiven Einfluss auf die Handlungsrelevanz der vermittelten Informationen (vgl. Neuhauser & Kreps 2003). Die Digitalisierung hat jedoch auch und gerade im Gesundheitswesen ihre Schattenseiten. Das gilt insbesondere für die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften, denn digitale Daten sind in der Regel im technischen Sinne ‚abhörbar‘, d. h., das technische Datenformat eignet sich nicht selten den Weg für den *Missbrauch gesetzlich geschützter Daten*. Auf technischer Ebene sind daher gerade in der internetgestützten Patientenberatung sichere Systeme und Verschlüsselungsverfahren erforderlich.

3. Medienspezifische Wirkungen

Eine isolierte Betrachtung der beschriebenen Eigenschaften reicht noch nicht aus, um den Platz der neuen Medien innerhalb der Versorgungslandschaft zu verorten und ideale Einsatzgebiete zu identifizieren, denn die Möglichkeiten und Potenziale der technischen Infrastruktur sagen noch nichts über die tatsächliche Nutzung aus. Ausgehend vom Nutzungsverhalten entfaltet jedes Medium ganz spezifische Wirkungen auf die Rezipienten und deren soziale Systeme (vgl. Jäckel 2005). „Medien übertragen nicht nur Botschaften, sondern entfalten Wirkkräfte, durch die die Modalitäten des Denkens, Wahrnehmens, Erfahrens, Handelns und Kommunizierens geprägt und verändert werden“ (Engel 2004, S. 504). Wie bereits erwähnt, hat sich zu diesem Themenkomplex in den letzten Jahren eine intensive fachliche Diskussion entwickelt, deren Kernaussagen im Folgenden zusammengefasst und auf das Praxisfeld der Patienteninformation und -beratung übertragen werden sollen.

Besonders in der Psychologie und Soziologie ist eine ganze Reihe unterschiedlicher Theorien und Modelle entstanden, die sich mit der Wirkung der interpersonalen computervermittelten Kommunikation (CvK) auseinander setzen (vgl. Döring 2003, Frindte & Köhler 1999). Eine zentrale Säule dieses Theoriekomplexes bildet das **Kanalreduktions-Modell**, das die Face-to-Face-Kommunikation idealisiert und von einer ‚Entsinnlichung‘ auf der physikalischen Reizebene spricht, da bei der textbasierten Online-Kommunikation Signale wie der Geruch, die Stimmlage, das Aussehen, Mimik und Körpersprache der Kommunikationspartner untergehen. Der Theorie folgend mündet diese ‚Kanalreduktion‘ in einer Ent-Emotionalisierung, Ent-Kontextualisierung und Ent-Menschlichung der Kommunikation (vgl. z. B. Bleuel 1984, Eurich 1983). Angesichts der Relativität von Raum und Zeit im Internet verwendet Raulet (1992) umfassend gar den Begriff der „*Ent-Wirklichkeit*“. Somit steht das Kanalreduktionsmodell für die nicht zu verleugnenden Grenzen der Online-Kommunikation, die im schlechtesten Falle zu einer Entfremdung der Interaktionspartner und einer Entleerung bzw. Verarmung des zwischenmenschlichen Austauschs führen können. Angesichts dieser Problematik stellt sich natürlich auch die berechtigte Frage nach einem sinnvollen Medieneinsatz in der Patientenberatung, wo doch gerade die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Ratsuchenden und Beratern von entscheidender Bedeutung ist. Das sehr pessimistische Kanalreduktions-Modell wurde mittlerweile jedoch durch eine Vielzahl weiterer theoretischer Ansätze ergänzt und teilweise auch relativiert. Die **Theorie der sozialen Informationsverarbeitung** geht etwa davon aus, dass das Kommunikationsverhalten an die technische Umgebung angepasst wird und „mediale Einschränkungen aktiv kompensiert werden“ (Döring 2003, S. 161). Die Kommunikationspartner konzentrieren

sich intensiver auf die vorhandenen sozialen Hinweise, erlernen neue soziale Ausdrucksformen und drücken auf kreative Weise, z. B. durch so genannte Emoticons, den gezielten Einsatz von Großbuchstaben oder die schriftliche Benennung nonverbaler Signale, Gefühle aus. Derartige Kommunikationsstrategien erfordern auf Seiten der Nutzer wiederum ein Mindestmaß an Medienkompetenz und können die nonverbalen Signale wie Mimik und Körpersprache nicht ersetzen. Dennoch zeigt die Theorie der sozialen Informationsverarbeitung, dass die Kanalreduktion der textgebundenen Online-Kommunikation zumindest teilweise kompensiert werden kann.

Weiter gehende Theorien lösen sich von der Defizitorientierung des Kanalreduktionsmodells und sehen in der textgebundenen Online-Kommunikation situationsabhängig sogar Stärken und Potenziale, die gerade für den Einsatz des Internets zur Patientenberatung von elementarer Bedeutung sind. So verweist etwa die **Theorie des Herausfilters sozialer Hinweisreize** (vgl. Culnan & Markus 1987, Kiesler et al. 1984) auf einen entscheidenden Vorteil: Internetnutzer können anonym miteinander kommunizieren. Gerade durch die Nivellierung sozialer Hintergrundvariablen und die daraus resultierende Anonymität kommt es zum Wegfall sozialer Hemmungen und Hürden: „Dieser enthemmende Effekt begünstigt [...] verstärkte Offenheit, Ehrlichkeit, Freundlichkeit, Partizipation und Egalität“ (Döring 2003, S. 155), so dass die Sicherheit und Handlungsspielräume der Kommunikationspartner erweitert und gefestigt werden. Ergänzend dazu unterstreicht die **Theorie der Simulation und Imagination**, dass die Beschränkung auf den Textkanal unvergleichlich große Kontrolle darüber bietet, welche Informationen in sozialen Kommunikationsprozessen offenbart werden. In der Möglichkeit der anonymen Kontaktaufnahme und dem Grad der Kontrolle liegen nun entscheidende Potenziale für die Patientenberatung. Es ist z. B. davon auszugehen, dass Angaben zum individuellen Risikoverhalten einen größeren Wahrheitscharakter aufweisen als in einer Face-to-Face-Situation. Auch die *Hemmschwelle der Kontaktaufnahme zum Hilfesystem* wird gesenkt. Das gilt insbesondere bei Problemen, die eine besondere Diskretion erfordern und den Betroffenen möglicherweise unangenehm sind. Beispielhaft seien Suchterkrankungen, sexuelle Probleme, Fragen der Körperhygiene oder Geschlechtskrankheiten genannt. Darüber hinaus ist auch die Angst vor entsprechenden Interventionen geringer, da internetgestützte Beratungskontakte einen sehr geringen Verbindlichkeitsgrad aufweisen. So können etwa Drogenabhängige ohne Angst vor strafrechtlicher Verfolgung Beratungsleistungen in Anspruch nehmen, Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen keine Zwangsmaßnahmen befürchten, und Personen mit Verdacht auf eine Krebserkrankung werden durch die Inanspruchnahme einer Beratungsleistung nicht unmittelbar mit operativen Eingriffen oder einer Chemotherapie konfrontiert. Anders ausgedrückt wahren Ratsuchende im Schutze der Anonymität in vollem Maße ihre *Autonomie und Entscheidungsfreiheit*, ohne sozialem Erwartungsdruck oder gar Zwangsmaßnahmen ausgesetzt zu werden. Natürlich kann diese Unverbindlichkeit auch negative Folgen haben, doch muss davon ausgegangen werden, dass ohne das Vorhandensein internetgestützter Kommunikation in vielen Fällen überhaupt kein Kontakt zum Hilfesystem zustande kommen würde. Es geht also auch darum, Ratsuchende u. U. in einem früheren Erkrankungsstadium zu erreichen, die Basis für weiter gehende Maßnahmen zu schaffen und evtl. eine notwendige medizinische Diagnostik bzw. Behandlung zu initiieren. Beispielhaft seien hier die Evaluationsergebnisse eines in Deutschland ansässigen, internetgestützten Beratungsangebotes zum Thema Essstörungen angeführt, nach denen mehr als 60 % der Ratsuchenden nicht über Therapieerfahrungen verfügte und die Online-Beratung hier den ersten Kontakt zum Hilfesystem darstellte (vgl. Grunwald et al. 2006). Bei mehr als 30 % der Betrof-

fenen führte die Online-Beratung zu der Einsicht, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe notwendig sei (ebd.). Das Beispiel verdeutlicht, dass die Anonymität und geringe Verbindlichkeit der Online-Kommunikation sowie die damit verbundene Kommunikationskontrolle auch neue Möglichkeiten für die Patientenberatung eröffnet. Das gilt insbesondere für die Erreichung spezifischer Zielgruppen und die Früherkennung bestimmter Erkrankungen.

Ein weiterer Ansatz, der die Kritik des o. g. Kanalreduktions-Modells aufgreift, ist die **Theorie der rationalen Medienwahl**, die sich aus verschiedenen Einzeltheorien zusammensetzt (vgl. Döring 2003). Sie geht davon aus, dass wir im Alltag mit unterschiedlich anspruchsvollen Kommunikations- und Kooperationsaufgaben konfrontiert werden, zu deren Bearbeitung verschiedene Medien und Kommunikationsformen zur Verfügung stehen. Jedes Medium weist spezifische Stärken und Schwächen auf, wobei die CvK nicht per se als defizitär und der Face-to-Face-Kommunikation unterlegen gesehen wird. So bieten die neuen Medien z. B. die Möglichkeit, frühere Botschaften erneut zu sichten (‘Reviewability’) und neue Botschaften vor der Versendung wiederholt zu prüfen und ggf. zu überarbeiten (‘Revisability’). Diese Aspekte bieten eine interessante Perspektive für Ratsuchende mit einem geringeren sprachlichen Ausdrucksvermögen und eher schwach ausgebildeten rhetorischen Fähigkeiten und eröffnen gleichzeitig *Möglichkeiten der Selbstreflexion*, die sich in Face-to-Face-Kontakten so nicht ergeben und im Kontext einer ganzheitlichen Beratung von Patienten und deren Angehörigen vorteilhaft sein können. Die Theorie postuliert nun eine rationale Medienwahl nach einem Kosten-Nutzen-Kalkül. Demnach wird jeweils das Medium gewählt, das den sachlichen und sozialen Anforderungen der Kommunikationsaufgabe am besten gerecht wird. Dieser Gedankengang lässt sich theoretisch auch auf die Praxis der Patienteninformation und -beratung übertragen. So muss die Existenz virtueller Informations- und Beratungsdienstleistungen nicht automatisch zu deren ausschließlicher Nutzung führen. Patienten, die sich über eine bestimmte Erkrankung informieren möchten, sammeln unter Umständen zunächst Basisinformationen über eine Website. Werfen diese Informationen neue Fragen auf oder reichen sie nicht aus, um die individuellen Informationsbedürfnisse zu befriedigen, schreiben die Ratsuchenden vielleicht eine E-Mail an die Online-Redaktion. Ist der Sachverhalt zu komplex und die Vertextlichkeit zu aufwändig, greifen sie stattdessen zum Telefon. Vielleicht haben die Patienten angesichts einer schweren Erkrankung aber auch das Bedürfnis nach menschlicher Nähe. In diesem Fall werden sie wohl eher eine Beratungsstelle aufsuchen. Derartige Nutzerpfade werden in der Praxis wohl nicht nur von rationalen Überlegungen, sondern ebenso von der vorhandenen Angebotslandschaft, von sozialen Normen (vgl. Fulk et al. 1990) und den individuellen Präferenzen der Kommunikationspartner (vgl. Höflich 1996) geprägt. Dennoch relativiert die Theorie der rationalen Medienwahl die extrem kritische Perspektive des Kanalreduktions-Modells und sieht den Menschen weniger als Opfer einer entmenschlichten Technologie, sondern vielmehr als rational denkenden, autonomen Mediennutzer.

4. Die soziale Dimension der neuen Medien

Neben den klassischen Theorien der CvK lassen sich in Bezug auf das Internet noch weitere Aspekte nennen, die für dessen Nutzung und Wirkung bezeichnend sind. Hierzu zählen u. a. die **Effekte der sozialen Vernetzung**: Das Internet eröffnet neuartige Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten über Zeit- und Raumgrenzen hinweg, die physisch und finanziell sonst gar nicht realisierbar wären. „So scheint es über das Inter-

net einfacher zu sein, mit einem Menschen vom anderen Ende der Welt in einen intensiven Gedankenaustausch zu treten, als es in der realen Welt ist, mit einem Passanten auf der eigenen Straße bekannt zu werden“ (Tautz 2002, S. 66). Dieser Aspekt ist im Kontext der Patienteninformation und -beratung für *Menschen mit sehr seltenen Erkrankungen* (Orphan Diseases) besonders interessant, da sie im ‚Global Village‘ die Möglichkeit erhalten, mit anderen Betroffenen Kontakt aufzunehmen und in einen Austausch zu treten. Doch nicht nur dieser Zielgruppe ermöglicht die weltweite Vernetzung die Entstehung und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und Verbindungen. Die Entwicklung sozialer Netzwerke im Internet eröffnet nicht zuletzt für die *Selbsthilfe*, die sich längst als eigenständiger Anbieter von Informations- und Beratungsleistungen im Gesundheitswesen etabliert hat, ganz neue Perspektiven. Schließlich darf nicht vergessen werden, dass aus Netzbekanntschaften tiefe und nachhaltige Freundschaften hervorgehen können (vgl. Döring 2003). Diese liefern für Patienten und deren Angehörige wiederum *soziale Unterstützungsressourcen*, die für die Förderung und Aufrechterhaltung von Gesundheit sowie für die individuelle Krankheitsbewältigung eine wichtige Funktion einnehmen (vgl. Antonovsky 1997, House et al. 1988).

Neben der Herausbildung virtueller Gemeinschaften und Selbsthilfegruppen schreiben soziologische und philosophische Theorieansätze dem Internet jedoch soziale Wirkungen zu, die über die Entstehung sozialer Netzwerke noch hinausgehen. Hier wird häufig von der Entstehung ganz eigener **Kulturräume** gesprochen, in denen die Menschen über ein spezifisches Wissen verfügen, Gewohnheiten teilen, netzspezifische Werte und Normen entwickeln und eigene sprachliche Ausdrucksformen nutzen (vgl. Dürscheid 2002, Beißwenger 2001, Lash 2001). Der Philosoph Wolfgang Welsch (2000) bezeichnet die technisch kulturelle Vielfalt, die neben den authentisch-sinnlichen Lebenswelten entstanden ist, als ‚künstliche Paradiese‘ und spricht von technisch gestalteten, aber kulturell hochwirksamen, faszinierenden neuen Wirklichkeiten und Inszenierungen. Innerhalb dieser virtuellen Wirklichkeit entstehen auch inszenierte Identitäten, da „die wechselseitige persönliche Identifizierung und der geteilte körperlich erfahrene Wahrnehmungs- und Handlungsräum außer Kraft gesetzt werden“ (Engel 2004, S. 504). Diese **virtuellen Identitäten** sind jedoch keineswegs losgelöst von der sinnlichen Realität zu betrachten, denn „ihre Inhalte und Gegebenheiten [hängen, d. A.] von realen Situationen und Welten ab“ (ebd.). Wie Sherry Turkle (1999) in ihrem Buch „Leben im Netz“ beeindruckend veranschaulicht, haben auch virtuelle Identitäten – und seien sie noch so konstruiert oder inszeniert – Auswirkungen auf die reale Persönlichkeit: „In dem wir unser Bewusstsein für das, was hinter den Online-Masken steckt, schärfen, wird es uns eher gelingen, virtuelle Erfahrungen für unsere persönliche Weiterentwicklung fruchtbar zu machen“ (Turkle 1999, S. 438). Somit bieten virtuelle Erfahrungsräume und die darin geknüpften Beratungsbeziehungen auch im Handlungsfeld der Patientenberatung eine Chance, Ratsuchende auf dem Wege einer *konstruktiven Persönlichkeitsentwicklung* bei der Bewältigung ihrer Probleme zu unterstützen. Dies gilt insbesondere im Falle von seelischen Belastungen und psychischen Beeinträchtigungen.

5. Wirkungen auf das Versorgungsgeschehen

Um ein möglichst vollständiges Bild der Bedeutung des Internets für die Patienteninformation und -beratung zu vermitteln, sollen abschließend noch die Effekte der neuen Medien auf die Versorgungslandschaft beschrieben werden. Die weltweite Infrastruktur und Vernetzung durch das Internet sowie die einfache Handhabung des digitalen Datenformates gehen mit einem **ständig wachsenden Gesamtvolume allgemein ver-**

fügbarer Informationen einher. „Das Internet macht mehr Informationen mehr Menschen (vor allem Laien und Konsumenten) schneller und einfacher zugänglich“ (Tautz 2002, S. 20). Das gilt auch und insbesondere für Gesundheitsinformationen. Die freie Verbreitung des früher nur der medizinischen Profession zugänglichen Expertenwissens bleibt für die Strukturen des Gesundheitswesens nicht ohne Folgen: „Die Rahmenbedingungen für den Informations- und Wissenstransfer in der Medizin und im Gesundheitswesen ändern sich, d. A.] fundamental“ (Kaltenborn 2001, S. 42), und das *Informationsmonopol der Ärzteschaft* weicht angesichts eines wachsenden Angebots von Gesundheitsinformationen sowie steigender Nutzerzahlen zusehends auf. Mit der wachsenden Zugänglichkeit von Gesundheitsinformationen gerät das *Vertrauen der Patienten in das Medizinsystem* ins Wanken. Gemäß den Ausführungen des britischen Soziologen Anthony Giddens (1996) sind Expertensysteme zukünftig stärker auf aktives Vertrauen angewiesen. „Dies stellt sich dann ein, wenn Institutionen reflexiv werden und Experten sich der Kritik und Widerlegung öffnen. Sie müssen dieses umso mehr tun, je informierter ihr Klientel ist, denn Vertrauen ist jederzeit widerrufbar“ (Engel 2004, S. 502). Somit fördert das Internet mit seinem ständig wachsenden Informationsvolumen die *Emanzipation der Patienten* im Gesundheitswesen, verändert aber auch das **Arzt-Patienten-Verhältnis**, denn der Wissenszuwachs ermöglicht den Patienten eine *aktivere Rolle im Behandlungsprozess* und stellt die Grundlage für einen Zuwachs an Entscheidungskompetenzen: „Mit dem per Internet verfügbaren Wissen aber wächst nun eine neue Spezies im Gesundheitswesen heran: die aufgeklärten E-Patienten. [...] Katalysator der ‚informierten geteilten Entscheidungsfindung‘ wird das Netz“ (Albrecht 1999, S. 178). Diese Entwicklung der erduldenden und sich dem Expertensystem fügenden Patienten zum „Net Empowered Medical End User“ (vgl. Meißner 2002) trifft bei den Medizinern nicht immer auf Zustimmung. Viele Ärzte stehen dem Internet grundsätzlich kritisch gegenüber und halten wenig von einer Nutzung des Mediums zur Verbesserung der Patientenpartizipation (vgl. Tautz 2002, Kassirer 2000). Es ist nicht unwahrscheinlich, dass Patienten im Internet bei der Suche nach Informationen zur eigenen Erkrankung auf Texte treffen, die eine von der ärztlichen Empfehlung abweichende Behandlung anraten. Wenn die Patienten bei ihrem Arzt dann noch bei einer Rückfrage auf Ablehnung stoßen, droht ein Vertrauensverlust. Das Arzt-Patienten-Verhältnis könnte auf diesem Wege gestört werden. „Wenn jedoch der Arzt die Gründe der Patienten, die zu Misstrauen führen, ernst nimmt und als berechtigt anerkennt, müsste es möglich sein, gewissermaßen auf einer Metaebene über diese Probleme zu kommunizieren, kollaborativ Lösungsstrategien zu entwerfen und zu erproben, um [...] aktives Vertrauen zu schaffen. [...] Wenn Arzt-Patienten-Kommunikation und -Vertrauen der gestalt gelingen, stellt die Pluralität von medizinischen Wissensangeboten und -alternativen auch keine Bedrohung oder Gefährdung des Patienten dar, sondern ist eher als Chance zu werten.“ (Kaltenborn 2001, S. 57).

Die Menge der über die neuen Medien verfügbaren Informationen wirkt sich jedoch nicht nur auf das Arzt-Patienten-Verhältnis aus, sondern beeinflusst auch das internetgestützte Informations- und Beratungsangebot selbst. Die grenzenlose Flut gesundheitsrelevanter Informationen im Netz bringt die Nutzer nicht selten an die Grenzen menschlicher Verarbeitungskapazitäten, so dass nur ein Bruchteil der vorhandenen Informationsmenge tatsächlich wahrgenommen werden kann. Viele vorhandene Angebote entgehen schlüssig unserer **Aufmerksamkeit**, denn diese ist begrenzt und zudem niemals dauerhaft: „Aufmerksamkeit ist gewissermaßen das Nadelöhr, durch das alles hindurch muss, was zu uns vordringen will und kann, ja man könnte überspitzt sagen, dass alles, was nicht in die Aufmerksamkeit fällt, überhaupt nicht existiert, weil es nicht wahr-

genommen wird, sondern abgeschottet bleibt“ (Rötzer 1999, S. 63). Somit bildet die Aufmerksamkeit der Rezipienten die zentrale Ressource aller Medien. Im Internet nimmt die Überflutung mit Informationen aller Art nun bisher nicht gekannte Ausmaße an, so dass die Konkurrenz um die Aufmerksamkeit immer größer wird und auf Seiten der Nutzer gleichzeitig Gewöhnungseffekte eintreten, die der Aufmerksamkeitsgewinnung entgegenwirken. Die neuen Medien befinden sich daher in einem nicht enden wollenden Dilemma, das die Anbieter der Websites zwingt, mit immer stärkeren und aggressiveren Reizen um die Gunst der Rezipienten zu werben: „Um Aufmerksamkeit konkurrierende Informationen müssen ästhetisiert werden – nicht im Sinne einer Schönheits-, sondern einer Aufmerksamkeitsästhetik [...], die sich der Zweidimensionalität Neuer Medien und ihrer Schnittstelle Bildschirm anpasst, eine „Pop-up-Aufmerksamkeit“, wie sie in den gleichnamigen Fenstern zu finden und als Programmierung aus dem Internet zu laden ist [...]“ (Engel 2004, S. 500). Diese Aufmerksamkeitsorientierung der neuen Medien prägt auch das Erscheinungsbild von Gesundheitsinformationen im Internet. Auf der einen Seite sind Anbieter gezwungen, über die Themenwahl den individuellen Informationsbedürfnissen möglichst weitgehend zu entsprechen. Andererseits muss die Aufbereitung und Präsentation der Angebote die Neugier der Nutzer wecken und Aufmerksamkeit erzeugen. Somit rücken die Nutzer der Angebote – stärker als bei den konventionellen Medien – in den Mittelpunkt. Das unterstreicht zwar erneut die besondere *Nutzerorientierung* des Internets, doch werden gleichzeitig Informationsangebote i. S. eines ‚Gesundheits-Infotainments‘ stärker inszeniert und folgen den Gesetzen der Werbepsychologie. Dahinter verbirgt sich die Gefahr, dass die eigentlichen Inhalte und Intentionen der Gesundheitsinformation in den Hintergrund rücken. „Andererseits ist zu vermuten, dass Beratung als Handlungs- und Kommunikationsprozess eher aufmerksamkeitsresistent bleibt. Beratung ist kein Thema mit großer Performanz, kein Thema mit medienwirksamen Inszenierungen [...]. Beratung basiert auf unspektakulärer alltagsnäher Kommunikation und Interaktion zwischen Menschen“ (ebd., S. 501).

6. Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass das Internet für das Handlungsfeld der Patienteninformation und -beratung zahlreiche Perspektiven eröffnet und sich auf die Nutzer wie auch auf das Gesundheitswesen selbst in konstruktiver Weise auswirken kann. Zeit und Raum werden aufgehoben, Öffnungszeiten oder Anfahrtswege spielen praktisch keine Rolle mehr. Gesundheitsrelevante Informationen lassen sich über das Internet von jedem Ort aus und zu jeder Zeit abrufen. Diese Niederschwelligkeit könnte in Zukunft dazu beitragen, Versorgungslücken in ländlichen Regionen zu schließen und ermöglicht nicht zuletzt auch Menschen mit Behinderungen einen barrierefreien Zugang zu gesundheitsrelevanten Inhalten und Beratungsleistungen. Informationen können außerdem kostengünstig in großer Geschwindigkeit und über weite Strecken hinweg verbreitet, bearbeitet, archiviert oder durchsucht werden. Durch die Hypertextstruktur des World Wide Web lassen sich Informationsbausteine vernetzen, stufenweise vertiefen und für heterogene Zielgruppen individualisieren. Gleichzeitig ermöglicht das Internet die interaktive Beteiligung der Rezipienten im Kommunikationsprozess – ein Merkmal, das gerade im Kontext der Gesundheitsberatung von besonderer Bedeutung ist. Hinzu kommt die unvergleichlich große, globale Konkurrenz unterschiedlichster Gesundheitswebsites, die die Anbieter zur Berücksichtigung der Nutzerbedürfnisse zwingt. Die Kontrolle über das Medium liegt somit letztendlich bei seinen Nutzern, so dass das Internet zweifelsohne als besonders nutzerzentriertes Me-

dium bezeichnet werden kann. Die Möglichkeit, Audio, Video, Text, Bild und Grafik zu kombinieren, schafft interessante Möglichkeiten für eine didaktisch ansprechende Vermittlung von Wissen und Kenntnissen und kann auf diese Weise das Praxisfeld der Gesundheitsbildung bereichern. Zudem ermöglicht die für die neuen Medien so typische Kombination und Vernetzung von interpersonaler Gruppen- und Einzelkommunikation und effizienter Massenkommunikation die Erledigung des breiten Spektrums der in der Patienteninformation und -beratung anstehenden Kommunikationsaufgaben. Die Online-Kommunikation schafft Möglichkeiten eines sozialen Miteinanders, das angesichts der Anonymität weitgehend frei von Stigmatisierung, Kategorisierung und Fremdbestimmung ist. Auf diese Weise lassen sich neue und andere Zielgruppen erschließen und die Reichweite der Patientenberatung erhöhen. Menschen mit chronischen Erkrankungen lassen sich u. U. früher erreichen, als dies bislang bei den konventionellen Beratungsangeboten der Fall war, und es werden weiter gehende Beratungs- und Behandlungskontakte initiiert. So sind wir trotz des exponentiellen Wachstums der neuen Medien von der oft heraufbeschworenen ‚Entsinnlichung‘ unserer Gesellschaft weit entfernt. Die soziale Beziehung im virtuellen Raum ist machbar und kann durchaus dauerhafte, ja sogar intime Züge annehmen. Das gilt auch für das Vertrauensverhältnis, das in einer Beratungsbeziehung zwischen Ratsuchenden und Beratern entsteht. Natürlich erfolgt die Kontaktaufnahme angesichts der häufig kritisierten Kanalreduktion bei der textgebundenen Online-Kommunikation unter erschwerten Bedingungen, doch im Gegensatz zur Face-to-Face-Beratung kann die virtuelle Beratung auch anonym erfolgen, bietet eine niederschwellige Alternative für Menschen mit Behinderungen, muttersprachliche Angebote für Migranten und fundierte Informationen auch zu extrem seltenen Erkrankungen. Zu allen erdenklichen gesundheitlichen Themen und Fragestellungen lassen sich im Internet zudem Selbsthilfegruppen finden, die in der realen Welt angesichts geografischer, zeitlicher und psychosozialer Hürden nie zustande gekommen wären.

Die Konsequenz dieser Schlussfolgerungen ist nun keineswegs die Idealisierung des Internets als das einzig wahre Medium der Patientenberatung. Die Chancen und Möglichkeiten veranschaulichen aber bereits heute den Stellenwert, den die neuen Medien in diesem Handlungsfeld zukünftig einnehmen könnten. Dabei kommt es darauf an, internetgestützte Dienstleistungen für Patienten und Angehörige sinnvoll in den Gesamtkontext der Beratungsformen zu integrieren. Teilweise lassen sich über die neuen Medien Kommunikationsaufgaben lösen, die durch die konventionellen Medien und Beratungsformen nicht oder nur unzureichend abgedeckt wurden. In anderen Fällen wiederum überwiegen die Vorteile des persönlichen oder telefonischen Kontaktes, so dass letztendlich keine Aussage darüber getroffen werden kann, welche Beratungsform bzw. welches Medium ‚besser‘ oder ‚schlechter‘ ist. Es dürfte beispielsweise unbestritten sein, dass sich das Internet angesichts seiner multimedialen Angebotsform, der Interaktivität und Niederschwelligkeit zur Abbildung und Vermittlung von Basisinformationen zu Strukturdaten des Gesundheitswesens sowie zu bestimmten Themen und Erkrankungen sehr gut eignet. Teilweise problematisch ist hingegen die Veröffentlichung von Prognosen bei lebensbedrohlichen Erkrankungen, da diese dem Einzelfall häufig nicht gerecht werden und die individuelle Belastbarkeit der Nutzer nicht berücksichtigen können. Bei der Beratungstätigkeit im engeren Sinne liegt ein entscheidender Vorteil in der Möglichkeit, eine Beratung anonym durchführen zu können. Das ist besonders wichtig, wenn die Ratsuchenden unter einer Erkrankung leiden, die besondere Diskretion erfordert. In anderen Fällen scheint die virtuelle Beratung wiederum weniger sinnvoll: So erfordert beispielsweise die lebensweltlich-biografische Orientierung oder auch die Ein-

zelfallarbeit häufig ein persönliches Gespräch mit einer fundierten Anamnese. Theoretisch ließe sich diese zwar auch per E-Mail oder Chat erheben, dies scheint jedoch vergleichsweise aufwändig. Auch in Bezug auf die Zielgruppen muss von Fall zu Fall entschieden werden: Während sich das Internet anbietet, um die Bevölkerung ländlicher Gebiete, junge Menschen, zeitlich eingebundene Personen oder Menschen mit eingeschränkter Mobilität zu erreichen, eignet es sich angesichts der soziodemografischen Zusammensetzung der Internetnutzer nur bedingt zur Ansprache von älteren Menschen oder Personen mit geringem sozialen Status.

Die virtuelle Patienteninformation und -beratung kann und soll vorhandene Beratungsformen und konventionelle Medien also keinesfalls ersetzen, sie bildet vielmehr eine äußerst wünschenswerte und notwendige Ergänzung zu den konventionellen Informationsmedien und Beratungsformen. Dabei ist das weltweite Daten- und Kommunikationsnetz jedoch weniger isoliert, sondern vielmehr als integraler Bestandteil eines ganzheitlichen Angebotsspektrums an Informations- und Beratungsdienstleistungen zu betrachten. Die Nutzer dieses Angebotsspektrums kennen keine Grenzen zwischen den einzelnen Beratungsformen, sondern nehmen die jeweiligen Angebote in Abhängigkeit ihrer individuellen Bedürfnislage für sich in Anspruch. Die sich daraus ergebenden Nutzerpfade erfordern eine Beratungslandschaft, die ihre Leistungen über ganz unterschiedliche Kommunikationskanäle und Medien zur Verfügung stellt. Die Informations- und Beratungsleistungen sollten daher i. S. eines komplementären Angebotsspektrums gleichzeitig in Beratungsstellen, Call-Centern sowie über Websites angeboten bzw. vermittelt werden.

Um die zahlreichen Chancen und Möglichkeiten der neuen Medien für die Interessen der Nutzer des Gesundheitswesens effektiv zu nutzen und optimal zu entfalten, bedarf es in Zukunft noch zahlreicher flankierender Maßnahmen, wie etwa der Schaffung eines zentralen Überbaus, der die Gesamtheit der Angebote übersichtlicher macht und die Zugänglichkeit erhöht. Auch der Zugang zum Internet muss erleichtert und einschlägige Medienkompetenzen sollten gezielter gefördert werden. Schließlich gilt es, die Qualitätsentwicklung internetgestützter Beratungs- und Informationsangebote für Patienten und deren Angehörige stärker an den Bedürfnissen der Nutzer zu orientieren. Die Frage, wie die Angebotslandschaft dabei konkret zu gestalten und die genannten Möglichkeiten und Potentiale optimal entfaltet werden können, stellt nicht zuletzt auch eine Herausforderung für die Kommunikations- und Gesundheitswissenschaften dar, denn wir befinden uns erst am Anfang eines neuen Weges in das Informationszeitalter, das auch das Gesundheitswesen noch entscheidend prägen wird.

Literatur

- Albrecht, H. (1999): Aufstand der E-Patienten. *Der Spiegel*, 11, S. 178.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Ausgabe von Franke, A., dgvt, Tübingen.
- Atfacts (2004): @facts monthly. Dezember 2004. Online verfügbar: www.atfacts.de/001/pdf_studies/atfacts_200412.pdf (2005-07-15).
- Badura, B. (2002): Beteiligung von Bürgern und Patienten im Gesundheitswesen. *Bundesgesundheitsblatt*, 45(1), S. 21–25.
- Behnke, K., Demmler, G. und Unterhuber, H. (2001): Gesundheitsberatung als Antwort auf veränderte Gesundheitsbedürfnisse. In: Brinkmann-Göbel, R. (Hrsg.): *Handbuch für Gesundheitsberater*. Bern, Hans Huber, S. 50–62.
- Beißwenger, M. (2001) (Hrsg.): *Chat-Kommunikation. Sprache, Interaktion, Sozialität und Identität*.

- tät in synchroner computervermittelter Kommunikation. Perspektiven auf ein interdisziplinäres Forschungsfeld. Stuttgart, ibidem.
- Bertelsmann-Stiftung (2004): Patienten fühlen sich für ihre eigene Gesundheit verantwortlich. Pressemitteilung vom 26.03.2004. Online verfügbar: http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/1013_15459.jsp (2005-07-15).
- Bleuel, H. P. (1984): Die verkabelte Gesellschaft. München, Kindler.
- Brinkmann-Göbel, R. (2001): Gesundheitsberatung. Zur Relevanz eines ‚neuen‘ Elements im Gesundheitswesen. In: Brinkmann-Göbel, R. (Hrsg.): Handbuch für Gesundheitsberater. Bern, Hans Huber, S. 13–32.
- Culnan, M. J. und Markus, M. L. (1987): Information Technologies. In: Jablin, F. M., Putnam, L. L., Roberts, K. H. und Porter, L. W. (Hrsg.): Handbook of Organizational Communication: An Interdisciplinary Perspective. Newbury Park, Sage, S. 420–443.
- Döring, N. (2003): Sozialpsychologie des Internet. Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen [u. a.], Hogrefe.
- Dürscheid, C. (2002): E-Mail und SMS – ein Vergleich. In: Ziegler, A. und Dürscheid, C. (Hrsg.): Kommunikationsform E-Mail. Tübingen, Stauffenburg.
- Engel, F. (2004): Beratung und Neue Medien. In: Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge. Tübingen, DGVT-Verlag, S. 497–509.
- Enigma GfK und TNS Infratest (2004): Online Shopping Survey 2004. Online verfügbar: <http://www.enigma-institut.de/download/oss-2004-angebote.pdf> (2005-07-15).
- Eurich, C. (1983): Das verkabelte Leben. Rowohlt, Reinbek.
- Faltermaier, T. (2004): Gesundheitsberatung. In: Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U.: Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. Tübingen, DGVT-Verlag, S. 1063–1081.
- Fittkau und Maaß (2003): 16. WWW-Benutzer-Analyse W3B. Online verfügbar: <http://www.w3b.org/ergebnisse/w3b16/> (2005-07-15).
- Fox, S. und Fallows, D. (2003): Internet Health Resources. Pew Internet und American Life Projekt. Online verfügbar: http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Health_Report_July_2003.pdf (2005-07-15).
- Francke, R. und Mühlenbruch, S. (2004): Patientenberatung in Deutschland – Zum Ende der ersten Förderphase nach § 65b SGB V. Gesundheitsrecht, 5(3), S. 161–166.
- Frindte, W. und Köhler, T. (1999): Kommunikation im Internet. Frankfurt a. M., Lang.
- Fulk, J., Schmitz, J. und Steinfeld, C. W. (1990): A Social Influence Model of Technology Use. In: Fulk, J. und Steinfeld, C. (Hrsg.): Organizations and Communication Technology. Newbury Park, Sage, S. 117–140.
- Giddens, A. (1996): Risiko, Vertrauen, Reflexivität. In: Beck, U., Giddens, A. und Lash, S. (Hrsg.): Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse. Frankfurt a. M., Suhrkamp, S. 316–337.
- Grunwald, M., Wesemann, D. und Krause, K. (2006): Online-Beratung für Patienten mit Essstörungen: Erfahrungen und Ergebnisse. In: Schaeffer, D. und Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.): Patientenberatung. Bern, Huber (im Druck).
- Harris Interactive (2002): 4-Country Survey Finds Most Cyberchondriacs Believe Online Health Care Information is Trustworthy, Easy to find and Understand. Harris Interactive Health Care News, 2, 12. Online verfügbar: <http://www.harrisinteractive.com/news/allnewsbydate.asp?NewsID=464> (2005-01-07).
- Hart, D. und Francke, R. (2002): Patientenrechte und Bürgerbeteiligung. Bestand und Perspektiven. Bundesgesundheitsblatt, 45(1), S. 13–20.
- Höflich, J. R. (1997): Zwischen massenmedialer und technisch vermittelte interpersonaler Kommunikation – der Computer als Hybridmedium und was die Menschen damit machen. In: Beck, K. und Vowe, G. (Hrsg.): Computernetze – ein Medium öffentlicher Kommunikation? Berlin, Spiess, S. 85–104.

- Höflich, J. R. (1996): Technisch vermittelte interpersonale Kommunikation. Grundlagen, Organisatorische Medienverwendung, Konstitution „Elektronischer Gemeinschaften“. Opladen, Westdeutscher Verlag.
- House, J. S., Landis, K. R. und Umberson, D. (1988): Social Relationships and Health. Science, 241, S. 540–545.
- Hurrelmann, K. und Leppin, A.: Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern, Huber.
- Hurrelmann, K. (2001): Wie lässt sich die Rolle der Patienten stärken? In: v. Reibnitz, C., Schnabel, P. E. und Hurrelmann, K. (Hrsg.): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim und München, Juventa, S. 35–47.
- Jäckel, M. (2005): Medienwirkungen. 3., überarb. und erw. Aufl. Wiesbaden, VS Verlag.
- Kaltenborn, K. F. (2001): Medizin- und gesundheitsrelevanter Wissenstransfer durch Medien. In: Hurrelmann, K. und Leppin, A. (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation – vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern [u. a.], Huber, S. 36–69.
- Kassirer, J. P. (2000): Patients, physicians, and the internet. *Health Affairs*, 19, S. 115–123.
- Kiesler, S., Siegel, J. und Mc Guire, T. W. (1984): Social Psychological Aspects of Computer Mediated Communication. *American Psychologist*, 39, S. 1123–1134.
- Kirschning, S. und v. Kardorff, E. (2002): Das Internet – das unkalkulierbare Dritte in der Arzt-Patient-Beziehung. *Zeitschrift für Psychologie und Medizin*, 14(4), S. 240–246.
- Lash, S. (2001): Technological Forms of Life. Theory, Culture and Society, 18(1), S. 105–120.
- Meißner, T. (2002): Ärzte können Patienten bei Web-Nutzung helfen. *Ärztezeitung*, 4.4.2002. [Elektronische Version]. Online verfügbar: [http://www.aerztezeitung.de/docs/2002/04/04/062a1301.asp?cat \(2005-02-05\).](http://www.aerztezeitung.de/docs/2002/04/04/062a1301.asp?cat (2005-02-05).)
- Mitchell, W. (1997): Die neue Ökonomie der Präsenz. In: Münker, W. und Rösler, S. (Hrsg.): Mythos Internet. Frankfurt a. M., Suhrkamp, S. 15–36.
- Neuhauser, L. und Kreps, G. L. (2003): Rethinking Communication in the E-health Era. *Journal of Health Psychology*, 8(1), S. 7–23.
- Noelle-Neumann, E., Schulz, W., Wilke, J. (2002): Das Fischer-Lexikon Publizistik, Massenkommunikation. Aktualisierte, vollst. überarb. und erg. Aufl. Frankfurt a. M., Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Raulet, G. (1992): Soziokulturelle Auswirkungen moderner Informations- und Kommunikationstechnologien in Frankreich: In: Hörisch, J. und Raulet, G.: Sozio-kulturelle Auswirkungen moderner Informations- und Kommunikationstechnologien. Der Stand der Forschung in der Bundesrepublik Deutschland und in Frankreich. Frankfurt a. M., Campus, S. 13–82.
- Rötzer, F. (1999): Inszenierung von Aufmerksamkeitsfallen. Ästhetik in der Informationsgesellschaft. *Kunstforum international*, 148, S. 52–77.
- Schaeffer, D., Dierks, M.-L., Hurrelmann, K., Keller, A., Krause, H., Schmidt-Kähler, S., Seidel, G. (2005): Evaluation der Modellprojekte zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation. Huber, Bern.
- Schmidt-Kähler, S. (2004): Ergebnisse der Evaluation der Internetangebote der unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation nach § 65b SGB V. Websiteprofile und Website-Kurzbeschreibungen. P04–126, Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Spadaro, R./The European Opinion Research Group (2003): European Union citizens and sources of information about health. Online verfügbar: [http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/documents/eb_58_en.pdf \(2005-07-15\).](http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/documents/eb_58_en.pdf (2005-07-15).)
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band 1: Finanzierung und Nutzerorientierung. Online verfügbar: [http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm \(2003-05-28\).](http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm (2003-05-28).)
- Tautz, F. (2002): E-health – wie das Internet das Arzt-Patient-Verhältnis und das Gesundheitssystem verändert. Frankfurt/Main [u. a.], Campus-Verlag.

- Turkle, S. (1999): Leben im Netz. Identität in Zeiten des Internets. Reinbek b. Hamburg, rororo.
- Welsch, W. (2000): „Wirklich“. Bedeutungsvarianten – Modelle – Wirklichkeit und Virtualität.
In: Krämer, S. (Hrsg.): Medien, Computer, Realität. Wirklichkeitsvorstellungen und Neue
Medien. Frankfurt a. M., Suhrkamp, S. 169–212.