Diplomarbeit

Lena Müller

Das Informationsverhalten von Diabetespatienten

Diplom.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de/ abrufbar.

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlages. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Copyright © 2008 Diplomica Verlag GmbH
ISBN: 9783836631686

http://www.diplom.de/e-book/226976/das-informationsverhalten-von-diabetespatienten

Lena Müller

Das Informationsverhalten von Diabetespatienten

Diplom.de

Diplomarbeit

Lena Müller

Das Informationsverhalten von Diabetespatienten

Diplom.de

Lena Müller
Das Informationsverhalten von Diabetespatienten

ISBN: 978-3-8366-3168-6
Herstellung: Diplomica® Verlag GmbH, Hamburg, 2009
Zugl. Technische Universität Ilmenau, Ilmenau, Deutschland, Diplomarbeit, 2008

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und der Verlag, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

© Diplomica Verlag GmbH
http://www.diplomica.de, Hamburg 2009

Zusammenfassung

Frühere Forschungsarbeiten haben gezeigt, dass Patienten bezüglich ihrer Erkrankung verschiedene Informationsbedürfnisse haben. Zur Befriedigung dieser Bedürfnisse nutzen sie sowohl Medien als auch nicht-mediale Quellen. Ziel dieser qualitativen Studie war auf Grundlage des Uses and Gratifications Ansatzes die Informationsbedürfnisse von Diabetikern zu eruieren und zu kategorisieren. Zudem sollte gezeigt werden, wie verschiedene mediale und nicht-mediale Quellen von Diabetikern bei ihrer Informationssuche bewertet und genutzt werden. Dabei sollten sowohl das Erwartungs-/ Bewertungsmodell überprüft als auch ein Zusammenhang zwischen den von den befragten Diabetespatienten gesuchten und erhaltenen Gratifikationen hergestellt werden. Es wurden acht Leitfadeninterviews und zwei Focus Groups mit insgesamt 16 Diabetikern durchgeführt und digital aufgezeichnet. Die Transkriptionen dieser Interviews wurden mit Hilfe von qualitativen Inhaltsanalysen analysiert. Dabei zeigte sich, dass alle Informationsbedürfnisse der befragten Diabetespatienten den Bereichen Autonomie, Sicherheit und kognitive Stimulanz zugeordnet werden können. Darüber hinaus sind Zusammenhänge zwischen den soziodemographischen Merkmalen der Befragten und den von ihnen erläuterten Bedürfnissen erkennbar. Es konnte außerdem gezeigt werden, dass die von den Befragten am meisten genutzten Medien Zeitschriften, Informationsbroschüren, Bücher, das Internet und das Fernsehen sind, wenn es um Informationen bezüglich ihrer Erkrankung geht. Andere genutzte Quellen sind Ärzte, Schulungen, Vorträge und Bekannte. Dabei nutzen Typ 2 Diabetiker vorwiegend Zeitschriften und Informationsbroschüren, wohingegen Typ 1 Diabetiker sich mehr in Büchern und im Internet über ihre Erkrankung informieren. Außerdem wird erkennbar, dass Diabetiker, die insbesondere Bedürfnisse aus dem Bereich Sicherheit haben, Informationen aus Zeitschriften und dem Fernsehen bevorzugen. Die befragten Diabetiker, bei welchen bei der Informationssuche die Bedürfnisse aus dem Bereich der kognitiven Stimulanz überwiegen, nutzen dagegen vor allem Bücher und das Internet bei ihrer Informationssuche.

Abstract

Previous research has investigated a range of needs patients have regarding their disease. They use media on the one hand and non-media sources on the other hand for gratifying these needs. The purpose of this qualitative study was to explore and to categorize the information needs diabetes patients have based on the Uses and Gratifications approach. Furthermore, it should be shown how diabetes patients rate and use different media and non-media sources when seeking for information on their disease. In doing so the expectancy-value approach can be tested and the relation between gratifications sought and gratifications obtained can be shown. Eight guided interviews and two focus groups with a total of 16 participants were conducted and recorded digitally. These interview transcriptions were summarised and analysed using qualitative content analyses. The results show that all needs the interviewed diabetes patients talked about can be assigned to the three categories autonomy, emotional security and cognitive stimulation. In addition, within the interviewed group of diabetes patients there are correlations between sociodemographic characteristics and mentioned needs. The media the interviewed diabetes patients use the most for getting information on diabetes are magazines, information brochures, books, the internet and TV. Other information sources are doctors, training courses, talks, nutritionists, friends and relatives. Within this group, patients with type 2 diabetes predominantly use magazines and information brochures and patients with type 1 diabetes prefer books and information from the internet about their disease instead. In addition, the results show that the interviewed diabetes patients with first of all emotional security needs choose information from magazines and TV. The interviewed diabetes patients with mainly needs from the category cognitive stimulation prefer information from books and the internet when searching for information on diabetes.

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS ..... **IV**

ABBILDUNGSVERZEICHNIS – ANHANG ..... **V**

TABELLENVERZEICHNIS ..... **VI**

1 INFORMATION ALS THERAPIEFORM – EINE EINLEITUNG **1**

2 DIABETES – DIE HÄUFIGSTE CHRONISCHE ERKRANKUNG **5**

2.1 Gesundheit und Krankheit **5**

2.2 Charakteristika chronischer Krankheiten **5**

2.3 Diabetes mellitus **6**

3 GESUNDHEITSINFORMATIONEN – DER FORSCHUNGSSTAND **10**

3.1 Das Forschungsfeld Gesundheitskommunikation **10**

3.2 Gesundheitsrelevante Informationsbedürfnisse **11**

3.2.1 Informationsbedürfnis – eine Definition 12

3.2.2 Arten von Informationsbedürfnissen von Patienten 12

3.2.3 Merkmale von nach Informationen suchenden Patienten 17

3.3 Quellen für gesundheitsrelevante Informationen **19**

3.3.1 Die Rolle der Printmedien bei der Informationsbeschaffung 22

3.3.2 Die Rolle des Fernsehens bei der Informationsbeschaffung 24

3.3.3 Die Rolle des Internets bei der Informationsbeschaffung 25

3.3.4 Die Rolle von Ärzten bei der Informationsbeschaffung 30

4 USES AND GRATIFICATIONS – DIE THEORETISCHE GRUNDLAGE **32**

4.1 Grundannahmen **32**

4.2 Grundlegende Komponenten **34**

4.2.1 Das Konzept des aktiven Rezipienten 35

4.2.2 Soziale und psychologische Ursprünge von Bedürfnissen 35

4.2.3 Medienrelevante Bedürfnisse 37

4.2.4 Medieneinstellung, -erwartung und -konsum 42

4.2.5 Gesuchte und erhaltene Gratifikationen 43

4.2.6 Das Erwartungs-/ Bewertungsmodell ... 45

4.3 Kritische Beurteilung ... 49

5 DIABETESPATIENTEN UND INFORMATIONEN – EINE EXPLORATIVE UNTERSUCHUNG ... 52

5.1 Fragestellung ... 52

5.2 Methodik ... 54

5.2.1 Erhebungsverfahren ... 54

5.2.2 Auswahl- und Rekrutierungs-Verfahren ... 57

5.2.3 Materialien ... 59

5.2.4 Erhebungsprozedur ... 60

5.2.5 Datenanalyse ... 61

6 WAS DIABETESPATIENTEN WOLLEN – DIE UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE ... 63

6.1 Die Informationsquellen ... 63

6.1.1 Genutzte Quellen ... 63

6.1.2 Erwartungen und Bewertungen bzgl. medialer Quellen ... 64

6.1.3 Erwartungen und Bewertungen bzgl. nicht-medialer Quellen ... 70

6.2 Die Informationsbedürfnisse ... 76

6.2.1 Nutzungsmotive ... 76

6.2.2 Vermeidungsmotive ... 84

6.2.3 Themenpräferenzen ... 88

6.3 Erwartungen, Bewertungen und Quellennutzung ... 89

6.4 Gesuchte und erhaltene Gratifikationen ... 90

6.4.1 Sicherheits-Bedürfnisse ... 90

6.4.2 Kognitive Bedürfnisse ... 91

6.5 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse ... 92

6.5.1 Hypothesenbildung ... 92

6.5.2 Grenzen der Studie ... 95

7 OPTIMIERTE KOMMUNIKATION MIT DIABETESPATIENTEN – EIN LEITFADEN ... 96

7.1 Empfehlungen an die Medien im Allgemeinen ... 96

7.2 Empfehlungen an spezifische Medien ... 98

7.3 Empfehlungen an Ärzte 100

8 NÄCHSTE SCHRITTE – FRAGEBOGEN ZUR DURCHFÜHRUNG EINER QUANTITATIVEN BEFRAGUNG 101

9 NEUE HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE PHARMABRANCHE – FAZIT UND AUSBLICK 104

10 LITERATUR 106

11 ANHANG I

11.1 Rekrutierung und Leitfäden I

11.2 Transkriptionen der Einzelinterviews VI

11.3 Transkriptionen der Gruppendiskussionen LXXXIII

11.4 Auswertungen CX

11.5 Quantitativer Fragebogen CXXIII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Diabetes nach Alter und Geschlecht 7
Abbildung 2: Nutzung verschiedener Quellen für Gesundheitsinformationen 20
Abbildung 3: Modell des Uses and Gratifications Ansatzes 34
Abbildung 4: Erwartungs-/ Bewertungsmodell 46
Abbildung 5: Erwartungs-/ Bewertungstypologie 48
Abbildung 6: Relevante Komponenten für die vorliegende Arbeit 52
Abbildung 7: Nutzungsmotive in Kategorien 77
Abbildung 8: Leitfaden für die Kommunikation in den Medien 96
Abbildung 9: Leitfaden für die Kommunikation in Zeitschriften 98
Abbildung 10: Leitfaden für die Kommunikation in Informationsbroschüren 99
Abbildung 11: Leitfaden für die Kommunikation im Internet 99
Abbildung 12: Leitfaden für die Kommunikation für Ärzte 100

Abbildungsverzeichnis – Anhang

Abbildung Anhang 1: Brief an Selbsthilfegruppen-Mitglieder I
Abbildung Anhang 2: Soziodemographischer Fragebogen II
Abbildung Anhang 3: Leitfaden für Einzelgespräche III
Abbildung Anhang 4: Leitfaden für Focus Groups IV
Abbildung Anhang 5: Transkription Einzelinterview E1 VI
Abbildung Anhang 6: Transkription Einzelinterview E2 XII
Abbildung Anhang 7: Transkription Einzelinterview E3 XXII
Abbildung Anhang 8: Transkription Einzelinterview E4 XXVI
Abbildung Anhang 9: Transkription Einzelinterview E5 XXXVII
Abbildung Anhang 10: Transkription Einzelinterview E6 XLIV
Abbildung Anhang 11: Transkription Einzelinterview E7 LXVII
Abbildung Anhang 12: Transkription Einzelinterview E 8 LXXIII
Abbildung Anhang 13: Transkription Gruppendiskussion G1 LXXXIII
Abbildung Anhang 14: Gruppendiskussion G2 CVIII
Abbildung Anhang 15: Auswertung Quellennutzung CX
Abbildung Anhang 16: Auswertung Erwartungen an Medien im Allgemeinen CX
Abbildung Anhang 17: Auswertung Erwartungen an kostenlose Zeitschriften CXI
Abbildung Anhang 18: Auswertung Erwartungen an Kaufzeitschriften CXII
Abbildung Anhang 19: Auswertung Erwartungen an das Fernsehen CXII
Abbildung Anhang 20: Auswertung Erwartungen an das Internet CXII
Abbildung Anhang 21: Auswertung Erwartungen an Bücher CXIII
Abbildung Anhang 22: Auswertung Erwartungen an Informationsbroschüren CXIV
Abbildung Anhang 23: Auswertung Erwartungen an Ärzte CXIV
Abbildung Anhang 24: Auswertung Erwartungen an Freunde und Verwandte CXVI
Abbildung Anhang 25: Auswertung Erwartungen an Selbsthilfegruppen CXVII
Abbildung Anhang 26: Auswertung Erwartungen an Vorträge und Schulungen CXVIII
Abbildung Anhang 27: Auswertung Nutzungsmotive CXIX
Abbildung Anhang 28: Auswertung Vermeidungsmotive CXIX
Abbildung Anhang 29: Auswertung Themenfelder CXXI
Abbildung Anhang 30: Überblick über die Erwartungen an Medien CXXII
Abbildung Anhang 31: Fragebogen für quantitative Befragung CXXIII

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Nutzungsmotive in der Medienforschung 39
Tabelle 2: Kritik am Uses and Gratifications Ansatz 50
Tabelle 3: Beschreibung der Teilnehmer der Einzelinterviews 58
Tabelle 4: Beschreibung der Teilnehmer der Focus Groups 58
Tabelle 5: Vermeidungsmotive 84

Alle geschlechterspezifischen Ausdrücke, insbesondere die Begriffe „Patient“, „Arzt“ und „Diabetiker“ werden in der folgenden Arbeit, soweit nicht anders erläutert, sowohl für weibliche als auch männliche Personen verwendet.

„As a general rule, the most successful man in life is the man who has the best information."

Benjamin Disraeli (1804-81) britischer Politiker und Schriftsteller

1 Information als Therapieform – eine Einleitung

Die Zahl der an Diabetes[1] Erkrankten beläuft sich in Deutschland momentan auf acht Millionen, was ca. zehn Prozent der deutschen Bevölkerung entspricht (vgl. Hauner 2008, S. 10). Diese Zahl steigt vor allem aufgrund der Zunahme von übergewichtigen und physisch weniger aktiven Menschen stetig weiter an. Bereits heute gilt Diabetes in allen Altersstufen als die häufigste chronische Erkrankung (vgl. Heinz 2003, S. 1). Mangelnde Informationen über wichtige alltags- und gesundheitsrelevante Fragestellungen zum Leben mit Diabetes und unzureichende Krankheitsbewältigung können schwerwiegende bis lebensgefährliche Folgen für die Gesundheit der Patienten haben. Dies bedeutet, dass eine erfolgreiche Diabetesbehandlung untrennbar mit einer engagierten Beteiligung der Patienten verbunden ist, wofür ein ausreichender Informationsstand unerlässlich ist. Jahrelange Forschung hat gezeigt, dass informierte und in die Behandlung ihrer Krankheit involvierte Patienten bessere gesundheitliche Fortschritte machen und zufriedener mit ihrer Behandlung sind als andere Patienten (vgl. Greenfield/Kaplan/Ware 1985; Joos/Hickam 1990; Lorig/Mazon-son/Holman 1993; Deber 1994; Evans/Clarke 1983). Wie wichtig gesundheitsrelevante Informationen für Patienten sein können, zeigt auch Deering (1998). Sie stellt dar, dass nur ungefähr fünf der 30 Jahre höheren Lebenserwartung, welche Amerikaner im Laufe des letzten Jahrhunderts dazu gewonnen haben, tatsächlich der medizinischen Versorgung zuzuschreiben sind. Die restlichen 25 Jahre dagegen sind Vorsorge- und Aufklärungsprogrammen zu verdanken, welche vor allem Gesundheitsinformationen für Patienten beinhalten (vgl. S. 126).

---

1 Diabetes ist die Kurzform von Diabetes mellitus. In Deutschland wird Diabetes auch als Zuckerkrankheit bezeichnet.

Darüber hinaus wollen auch immer mehr Patienten ihre Behandlung selbst mitbestimmen, wofür ein umfassender Informationsstand unbedingt notwendig ist. Jahrelang war es üblich, dass der Arzt die nahezu einzige Quelle zur Beschaffung gesundheitsrelevanter Informationen war. Seit einigen Jahren jedoch gewinnt die mediale Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen immer mehr an Bedeutung (vgl. Bleicher/Lampert 2003, S. 348; Deering 1998, S. 127) und es besteht ein großes öffentliches Interesse an gesundheitsrelevanten Informationen auf Seiten der immer gesundheitsbewussteren Patienten (vgl. Deering/Harris 1996; Brown 1996). Die Internetsuchmaschine Google liefert aktuell beispielsweise 108 Millionen Ergebnisse auf den Suchbegriff „Gesundheit“ und Amazon Deutschland führt nahezu 110 000 Bücher zum Thema Medizin. In der Zeitschrift FOCUS wurden im Jahr 2006 über 160 Seiten zu Gesundheit und Psychologie veröffentlicht und auch die Zahl der sich auf diese Themenbereiche spezialisierten Titel wie „Stern gesund leben“, „Vital“ oder „Men’s Health“ nehmen immer mehr zu (vgl. FOCUS 2007, S. 33). Rund 65 Prozent der deutschen Bevölkerung geben darüber hinaus an, an Informationen zum Thema Gesundheit, über Medikamente und Heilmittel (sehr) interessiert zu sein und 54 Prozent sind der Meinung, dass man sich heutzutage selbst darüber informieren muss, was man für seine Gesundheit tun sollte und welche Behandlungsmethoden für einen angemessen sind[2] (vgl. Marktforschung Axel Springer AG 2003, S. 11).

Darüber hinaus verstärkt das Betroffensein von einer chronischen Erkrankung die Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen noch zusätzlich (vgl. Marstedt 2004, S. 4). Fox und Rainie konnten beispielsweise zeigen, dass Rezipienten mit abnehmender Gesundheit vermehrt nach gesundheitsrelevanten Informationen im Internet suchen[3] (vgl. Fox/Rainie

---

[2] Befragt wurden hierfür 2517 Personen der deutschen Bevölkerung ab 14 Jahren mittels einer Telefonbefragung (CAPI) im Zeitraum zwischen dem 1. März und den 17. April 2003.

[3] Die Daten beruhen auf zwei Befragungen: zum einen einer telefonischen Befragung von 12751 mindestens 18-jährigen Amerikanern zwischen März und August 2000 und zum anderen einer ebenfalls telefonischen Befragung von 2109 über 18-jährigen Amerikanern zwischen dem 3. und dem 14. August 2000.

2000, S. 9) und auch in anderen Medien werden von chronisch Kranken vermehrt Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen nachgefragt.

> Welche Diabetespatienten suchen aus welchen Bedürfnissen heraus wo nach Informationen bezüglich ihrer Krankheit und inwiefern werden ihre Informationsbedürfnisse befriedigt?

Diese Frage liefert den Ausgangspunkt für die vorliegende Diplomarbeit. Die theoretische Grundlage hierfür bildet der Uses and Gratifications Ansatz, mit dessen Hilfe ein Zusammenhang zwischen den demographischen Eigenschaften der Diabetespatienten, deren Informationsbedürfnissen, deren Erwartungen an die Medien und deren Mediennutzungsverhalten hergestellt und zudem dargestellt wird, inwiefern die vorhandenen Informationsbedürfnisse befriedigt werden. Zur Identifizierung dieser Zusammenhänge wurden Leitfadeninterviews und Gruppendiskussionen mit Diabetespatienten sowie qualitative Inhaltsanalysen der dadurch erhobenen Daten durchgeführt.

In dieser Arbeit werden zunächst in *Kapitel 2* einige grundlegende Informationen zu der chronischen Krankheit Diabetes gegeben. Hierfür wird definiert, was in dieser Arbeit unter Krankheit verstanden werden soll, was eine chronische Krankheit im Gegensatz zu einer akuten kennzeichnet und was die Krankheit Diabetes für den betroffenen Patienten bedeutet. Das darauf folgende *Kapitel 3* beschreibt den aktuellen Forschungsstand. Hierbei wird zunächst das Forschungsfeld Gesundheitskommunikation vorgestellt. Anschließend werden bisherige Studien zu den gesundheitsrelevanten Informationsbedürfnissen von Patienten dargestellt. Des Weiteren werden in diesem Kapitel Forschungsarbeiten zu den Quellen gesundheitsrelevanter Informationen aufgezeigt, wobei insbesondere auf die Rolle der Printmedien, des Fernsehens, des Internets und die Rolle von Ärzten bei der Informationsbeschaffung eingegangen wird. In *Kapitel 4* wird auf die theoretische Grundlage dieser Arbeit eingegangen, indem der Uses and Gratifications Ansatz vorgestellt und auf diese Arbeit angewendet wird. Hierfür werden zunächst die Grundannahmen der Theorie vorgestellt und schließlich die grundlegenden Komponenten des Ansatzes ge-

nauer erläutert beziehungsweise kritisch hinterfragt. Schließlich wird dargestellt, welche Rolle diese Theorie bei der vorliegenden Arbeit spielt beziehungsweise in welcher Form sie Anwendung auf diese Arbeit findet. *Kapitel 5* befasst sich mit dem Vorgehen der vorliegenden Studie. Es wird dabei zunächst auf die Fragestellung eingegangen, bevor die Methode und das Untersuchungsdesign genauer erläutert werden. In *Kapitel 6* werden schließlich die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung dargestellt. Dabei wird zunächst auf die von den Diabetespatienten genutzten Informationsquellen und deren Informationsbedürfnisse eingegangen und schließlich auf Teile des Uses and Gratifications Ansatzes in Bezug auf die erhaltenen Ergebnisse. Zudem wird in *Kapitel 7* aufgezeigt, wie eine optimale Kommunikation von Pharmaunternehmen bzw. Verbänden mit Diabetespatienten den Ergebnissen zu Folge aussehen kann und es werden Empfehlungen für die Kommunikation mit Hilfe spezifischer Medien gegeben. Mit Hilfe der Ergebnisse aus Kapitel 5 und 6 wird in *Kapitel 8* schließlich dargestellt, wie ein Fragebogen für eine quantitative Befragung aussehen kann. *Kapitel 9* bildet den Abschluss dieser Arbeit, indem gezeigt wird, welche über diese Arbeit hinaus führenden Forschungsmöglichkeiten bestehen und wie die vorliegende Arbeit in der Praxis Anwendung finden kann.

2 Diabetes – die häufigste chronische Erkrankung

Diabetes mellitus gilt aktuell als die häufigste chronische Krankheit in allen Altersgruppen (vgl. Finck/Holl 2006, S. 102). Um Diabetes erläutern zu können, werden in diesem Kapitel daher zunächst die Begrifflichkeiten Gesundheit und Krankheit, sowie chronische Krankheit behandelt. Anschließend wird genauer auf Diabetes eingegangen.

2.1 Gesundheit und Krankheit

Seit vielen Jahren versuchen Forscher verschiedener Fachrichtungen den Begriff Gesundheit zu definieren. Ihre oftmals biologische Orientierung führt dabei allerdings dazu, Gesundheit als das Fehlen einer Krankheit zu bezeichnen. Dieser Definition folgend würden wichtige Themen wie die Unterstützung in Selbsthilfegruppen oder die auf psychologischer Behandlung basierende Kommunikation nicht in den Forschungsbereich der Gesundheitskommunikation fallen (vgl. Ratzan/Payne 1996 S. 30). Im Gegensatz zu dieser biologischen Orientierung versucht die biopsychosoziale Perspektive Gesundheit als einen „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (Weltgesundheitsorganisation 2006, S. 1) zu beschreiben. Mit Hilfe dieser Definition werden alle die Gesundheit betreffenden Bereiche der Kommunikation mit in den Bereich der Gesundheitskommunikation eingeschlossen (vgl. Ratzan/Payne 1996, S. 30). Daher wird diese Definition für die vorliegende Arbeit verwendet.

2.2 Charakteristika chronischer Krankheiten

Eine chronische Krankheit ist im Gegensatz zu einer akuten dadurch gekennzeichnet, dass sie sich langsam entwickelt und zudem langwierig – meist sogar dauerhaft – verläuft (vgl. Roth/Rüschmann 2000, S. 94). Bei den meisten Definitionen steht demnach der zeitliche Aspekt einer Krankheit im Vordergrund. Andere Definitionen fokussieren demgegenüber die Unheilbarkeit als zentrales Kriterium einer chronischen Krankheit, was jedoch als problematisch anzusehen ist, da einige chronische Kinderkrank-

heiten bei richtiger Behandlung nach ein paar Jahren ausheilen können und demnach nicht als unheilbar einzustufen sind. Eine genaue Abgrenzung kann jedoch bei vielen Krankheiten nicht vorgenommen werden, da diese je nach Individuum und Begleitumständen sowohl chronisch als auch akut auftreten können. Es existieren demnach Krankheiten, die grundsätzlich chronisch verlaufen wie Diabetes, Parkinson und Alzheimer und daneben Krankheiten wie Rückenschmerzen oder Schwindel-Syndrome, die nur unter bestimmten Bedingungen chronisch verlaufen können (vgl. Gerste/Niemeyer/Lauterberg 2000, S. 67 f.).

2.3 Diabetes mellitus

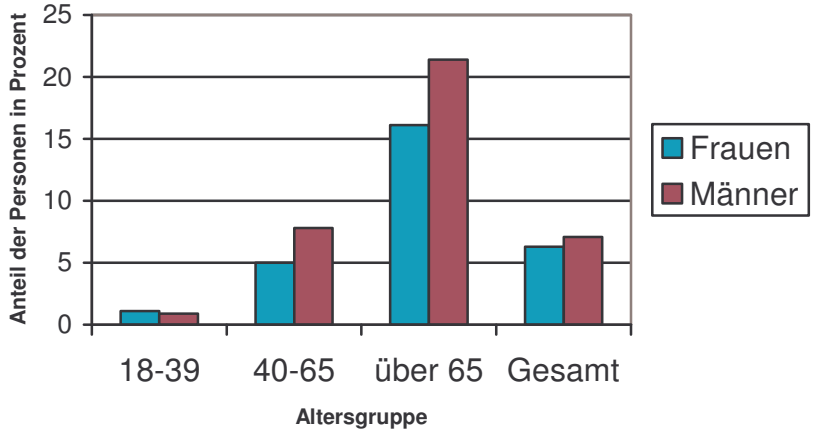
Diabetes mellitus bezeichnet verschiedene Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die durch chronisch erhöhte Blutzuckerwerte gekennzeichnet sind und mit dem Risiko schwerer Begleit- und Folgeerkrankungen einhergehen (vgl. Hauner 2008 S. 7). Es werden hauptsächlich zwei Arten von Diabetes unterschieden: Typ 1, dem schätzungsweise fünf bis zehn Prozent der Diabetiker in Deutschland zuzuordnen sind, kommt durch einen Mangel an Insulin, verursacht durch eine Zerstörung der insulinproduzierenden Zellen der Bauchspeicheldrüse, zu Stande. Meist wird dieser Typ bei Kindern zwischen dem 11. und 13. Lebensjahr diagnostiziert. Typ 2 kommt durch ein vermindertes Ansprechen der Körperzellen auf Insulin zu Stande, welches sich meist erst nach dem 40. Lebensjahr bemerkbar macht. An diesem Typ leiden in Deutschland etwa 90 Prozent der Diabetiker. Typ 2 wird insbesondere durch fettreiche Kost, Übergewicht und Bewegungsmangel ausgelöst (vgl. Scherbaum 2005). Hinzu kommen andere Diabetesformen, wie z. B. Schwangerschaftsdiabetes oder Diabetes infolge einer Entzündung der Bauchspeicheldrüse, welche allerdings zahlenmäßig weniger bedeutend sind und daher in dieser Arbeit keine weitere Beachtung finden (vgl. Scherbaum 2005).

Nach Angaben der American Diabetes Association ist die Zahl der Diabetiker in den letzten 20 Jahren von weltweit etwa 30 Millionen auf 230 Millionen Betroffene angestiegen. Zudem wird ein weiter wachsender Trend

vorausgesagt, der inzwischen seuchenartige Größenordnungen erreicht (vgl. Standl 2006, S. 5). So fordert Diabetes mittlerweile genauso viele Opfer wie HIV/AIDS, das heißt alle 10 Sekunden stirbt ein Diabetiker an den Folgen seiner Erkrankung. Es wird geschätzt, dass 80 Prozent aller Typ 2 Diabetesfälle durch eine Änderung der Ernährungsgewohnheiten und mehr körperliche Bewegung vermieden werden könnten (vgl. Lütke 2006).

Abbildung 1 zeigt die Verteilung von Diabetes mellitus in Deutschland nach Altersgruppen jeweils für Männer und Frauen. Dabei wird deutlich, dass Diabetes mit steigendem Alter immer häufiger wird und die große Mehrheit der Diabetespatienten über 60 Jahre alt ist. Außerdem wird sichtbar, dass allgemein mehr Männer an Diabetes leiden als Frauen.

Abbildung 1: Diabetes nach Alter und Geschlecht



(Quelle: Robert Koch Institut 2006)

Diabetes kann bei den betroffenen Patienten schwere gesundheitliche Konsequenzen nach sich ziehen, welche nur durch eine ständige Blutzuckerkontrolle verhindert werden können. Die Blutzuckerkontrolle hängt jedoch hauptsächlich vom Selbstmanagement der Betroffenen ab (vgl. Burke et al. 2006, S. 103). Wird diese Kontrolle nicht regelmäßig durchgeführt, kann es zu Unter- bzw. Überzuckerung kommen. Unterzuckerungen (Hypoglykämien) führen zu meist kurzfristigen Leistungseinbußen, die allerdings beispielsweise im Straßenverkehr extreme Folgen für den Patien-

ten und Dritte haben können. Chronisch erhöhte Blutzuckerwerte können dagegen längerfristige Leistungseinschränkungen mit sich bringen (vgl. Finck/Holl 2006, S. 103). Die Betroffenen sehen sich dadurch einer erhöhten Gefahr ausgesetzt jünger zu sterben und an einer Vielzahl akuter und chronischer Leiden wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenleiden, Retinopathien[4] und Nervenleiden zu erkranken (vgl. Liebl 2006, S. 24). Diabetes mellitus liegt Biermann (2006) zufolge an vierter Stelle der Todesursachen in den Industrieländern, ist die führende Ursache von Erblindungen und schweren Sehstörungen bei Erwachsenen und die häufigste Ursache für Amputationen, die nicht durch Verletzungen bedingt sind. Diabetespatienten haben zudem ein zwei- bis vierfach erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ein doppelt so hohes Risiko für Schlaganfälle. Rund 75 Prozent aller Diabetiker leiden an Bluthochdruck im Gegensatz zu 44 Prozent unter der Normalbevölkerung (vgl. S. 65).

Diabetespatienten müssen vom Tag der Diagnose an grundlegende und komplexe Veränderungen in ihrem alltäglichen Verhalten vornehmen, welche insbesondere Ernährung, Sport, Zigarettenkonsum, Alkohol, Medikation, Fußpflege und Blutzuckermessung betreffen (vgl. Burke et al. 2006, S. 104). Eine erfolgreiche Behandlung von Diabetes kann dabei nur gelingen, wenn die Betroffenen die Therapie in Form einer Lebens- und Verhaltensumstellung weitestgehend selbst in die Hand nehmen (vgl. Siegel 2006, S. 29). Das Leben mit Diabetes fordert daher vom Patienten eine lebenslange Anpassungsleistung, um mit der Erkrankung und möglichen Folgen zurechtzukommen, Diabetes bestmöglich in das eigene Leben zu integrieren und sich tagtäglich neu zu den notwendigen Therapiemaßnahmen zu motivieren (vgl. Kulzer 2006, S. 56). Burke et al. (2006) eruierten in qualitativen Interviews mit Diabetespatienten im Rahmen einer Studie zu den Ansichten von Diabetespatienten bezüglich Arztterminen die größten Probleme von Diabetikern. Hierzu gehören unerbittliche Schmerzen durch diabetische Nervenleiden, Depressionen, Schlaganfälle, Herzprobleme und Nierenprobleme. Hinzu kommt, dass Diabetespatienten je-

[4] Retinopathien sind Erkrankungen der Netzhaut des Auges, welche die Sehschärfe mindern, das Gesichtsfeld einschränken und zudem zu Erblindungen führen können.

den Tag genügend Zeit für Sport, adäquate Nahrungszubereitung, Informationsbeschaffung und Blutzuckermessung einplanen müssen und außerdem mit Ängsten vor Blindheit, Amputationen, Arbeitsplatzverlust und frühzeitigem Tod leben (vgl. S. 107-109).

3 Gesundheitsinformationen – Der Forschungsstand

Nachdem erläutert wurde, was die Krankheit Diabetes für einen Betroffenen bedeutet und wie sich diese auswirkt, wird nun im folgenden Kapitel der aktuelle Forschungsstand im Forschungsfeld Gesundheitskommunikation dargestellt. Insbesondere wird dabei auf die bisherige Forschung zu gesundheitsrelevanten Informationsbedürfnissen und auf von Patienten genutzte mediale und nicht-mediale Informationsquellen eingegangen. Die hierfür beschriebenen Ergebnisse beziehen sich jedoch nicht in allen Fällen auf Diabetespatienten, da in diesem Bereich die Anzahl der Studien noch sehr gering ausfällt. Es wurde jedoch bei der Auswahl der vorgestellten Ergebnisse darauf geachtet, dass die Studien sich auf Patienten beziehen, die mit Diabetespatienten in Bezug auf Ausmaß der Erkrankung und Einfluss auf das Leben des Erkrankten vergleichbar sind. Daher handeln die meisten der im Folgenden vorgestellten Studien von chronisch Kranken.

3.1 Das Forschungsfeld Gesundheitskommunikation

In den USA hat sich das Fachgebiet „Health Communication“ innerhalb der Kommunikationswissenschaft schon in den 70er Jahren etabliert (vgl. Kreps/Bonaguro/Query 1998, S. 1). Seitdem werden Artikel in immer mehr interdisziplinären sozialwissenschaftlichen Schriften veröffentlicht, die sich mit diesem Themenfeld befassen (vgl. Kreps 2003, S. 359). Im Vergleich dazu wird der Gesundheitskommunikation im deutschsprachigen Raum recht wenig Aufmerksamkeit geschenkt und sie bildet bislang innerhalb der Medien- und Kommunikationswissenschaft kein eigenständiges Fachgebiet (vgl. Bleicher/Lampert 2003, S. 348). Anfangs beschäftigte sich die Gesundheitswissenschaft vorwiegend mit interpersonaler Kommunikation insbesondere innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung. Eine andere modernere Forschungsrichtung innerhalb der Gesundheitskommunikation beschäftigt sich mit der Massenkommunikation. Hierbei stehen die effektive Verbreitung von Gesundheitsbotschaften, Gesundheitsvorsorge-

Kampagnen und Gesundheitsmarketing im Vordergrund. Erst allmählich wird diese Trennung der Bereiche in der Gesundheitskommunikation aufgelöst und diese beispielsweise von Hurrelmann und Leppin (2001) definiert als: „die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den gesundheitlichen Versorgungsprozess einbezogen sind, und/oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen der Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind“ (S.11). Ziel der Gesundheitskommunikation ist es, „bestimmte Wirkungen zu erzielen und das Gesundheitsbewusstsein, wenn nicht gar das Verhalten, positiv zu beeinflussen“ (Bleicher/Lampert 2003, S. 350). Die Konsumenten verlassen sich dabei auf Kommunikation, um relevante Gesundheitsinformationen zu erhalten, mit deren Hilfe sie wichtige Behandlungsentscheidungen treffen und somit zum Erhalt ihrer Gesundheit beitragen (vgl. Kreps 2003, S. 354 f.). Das Ziel der Forschung im Bereich Gesundheitskommunikation ist, die Informationsbedürfnisse der Konsumenten zu identifizieren und Strategien zu entwickeln, um Konsumenten dazu anzuhalten, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Dabei versucht sie angemessene Informationsquellen für gesundheitsrelevante Themen zu identifizieren und Medienprogramme zu erstellen, um die Bedürfnisse der Konsumenten optimal zu befriedigen (vgl. Kreps 2003, S. 360). Im Rahmen dieser Forschung spielen die intrapersonelle, die interpersonelle, die Gruppen-, die Organisations- und die soziale Ebene eine Rolle (vgl. Kreps/Bonaguro/Query 1998, S. 1). Das Forschungsgebiet Gesundheitskommunikation wird dadurch zu einem extrem breiten Forschungsgebiet, in welchem viele verschiedene Kommunikationslevel und -richtungen erforscht werden.

3.2 Gesundheitsrelevante Informationsbedürfnisse

Zur Darstellung des Forschungsstandes zu gesundheitsrelevanten Informationsbedürfnissen wird zunächst definiert, was unter einem Informationsbedürfnis innerhalb dieser Arbeit zu verstehen ist. Anschließend werden die Ergebnisse verschiedener Studien dargestellt, die sich mit den

verschiedenen Arten von Informationsbedürfnissen beschäftigt haben. Darüber hinaus werden Ergebnisse zu den spezifischen Merkmalen von Patienten aufgezeigt, die ihr Informationsverhalten beeinflussen können. Auf dieser Grundlage lässt sich die vorliegende Arbeit in den aktuellen Forschungsstand eingeordnen.

3.2.1 Informationsbedürfnis – eine Definition

Die Suche nach Informationen findet im Allgemeinen auf Grund einer vorhandenen Lücke im bestehenden Wissen einer Person statt (vgl. Eriksson-Backa 2003, S. 85). Dervin und Nilan (1986) definieren eine Situation, in welcher ein Informationsbedürfnis entsteht, als Situation, in welcher der innere Sinn eines Individuums verloren gegangen ist und ein neuer Sinn geschaffen werden muss. Ihrem Modell zu Folge wird ein „sense-maker“ in einer Situation von einer Lücke bzw. Frage gestoppt und muss durch jegliche Art vorhandener Hilfe versuchen, diese Lücke zu füllen (vgl. S. 20). Belkin, Oddy und Brooks (1982) dagegen sprechen von einem Informationsbedürfnis, wenn sich ein Mensch in einem anormalen Zustand von Wissen über etwas befindet, wobei dieser meist zuvor nicht genau weiß, was er benötigt, um diese Anomalie zu beseitigen (vgl. S. 62). Mit einem Anwachsen von Unsicherheit nimmt demnach die Suche nach Informationen systematisch zu. Zudem steigt diese auch mit der Wichtigkeit der Entscheidung (vgl. Atkin 1973, S. 215). So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass schwere Krankheiten wie Krebs zu wachsenden Informationsbedürfnissen führen (vgl. Eriksson-Backa 2003, S. 85). Je größer demnach die Wissenslücke eines Diabetespatienten und je wichtiger ihm seine Gesundheit ist, desto größer ist sein Informationsbedürfnis und desto mehr wird er nach Informationen suchen.

3.2.2 Arten von Informationsbedürfnissen von Patienten

Die Diagnose für eine Krankheit wie Diabetes zu bekommen, bedeutet für Patienten in erster Linie ein großes Maß an Unsicherheit in Verbindung mit Angst. Viele wissen kaum etwas über die diagnostizierte Krankheit und können häufig nicht einordnen, was die Diagnose konkret bedeutet (vgl.

Burke et al 2006, S. 107). Erst durch nach und nach erworbenes Wissen können Patienten Entscheidungen treffen, an der Behandlung ihrer Krankheit maßgeblich teilhaben und sich so mit dieser identifizieren. Jedoch bleiben auch im weiteren Verlauf der Krankheit Informationsbedürfnisse bezüglich der eigenen Krankheit beim Patienten bestehen, welche auf die folgenden Arten von Informationen bezogen sein können: (1) Prozedurale Informationen beziehen sich auf bestimmte Abläufe wie beispielsweise das Abnehmen von Blut, (2) Verhaltens-Informationen geben Anleitungen zum Selbstmanagement, (3) sensorische Informationen beschreiben, was ein Patient erwarten sollte zu fühlen, hören oder schmecken, (4) Informationen zur emotionalen Bewältigung, welche Patienten helfen sollen, ihre Ängste abzubauen, (5) kognitive Informationen zu Fakten, Ursachen und Prognose der Krankheit sowie (6) Informationen zur Motivationsunterstützung beim Selbstmanagement (vgl. Evans/Clarke 1983, S. 234-237). Zu jedem Zeitpunkt während des Verlaufs der Krankheit bestehen beim Patienten Informationsbedürfnisse in irgendeiner Form. Die spezifischen Informationsbedürfnisse von Patienten können sich dabei jedoch mit der Zeit verändern. So fanden beispielsweise Luker et al. (1996) heraus, dass erst kürzlich mit Brustkrebs diagnostizierte Frauen insbesondere das Bedürfnis nach Informationen über Heilungschancen, über das Stadium der Krankheit und über Behandlungsmöglichkeiten haben. Nach zwei Jahren dagegen überwiegen Bedürfnisse nach Informationen zu den Risiken für Familienmitglieder und den Nebenwirkungen der Behandlung[5] (vgl. S. 489 f.). Informationsbedürfnisse von Patienten dürfen dieser Studie zufolge also nicht als statisch angesehen werden, sondern entwickeln sich unter anderem je nach Ausmaß bisherigen Wissens und Stadium der Krankheit immer weiter. Insbesondere bei chronisch kranken Patienten zeigt sich, dass nach einer Anfangsphase in der Einführungs-Informationen, d.h. allgemeine Informationen zu der jeweiligen Krankheit, gewünscht werden, eine Phase folgt, in welcher viele Patienten zu Experten ihrer eigenen Krankheit werden und sehr spezifi-

[5] Hierfür wurden 105 Frauen mit Brustkrebs aus einer Klinik in Großbritannien sowohl zum Zeitpunkt der Diagnose als auch ca. 21 Monate später persönlich interviewt.