



Dr. Internet

Forschungsbericht zum Projekt

Eine interaktive Untersuchung der Gefahren
und Potenziale von Internetrecherchen bei der
Diagnose von Krankheiten

Herausgegeben von Claudia Zimmermann



Dr. Internet

Forschungsbericht zum Projekt

Eine interaktive Untersuchung der Gefahren
und Potenziale von Internetrecherchen bei der
Diagnose von Krankheiten

Impressum

Dr. Internet – Forschungsbericht zum Projekt.

Eine interaktive Untersuchung der Gefahren und Potenziale von Internetrecherchen bei der Diagnose von Krankheiten.

Universität Graz, 2017

Herausgeberin: Claudia Zimmermann

Umschlaggestaltung: Christof Hradetzky

ISBN: 978-3-200-05235-2

Herstellung: Druckerei & Verlag Mayer GmbH & Co KG

Mit freundlicher Unterstützung von:



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Einleitung	7
<i>Gerlinde Janschitz</i>	
Die medizinische Internetnutzung von PatientInnen. Eine quantitative Erhebung zum Rechercheverhalten der PatientInnen von Grazer AllgemeinmedizinerInnen	12
<i>Bettina Mair</i>	
Dr. Google – Wie die medizinische Internetnutzung die Arzt-Patient- Interaktion verändert. Die ärztliche Perspektive	31
<i>Daniel Ulrich</i>	
Wenn die Meinung der ÄrztInnen nicht zur Diagnose der PatientInnen passt. Eine qualitativ-soziologische Analyse über virtuelle Situationsdefinitionen im Spannungsfeld zwischen Kosmetik und Medizin	52
<i>Claudia Zimmermann</i>	
„Dr. Internet – Krankheiten bestimmen mit dem Internet“. Quantitative Ergebnisse aus dem Grazer Onlinekurs auf www.imoox.at	71
<i>Martin Ebner, Mohammad Khalil, Josef Wachtler</i>	
Chancen und Grenzen von Learning Analytics. Projektergebnisse aus der automatischen Datenerhebung	88
Schlussbetrachtung	100

Vorwort

Die vorliegende Publikation gibt eine Gesamtdarstellung der zentralen Ergebnisse des Forschungsprojekts „Dr. Google – Interaktive Untersuchung der Gefahren und Potenziale von Internetrecherchen bei der Selbstdiagnose von Krankheiten“, das vom Wissenschaftsressort der Steiermärkischen Landesregierung im Rahmen der Ausschreibung „Polaritäten in der Wissensgesellschaft: Die Zunahme von Nichtwissen“ gefördert und im Zeitraum November 2014 bis Mai 2017 in Graz durchgeführt wurde. Das Projekt beruht auf einer Kooperation zwischen der Akademie für Neue Medien und Wissenstransfer der Karl-Franzens-Universität Graz, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Institute für Soziologie, Wirtschaftspädagogik und Philosophie der Karl-Franzens-Universität Graz und der Abteilung „Vernetztes Lernen“ der Technischen Universität Graz, sowie dem Allgemeinmediziner Dr. Kurt Usar. Bei der Konzeption der Erhebungsinstrumente wurden auch Angehörige der Medizinischen Universität Graz einbezogen.

Die Kooperation zwischen so unterschiedlichen Disziplinen und Wissenschaftskulturen im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsvorhabens stellte für alle Beteiligten eine erhebliche Herausforderung dar. Insbesondere in der Anfangsphase waren ausgedehnte Diskussionen nötig, um die verschiedenen fachspezifischen Zugänge zum Forschungsthema einander näher zu bringen. Gerade diese Auseinandersetzungen boten aber auch die Chance, die eigenen disziplinären Sichtweisen immer wieder zu hinterfragen und ein umfassenderes Bild des Forschungsgegenstands zu entwickeln.

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Personen bedanken, die uns durch ihre Teilnahme am Onlinekurs, durch das Ausfüllen eines Patientenfragebogens oder durch ein ärztliches Experteninterview einen Einblick in ihre persönlichen bzw. beruflichen Erfahrungen mit der Internetrecherche von Krankheiten gegeben haben. Unser Dank geht zudem an Statistik Austria für den Zugriff auf Daten aus der ATHIS-Befragung 2014, und an das Wissenschaftsressort der Steiermärkischen Landesregierung für die finanzielle Unterstützung des Projektes.

Graz, Juni 2017

Michael Kopp, Projektleiter

Franz Höllinger, Koordinator des Arbeitsbereichs Soziologie

Einleitung

Claudia Zimmermann, Gerlinde Janschitz, Daniel Ulrich, Bettina Mair

„Warte mal kurz, ich google das schnell!“ ist mittlerweile zu einer gängigen Floskel in unserem alltäglichen Sprachgebrauch geworden. Sei es um herauszufinden wer die letzte Fußball-Europameisterschaft gewonnen hat, um die Definition eines Fremdwortes in Erfahrung zu bringen oder um zu eruieren, was es mit dem seltsam geschwollenen Knötchen unter der Achsel auf sich haben könnte. Das Internet ist uns in vielen Lebensbereichen und -situationen ein treuer Begleiter geworden, den man sich nicht mehr wegdenken kann. So hatten beispielsweise im Jahr 2016 bereits 85% aller österreichischen Haushalte Zugang zum Internet (der Vergleichswert für das Jahr 2002 beläuft sich auf 34%). Ebenfalls haben 84% der befragten ÖsterreicherInnen im Alter von 16 bis 74 Jahren in den letzten drei Monaten vor dem Befragungszeitpunkt (April bis Juni 2016) im Internet gesurft, wobei die Befragten unterschiedlichste Nutzungsmotive anführten (vgl. Statistik Austria 2016).

Zu einem wesentlichen Verwendungszweck des Internets ist das Suchen nach gesundheitsrelevanten Informationen – darunter fällt die Onlinesuche nach Informationen über Verletzungen, Krankheiten, Ernährung, Verbesserung der Gesundheit usw. – geworden. Haben im Jahr 2003 lediglich 5% der ÖsterreicherInnen zu gesundheitsrelevanten Themen im Internet recherchiert, war es zehn Jahre später bereits die Hälfte der österreichischen InternetnutzerInnen (vgl. Eurostat 2015). Diese Entwicklung ist Teil eines derzeit stattfindenden Wandels innerhalb der westlichen Industrienationen, demnach die Verbreitung des Internets den technologischen Nährboden für Veränderungen im gesundheitlichen Bereich dargestellt hat bzw. darstellt (vgl. Tautz 2002, 111f.).

Im Vergleich zum zeitintensiven und trotzdem zeitlich stark beschränkten Arztbesuch bietet das Internet eine kostengünstige und jederzeit verfügbare Alternative, um an gesundheitsrelevante Informationen zu kommen. Es stellt also ein neues zentrales Strukturelement dar, das die Chance bietet, „sich selbst bei Auffälligkeiten und bei vermeintlicher oder wirklicher ‚Symptombildung‘ über den körperlichen Zustand und mögliche Abhilfen klarzuwerden“ (Schuller 1992, 63). Neben dieser Möglichkeit sich Klarheit

über die eigenen Beschwerden oder jene von Verwandten/Bekanntem zu verschaffen, sind die Gründe, warum der moderne Patient bzw. die moderne Patientin das Internet konsultiert, vielschichtig¹.

Die potenziellen Vor- und Nachteile, die die verstärkte Nutzung des World Wide Webs durch medizinische Laien mit sich bringt, werden sowohl im medialen als auch im wissenschaftlichen Feld kontrovers diskutiert. Die BefürworterInnen weisen auf zahlreiche Chancen des Online-Gesundheitsangebotes hin, wie etwa die Möglichkeit zunehmender Patientenpartizipation, eine Steigerung der allgemeinen Health Literacy, mögliche Kostenreduktionen für das Gesundheitssystem (etwa durch Vermeidung unnötiger Arztbesuche oder kürzere Beratungszeiten) und letztendlich verbesserte Ergebnisse in der Gesundheitsversorgung (vgl. Ball & Lillis 2001; Cline & Haynes 2001; Neuhauser & Kreps 2003). Demgegenüber stehen Bedenken mancher KritikerInnen, dass online verfügbare medizinische Informationen oftmals irreführend und unvollständig sind, was zur Verunsicherung vieler PatientInnen führt und dadurch einen Mehraufwand für deren behandelnde ÄrztInnen darstellt. Ähnlich kann sich die Situation gestalten, wenn Laien durch intensive Internetrecherchen selbst zu Diagnosen und Behandlungsvorschlägen kommen und diese von ärztlicher Seite nicht bestätigt werden. Sollten diese Szenarien überwiegen, sind diverse Risiken sowie auch eine Verschlechterung der gesundheitlichen Outcomes denkbar (vgl. u.a. Berger 2009; Wald, Dube & Anthony 2007; Rossmann 2010). Ein wesentlicher Aspekt, der die Manifestation von positiven und negativen Auswirkungen medizinischer Internetrecherchen stark beeinflusst, sind die Kompetenzen der ausführenden AkteurInnen (vgl. Cline & Haynes 2001). Neben grundlegenden Fähigkeiten zur Navigation im Internet und zur effizienten Nutzung von Suchmaschinen sind zusätzliche Fertigkeiten wesentlich – bspw. die realistische Einschätzung der Qualität von unterschiedlichen Quellen sowie der spezifischen aufgefundenen Informationen, ausreichendes Kontextwissen zur Integration des neuen Wissens und für daraus abgeleitete Handlungen.

Das Forschungsprojekt „Dr. Internet“ nähert sich diesem kontroversen Themenbereich auf unterschiedlichen Ebenen. Im Zentrum des Interesses stehen

¹ Rossmann (2010, 347f.) gibt einen kurzen Überblick über die Ergebnisse einer Reihe von Studien, die die Nutzungsmotivationen von KonsumentInnen medizinischer Online-Informationen zum Inhalt haben.

nicht nur das Nutzungsverhalten in Bezug auf medizinische Internetrecherchen, sondern auch die damit einhergehenden Einstellungen und ein daraus resultierender Wandel im Verhältnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Mit Hilfe unterschiedlicher Methoden wurden Informationen aus verschiedenen Forschungsbereichen zusammengetragen, welche in den folgenden Kapiteln im Detail vorgestellt werden:

In Kapitel 1 werden die Ergebnisse einer Befragung von rund 300 Grazer PatientInnen präsentiert, die in den Ordinationen ihrer AllgemeinmedizinerInnen mittels Fragebogen befragt wurden. Die Schwerpunkte dieser Erhebung von Gerlinde Janschitz liegen in dem Rechercheverhalten der ProbandInnen, ihren diesbezüglichen Erfahrungen und ihrer Einschätzung der Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen.

Bettina Mair widmet sich in Kapitel 2 der Beschreibung des Phänomens aus Sicht der ÄrztInnen. Dazu wurden 14 Interviews mit AllgemeinmedizinerInnen im Raum Graz geführt, in denen speziell auf den ärztlichen Zugang zu Gesundheitsinformationen im Internet eingegangen wird. Neben der Internetnutzung für medizinische Zwecke stehen Erfahrungen im Umgang mit online recherchierenden PatientInnen im Mittelpunkt, sowie eine allgemeine Bewertung des Phänomens für die ärztliche Tätigkeit.

Ein spezieller Bereich zur Diskussion von medizinischen Informationen im Internet wird in Kapitel 3 näher behandelt. Online-Gesundheitsforen stellen heute für viele PatientInnen wichtige Informationsquellen bezüglich ihrer Leiden und deren Bewältigung dar, da in Foren kommuniziertes medizinisches Wissen in der Regel niederschwellig abrufbar ist, nahe am Erfahrungsschatz von PatientInnen liegt und daher tendenziell großes Identifikationspotential bietet. Zudem können in Online-Gesundheitsforen auch all jene Fragen diskutiert werden, die im Arzt-Patienten-Gespräch aus Zeit-, oder diversen anderen Gründen nicht zur Sprache kommen. Um einen Beitrag zur Verringerung des konstatierten Mangel an empirischen Daten über gesundheitsrelevante Forenkommunikation (vgl. Bioethikkommission 2015) leisten zu können, liefert Daniel Ulrich einen Einblick in die Effekte von Gesundheitskommunikation in einem Onlineforum für Betroffene von Bier Spots – einem dermatologischen Phänomen, dessen medizinische Relevanz von PatientInnen und ÄrztInnen unterschiedlich bewertet und gehandhabt wird.

Grundlage der Ergebnisse aus den abschließenden Kapiteln 4 und 5 ist ein Onlinekurs, der zur Bewusstseinsbildung im Rahmen des „Dr. Internet“ Projekts auf der Plattform www.imoox.at eingerichtet wurde. Im Rahmen dieses kostenlosen Onlinekurses waren die TeilnehmerInnen eingeladen, verschiedene medizinische Fallstudien mit Hilfe des Internets zu diagnostizieren und sich über Suchstrategien und Erfahrungen mit Internetrecherchen auszutauschen, um eine entsprechende Bewusstseinsbildung zu erreichen. Kapitel 4 gibt einen Überblick über die Resultate eines kurzen Online-Fragebogens, der im Zuge der Kursteilnahme auszufüllen war, und sich hauptsächlich mit dem eigenen Gesundheitsbewusstsein sowie Erfahrungen und Einstellungen zu Internetrecherchen befasst. Zudem werden die Ergebnisse aus den Diagnosequizzes der TeilnehmerInnen mit jenen einer zusätzlich befragten Ärztegruppe verglichen, um vorsichtige Rückschlüsse auf die Effektivität des Rechercheverhaltens machen zu können. In Kapitel 5 werden einige Parameter der automatischen Datenerhebung zum Onlinekurs besprochen, die einen guten Einblick in die für Learning Analytics nutzbare Infrastruktur eines derartigen Kurses geben und über die Aktivitäten und das mögliche Lernverhalten der KursteilnehmerInnen Auskunft geben.

In einer kurzen Schlussbemerkung werden einige zentrale Aspekte der verschiedenen Erhebungen zu einer gemeinsamen Betrachtung zusammengeführt. Bedingt durch die hohe Aktualität und die Dynamik dieses Forschungsbereiches sollten die hier vorliegenden Ergebnisse vor allem als Momentaufnahme eines dynamischen Phänomens gesehen werden – was jedoch kaum als Nachteil zu werten ist, da die Faszination und die Relevanz von medizinischen Onlinerecherchen für PatientInnen, ÄrztInnen und das Gesundheitssystem als Ganzes nicht zuletzt aus dieser immerwährenden Veränderung entsteht.

Literatur

Ball, M. J. & Lillis, J. (2001). E-health: transforming the physician/patient relationship. *International journal of medical informatics* 61 (1), 1–10.

Berger, T. (2009). „Meet the e-patient“: Chancen und Risiken des Internets für das Verhältnis von Gesundheitsfachleuten und ihren Klienten. Stetina, B.U. & Kryspin-Exner, I. (Hrsg.), *Gesundheit und Neue Medien. Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien*, 73–85. Wien: Springer-Verlag.

Bioethikkommission (2015). Partizipative Medizin und Internet. Stellungnahme der Bioethikkommission. Wien: Bundeskanzleramt Österreich. Geschäftsstelle der Bioethikkommission. Verfügbar unter:
<https://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=60026> [02.03.2017].

Cline, R.J.W. & Haynes, K.M. (2001). Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. *Health Education Research* 16 (6), 671-92.

Eurostat (2015). Personen, die das Internet zur Beschaffung von gesundheitsrelevanten Informationen genutzt haben. Verfügbar unter: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=tin00101&plugin=1> [02.03.2017].

Neuhauser, L. & Kreps, G.L. (2003). Rethinking communication in the e-health era. *Journal of Health Psychology* 8 (1), 7–23.

Rossmann, C. (2010). Gesundheitskommunikation im Internet. Erscheinungsformen, Potenziale, Grenzen. Schweiger, W. & Beck, K. (Hrsg.), *Handbuch Online-Kommunikation*, 338–63. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schuller, A. (1992). Die Institutionen der Patientenkarriere. Schuller, A., Heim, N. & Halusa, G. (Hrsg.), *Medizinsoziologie. Ein Studienbuch*. Stuttgart [u.a.]: W. Kohlhammer.

Statistik Austria (2016). IKT-Einsatz in Haushalten. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/energie_umwelt_innovation_mobilitaet/informationengesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/index.html [02.03.2017].

Tautz, F. (2002). E-health und die Folgen: wie das Internet die Arzt-Patient-Beziehung und das Gesundheitssystem verändert. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.

Wald, H.S., Dube, C.E. & Anthony, D.C. (2007). Untangling the Web - The impact of Internet use on health care and the physician–patient relationship. *Patient Education and Counseling* 68 (3), 218–24.

Die medizinische Internetnutzung von PatientInnen

Eine quantitative Erhebung zum Rechercheverhalten der PatientInnen von Grazer AllgemeinmedizinerInnen²

Gerlinde Janschitz

1. Einleitung

Laut Angaben des österreichischen Gesundheitsbarometers hat das Internet den Hausarzt/die Hausärztin als Informationsquelle zu allgemeinen Gesundheitsthemen bereits überholt: 55% der ÖsterreicherInnen geben an, bei Bedarf an gesundheitsrelevanten Informationen das Internet zu Rate zu ziehen, während 45% angeben, den Hausarzt/die Hausärztin zu konsultieren (N=990, Mehrfachnennungen möglich) (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Institut für Strategieanalysen 2016, 5).

Um neue Erkenntnisse in diesem Bereich zu gewinnen liegt der Fokus meiner Studie auf der Analyse des „E-Patienten“ (englisch „e-patient“), dem „durch das Internet informierten und vernetzten Patienten und Nachfragers, welcher für sich oder Angehörige relevante medizinische Informationen im Internet sucht und sich hierzu mit Gleichgesinnten austauscht“ (Schachinger 2014, 12). Dabei wurden PatientInnen von Grazer AllgemeinmedizinerInnen befragt, um nicht von vornherein lediglich InternetnutzerInnen in die Befragung miteinzubeziehen. Insbesondere die soziodemografische Beschreibung der E-PatientInnen sowie deren Rechercheverhalten stehen im Mittelpunkt der Forschung. Zudem wurden auch die Auswirkungen patientenseitiger Internetrecherchen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis aus Sicht der PatientInnen erforscht.

2. Methodik

Es wurde ein quantitativer Methodenzugang gewählt, wobei eine Querschnittserhebung mithilfe einer schriftlichen Befragung der PatientInnen

² Die hier präsentierten Ergebnisse sind eine Zusammenfassung der Masterarbeit „Analyse des digitalen Patienten. Eine quantitative Erhebung zum Rechercheverhalten von Patient_innen Grazer Allgemeinmediziner_innen.“, die aus diesem Projekt entstanden ist und an der Karl-Franzens-Universität Graz verfasst wurde. Nähere Informationen und detailliertere Ausführungen können dort nachgelesen werden.

von Grazer AllgemeinmedizinerInnen (N=308) durchgeführt wurde. Als Erhebungsinstrument wurde ein standardisierter Fragebogen verwendet. Da es insbesondere um das Rechercheverhalten von PatientInnen Grazer AllgemeinmedizinerInnen geht, musste vorab festgelegt werden, wie „breit“ das Verständnis von Internetrecherchen zu medizinischen Themen in diesem Fragebogen aufgefasst werden sollte. Um zu verhindern, dass sämtliche Recherchen zu gesundheitlichen Themen als relevant betrachtet werden, wurde die medizinische Internetnutzung von PatientInnen mit „patientenseitigen Internetrecherchen zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung“ operationalisiert. Dadurch wird der Zweck der Internetrecherche vorgegeben, wobei trotzdem offengelassen wird, ob es sich um eigene oder fremde Beschwerden und/oder Erkrankungen handelt.

Bei der Auswahl der Arztpraxen, in denen PatientInnen befragt wurden, wurden folgende Kriterien berücksichtigt: das Geschlecht der ÄrztInnen, die Art der Praxis (Kassen- oder Privatarzt/Privatärztin) und die Lage der Praxis (links oder rechts der Mur³). Die Erhebung wurde schlussendlich in acht Arztpraxen von Grazer AllgemeinmedizinerInnen durchgeführt. Um Vergleiche mit der österreichischen Bevölkerung ziehen zu können wurden einige Items des verwendeten Fragebogens dem Fragebogen der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (auch Austrian Health Interview Survey, kurz ATHIS, genannt) entnommen. Diese Befragung liefert „repräsentative Aussagen zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten für die österreichische Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren“ (Statistik Austria 2015, 3).

³ Die Unterscheidung zwischen Arztpraxen, die sich links bzw. rechts der Mur befinden, wurde getroffen um eine möglichst hohe Variation des Patientenklintels der ausgewählten ÄrztInnen hinsichtlich soziodemografischer Merkmale sicherzustellen. Die sozioökonomischen Differenzen zwischen den beiden Murofern nahmen nach Karl Kubinzky schon vor über 160 Jahren ihren Ursprung. So führt er an, „dass die Vorstädte auf beiden Murofern bis um 1850 so ungefähr gleich ärmlich waren und dass ab diesem Zeitpunkt die zusehends großbürgerlich werdenden Viertel am linken Murofer nun deutlich überlegen wurden“ (Dienes & Kubinzky 1995, 26). Dabei handelt es sich um eine Differenz, die sich teilweise bis heute gehalten hat und von einem Autor des Nachrichtenportals meinbezirk.at (2014) sehr treffend beschrieben wird: „Seit jeher gehörte das rechte Murofer mit Bezirken wie Lend, Gries oder Puntigam den Arbeitern und den Fabriken, während die linke Seite mit Geidorf, St. Leonhard und Mariatrost von den Bürgern und ihren Villen beherrscht wurde“ (Daublebsky 2014).

3. Zentrale empirische Befunde

3.1 Arzt vs. Internet: Allgemeiner Überblick

Im Folgenden werden allgemeine Aspekte der Informationsbeschaffung und -beschaffenheit näher analysiert. Hier soll insbesondere darauf eingegangen werden, welche Informationsquelle die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Beschwerden darstellt und welche Vertrauenswürdigkeit die Befragten Informationen zusprechen, die man einerseits von ÄrztInnen erhält und die andererseits aus dem Internet bezogen werden.

3.1.1 Erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen

Um einen Überblick darüber zu bekommen, wer oder was die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen oder einer Erkrankung für die Befragten darstellt, wurde eine offene Frage in den Fragebogen aufgenommen, bei der Platz für mehrere Antworten gegeben war (N=307). Wie die Daten zeigen, ist der Arzt/die Ärztin (Haus- oder Facharzt/Fachärztin) von zwei Dritteln der Befragten (67%) als erste Anlaufstelle genannt worden. An zweiter Stelle liegt das Internet, das von einem Viertel der Befragten genannt wurde (25%) und auf dem dritten Platz liegen Familienangehörige und/oder FreundInnen, die von 19% der Befragten als erste Anlaufstelle genannt wurden.

Im österreichischen Gesundheitsbarometer 2015, einer repräsentativen Telefonbefragung von ÖsterreicherInnen, wurde eine ähnliche Frage gestellt: „Wenn Sie sich ganz allgemein über Gesundheitsthemen informieren wollen, woher beziehen Sie dann diese Informationen?“⁴ (Mehrfachnennungen möglich, N=990). Hier geben 55% der Befragten an das Internet zurate zu ziehen, womit dieses an erster Stelle vor den HausärztInnen (45%) liegt. Zählt man jedoch die Anteile derer zusammen, die sich bei HausärztInnen

⁴ An dieser Stelle sei auf die unterschiedlichen Fragestellungen beider Studien hingewiesen: Während sich die Frage des österreichischen Gesundheitsbarometers auf allgemeine Gesundheitsthemen bezieht, wurden die TeilnehmerInnen meiner Studie konkret nach der ersten Anlaufstelle bei gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung gefragt. Demnach impliziert meine Fragestellung bereits irgendeine Form von medizinischem Problem, während das Einholen von allgemeinen Informationen über Gesundheitsthemen auch nur interessengeleitet sein kann.

und FachärztInnen (15%) informieren, kommt man auf 60%⁵ (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Institut für Strategieanalysen 2016, 5).

3.1.2 Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der bei der Informationsbeschaffung beachtet werden sollte, ist die Beschaffenheit dieser Informationen, sprich die Vertrauenswürdigkeit, die den Informationen unterschiedlicher Informationsquellen von den Befragten zugesprochen wird. Dazu wurden im Fragebogen zwei Fragen gestellt, wobei ein Item die Bewertung des Vertrauens zu Informationen aus dem Internet abfragt und das andere Item ein Verhältnis zwischen der Vertrauenswürdigkeit von ÄrztInnen und dem Internet ermittelt. Dabei konnte festgestellt werden, dass die Hälfte der Befragten glaubt, Informationen aus dem Internet seien manchmal vertrauenswürdig. 22% meinen, dass dies häufig der Fall ist, während die restlichen 28% Onlineinformationen selten bzw. nie als vertrauenswürdig einstufen (Tabelle 1).

Betrachtet man die bewertete Vertrauenswürdigkeit von Onlineinformationen nach dem Alter und der höchsten abgeschlossenen Ausbildung (Tabelle 1), ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen den betrachteten Gruppen (Alter: $\chi^2=40,25^{**6}$, Bildung: $\chi^2=52,13^{**}$). Die Wirkungsrichtung der Zusammenhänge ist ebenfalls signifikant. So glauben ältere Personen seltener, dass im Internet auffindbare Informationen zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung vertrauenswürdig sind als dies bei jüngeren Personen der Fall ist ($r_s^7=-0,20^{**}$). Betrachtet man den Einfluss der Bildung kann festgehalten werden, dass höher gebildete Personen Onlineinformationen eher als vertrauenswürdig einstufen als dies bei weniger hoch gebildeten Personen der Fall ist ($r_s=0,33^{**}$).

⁵ Beim Verweis auf repräsentative Daten, wie sie beispielsweise das österreichische Gesundheitsbarometer und die österreichische Gesundheitsbefragung liefern, sollte stets mitbedacht werden, dass die Befragten meiner Studie in Arztpraxen rekrutiert wurden und sich somit ein direkter Vergleich mit den repräsentativen Daten erschwert. Dennoch können dadurch interessante Unterschiede und/oder Gemeinsamkeiten veranschaulicht werden.

⁶ Die Signifikanzwerte werden hier folgendermaßen dargestellt: n.s. = nicht signifikant, * = signifikant ($p \leq 0,05$), ** = hochsignifikant ($p \leq 0,01$).

⁷ r_s steht für den Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman.

„Glauben Sie, dass im Internet auffindbare Informationen zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung vertrauenswürdig sind?“

(N=308, Angaben in % und absolute Häufigkeiten, Zeilenprozent)

	nie/selten	manchmal	häufig/immer	Gesamt
Alter				
unter 30-Jährige	18,6 (N=18)	59,8 (N=58)	21,6 (N=21)	100% (N=97)
30-44-Jährige	22,5 (N=18)	48,8 (N=39)	28,7 (N=23)	100% (N=80)
45-59-Jährige	21,6 (N=16)	56,8 (N=42)	21,6 (N=16)	100% (N=74)
60-74-Jährige	46,7 (N=14)	30,0 (N=9)	23,3 (N=7)	100% (N=30)
über 75-Jährige	70,4 (N=19)	25,9 (N=7)	3,7 (N=1)	100% (N=27)
Höchste abgeschlossene Ausbildung				
Pflichtschule	44,7 (N=21)	46,8 (N=22)	8,5 (N=4)	100% (N=47)
Lehrabschluss	50,0 (N=29)	37,9 (N=22)	12,1 (N=7)	100% (N=58)
Mittelschule	21,7 (N=5)	47,8 (N=11)	30,4 (N=7)	100% (N=23)
Matura	31,9 (N=23)	40,3 (N=29)	27,8 (N=20)	100% (N=72)
Uni/FH/Kolleg	6,5 (N=7)	65,7 (N=71)	27,8 (N=30)	100% (N=108)
Gesamt	27,6 (N=85)	50,3 (N=155)	22,1 (N=68)	100% (N=308)

Alter: Chi²: 40,25**, r_s: -0,20**

Bildung: Chi²: 52,13**, r_s: 0,33**

Tabelle 1: Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Onlineinformationen nach Alter und Bildung (in %).

Um eine Aussage über das Verhältnis zwischen der Vertrauenswürdigkeit von Informationen von ÄrztInnen und aus dem Internet zu treffen wurden die Befragten meiner Erhebung gebeten, den Grad ihrer Zustimmung zu folgender Aussage „Ich vertraue einem Arzt mehr als dem Internet“ auszudrücken (von stimme völlig zu bis stimme gar nicht zu). Dabei gaben 54% der Befragten (N=308) ihre völlige und 29% ihre Zustimmung an. Das sind gemeinsam über 80% (!) der UmfrageteilnehmerInnen. 13% stimmten der Aussage teilweise zu und 4% lehnten diese ab.

3.2 Wer recherchiert und wer nicht: Charakteristika von Recherchierenden und Nicht-Recherchierenden

Um zu sehen welche Eigenschaften einen Einfluss auf die Durchführung einer patientenseitigen Internetrecherche zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung haben, wurde eine binär logistische Regression durchgeführt. Als Faktoren (unabhängige Variablen) wurden in einem ersten Modell die soziodemografischen Merkmale (Alter, Geschlecht und Bildung) aufgenommen. Das zweite Modell wurde um Aspekte der Internetnutzung erweitert, wobei die bisherige Interneterfahrung (in Jahren) und die subjektiv bewertete Vertrauenswürdigkeit von Informationen aus dem Internet zu gesundheitlichen Beschwerden in das Modell aufgenommen wurden. Durch die Durchführung einer binär logistischen Regression wird somit die Eintrittswahrscheinlichkeit für die Gruppenzugehörigkeit zu den Recherchierenden geschätzt. Insgesamt wurden 262⁸ Fälle in das Modell aufgenommen, von denen 84% (N=220) mindestens einmal eine Internetrecherche zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung durchgeführt haben, während 16% (N=42) noch nie eine solche Internetrecherche durchgeführt haben.

⁸ Die Differenz auf die gesamten 308 Befragten lässt sich wie folgt erklären: 38 Personen benutzen das Internet überhaupt nicht und wurden deshalb unter Verwendung einer Filterfrage von der Frage bezüglich Internetrecherchen zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung ausgeschlossen. Weitere acht Fälle wurden aufgrund der Kontrolle der standardisierten Residuen (vgl. Backhaus et al. 2016, 321–24) manuell von der logistischen Regression ausgeschlossen.

3.2.1 Einflussfaktoren auf die Durchführung einer patientenseitigen Internetrecherche

In der nachstehenden Tabelle (Tabelle 2) werden der Einfluss der einzelnen Faktoren sowie deren statistische Signifikanz abgebildet. Da die B-Koeffizienten (Logits) nur schlecht interpretierbar sind, werden stattdessen die Odds Ratios (im Folgenden kurz OR) interpretiert, die auch als Effekt-Koeffizienten bezeichnet werden und angeben, um welchen Faktor sich die Odds (Chancen) erhöhen, wenn Variable x um eine Einheit erhöht wird (vgl. Backhaus et al. 2016, 311f.).

Betrachtet man das erste Modell, in das die soziodemografischen Merkmale aufgenommen wurden, erkennt man, dass das Geschlecht keinen signifikanten Einfluss darauf hat, ob man Internetrecherchen durchführt oder nicht. Für die Stichprobe lässt sich allerdings sagen, dass Frauen eine 1,3-fach erhöhte Chance haben in die Gruppe der Recherchierenden zu fallen (OR=1,34 n.s.). Einen signifikanten Einfluss hat das Alter. So haben Personen, die jünger sind als 30 Jahre, eine 20-fach erhöhte Chance Internetrecherchen zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung durchzuführen als über 75-Jährige (OR=20,03**). Auch die 30-44-Jährigen (OR=14,00**) und die 45-59-Jährigen (OR=5,98*) weisen gegenüber Personen, die über 75 Jahre alt sind, eine erhöhte Chance auf in die Gruppe der Recherchierenden zu fallen. Dieses Chancenverhältnis verringert sich jedoch, wenn die bisherige Interneterfahrung und die subjektiv bewertete Vertrauenswürdigkeit von Onlineinformationen in das Modell mitaufgenommen werden. Trotzdem weisen unter Berücksichtigung dieser Variablen unter 30-Jährige im Vergleich mit den über 75-Jährigen nach wie vor eine 15-fach erhöhte Chance auf der Gruppe der Recherchierenden anzugehören (OR=15,20**), während die 30-44-Jährigen noch eine 9,5-fach erhöhte Chance haben (OR=9,46*).

Neben dem Alter hat auch die Bildung einen signifikanten Einfluss. So haben Personen mit Matura eine um das 4-fache erhöhte Chance Internetrecherchen zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung durchzuführen, als dies bei Personen mit Pflichtschulabschluss der Fall ist (OR=3,94*). Noch höher ist die Chance für HochschulabsolventInnen: Im

Vergleich zu PflichtschulabsolventInnen weisen sie eine 4,4-fach erhöhte Chance auf in die Gruppe der Recherchierenden zu fallen (OR=4,36*)⁹.

Beim zweiten Modell wurden zusätzlich zu den soziodemografischen Merkmalen noch die bisherige Interneterfahrung (in Jahren) und die subjektiv bewertete Vertrauenswürdigkeit von Onlineinformationen zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung aufgenommen. Beide Faktoren haben einen signifikanten Einfluss auf die Durchführung bzw. Unterlassung von patientenseitigen Internetrecherchen. So steigt die Chance in die Gruppe der Recherchierenden zu fallen mit steigender Interneterfahrung (OR=1,12**). Ebenfalls erhöht sich die Chance patientenseitige Internetrecherchen durchzuführen, wenn man Vertrauen in Onlineinformationen hat. Dementsprechend haben Personen, die glauben Onlineinformationen zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung seien häufig bzw. immer vertrauenswürdig, eine 13-fach erhöhte Chance in die Gruppe der Recherchierenden zu fallen, als Personen, die glauben solche Informationen seien nur selten vertrauenswürdig (OR=13,27**). Und auch Personen die meinen, Onlineinformationen seien manchmal vertrauenswürdig, haben im Vergleich mit denjenigen, die Misstrauen gegenüber solchen Informationen hegen, eine 6-fach erhöhte Chance Internetrecherchen durchzuführen (OR=6,31**).

⁹ Unter Berücksichtigung der bisherigen Interneterfahrung und der subjektiv bewerteten Vertrauenswürdigkeit von Onlineinformationen verliert die Bildungsvariable ihre statistische Signifikanz, was dem Auftreten eines Mediatoreffekts geschuldet ist. Hierbei liegt nicht nur ein direkter Effekt von X (Bildung) auf Y (Internetrecherche) vor, sondern X (Bildung) wirkt über eine Mediatorvariable Z (bisherige Interneterfahrung und Vertrauenswürdigkeit) auf die abhängige Variable Y (Internetrecherche). Demnach wirkt die Bildung nicht nur direkt auf die abhängige Variable, sondern auch noch indirekt über die Mediatorvariablen, was zu einer Konfundierung des bivariaten Effekts führt. Diesem Umstand ist es geschuldet, dass die Bildungsvariablen im zweiten Modell nicht mehr signifikant werden.

	Modell 1 – Soziodemografie		Modell 2 – Soziodemografie und Aspekte der Internetnut- zung	
	Regressions- koeffizient B	Odds Ratio	Regressions- koeffizient B	Odds Ratio
Konstante	1,41 (0,86)	-	-1,80 (1,21)	-
Soziodemografische Variablen				
Geschlecht (1=männlich, 2=weib- lich)	0,29 (0,38)	1,34 n.s.	0,77 (0,45)	2,17 n.s.
Über 75-Jährige (RK)				
Unter 30-Jährige	3,00 (0,85)	20,03**	2,72 (1,05)	15,20**
30-44-Jährige	2,64 (0,85)	14,00**	2,25 (1,07)	9,46*
45-59-Jährige	1,79 (0,82)	5,98*	1,22 (1,03)	3,38 n.s.
60-74-Jährige	1,56 (0,94)	4,74 n.s.	1,28 (1,18)	3,59 n.s.
Pflichtschule (RK)				
Lehrabschluss	0,09 (0,61)	1,10 n.s.	0,45 (0,73)	1,56 n.s.
Mittelschule	0,50 (0,73)	1,65 n.s.	0,37 (0,85)	1,44 n.s.
Matura	1,37 (0,66)	3,94*	1,13 (0,74)	3,09 n.s.
Uni/FH/Kolleg	1,47 (0,61)	4,36*	0,48 (0,73)	1,62 n.s.
Aspekte der Internetnutzung				
Bisherige Interneter- fahrung (in Jahren)			0,11 (0,05)	1,12*
Vertrauenswürdigkeit von Onlineinformatio- nen (nie/selten RK)				
Manchmal			1,84 (0,49)	6,31**
Häufig/immer			2,59 (0,71)	13,27**

N=262; Standardfehler der Regressionskoeffizienten B in Klammer angeführt; sig-
nifikante Werte wurden markiert; RK: Referenzkategorie.

*Tabelle 2: Binär logistische Regression – Einflussvariablen auf die Eintrittswahr-
scheinlichkeit von patientenseitigen Internetrecherchen.*

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass insbesondere jüngere, gut gebildete Personen mit vergleichsweise längerer Interneterfahrung und hohem Vertrauen in Onlineinformationen eine hohe Wahrscheinlichkeit aufweisen, Internetrecherchen zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung durchzuführen. Diese Ergebnisse decken sich weitgehend mit Alexander Schachingers Analyse des digitalen Patienten, der ihm zufolge als „eher weiblich, im mittleren Lebensalter, mit mehrjähriger Interneterfahrung und überdurchschnittlicher formaler Bildung“ (Schachinger 2014, 141) charakterisiert werden kann.

3.3 Analyse des E-Patienten: Das Rechercheverhalten im Überblick

3.3.1 Gründe gegen bzw. für patientenseitige Internetrecherchen

Bei den Personen, die das Internet noch nie für Recherchen zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung genutzt haben, gibt es zwei Hauptgründe, weswegen diese Recherchen unterlassen werden (Mehrfachnennungen möglich, Anzahl der Fälle=42). Zum einen besteht kein Interesse an solchen Recherchen, was von 50% der Befragten als Motiv genannt wurde, und zum anderen ist für 43% fehlendes Vertrauen in Informationen aus dem Internet Grund für die Unterlassung patientenseitiger Internetrecherchen. Das steht im Einklang mit den Ergebnissen der durchgeführten logistischen Regression, anhand derer gezeigt werden konnte, dass ein hohes Vertrauen in Onlineinformationen die Wahrscheinlichkeit erhöht Internetrecherchen durchzuführen. Weitere Gründe für die Unterlassung von patientenseitigen Internetrecherchen sind fehlende Nutzungskennntnisse des Internets (14%) und kein Bedarf an Informationen zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung (7%).

Bei der Gruppe der Recherchierenden ist das bessere Verstehen von eigenen Beschwerden das Hauptmotiv für die Durchführung von Internetrecherchen und wurde von 87% der Befragten genannt (Mehrfachnennungen möglich, Anzahl der Fälle=227). 50% recherchieren im Internet um Informationen über Medikamente zu erhalten und je 43% recherchieren für FreundInnen bzw. Familienangehörige und um bei einem Arztbesuch erhaltene Informationen besser verstehen zu können. Ein Drittel der befragten PatientInnen geht online um Informationen über ÄrztInnen einzuholen und knapp ein Viertel (23%) macht dies um sich auf einen Arzttermin vorzubereiten.

3.3.2 Suchmethoden der Recherchierenden

Um einen näheren Einblick in die Recherchestrategien von Personen zu bekommen, wurden die Befragten gebeten anzugeben, wie sie im Internet nach gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung suchen (Mehrfachnennungen möglich, Anzahl der Fälle=227). Dabei zeigt sich, dass der Großteil der befragten Personen (92%) über Suchmaschinen nach Informationen zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung sucht. An zweiter Stelle liegen Gesundheitsportale, die von 45% der Befragten verwendet werden, gefolgt von Recherchen via Wikipedia, die von 40% durchgeführt werden. Zudem finden auch Onlineforen (26%) und Websites von ÄrztInnen (22%) für die Durchführung von patientenseitigen Internetrecherchen Anwendung.

3.3.3 Typen von Recherchierenden nach Motiven und Suchstrategien

Um die Motive und Suchstrategien der Recherchierenden in einen Zusammenhang zu bringen, wurde eine Korrespondenzanalyse durchgeführt (Abbildung 1). Dabei sind die verwendeten Suchstrategien und die Recherchemotive die beschreibenden Variablen (Zeilenprofile) und die Alterskategorien die zu beschreibenden Variablen (Spaltenprofile). Zudem wurden das Geschlecht und die Bildung der Befragten als ergänzende Variablen in die Analyse aufgenommen.

Betrachtet man die jüngste der Alterskategorien (unter 30-Jährige) lässt sich festhalten, dass diese sich überdurchschnittlich oft auf Websites von ÄrztInnen, in Onlineforen und Blogs über gesundheitliche Beschwerden oder eine Erkrankung informiert. Als Gründe für ihre Recherche werden überdurchschnittlich oft die Einholung von Informationen zu ÄrztInnen sowie der Austausch mit PatientInnen derselben Krankheit genannt. Hier fällt auf, dass die Motive der Recherche mit den gewählten Suchstrategien übereinstimmen. So kann man davon ausgehen, dass auf Websites von ÄrztInnen relevante Informationen über den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin angeführt werden, während die Kommunikation mit anderen PatientInnen derselben Krankheit vorwiegend in Blogs und Onlineforen stattfindet.

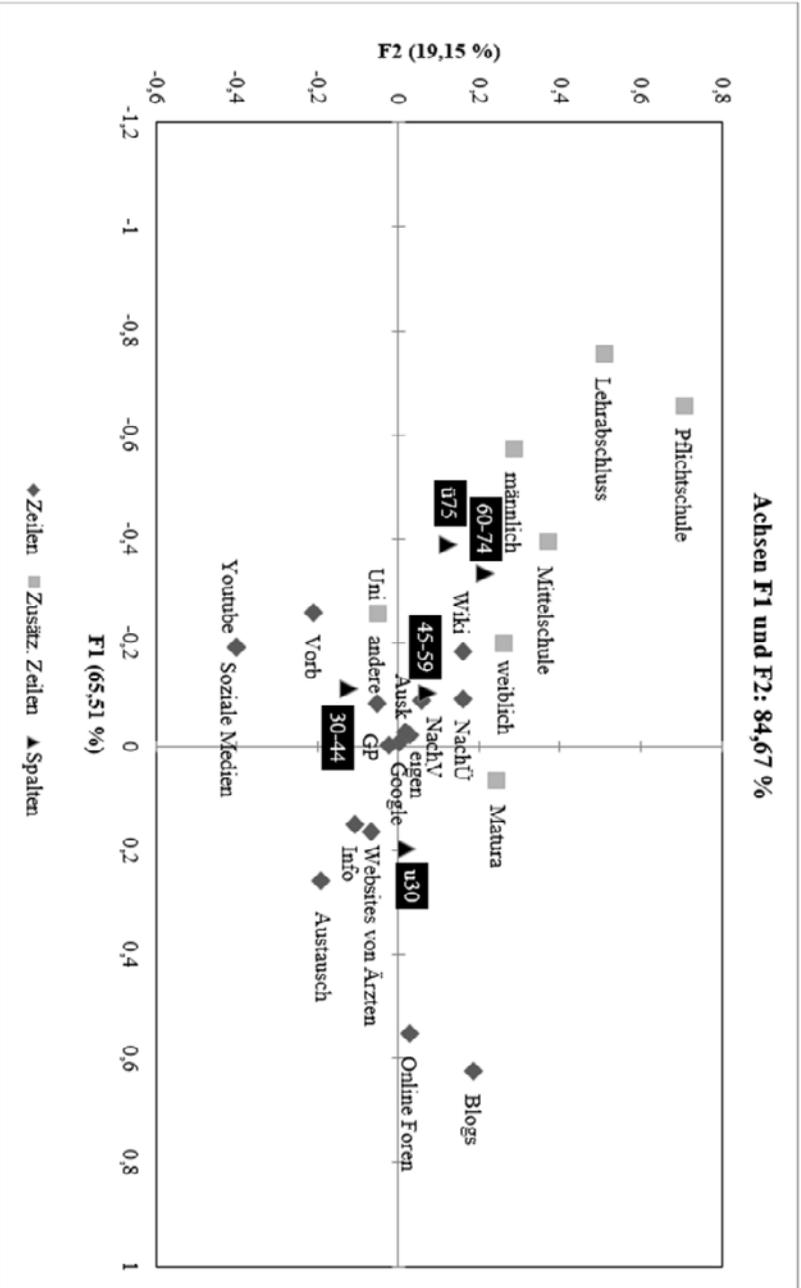


Abbildung 1: Typen von Recherchierenden nach Motiven und Suchstrategien (Korrespondenzanalyse).

Anmerkungen zu Abbildung 1: Alter (u30=unter 30-Jährige, 30-44-Jährige, 45-59-Jährige, 60-74-Jährige, ü75=über 75-Jährige); Bildung (Pflichtschule, Lehrabschluss, Mittelschule, Matura, Uni/FH/Kolleg); Geschlecht (männlich, weiblich); Art der Internetrecherche (Google=über Suchmaschinen, in Onlineforen, GP=in Gesundheitsportalen, in Sozialen Medien, Wiki=in Wikipedia, auf Websites von Ärzten, in Blogs, auf YouTube); Gründe für eine Recherche (eigen=zum besseren Verständnis eigener Beschwerden, andere=um Informationen über gesundheitliche Beschwerden von Freunden/Familienangehörigen zu erhalten, Vorb=um sich auf einen Arzttermin vorzubereiten, Info=um Informationen über einen Arzt einzuholen, NachV=um nach einem Arztbesuch erhaltene Informationen besser verstehen zu können, NachÜ=um nach einem Arztbesuch erhaltene Informationen überprüfen zu können, Austausch=um sich mit PatientInnen derselben Krankheit auszutauschen, Ausk=um Auskünfte über Medikamente einzuholen).

Die 30-44-Jährigen suchen online überdurchschnittlich oft nach Informationen über Beschwerden von FreundInnen und/oder Familienangehörigen und nutzen diese Recherchen überdurchschnittlich oft um sich auf einen Arzttermin vorzubereiten. Dafür werden überdurchschnittlich oft Soziale Medien und auch Youtube verwendet. Während bei dieser Altersgruppe die Recherche zur Vorbereitung ein wichtiges Charakteristikum darstellt, werden bei den älteren Personen (45-59-Jährige, 60-74-Jährige und über 75-Jährige) überdurchschnittlich oft Gründe genannt, die die Onlinerecherche nach einem Arztbesuch zum Thema haben. Diese Art der Recherche dient zum besseren Verständnis und zur Überprüfung von Informationen, die man bei einem Arztbesuch erhalten hat. Dabei greifen diese Altersgruppen im Zuge ihrer Onlinerecherchen überdurchschnittlich oft auf Wikipedia zurück.

Damit kann man einerseits den Typus des jungen kreativen Recherchierenden ausmachen, der vorwiegend auf „neue“ Informationsplattformen (z. B. Blogs und Onlineforen) zurückgreift und diese zur aktiven Recherche nach gesundheitlichen Beschwerden nutzt, um sich unter anderem mit anderen PatientInnen auszutauschen und/oder zur Vorbereitung auf einen Arzttermin. Zudem findet sich andererseits der Typus des älteren konventionellen Recherchierenden in den Daten wieder. Dieser recherchiert häufig im sehr bekannten Onlinelexikon Wikipedia, wobei die Internetrecherche öfters durch einen vorausgehenden Anreiz stimuliert wird. So sind insbesondere Arztbesuche und die dort erhaltenen Informationen Gegenstand der Internetrecherche, wobei diese durch die Onlinesuche besser verstanden bzw. überprüft werden sollen.

3.4 Der Einfluss des Internets auf die Arzt-Patienten-Interaktion aus Patientensicht

Im folgenden Abschnitt wird noch ein Blick auf die Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung unter Einbeziehung patientenseitiger Internetrecherchen geworfen. Dabei wird einerseits das Verhalten der ÄrztInnen aus Patientensicht näher analysiert, wobei darauf eingegangen wird, wie AllgemeinmedizinerInnen mit dem Thema der patientenseitigen Internetrecherche in der Arzt-Patienten-Interaktion umgehen. Andererseits wird betrachtet, wie PatientInnen die Ergebnisse ihrer Recherchen zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung in das Arzt-Patienten-Gespräch miteinfließen lassen.

3.4.1 Der Umgang von ÄrztInnen mit patientenseitigen Internetrecherchen

Eine deutsche Studie (N=51) hat gezeigt, dass ÄrztInnen bereits umfassende Erfahrungen mit im Internet recherchierenden PatientInnen gemacht haben (vgl. Stadtler, Bromme & Kettler 2009, 257), wobei die Häufigkeit von den ÄrztInnen unterschiedlich eingeschätzt wurde. So meinen mehr als die Hälfte der Befragten (56%), dass dies manchmal vorkommt, 29% stufen dies als häufig und sehr häufig und 14% als selten vorkommend ein. Zudem findet es der Großteil der befragten AllgemeinmedizinerInnen (63%) wichtig, PatientInnen bei ihrer Internetrecherche zu unterstützen (vgl. Stadtler, Bromme & Kettler 2009, 257).

Obwohl die Erfahrung mit E-PatientInnen aufseiten der ÄrztInnen nicht dazu führen muss, eben diese auf ihre Internetrecherchen anzusprechen, kann dennoch vermutet werden, dass die Aktualität der Thematik und die immer größer werdende Personengruppe, die im Internet zu gesundheitlichen Themen recherchiert (vgl. Eurostat 2015), für diese Annahme spricht. Auch der große Anteil derjenigen AllgemeinmedizinerInnen in der Studie von Stadtler, Bromme & Kettler (2009), die es wichtig finden PatientInnen bei ihren Internetrecherchen zu unterstützen, verweist auf die Notwendigkeit von Kommunikation bezüglich dieser Thematik in Arzt-Patienten-Gesprächen.

Deswegen wurden die PatientInnen gefragt, ob ihr Arzt das Thema „Internet und/oder Internetrecherchen zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung“ bei einem Arztbesuch bereits angesprochen hat, wobei mit Ja und Nein geantwortet werden konnte (N=308). Wie sich allerdings zeigt,

gaben lediglich 8% der befragten PatientInnen an, dass ihr Arzt/ihre Ärztin dieses Thema zumindest schon einmal in einem Arzt-Patienten-Gespräch angeschnitten hat. Die restlichen 92% verneinen diese Frage. Somit wird das Thema patientenseitiger Internetrecherchen in der vorliegenden Studie von ÄrztInnen kaum in die Arzt-Patienten-Interaktion miteingebracht¹⁰.

3.4.2 Der Umgang von PatientInnen mit den Ergebnissen ihrer Internetrecherchen

Neben der Einschätzung des ärztlichen Verhaltens bezüglich patientenseitiger Internetrecherchen wurden die PatientInnen auch danach gefragt, wie sie mit den Ergebnissen ihrer Internetrecherche umgehen. Um das festzustellen wurde folgende Frage in den Fragebogen aufgenommen: „Haben Sie die Ergebnisse Ihrer Internetrecherche(n) schon einmal bei einem Arztbesuch erwähnt?“, wobei die Befragten mit Ja und Nein antworten konnten (N=226). Dabei zeigt sich, dass mehr als die Hälfte (58%) der Befragten die Ergebnisse ihrer Internetrechen zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung noch nie bei einem Arztbesuch angesprochen hat. 17% der PatientInnen gaben an, dies schon einmal gemacht zu haben, während die restlichen 25% ÄrztInnen schon öfters auf die Ergebnisse ihrer Internetrecherchen angesprochen haben.

Zudem wurden die Personen, die noch nie mit ihrem Arzt über ihre Online-recherchen gesprochen haben, gebeten anzugeben aus welchen Gründen sie das nicht machen (Mehrfachnennungen möglich, Anzahl der Fälle=131). Dabei geben 82% der befragten PatientInnen an, dass die Internetrecherche nur der Selbstinformation dient und deshalb nicht bei einem Arztgespräch erwähnt zu werden braucht. Der zweithäufigste Grund für die Nicht-Nennung der Rechercheergebnisse ist das mangelnde Interesse von PatientInnen darüber mit ihrem Arzt/ihrer Ärztin zu sprechen (28%). Neben diesen zwei Motiven wurden von den Befragten jedoch auch Gründe genannt, die mit der Figur des Arztes/der Ärztin im Zusammenhang stehen. So geben 23% der PatientInnen an, die Autorität des Arztes/der Ärztin durch die Erwähnung ihrer Rechercheergebnisse nicht infrage stellen zu wollen. Knapp ein Zehntel (8%) gibt an, dem Arzt/der Ärztin nicht seine/ihre Zeit stehlen zu wollen.

¹⁰ Dabei sei hier darauf hingewiesen, dass es sich nicht um Eigenangaben von den ÄrztInnen handelt, sondern um Einschätzungen des ärztlichen Verhaltens aus Sicht der PatientInnen.

4. Zusammenfassung und Ausblick

In den vorangegangenen Abschnitten wurden unterschiedliche Aspekte des E-Patienten sowie dessen Beurteilung der Rolle des Internets in der Arzt-Patienten-Beziehung empirisch betrachtet. Dabei konnte festgestellt werden, dass patientenseitige Internetrecherchen zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung ein weit verbreitetes Phänomen unter PatientInnen darstellen, wobei sich Recherchierende und Nicht-Recherchierende im Hinblick auf bestimmte Merkmale unterscheiden. Soziodemografisch gesehen ist die Gruppe der im Internet recherchierenden Personen jünger und höher gebildet als die Gruppe der Nicht-Recherchierenden. Zudem erhöhen eine vergleichsweise längere bisherige Interneterfahrung und eine höhere Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Onlineinformationen die Wahrscheinlichkeit der Durchführung einer Internetrecherche zu gesundheitlichen Beschwerden oder einer Erkrankung. Diese Ergebnisse sind weitestgehend deckungsgleich mit den Befunden anderer Studien, die sich ebenfalls mit dieser Thematik beschäftigt haben (vgl. Schachinger 2014, 140ff.).

Bei Betrachtung der E-PatientInnen wurden insbesondere deren Motive für eine Internetrecherche sowie die verwendeten Suchstrategien analysiert. Dabei konnte festgestellt werden, dass die Recherche vorwiegend zum besseren Verständnis von eigenen Beschwerden durchgeführt wird. Auch die Beschaffung von Informationen über Medikamente via Internet wurde von den Befragten häufig genannt. Im Zuge dieser Recherchen werden insbesondere allgemeine Suchmaschinen wie beispielsweise Google verwendet, aber auch Gesundheitsportale und Wikipedia sind beliebte Anlaufstellen. In Bezug auf das Alter lassen sich hier zwei unterschiedliche Recherchetypen feststellen: Auf der einen Seite gibt es junge kreative Recherchierende, die „neue“ Plattformen wie Onlineforen oder Blogs nutzen um sich über gesundheitliche Beschwerden zu erkundigen bzw. sich mit anderen PatientInnen auszutauschen. Auf der anderen Seite stehen ältere Personen, die vorwiegend auf konventionelle Art und Weise recherchieren. Sie nutzen Wikipedia und recherchieren insbesondere nach einem Arztbesuch, um die dort erhaltenen Informationen besser verstehen bzw. überprüfen zu können.

Zudem konnte festgestellt werden, dass patientenseitige Internetrecherchen kaum ein Thema in Arzt-Patienten-Gesprächen sind. So sprechen ÄrztInnen Internetrecherchen zu gesundheitlichen Themen im direkten Arztgespräch

laut Angaben der befragten PatientInnen kaum an und auch der Großteil der PatientInnen behält die Ergebnisse der Onlinerecherchen für sich und teilt sie dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin nicht mit. Demnach gibt es hier zwei voneinander getrennte Sphären, die es näher zu erforschen gäbe. Auf der einen Seite befinden sich AllgemeinmedizinerInnen, welche patientenseitige Internetrecherchen aus der Arzt-Patienten-Beziehung auszuklammern scheinen, und auf der anderen Seite haben es ÄrztInnen größtenteils mit PatientInnen zu tun, die die Ergebnisse ihrer Recherchen bewusst nicht ansprechen, wobei dafür unterschiedliche Gründe genannt werden. So ist zwar die Recherche zum ausschließlichen Selbstzweck der am häufigsten genannte Grund der PatientInnen für das Nicht-Erwähnen der Recherchen, aber auch auf die Rolle des Arztes/der Ärztin bezogene Motive wurden genannt. Beispielsweise haben PatientInnen Angst die Autorität des Arztes/der Ärztin infrage zu stellen oder ihm/ihr seine/ihre Zeit durch die Erwähnung von Rechercheergebnissen zu stehlen.

In diesem Bereich gäbe es eindeutig Handlungsbedarf, da ÄrztInnen und PatientInnen kaum über das Thema Internet sprechen und das obwohl patientenseitige Internetrecherchen ein weitverbreitetes Phänomen sind, mit dem auch ÄrztInnen – wenn schon nicht persönlich, dann zumindest medial – konfrontiert werden. Dafür wäre Aufklärung auf beiden Seiten notwendig. So stellt beispielsweise die Patienten-Universität der Medizinischen Hochschule Hannover, welche das übergreifende Ziel der Gesundheitsbildung verfolgt, Checklisten für einen Arztbesuch, Tipps für ein partizipatives Arztgespräch sowie eine Anleitung für eine Internetrecherche nach gesundheitsrelevanten Informationen auf ihrer Website zur Verfügung. Damit sollen PatientInnen mehr Selbstverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen und aktiv an medizinischen Entscheidungsfindungen teilnehmen (vgl. Patienten-Universität der Medizinischen Hochschule Hannover 2014). Und auch für ÄrztInnen gibt es ein breites Angebot an umfangreichen Empfehlungen für den Umgang mit internetinformierten PatientInnen, die als Leitfaden dienen können/sollen (vgl. Wald, Dube & Anthony 2007; Berger 2009).

Um die Expertise der ÄrztInnen für die patientenseitige Internetrecherche gewinnbringend zu nutzen, wäre es nötig näher auf die Erwartungshaltung der PatientInnen einzugehen: Erwarten sich diese Hilfestellungen von ihren ÄrztInnen bezüglich Onlinerecherchen, und wenn ja, welche Art von Hilfe? Wie kann man Arzt-Patienten-Gespräche so gestalten, dass PatientInnen

sich im Sinne eines Shared Decision Makings¹¹ Gehör verschaffen können? Diese Fragen wären durch eine verknüpfte Arzt-Patienten-Befragung beantwortbar. Dabei würden sowohl ÄrztInnen als auch PatientInnen zur Thematik patientenseitiger Internetrecherchen befragt werden. Dadurch könnten möglicherweise Differenzen in der patientenseitigen bzw. ärztlichen Erwartungshaltung aufgedeckt werden, die die Umsetzung der oben genannten Handlungsempfehlungen bis dato erschwert haben. Durch Befragungen von ÄrztInnen könnte man außerdem deren Sichtweise auf die von PatientInnen angewandten Suchstrategien ermitteln und bei Diskrepanzen neue Interventionsstrategien entwickeln. Würden ÄrztInnen beispielsweise die von den PatientInnen angewandten Recherchemethoden als qualitativ schlecht bewerten, könnten ÄrztInnen Empfehlungen von Websites bzw. Suchstrategien an ihre PatientInnen aussprechen und somit die patientenseitige Internetrecherche positiv beeinflussen.

Literatur

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2016). Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. 14., Überarb. Akt. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Berger, T. (2009). „Meet the e-patient“: Chancen und Risiken des Internets für das Verhältnis von Gesundheitsfachleuten und ihren Klienten. Stetina, B.U. & Kryspin-Exner, I. (Hrsg.), Gesundheit und Neue Medien. Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien, 73–85. Wien: Springer-Verlag.

Bundesministerium für Gesundheit, Institut für Strategieanalysen (2016). Gesundheitsbarometer 2015. Pressekonferenz 12.02.2016. Verfügbar unter: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/3/8/CH1066/CMS1309944715628/gesundheitsbarometer_2015.pdf [02.03.2017].

¹¹ Dabei hat das Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung zum Ziel, „den Wunsch des Patienten nach Beteiligung an den Entscheidungen über sein Gesundheitsproblem zu realisieren. Arzt und Patient kommunizieren auf einer partnerschaftlichen Ebene über die objektiven und subjektiven Aspekte einer anstehenden Entscheidung“ (Klemperer & Rosenwirth 2005, 6). Im Mittelpunkt dieses Modells stehen eine umfassende Patientenorientierung in der Arzt-Patienten-Interaktion sowie eine effizientere Krankheitsbehandlung, die durch den Einbezug patientenseitiger Präferenzen gewährleistet werden soll.

Daublebsky, M. (2014). So läuft die Mur und so prägt sie Graz. Verfügbar unter: <http://www.meinbezirk.at/graz/lokales/so-laeuft-die-mur-und-so-praegt-sie-graz-d1067779.html> [02.03.2017].

Dienes, G. & Kubinzky, K. (1995). Der Lendplatz: Geschichte und Alltag. Graz: Grazer Stadtmuseum.

Eurostat (2015). Personen, die das Internet zur Beschaffung von gesundheitsrelevanten Informationen genutzt haben. Verfügbar unter: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=tin00101&plugin=1> [02.03.2017].

Klemperer, D. & Rosenwirth, M. (2005). Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen. Chartbook. Verfügbar unter: <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/shared-decision-making.pdf> [02.03.2017].

Patienten-Universität der Medizinischen Hochschule Hannover (2014). Aktuelles, Tipps & Infos. Verfügbar unter: <http://www.patienten-universitaet.de/node/29> [02.03.2017].

Schachinger, A. (2014). Der digitale Patient: Analyse eines neuen Phänomens der partizipativen Vernetzung und Kollaboration von Patienten im Internet. Baden: Nomos.

Statistik Austria (2015). Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Verfügbar unter: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf [02.03.2017].

Tautz, F. (2002). E-health und die Folgen: wie das Internet die Arzt-Patient-Beziehung und das Gesundheitssystem verändert. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.

Wald, H.S., Dube, C.E. & Anthony, D.C. (2007). Untangling the Web - The impact of Internet use on health care and the physician-patient relationship. Patient Education and Counseling 68 (3), 218-24.

Dr. Google – Wie die medizinische Internetnutzung die Arzt-Patient-Interaktion verändert

Die ärztliche Perspektive¹²

Bettina Mair

1. Hintergrund

Das Internet als medizinische Informationsquelle erfreut sich heutzutage nicht nur aufseiten der PatientInnen immer größerer Beliebtheit, sondern wird auch in großem Ausmaß von medizinischen ExpertInnen genutzt. „Dr. Google“ hat Konjunktur – eine Entwicklung, die nicht ohne Folgen bleibt. Bezüglich Österreich verweist die Bioethikkommission trotz einiger Studien und Statistiken zur vorliegenden Thematik¹³ auf einen bestehenden Datenmangel im bezeichneten Feld (vgl. Bioethikkommission 2015, 29). Dabei hat vor allem die ärztliche Perspektive auf das Phänomen „Dr. Google“ vergleichsweise wenig Beachtung erfahren (vgl. Stadler, Bromme & Kettler 2009, 255). So hält auch das Forschungsteam der bisher einzigen umfassenderen Studie zur Thematik in Österreich fest, dass aufgrund des Internets neben der viel diskutierten neuen Patientenrolle im Gesundheitssystem, wohl nach und nach auch eine – bisher weit weniger beachtete – neue Arztrolle zu Tage tritt, die in Zukunft weiterer Erforschung bedarf.

„Auch für die Ärzte wird die Präsenz des Internets eine nachhaltige Veränderung mit sich bringen, die derzeit erst in Ansätzen sichtbar wird. Unser Projekt konnte einige erste Schlaglichter auf diese Diskussion werfen – es wäre allerdings sicherlich spannend und notwendig diese Frage einerseits aus akademischer Perspektive näher qualitativ zu erschließen, und sie andererseits im gesundheitspolitischen Kontext eingehender zu diskutieren.“ (Felt 2008, 23)

Die vorliegende Forschungsarbeit widmet sich demnach im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie der ärztlichen Sichtweise des Phänomens der Online-Gesundheitskommunikation.

¹² Die hier präsentierten Ergebnisse sind eine Zusammenfassung der gleichnamigen Masterarbeit, die aus diesem Projekt entstanden ist. Detailliertere Ausführungen können demnach dort nachgelesen werden.

¹³ Siehe dazu unter anderem (Felt 2008; IMAS International 2014; Statistik Austria 2015).

2. Forschungsinteresse und Methodik

Die Forschungsfragen dieser Arbeit verstehen sich als direkte Anknüpfung an das konkludierende Anliegen des Forschungsteams um Felt. So stellt sich die Frage, ob sich durch die Triangulation Arzt-Patient-Internet knapp acht Jahre nach der genannten Studie bereits nachhaltige Veränderungen der ärztlichen Tätigkeit nachvollziehen lassen.

In den bisher existenten qualitativen Studien, die die ärztliche Sichtweise auf das Phänomen „Dr. Google“ thematisieren, liegt der Fokus häufig auf nur einem Aspekt dieses vielschichtigen Prozesses, wie beispielsweise der ärztlichen Einstellung zu patientenseitigen Internetrecherchen. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es demnach, ein umfassenderes Bild der ärztlichen Perspektive zu zeichnen, um so einem möglichen Wandel der Arztrolle auf den Grund zu gehen. Dabei stehen die folgenden Forschungsfragen im Vordergrund:

- (1) In welchem Ausmaß wird das Internet von den interviewten MedizinerInnen selbst für medizinische Zwecke herangezogen?
- (2) Wie wird das Phänomen der Online-Gesundheitskommunikation bewertet?
- (3) Wie gestaltet sich der ärztliche Umgang mit E-PatientInnen¹⁴?

Vor allem auf die letztangeführte Forschungsfrage soll ein Schwerpunkt gelegt werden, da es sich dabei um einen bisher wenig beachteten Aspekt des Phänomens E-PatientIn handelt. Dieser sollte jedoch als äußerst zentrale Thematik aufgefasst werden, denn die Auswirkungen patientenseitiger Internetrecherchen werden mitunter stark davon beeinflusst, wie sich die Interaktion zwischen Arzt und E-PatientIn gestaltet. Aus diesem Grund soll ein Blick darauf geworfen werden, wie ÄrztInnen mit internetinformierten PatientInnen und ihren eruierten medizinischen Online-Informationen umgehen und ob die Ausgestaltung der jeweiligen Handlungsstrategien von anderen Variablen wie der eigenen Internetversiertheit oder der allgemeinen Einstellung gegenüber E-PatientInnen beeinflusst wird.

¹⁴ Der Begriff E-Patient (engl.: e-patient) bezeichnet hierbei den „durch das Internet informierten und vernetzten Patienten und Nachfrager, welcher für sich oder Angehörige relevante medizinische Informationen im Internet sucht und sich hierzu mit Gleichgesinnten austauscht“ (Schachinger 2014, 12).

Zur Beantwortung der angeführten Fragestellungen wurden im Rahmen der vorliegenden Arbeit im Zeitraum von Oktober 2015 bis Februar 2016 qualitative Leitfadeninterviews mit AllgemeinmedizinerInnen aus Graz durchgeführt. Bei der Auswahl der InterviewpartnerInnen wurde dabei auf eine relativ ausgeglichene Verteilung der folgenden Merkmale geachtet: Art der Praxis (Privat- oder Kassenordination), Situierung im Stadtgebiet von Graz und Geschlecht. Insgesamt wurden 14 TeilnehmerInnen akquiriert, die sich wie folgt auf die zuvor festgelegten Quoten verteilen:

		Situierung im Stadtgebiet		Gesamt
		rechte Murseite	linke Murseite	
Kassa	männlich	2	2	4
	weiblich	2	2	4
Privat	männlich	2	1	3
	weiblich	1	2	3
Gesamt		7	7	14

Tabelle 1: Merkmalsverteilung der InterviewpartnerInnen.

Die geringste Berufserfahrung unter den InterviewpartnerInnen weisen zwei ÄrztInnen mit jeweils sechs Jahren medizinischer Praxis auf, während der Arzt mit der meisten Praxis bereits 35 Jahre als selbstständiger Mediziner arbeitet. Im Schnitt weisen die ProbandInnen 22 Jahre praktische Erfahrung auf. Dieser hohe Wert geht einher mit einem relativ hohen durchschnittlichen Alter der interviewten Personen. Dieses variiert zwischen 36 und 65 Jahren und liegt im Durchschnitt bei 54 Jahren.

3. Ergebnisse der empirischen Analyse

3.1 Ärztliche Internetnutzung und -affinität

In diesem Abschnitt wird die Bedeutung des Internets für die hausärztliche Tätigkeit analysiert. Wie groß ist der Stellenwert, den es innerhalb dieser medizinischen Profession einnimmt? Die nähere Betrachtung dieses Phänomens stellt den Ausgangspunkt der weiteren empirischen Untersuchungen im Rahmen der vorliegenden Arbeit dar, weil die Annahme besteht, dass das

Ausmaß der eigenen Nutzung des Mediums Internet bzw. die Ausprägung der eigenen Affinität gegenüber diesem sich als möglicher Einflussfaktor auf andere interessierende Variablen erweisen könnte.

Insgesamt wurden im vorliegenden Sample – basierend auf dem persönlichen Nutzungsausmaß für medizinische Zwecke und der grundsätzlichen Einstellung gegenüber dem Medium Internet – vier Typen der Internetnutzung bzw. -affinität identifiziert. Entgegen früherer Forschungsergebnisse (vgl. Masters 2008) scheinen im vorliegenden Sample die Merkmale Geschlecht und Alter der jeweiligen ÄrztInnen nicht mit der Internetnutzung bzw. -affinität in Zusammenhang zu stehen.

Der Internet-Advokat (n=7): Dem Typus des Internet-Advokaten können die meisten ÄrztInnen des vorliegenden Samples zugeordnet werden. Er stellt den internetaffinsten unter den gebildeten Typen dar. Das Internet wird von diesem Typus im Rahmen der medizinischen Tätigkeit auf unterschiedlichste Weise und in hohem Ausmaß genutzt. Ihm wird eine hohe Bedeutung für medizinische Informationen zugesprochen.

„Das Internet ist der externe Festplattenspeicher für das Gehirn des medizinisch Tätigen. [...] Das ist eine absolut notwendige direkte Verknüpfung, ja. Es würde ja, anders würde es überhaupt nicht mehr gehen.“ (IP10, Abs. 133-135)

Die stärkste Nutzungsmotivation des Internet-Advokaten ist neben der zeitlichen Effizienz, die dem Internet attestiert wird, die Wahrnehmung einer ständigen Wissensvermehrung innerhalb des medizinischen Feldes. Das World Wide Web wird unter anderem zur Erkundigung über Medikamente, zum Nachschlagen bestimmter Fachbegriffe oder Laborreferenzwerte, zur Vernetzung mit Kollegen und zum Recherchieren wissenschaftlicher Artikel eingesetzt.

Der Zwiespaltene (n=3): Die Zwiespaltenen positionieren sich hinsichtlich ihrer Internetnutzung im medizinischen Bereich nahe den Internet-Advokaten. Auch sie recherchieren häufig Studien, Fachbegriffe und Medikamente auf medizinischen Fachseiten und präsentierten sich als durchaus internetversiert. Insgesamt wird diese Informationsmöglichkeit jedoch weniger euphorisch bewertet.

„Das ist leider etwas, wo ich in der Zukunft auch ein bisschen ein Problem sehe, das einzige. Dass man also hier hörig wird gegenüber: Alles was im Internet steht ist die Wahrheit.“ (IP6, Abs. 12)

„Grundsätzlich glaube ich, dass das Internet zu sehr Einzug in unser Hirn gefunden hat.“ (IP4, Abs. 99)

Der Zwiegespaltene sieht das Internet als zweischneidiges Schwert, indem er ihm durchaus positive Eigenschaften attestiert, dabei jedoch auf einen wahrgenommenen, zu stark ausgeprägten „Internethype“ in der Gesellschaft hinweist. Mitunter beschreibt sich der Zwiegespaltene trotz seines hohen Ausmaßes an Internetnutzung als „Papier-Mensch“ (IP6, Abs. 28). Es ergibt sich also ein Bild, das die Verwendung des World Wide Web eher als praktikable Notwendigkeit beschreibt denn als absoluten Segen.

Der spärliche Nutzer (n=3): Wie der zuvor genannte Typus weist der spärliche Nutzer eine gewisse Skepsis gegenüber einzelnen Aspekten des Mediums Internet auf. Im Unterschied zu den Zwiegespaltenen mündet diese hier in einer eingeschränkten Nutzung des Webs im Rahmen der medizinischen Tätigkeit. Die Skepsis dieses Typus gegenüber dem Internet manifestiert sich – anders als beim Zwiegespaltenen – vor allem in Form einer Infragestellung der Eignung dieser Informationstechnologie für medizinische Zwecke. Das Internet wird durchaus im Privatleben oder für organisatorische Zwecke des Arztberufes genutzt, jedoch nur selten für medizinische Belange.

„Ich meine, wenn ich irgendetwas wissen will, jetzt nicht medizinisch, sondern aus allen Lebensbereichen, dann setze ich mich auch zum Computer und schaue nach, ne? [...] Klar, weil das ist ja ständig upgedatet und ständig auf den neuesten Stand gebracht und ich nutze das Internet privat sehr viel, aber nicht jetzt im medizinischen Bereich.“ (IP2, Abs. 47)

Im Vergleich zu den beiden zuvor genannten Typen erweisen sich die spärlichen Nutzer demnach hinsichtlich der genutzten Informationskanäle als weit weniger versiert. Google und Wikipedia dienen hier als vorrangige Quellen.

Der Totalverweiger (n=1): Der Typus des Totalverweigerers zeichnet sich durch eine vollkommene Ablehnung des Mediums Internet mit einer einhergehenden tatsächlichen Nicht-Nutzung aus. Er grenzt sich somit auf zweierlei Weise von allen anderen Typen ab, da er einerseits das Internet als einziger Typus gar nicht verwendet und diesem Medium andererseits als einziger Typus nichts Positives abgewinnen kann. Zum einen wird das World Wide Web vom Totalverweigerer ganz einfach aufgrund von Anwendungsschwierigkeiten nicht genutzt.

„Ich komme da gar nicht rein. Ich kann es nicht einmal einschalten, wenn ich vorhätte.“ (IP12, Abs. 43)

Zum anderen sieht der besagte Typus keinerlei Notwendigkeit einer medizinischen oder sonstig gearteten Internetnutzung.

„[...] weil ich halte vom Internet relativ wenig.“ (IP12, Abs. 13)

3.2 Ärztliche Einstellung gegenüber E-PatientInnen

Auch die Analyse der ärztlichen Einstellung gegenüber E-PatientInnen erfolgte anhand einer Typenbildung. Dieser liegen zwei Dimensionen zugrunde:

- (1) der Stellenwert von E-PatientInnen innerhalb der eigenen ärztlichen Tätigkeit sowie
- (2) die Bewertung des Phänomens E-PatientIn.

Die erste Dimension der Einstellungstypologie basiert auf der Frage als wie bedeutend das Thema E-PatientIn in Bezug auf die eigene Arbeit überhaupt wahrgenommen wird. Hat sich die Arbeit mit PatientInnen durch die zunehmende Möglichkeit sich im Internet zu erkundigen verändert oder wird dieses Phänomen als nebensächlich beschrieben? Dieses erste Merkmal der Typenbildung basiert zum einen auf der von den MedizinerInnen wahrgenommenen Häufigkeit der Konfrontation mit E-PatientInnen und zum anderen darauf, ob diesen vorinformierten PatientInnen ein besonderer Einfluss auf die eigene Arbeit zugeschrieben wird. Das Kontinuum des zugeschriebenen Stellenwerts von patientenseitigen Internetrecherchen innerhalb der eigenen Tätigkeit reicht dabei von „gering“ bis „hoch“.

Die zweite Dimension der Typenbildung umfasst die ärztliche Bewertung der Erscheinung E-PatientIn. Wie werden internetinformierte PatientInnen wahrgenommen? Erschweren sie die ärztliche Tätigkeit, werden sie überwiegend positiv gesehen oder nennen die interviewten ÄrztInnen Vor- und Nachteile in gleichem Ausmaß? Das Kontinuum dieses zweiten Merkmals erstreckt sich von „negativ“ bis „positiv“.

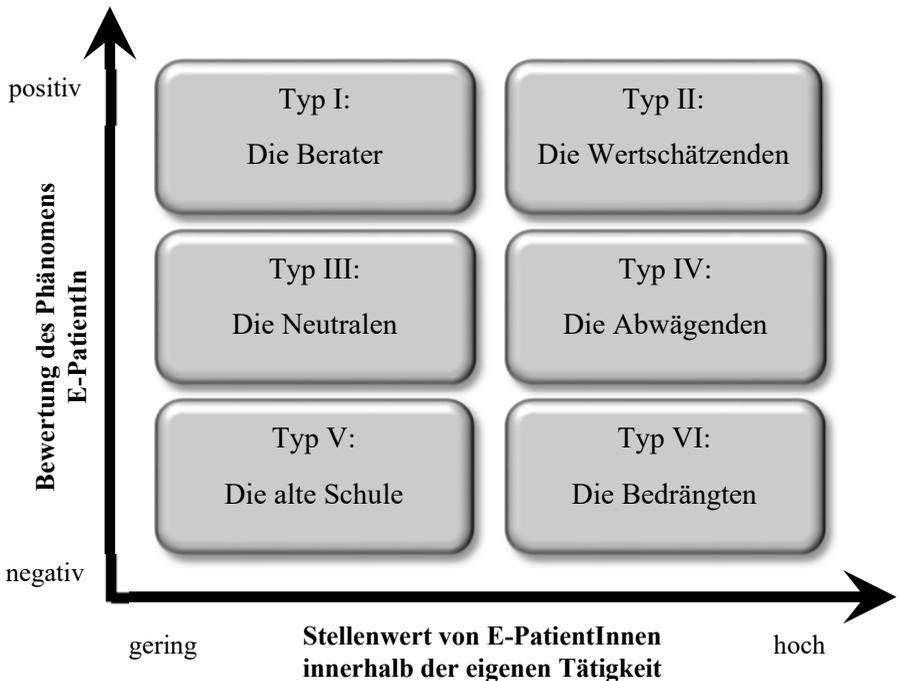


Abbildung 1: Einstellungstypologie.

Hinsichtlich der beiden die Einstellungstypologie konstruierenden Merkmale wurde bewusst darauf verzichtet, fixe Merkmalsausprägungen zu definieren. Dadurch soll verdeutlicht werden, dass sich zwischen den verschiedenen Einstellungen bzw. Bedeutungszuschreibungen der MedizinerInnen keine fixen Bruchlinien finden. Vielmehr wurde versucht durch eine Anordnung der einzelnen Fallzusammenfassungen entlang der beiden Merkmalsachsen Gruppen zu bilden, die eine möglichst hohe interne Homogenität und externe Heterogenität aufweisen. Letztendlich konnten so sechs Einstellungstypen ermittelt werden, deren Lage im aufgespannten Merkmalsraum in Abbildung 1 ersichtlich wird.

Die Berater (n=2): Dieser erste Einstellungstypus zeichnet sich einerseits durch eine überwiegend positive Bewertung des Phänomens E-PatientIn aus, andererseits schreibt er diesem für die tatsächliche Ausgestaltung seiner Arbeit nur eine geringe Bedeutung zu. Zurückführen lässt sich die insgesamt

positive Bewertung des Versuchs der Selbstinformation durch diesen Typus darauf, dass dieser eine aktive Beteiligung seiner PatientInnen befürwortet und patientenseitige Internetrecherchen als Zeichen eines „Teilnehmen-Wollens“ deutet.

„Den Informationsgedanken des Patienten zu hinterfragen zeigt ja für mich [...], dass er aktiv teilnehmen möchte am Veränderungsprozess.“ (IP11, Abs. 94)

Insgesamt wird den internetinformierten PatientInnen allerdings wenig Bedeutung für die Ausgestaltung der eigenen Tätigkeit zugeschrieben. Da die ÄrztInnen, die dem genannten Typus zuzuordnen sind, ihre Funktion hauptsächlich in der Beratung der PatientInnen und in der Bereitstellung von Informationen sehen, zeigt die Möglichkeit der Online-Gesundheitskommunikation insgesamt nur geringe Auswirkungen auf die bisherige ärztliche Praxis. Der Berater sieht die PatientInnen als HauptakteurInnen und wünscht sich unabhängig davon, ob im Internet recherchiert wurde oder nicht, dass sich die PatientInnen ausführlich artikulieren und aktiv beteiligen.

Die Wertschätzenden (n=3): Die Wertschätzenden charakterisieren sich wie die Berater durch eine positive Bewertung patientenseitiger Internetrecherchen. Im Gegensatz zum zuvor angeführten Typus wird dem Phänomen E-PatientIn hier jedoch eine größere Bedeutung hinsichtlich der ärztlichen Tätigkeit attestiert. Der Typus des Wertschätzenden sieht merkliche Effekte auf seine Arbeit und bewertet diese überwiegend als die Arbeit erleichternd. So sieht der Wertschätzende ein verbessertes Arzt-Patient-Gespräch, das sich auf einem höheren Niveau abspielt, als dies ohne Vorinformationen der Fall wäre.

„Wie gesagt, es spielt sich auf einem etwas höheren Niveau ab. Wenn jemand so wifft ist und im Internet nachschauen kann, was er alles haben könnte, dann hat er sich ja schon damit beschäftigt. Man kann dann wirklich, meiner Meinung nach, besser arbeiten.“ (IP13, Abs. 18)

Auch die Möglichkeit einer nachträglichen, vertiefenden Selbstinformation anhand des Internets wird als Arbeitserleichterung beschrieben.

Die Neutralen (n=4): Der Typus des Neutralen teilt mit dem Typus des Beraters die Eigenschaft, dass E-PatientInnen grundsätzlich keine allzu hohe Bedeutung für die eigene Tätigkeit beigemessen wird. Zum einen kann dies durch den Umstand begründet sein, dass E-PatientInnen nur in geringem

Ausmaß wahrgenommen werden, zum anderen kann es daran liegen, dass durch die Internetrecherchen keine gravierende Veränderung gesehen wird.

„Ich habe sowieso Patienten, die viele Fragen stellen und das ist mir recht.“
(IP4, Abs. 30)

Zusätzlich dazu lässt sich beim Neutralen – im Unterschied zu den genannten Typen – keine eindeutig positive oder negative Gesinnung gegenüber diesem Phänomen feststellen. Von einer wertenden Haltung wird hier Abstand genommen.

„Also ich finde es weder hilfreich noch hinderlich.“ (IP4, Abs. 8)

Die Abwägenden (n=2): Der Typus des Abwägenden erhält seinen Namen aufgrund der Tatsache, dass ÄrztInnen dieses Typs ganz klare Vor- und Nachteile der patientenseitigen Internetrecherche sehen und sich durch eine Gegenüberstellung dieser eine insgesamt indifferente Position ergibt. Im Gegensatz zu den Neutralen wird der Online-Selbstinformation durch PatientInnen zusätzlich eine große Bedeutung beigemessen.

„[...] weil das ja wirklich so ein Thema ist, es ist absolutes Thema: Die Leute, die im Internet lesen.“ (IP3, Abs. 70)

Zum einen nimmt dieser Typus das Auftreten des Phänomens der Online-Gesundheitskommunikation recht stark wahr, zum anderen beschreibt der Abwägende verschiedenste konkrete Auswirkungen auf die persönliche Arbeit. Dies kann sich beispielsweise auf das Zeitmanagement in der Arzt-Patient-Konsultation beziehen – gut informierten PatientInnen wird hier ein positiver Effekt attestiert, während verunsicherte PatientInnen oder solche mit festgefahrenen Meinungen als strapazierend wahrgenommen werden.

Die alte Schule (n=2): Die Anhänger der alten Schule zeichnen sich vor allem dadurch aus, dass sie uninformierte PatientInnen bevorzugen, da sie negative Effekte der Online-Gesundheitskommunikation bemerken. Als problematisch wird vor allem gesehen, dass E-PatientInnen häufig mit falschen Selbstdiagnosen zum Arzt kommen, die anhand von Internetinformationen erstellt wurden. Diese bedürfen einer Korrektur von ärztlicher Seite – ein Vorhaben, das sich oft als schwierig herausstellt. Insgesamt hat diese Thematik für den Typus der alten Schule allerdings keine allzu hohe Bedeutung, da nur wenige seiner PatientInnen im Internet recherchieren.

„Das ist nur eine ganz bestimmte Gruppe von Patienten, die also da wirklich das Internet benutzen und das ist also nicht ein großes Problem bei mir.“ (IP2, Abs. 61)

Zudem lehnen solche MedizinerInnen nicht nur die dem Arztbesuch vorangehende Selbstinformation anhand des Internets ab, sondern auch jene aus anderen Quellen (z.B. Broschüren, Zeitschriften), da die angebotenen Informationen als qualitativ minderwertig eingeschätzt werden. Somit nimmt das konkrete Phänomen E-PatientInnen bei ÄrztInnen, die dem Typus der alten Schule zugeordnet werden, eher nebensächliche Züge an.

„Es ist nicht nur das Internet, sondern es sind auch irgendwelche Publikationen, es sind Broschüren, die sie in der Apotheke bekommen, es sind einfach Magazine, wo Anzeigen drinnen sind und da kommen dann die Leute und wollen das haben. Meistens ist das nur ein Geschäft für die und nicht wirklich sinnvolle Medizin.“ (IP2, 9)

Die Bedrängten (n=1): Im Gegensatz zu den Angehörigen der alten Schule, die relativ selten mit E-PatientInnen konfrontiert sind, steht der Bedrängte häufig internetinformierten PatientInnen gegenüber und sieht dadurch ausschließlich negative Konsequenzen für die eigene Arbeit als auch für die recherchierenden Personen selbst. Was den besagten Typus jedoch vor allem auszeichnet ist die Eigenheit, dass er E-PatientInnen, die sich auszeichnet mit ihrer Krankheit auskennen, als gut informiert, jedoch trotzdem als schwierig wahrnimmt.

„Ich meine, wenn die jetzt wirklich eine ganz spezielle Krankheit haben und da sich ewig schon eingelesen haben, dann tust du dir oft echt schwer, weil du, wenn das irgend so ein witziges Syndrom ist, dass du selbst schon ewig nicht mehr gehört hast, dann sind die oft besser informiert als man selbst. Also von dem her ist das manchmal schon ein bisschen schwierig. [...] auch weil du aufpassen musst, dass du dann nicht eventuell einen Blödsinn sagst, wenn der wirklich so gut eingelesen ist, ja.“ (IP8, Abs. 49 und 51)

Die Kompetenz gewisser PatientInnen als ExpertInnen der eigenen Krankheit wird zwar anerkannt, jedoch fühlt sich der vorliegende Typus durch dieses ausgeprägte Wissen in gewisser Weise in Bedrängung gebracht bzw. verunsichert.

Weiterführende Analysen der Interviews haben gezeigt, dass eine Vielzahl an Variablen die Ausprägung der Einstellung gegenüber E-PatientInnen be-

einflussen dürfte. So zeigte sich im vorliegenden Sample ein recht eindeutiger Zusammenhang zwischen den beiden gebildeten Typologien. Insgesamt scheinen ÄrztInnen, die das Internet allgemein wertschätzen und dieses häufig nutzen, eher eine positive Haltung gegenüber E-PatientInnen einzunehmen, während eine geringe bzw. gar keine Internetnutzung und eine eher kritische Bewertung dieses Mediums auch mit einer kritischeren Einstellung gegenüber E-PatientInnen einhergeht. Einen Ausreißer scheint hier lediglich der Einstellungstypus des Bedrängten darzustellen, da die Ärztin, die die Grundlage dieses Typs darstellt, betreffend ihrer Internetnutzung den Internet-Advokaten zugerechnet werden kann. Hier präsentiert sich unter Umständen die fehlende ärztliche Routine und Erfahrung als ausschlaggebend für die Einstellung gegenüber E-PatientInnen. Der Einfluss dieser Variable manifestiert sich auch darin, dass sich im Sample keine MedizinerInnen mit weniger als 20 Jahren praktischer Erfahrung innerhalb des Typus des Wertschätzenden oder des Beraters und somit den beiden Typen, die das positivste Bild internetinformierter PatientInnen zeichnen, wiederfindet. Weitere Faktoren, die die jeweilige Einstellung gegenüber E-PatientInnen mitprägen dürften, sind die zur Verfügung stehende Behandlungszeit, die allgemeine Einschätzung der Qualität von medizinischen Online-Informationen wie auch die Arbeitsphilosophie der ÄrztInnen (siehe: Typus des Beraters). Ein Zusammenhang zwischen der Einstellungstypologie und der Variable Geschlecht konnte nicht festgestellt werden.

3.3 Ärztlicher Umgang mit E-PatientInnen

Im letzten Abschnitt des Ergebnisteils liegt der Fokus nun auf dem ärztlichen Umgang mit E-PatientInnen. Ziel dieser Analyse ist unter anderem auf die Frage nach einer möglichen neuen Arztrolle einzugehen, die in der existenten Literatur häufig angesprochen wird. Nehmen die interviewten MedizinerInnen aufgrund internetinformierter PatientInnen neue Aufgaben innerhalb der ärztlichen Tätigkeit wahr?

Bringen PatientInnen ihre Internetrechercheergebnisse in die Arzt-Konsultation ein, sehen sich ÄrztInnen teilweise vor neue Anforderungen gestellt, die allerdings häufig nur eine Intensivierung bereits bekannter Tätigkeitsfelder verlangen. Nachfolgend werden fünf Handlungsstrategien im Umgang mit E-PatientInnen thematisiert, die aus den Interviews erschlossen werden konnten. Unter anderem erfordern internetinformierte PatientInnen die Übernahme folgender Aufgaben seitens der ÄrztInnen:

- (1) Die Besprechung der mitgebrachten Internetinformationen,
- (2) das Leisten von Emotionsarbeit,
- (3) Überzeugungsarbeit und
- (4) Legitimationsarbeit hinsichtlich der eigenen Tätigkeit als auch
- (5) das Aussprechen von Rechercheempfehlungen für PatientInnen.

3.3.1 Mitgebrachte Informationen bzw. Selbstdiagnosen besprechen

Grundsätzlich sind fast ausnahmslos alle MedizinerInnen des interviewten Samples dazu bereit, die medizinischen Online-Informationen ihrer PatientInnen zu besprechen, wenn diese erwähnt werden. Für viele stellt dies sogar eine Selbstverständlichkeit dar.

„[...] Also ich gehe schon darauf ein, es ist ja selbstverständlich eigentlich für mich.“ (IP5, Abs. 9)

Je nach Art und Umfang der recherchierten Informationen nimmt die Besprechung der Internetinformationen unterschiedlichste Formen an. Einerseits werden Fehlinformationen oder falsche Selbstdiagnosen des Patienten korrigiert, andererseits werden richtige Informationen bestätigt und bekräftigt. Zusätzlich werden bei Bedarf offene Fragen der PatientInnen beantwortet oder bestimmte Informationen näher erklärt, um so das mangelhafte oder oberflächliche Wissen aus dem Internet zu erweitern. Grundsätzlich scheint hier eine partnerschaftliche Vorgehensweise zwischen ÄrztInnen und PatientInnen in den Vordergrund zu treten.

Hinsichtlich der Bereitschaft medizinische Internetinformationen mit PatientInnen zu besprechen, scheint die jeweilige Einstellung der MedizinerInnen gegenüber dem Phänomen der Online-Gesundheits-Kommunikation irrelevant zu sein. Innerhalb aller ermittelten Einstellungstypen sind die ÄrztInnen offen gegenüber einer Erörterung der Online-Rechercheergebnisse. Auch jene InterviewpartnerInnen, die den eher negativ gesinnten Typen zugeordnet wurden, sehen die Notwendigkeit, solche Informationen zu besprechen. Tatsächlich findet sich der einzige Arzt unter den 14 Interviewten, der kein Interesse daran hat, recherchierte Online-Informationen der PatientInnen zu analysieren, im Einstellungstypus des Wertschätzenden wieder.

„Wenn die Leute eine fixe, richtige Diagnose haben, dann ist natürlich die Selbstinformation, was man tun und lassen soll, natürlich wichtig. Dann erspare ich mir einiges an Zeit, ja.“ (IP10, Abs. 18)

Der besagte Arzt hat also grundsätzlich eine sehr positive Meinung zum Thema E-PatientIn und nimmt durch die Möglichkeit der Selbstinformierung einen deutlichen positiven Einfluss auf seine Arbeit wahr (Zeitersparnis), allerdings sieht er die Internetrecherchen lediglich als der persönlichen Selbstinformierung der PatientInnen dienlich. Er weist sich selbst – anders als die restlichen ÄrztInnen, die im gegebenen Fall die Rolle eines Informationssortierers und -interpretieren einnehmen – keine Rolle innerhalb dieses Informationsprozesses zu. Bei den restlichen interviewten MedizinerInnen kam es lediglich unter bestimmten Bedingungen zu einer Einschränkung der Bereitschaft die medizinischen Internetinformationen des Patienten ausführlich zu besprechen. Dies ist dann der Fall, wenn im Rahmen der ärztlichen Praxis ein gewisser Zeitdruck verspürt wird.

„Natürlich ich meine, wenn draußen dann/ wenn du siehst jetzt warten schon zehn [Patienten] oder was, dann ist man sicher auch nicht so, dass du immer auf alles eingehst, aber ich versuche es halt so gut es geht.“ (IP8, Abs. 67)

3.3.2 Emotionsarbeit leisten

Neben der gemeinsamen Aufarbeitung des online ermittelten Wissens sehen sich die interviewten ÄrztInnen im Zusammenhang mit E-PatientInnen einer weiteren Aufgabe gegenübergestellt: Sie leisten Emotionsarbeit auf mehreren Ebenen. Zum einen bei sich selbst im Sinne des Konzepts von Arlie Hochschild (1990), zum anderen bei den PatientInnen in dem Versuch diesen ihre Angst bzw. Verunsicherung aufgrund der Online-Recherche zu nehmen.

Gefühlsarbeit „verlangt das Zeigen oder Unterdrücken von Gefühlen, damit die äußere Haltung gewahrt bleibt, die bei anderen die erwünschte Wirkung hat“ (Hochschild 1990, 30). Elemente einer solchen Gefühlsarbeit finden sich auch in den Schilderungen der ÄrztInnen bezüglich des Umgangs mit E-PatientInnen wieder. So gaben viele ProbandInnen an, in Situationen, in denen gewisse auf Internetrecherchen basierende Überzeugungen der PatientInnen nicht unbedingt als nachvollziehbar erscheinen und es dadurch zu Meinungsverschiedenheiten kommt, den PatientInnen das Gefühl vermitteln zu wollen, dass sie ernst genommen werden.

„Auf der Sachebene. Das ist für mich immer wichtig. Ich bin jemand, der glaube ich gut auf der Sachebene bleiben kann und der wirklich ganz bewusst Emotionales heraushält und das nicht als Angriff sieht.“ (IP4, Abs. 85)

Unabhängig davon, wie das eigene Innenleben tatsächlich aussieht, sollte E-PatientInnen nach Ansicht der MedizinerInnen niemals Beleidigung gezeigt werden. Auch sollte ihnen in keiner Weise das Gefühl vermittelt werden, dass sie sich lächerlich gemacht haben. Gefühlsarbeit wird hier also geleistet, um sowohl das eigene als auch das Gesicht des Gegenübers zu wahren.

Häufig zielen die interviewten HausärztInnen zudem auf eine Verringerung des Gefühls der Verunsicherung aufseiten der PatientInnen ab, das häufig als Folgeerscheinung medizinischer Internetrecherchen auftritt. So leisten MedizinerInnen oft auch in dem Sinne Emotionsarbeit, als dass sie versuchen, die Gefühlswelt ihrer PatientInnen zu beeinflussen. In einem Großteil der Interviews tritt zutage, dass die jeweilige Person im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit versucht, durch Online-Recherchen erzeugte Ängste zu relativieren.

„Ich erkläre die Sachen einmal genau und miste auch aus, was sinnig ist und was unsinnig ist und versuche die Ängste wirklich zu relativieren. Das so genau zu besprechen und alle Fragen zu beantworten, dass aufgrund der Information aus dem Internet keine Angst mehr da ist.“ (IP1, Abs. 8)

Hier scheint aufgrund der E-PatientInnen eine bestimmte Aufgabe aufseiten der ÄrztInnen wahrgenommen zu werden bzw. ist bezüglich dieses Bereichs eine Intensivierung der ärztlichen Intervention gefragt¹⁵.

3.3.3 Überzeugungsarbeit leisten

Ein Phänomen, das eng mit der oben genannten Tätigkeit des „Angst-Nehmens“ zusammenhängt, ist jenes von PatientInnen mit festgefahrenen Meinungen, die nach Erfahrung der interviewten ÄrztInnen häufig aufgrund von Internetrecherchen entstehen. Treffen MedizinerInnen auf E-PatientInnen

¹⁵ Damit ist gemeint, dass MedizinerInnen natürlich auch schon vor dem Auftreten des Mediums Internet als medizinische Informationsquelle die Aufgabe übernommen haben, die gesundheitsbezogenen Ängste ihrer PatientInnen zu handhaben. Dadurch, dass das Phänomen der Online-Gesundheitskommunikation nach Ansicht der meisten ÄrztInnen diese Ängste jedoch nicht lindert, sondern zusätzlich anfacht, hat auch die ärztliche Aufgabe der Relativierung von Ängsten stark an Umfang zugenommen.

mit vorgefertigten Meinungen, wird versucht Überzeugungsarbeit betreffend der ärztlichen Diagnose zu leisten. Dies kann – wie die Interviews vermitteln – auf verschiedensten Wegen passieren:

(1) durch medizinische Untersuchungen,

„Naja, ich versuche dann halt, dass ich ihn untersuche und ihm das mit EKG oder diversen Blutabnahmen oder was, dass ich das dann halt widerlege, was er sich einbildet.“ (IP8, Abs. 9)

(2) durch ausführliche Aufklärung der PatientInnen,

„Den Patienten in seiner verständlichen Weise aufzuklären, was man glaubt, was es sein kann. Auch das Hinterfragen, ob er das versteht, worum es geht.“ (IP11, Abs. 70)

(3) durch Hinzuziehung eines zweiten Kollegen

„Beweisen kann ich es ihm nur, wenn ich jetzt noch einen zweiten Kollegen zu Rate ziehe oder ihn dorthin schicke, dass der ihm das gleiche sagt.“ (IP12, Abs. 61)

(4) oder durch den Verweis auf die persönliche, ärztliche Erfahrung.

„Ja das geht schon. Das ist kein Problem. Letztendlich verstehen sie schon, dass/ ich meine ich bin ja keine 30, nicht? Ich bin alt genug, dass der mir glaubt, dass ich so viel Erfahrung habe, dass ich es besser weiß, ne?“ (IP10, Abs. 36-38)

Auch hier zeigt sich eine ärztliche Praxis, die keineswegs als neu erachtet werden kann, die durch das Aufkommen der Online-Gesundheitskommunikation allerdings vermehrt gefordert ist. Vor allem der letztgenannte Punkt, der Verweis auf medizinische Erfahrung, deutet darauf hin, dass gewisse ÄrztInnen versuchen, sich eine Vorrangstellung gegenüber der Selbstdiagnostizierung und -behandlung anhand „Dr. Google“ zuzuweisen. Die Überzeugungsarbeit kann sich insgesamt also sowohl auf das Widerlegen falscher Selbstdiagnosen von PatientInnen beziehen als auch auf eine Rechtfertigung der ärztlichen Diagnosen und Therapieansätze selbst. Patientenseitige Internetrecherchen haben in diesem Zusammenhang dazu geführt, dass einige MedizinerInnen über diese Überzeugungsarbeit hinausgehend die Notwendigkeit verspüren, die ärztliche Leistung legitimieren zu müssen.

3.3.4 Legitimationsarbeit leisten

Internetinformierte PatientInnen, die gerüstet mit Selbstdiagnosen beim Arzt erscheinen und auf dieser Meinung beharren, unterscheiden sich mithin

enorm vom früheren Patientenbild. Während der gesellschaftliche Stellenwert der ärztlichen Tätigkeit lange Zeit unhinterfragt blieb, finden sich MedizinerInnen heute zunehmend in Situationen, in denen sie die Notwendigkeit der ärztlichen Leistung rechtfertigen bzw. erklären müssen.

„Ich finde es eher als schwierig und als hinderlich, weil erstens glaubt der mir weni/ also nicht weniger, aber ich muss das alles erklären, warum das nicht alles stimmt, was da also nicht stimmt, warum man mit dem alleine keine Diagnose stellen kann. Sondern, dass man den Menschen anschauen muss und untersuchen muss und prinzipiell muss ich ihn eigentlich davon abbringen. Dass wir jetzt doch alles machen und schauen um zu einer Diagnose zu kommen. Weil sehr viele versteifen sich dann doch auf das, weil das ist da gestanden.“ (IP3, Abs. 18)

Nicht nur den PatientInnen gegenüber sondern auch im Interview betonen einige ÄrztInnen, dass das Internet den Arzt nicht ersetzen kann. Das ärztliche Diagnostizieren wird als dem Diagnostizieren anhand des Internets überlegen geschildert, um den Stellenwert der medizinischen Profession im Gesundheitssystem hervorzuheben.

„[...] weil ärztliche Heilkunst und Erfahrung kann in Google nicht beschrieben sein, ja.“ (IP10, Abs. 36)

Insgesamt scheinen einige der interviewten MedizinerInnen also durchaus das Gefühl zu verspüren, die besondere Stellung der ärztlichen Leistung innerhalb des medizinischen Systems hervorheben zu müssen, um damit den Fortbestand der eigenen Tätigkeit in gewisser Weise zu legitimieren.

3.3.5 Rechercheempfehlungen für PatientInnen aussprechen

Nachfolgend soll noch auf ein letztes Element des Umgangs mit E-PatientInnen eingegangen werden, das eine zentrale Forderung innerhalb der Literatur zur vorliegenden Thematik darstellt: ärztliche Hilfestellungen bei medizinischen Online-Recherchen von PatientInnen.

Grundsätzlich findet sich im vorliegenden Sample keine Person, die angegeben hat, ihren PatientInnen gänzlich von Internetrecherchen abzuraten bzw. ihnen diese zu untersagen. Lediglich eine Ärztin des Samples äußerte, dass sie ihren PatientInnen zu einer Einschränkung des Ausmaßes der getätigten Internetrecherchen rät.

„Ich sage immer, es ist ok, wenn sie lesen, aber nicht zu viel, nicht alles zu lesen, nur das Wichtigste. [...] Ich sage das den Leuten wirklich, ja. Also

wenn sie gesagt haben, sie haben schon gelesen, ist eigentlich immer meine Antwort: "Zu viel lesen im Internet ist nicht gut." (IP3, Abs. 64-66)

Von anderen MedizinerInnen wird unter Umständen nur bei konkreten Fällen bzw. Erkrankungen von Internetrecherchen abgeraten. Ähnlich der Tatsache, dass die interviewten ÄrztInnen den PatientInnen eine Selbstinformierung anhand des Internets nicht pauschal ausreden, findet sich im Sample auch niemand, der seinen PatientInnen Internetrecherchen grundsätzlich nahelegt. Wie schon beim Abraten werden medizinische Online-Recherchen den PatientInnen nur in bestimmten Situationen nahegelegt und immer nur zu einer tiefgehenden Informierung *nach* erfolgter Diagnose durch den Arzt. Ob ein Arzt grundsätzlich eine positive oder negative Haltung gegenüber der Online-Gesundheitskommunikation einnimmt, scheint dabei überraschenderweise keine Rolle zu spielen. So empfiehlt unter Umständen auch ein Mediziner, der die Internetrecherchen seiner PatientInnen ansonsten sehr skeptisch betrachtet und sich an keinen Fall erinnern kann, in dem sich eine solche Internetinformierung positiv manifestiert hätte, eine weitergehende Selbstinformierung anhand des World Wide Webs.

„wenn ich irgendeine Diagnose, eine ausgefallene Diagnose, finde, dann kann es schon sein, dass ich dem Patienten sage: ‚Schauen Sie noch einmal im Internet nach, weil da steht sicher viel mehr drinnen, als ich Ihnen sagen kann.‘ Und äh das kommt schon vor.“ (IP2, Abs. 55)

Hinsichtlich des Aussprechens *konkreter* Rechercheempfehlungen zeigt sich, dass die interviewten ÄrztInnen ihre PatientInnen kaum auf Gütesiegel der Online-Gesundheitsinformation hinweisen oder ihnen bestimmte Internetseiten empfehlen, auf denen sie sich weiterführend informieren können. Tatsächlich gab nur eine Medizinerin des Samples an, ihren PatientInnen bei Bedarf konkrete Homepages zu nennen, auf denen sie sich informieren können. Neben dieser Medizinerin existiert im Sample eine weitere Ärztin, die zumindest bezüglich einer ganz bestimmten Thematik versucht, ihre PatientInnen bei der medizinischen Internetnutzung zu unterstützen, indem sie sie durch den Hinweis auf ein Gütesiegel vor dubiosen Anbietern bewahrt. Konkret bezieht sie sich dabei auf das Grüne Kreuz bei Internetapotheken. Der Großteil der interviewten AllgemeinmedizinerInnen äußerte sich allerdings in der Weise, dass keine speziellen Seiten für PatientInnen empfohlen werden können. Häufig ist dies der Fall, da die besagten MedizinerInnen

selbst nur auf medizinische Fachseiten zurückgreifen, die sich an die Ärzteschaft richten und somit als nicht geeignet für PatientInnen erachtet werden oder für PatientInnen schlicht nicht zugänglich sind.

„Nein, ich greife eben nicht auf eine bestimmte Bibliothek zurück. Also wenn du wissenschaftliche Artikel lesen willst, das Lancet, aber das würde ich keinem Patienten empfehlen.“ (IP14, Abs. 49)

„Naja, die echten Fachseiten, die haben alle eingeschränkten Zugang, man muss sich registrieren, man muss im Ärzteverzeichnis drin sein. Das funktioniert nicht.“ (IP13, Abs. 33)

Grundsätzlich scheint dem überwiegenden Teil der ÄrztInnen gemein, dass sie sich bisher nicht bzw. kaum mit dem medizinischen Online-Angebot für Laien auseinandergesetzt haben. In Anbetracht der Tatsache, dass dies in den USA von befragten ÄrztInnen schon 2001 stark befürwortet wurde¹⁶, hinkt der Großteil der interviewten Grazer MedizinerInnen hinsichtlich dieser Belange wohl ein wenig hinterher. Einige lehnen es sogar konkret ab, PatientInnen bei medizinischen Recherchen im Web zu unterstützen, da dies nicht als in den Aufgabenbereich der MedizinerInnen fallend wahrgenommen wird.

In Anbetracht aller Ergebnisse zeichnet sich im Sample kein eindeutiger Einfluss der Einstellung gegenüber E-PatientInnen auf die Ausgestaltung des Umgangs mit diesen ab. Innerhalb aller angeführten Tätigkeitsfelder finden sich Handlungsstrategien, welche sowohl von InterviewpartnerInnen, die positiv eingestellten Typen zugeordnet werden können, als auch von solchen, die negativ eingestellten Typen entsprechen, eingesetzt werden. Auch hinsichtlich des ärztlichen Leistens von Hilfestellungen zur verbesserten Nutzung von Online-Gesundheitskommunikation durch die PatientInnen zeigt sich kein Zusammenhang mit der entwickelten Einstellungstypologie. Viel mehr hat es den Anschein, als würde das Aussprechen von Rechercheempfehlungen zu einem gewissen Ausmaß mit der zu Beginn entwickelten Typologie der Internetnutzung von ÄrztInnen zusammenhängen. Wirft man einen Blick auf die Daten, so zeigt sich, dass sich diejenigen ÄrztInnen, die teilweise Hilfestellungen leisten oder zumindest empfehlenswerte Seiten

¹⁶ 62% (N=131) der befragten ÄrztInnen stimmten damals folgender Aussage zu, während nur 7% diese ablehnten: „Health professionals should search the Internet to learn more about what their patients are using to find information to answer their questions.“ (Hollander & Lanier 2001, 398).

kennen, alle in den beiden Internetnutzungstypen wiederfinden, die das Web häufig für medizinische Zwecke nutzen.

4. Fazit und Ausblick

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, ein umfassenderes Bild der ärztlichen Perspektive auf das Phänomen „Dr. Google“ nachzuzeichnen. Dabei wurde die ärztliche Konsultation des Mediums Internet, die Einstellung gegenüber E-PatientInnen wie auch der ärztliche Umgang mit den internetinformierten PatientInnen untersucht. Konklierend lässt sich festhalten, dass MedizinerInnen in Graz durchaus mit E-PatientInnen konfrontiert sind und dass einige ÄrztInnen diesem Phänomen durchaus Bedeutung einräumen. Hinsichtlich der Bewertung internetinformierter PatientInnen überwiegen im Sample solche MedizinerInnen, die im Mittelfeld oder im positiven Spektrum anzuordnen sind. Die überwiegend negativ Eingestellten sind im Sample am schwächsten vertreten.¹⁷ Die relativ weitverbreitete Sorge aufseiten der PatientInnen, dass ihre ÄrztInnen sich durch den Versuch der Selbstinformation in ihrer Autorität in Frage gestellt sehen könnten, kann durch die vorliegenden Interviews nicht bestätigt werden. Hinsichtlich der Faktoren, die die Ausprägung der Einstellung gegenüber dem Phänomen der Online-Gesundheitskommunikation von PatientInnen beeinflussen könnten, hat sich in der vorliegenden Studie gezeigt, dass hier zu einem gewissen Grad das Ausmaß der persönlichen medizinischen Internetnutzung und -affinität eine Rolle spielen dürfte. Im Fokus stand außerdem die Frage, ob sich bei ÄrztInnen mit einer negativen Einstellung zu den Internetrecherchen ihrer PatientInnen diese Haltung auch im Umgang mit dem PatientInnen niederschlägt. Hier hat die Analyse ergeben, dass dies nicht der Fall zu sein scheint. Insgesamt hat die Einstellung scheinbar nur einen sehr geringen Einfluss auf den tatsächlichen Umgang mit E-PatientInnen.

Hinsichtlich der Frage, ob aufgrund des Phänomens der Online-Gesundheitskommunikation eine neue Arztrolle zutage tritt, vermitteln die geführten Interviews in jedem Fall, dass das Erklären, Aussortieren und Interpretieren mitgebrachter Internetinformationen zu einem selbstverständlichen

¹⁷ An dieser Stelle muss jedoch angemerkt werden, dass die Vermutung naheliegt, dass die Selbstdarstellung in Interviews nicht zwangsweise mit der Realität übereinstimmen muss. Des Weiteren ist die Möglichkeit gegeben, dass vor allem der Thematik positiv gegenüberstehende ÄrztInnen sich zu Interviews bereit erklärt haben.

Teil der Arztrolle geworden ist. Damit entsprechen die vorliegenden Ergebnisse der bisherigen Literatur, in der aufgrund der Möglichkeit der Online-Gesundheitskommunikation für PatientInnen ein gewisser Tätigkeitswandel der MedizinerInnen weg von alleiniger Wissensvermittlung hin zu Gesundheitsberatung attestiert wird. Konkludierend kann hinsichtlich der oben angeführten Fragestellung allerdings gesagt werden, dass ÄrztInnen durch das Auftreten von E-PatientInnen zwar gewisse Tätigkeitsbereiche intensiviert haben, insgesamt wäre es betreffend der Ergebnisse des vorliegenden Samples aber wohl übertrieben von einer umfassenden Erneuerung der Arztrolle zu sprechen. Die vor allem gewünschte neue Rolle des Wegweisers bei patientenseitigen Internetrecherchen tritt kaum zutage. Zum einen weil dies nicht als Notwendigkeit wahrgenommen wird, zum anderen weil der Großteil der interviewten MedizinerInnen keine empfehlenswerten Seiten für Laien kennt. Einerseits nehmen die interviewten AllgemeinmedizinerInnen im Falle der Konfrontation mit E-PatientInnen zwar die Aufgabe wahr, die Informationen zu besprechen und auszusortieren, um so der häufig entstandenen Verunsicherung aufseiten der PatientInnen entgegenzuwirken, andererseits sehen sie keine Notwendigkeit solchen Verunsicherungen aufgrund falscher und zu umfangreicher Informationen durch die Empfehlung qualitativ hochwertiger Websites vorzubeugen.

Um der Frage nach der konkreten Ausgestaltung der Begegnung von medizinischen ExpertInnen und E-PatientInnen genauer nachzugehen, wären in jedem Fall weiterführende Forschungen angebracht. In diesem Zusammenhang erscheinen vor allem Beobachtungen von Arzt-Patient-Konsultationen als sinnvoll. Außerdem wären in Anbetracht des eher kleinen Samples der vorliegenden Arbeit unbedingt weiterführende quantitative Untersuchungen nötig, um die in den vorherigen Kapiteln geschilderten Zusammenhänge verallgemeinern zu können.

Literatur

Berger, T. (2009). „Meet the e-patient“: Chancen und Risiken des Internets für das Verhältnis von Gesundheitsfachleuten und ihren Klienten. Stetina, B.U. & Kryspin-Exner, I. (Hrsg.), *Gesundheit und Neue Medien. Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien*, 73–85. Wien: Springer-Verlag.

Bioethikkommission (2015). Partizipative Medizin und Internet. Stellungnahme der Bioethikkommission. Wien: Bundeskanzleramt Österreich. Geschäftsstelle der Bioethikkommission. Verfügbar unter: <https://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=60026> [02.03.2017].

Felt, U. (2008). Virtuell informiert? Möglichkeiten und Herausforderungen für die Medizin im Internetzeitalter. Universität Wien: Institut für Wissenschaftsforschung. Verfügbar unter: https://sts.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/i_sts/Forschung/projektbericht_virinfo.pdf [02.03.2017].

Hochschild, A. R. (1990). Das gekaufte Herz: zur Kommerzialisierung der Gefühle. Frankfurt/Main [u.a.]: Campus-Verlag.

Hollander, S. & Lanier, D. (2001). The physician-patient relationship in an electronic environment: a regional snapshot. *Bulletin of the Medical Library Association* 89, 397–399.

IMAS International (2014). Gesundheitsfragen im virtuellen Raum. Verfügbar unter: http://www.imas.at/images/imas-report/2014/08_Gesundheitsfragen_im_virtuellen_Raum_neu_online.pdf [02.03.2017].

Masters, K. (2008). For what purpose and reasons do doctors use the Internet: a systematic review. *International Journal of Medical Informatics* 77, 4–16.

Rossmann, C. (2010). Gesundheitskommunikation im Internet. Erscheinungsformen, Potenziale, Grenzen. Schweiger, W. & Beck, K. (Hrsg.), *Handbuch Online-Kommunikation*, 338–63. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schachinger, A. (2014). Der digitale Patient: Analyse eines neuen Phänomens der partizipativen Vernetzung und Kollaboration von Patienten im Internet. Baden-Baden: Nomos.

Stadtler, M., Bromme, R. & Kettler, S. (2009). Dr. Google - geschätzter Kollege? Die Rolle des Internets in der Arzt-Patient-Interaktion. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 6, 254–259.

Statistik Austria (2016). IKT-Einsatz in Haushalten. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/energie_umwelt_innovation_mobilitaet/informationengesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/index.html [02.03.2017].

Wenn die Meinung der ÄrztInnen nicht zur Diagnose der PatientInnen passt

Eine qualitativ-soziologische Analyse über virtuelle Situationsdefinitionen im Spannungsfeld zwischen Kosmetik und Medizin¹⁸

Daniel Ulrich

1. Problemaufriss und Forschungsinteresse

Das Informationsangebot medizinischer Onlineforen von und für PatientInnen wird sowohl im wissenschaftlichen (vgl. Ziebland & Wyke 2012), als auch im medialen Kontext (vgl. Habich 2013; Grandner 2016) kontrovers diskutiert – vor allem betreffend der Vor- und Nachteile von Online-Gesundheitskommunikation. Kritische Stimmen betonen, dass unüberprüfte Gesundheitsinformationen – die zweifelsohne in vielen Foren anzutreffen sind – häufig zu problematischen Gesundheitsentscheidungen führen, welche aufgrund verlängerter Krankheitsverläufe tendenziell vermeidbare Behandlungskosten nach sich ziehen. Ganz zu schweigen davon, dass im schlimmsten Fall problematische Gesundheitsinformationen gesundheitsbedrohliche Auswirkungen haben können.

Online-Gesundheitsforen sind Schauplätze der Wissens- und Erfahrungsvermittlung vieler PatientInnen weltweit. Janschitz (2016) zeigt, dass mehr als ein Viertel der befragten Grazer PatientInnen Onlineforen nutzen um Gesundheitsinformationen zu finden. Ähnliche Zahlen wurden auch in amerikanischen Studien publiziert (vgl. Keckley & Hoffmann 2010; Elkin 2008). Allein schon aufgrund dieser Nutzungsausmaße kann davon ausgegangen werden, dass Kommunikation in Online-Gesundheitsforen einen beachtenswerten Einfluss auf die Gesundheitskompetenz von PatientInnen hat und in weiterer Folge auf deren Gesundheitsentscheidungen und -handeln. Der vorliegende Bericht thematisiert Chancen und Risiken von Gesundheitskommunikation in Onlineforen. Zum Zweck des Vergleichs der kontroversiellen Standpunkte rund um diese Thematik mit einem ausgewählten Aspekt sozialer Realität, wurde als Grundlage dieser Studie ein spezielles Onlineforum ausgewählt und erforscht. Die Kriterien der konkreten Fallauswahl setzten

¹⁸ Dieser Beitrag basiert auf einer gleichnamigen, an der Karl-Franzens-Universität verfassten Masterarbeit.

sich hierfür wie folgt zusammen: es sollten Risiken und Potentiale von Online-Gesundheitskommunikation – vor allem hinsichtlich Selbstdiagnosen – beobachtbar sein, das Forum sollte sich auf den deutschsprachigen Raum beziehen, sowie dermatologische Leiden zum Thema haben. Als Grundlage für diese Entscheidung galt die Annahme, dass bei Diskussion über Hauterkrankungen in Onlineforen die Möglichkeit besteht, Fotos der betreffenden Leiden zur Veranschaulichung zu veröffentlichen, und dass Diskussionsverläufe in entsprechenden Foren daher tendenziell auf einem intersubjektiv nachvollziehbaren Stimulus aufbauen. Dieser Aspekt erschien vor allem hinsichtlich möglicher Diagnosevorschläge durch Laien bedeutend. Entsprechend diesen Merkmalen wurde schließlich ein Onlineforum für Betroffene von Bier Spots ausgewählt.

DermatologInnen beschreiben Bier Spots als ein Phänomen, das durch eine außergewöhnliche – da selten in Erscheinung tretende –, aber klinisch vollkommen harmlose weiße Fleckung der Haut ersichtlich wird (vgl. Mahajan et al. 2015; Yorulmaz et al. 2015). Dementsprechend sind keine Behandlungsmöglichkeiten für dieses Phänomen verbreitet. Hervorgerufen werden Bier Spots durch Durchblutungsschwankungen in den Blutgefäßen, vor allem an den äußersten Extremitäten des Körpers. „They have been reported in a variety of diverse conditions with no consistent disease association“ (Dean & Zirwas 2014). Dies bestätigt der Grazer Dermatologe und Venerologe Univ.-Prof. Dr. Josef Smolle. Laut ihm sind Bier Spots nicht als Krankheit zu betrachten. Vielmehr schreibt er dieses Phänomen dem Spektrum funktioneller Durchblutungsvarianten zu. Bier Spots stellen somit eine normale Ausprägung der menschlichen Haut dar. Laut Dr. Smolle können Bier Spots aber sehr wohl als eine kosmetische Störung für Betroffene erachtet werden – vergleichbar mit Altersflecken oder Cellulite.

Aus Sicht mancher Betroffener von Bier Spots ergibt sich jedoch hinsichtlich der medizinischen Relevanz des Phänomens ein anderes Bild. Für Betroffene scheint aus dem Auftreten von Bier Spots häufig eine bedrohliche subjektive Krankheitserfahrung zu resultieren, welche durchaus dem Aufgabenbereich medizinischer und dermatologischer Zuständigkeit zugeschrieben wird. Da Arztpraxen für Betroffene von Bier Spots – aus genannten Gründen – aber häufig keine Orte sind, an denen Linderung eingeleitet wird bzw. werden kann, wenden sich viele Betroffene alternativen Ressourcen zu. Onlineforen stellen in dieser Hinsicht in der heutigen Zeit adäquate Möglichkeiten bereit, um subjektive Krankheitserfahrungen zu verarbeiten

und Strategien für die Bewältigung allfälliger Handlungshemmnisse – wie sie für PatientInnen beispielsweise bei Nicht-Diagnostizierung durch ÄrztInnen entstehen – zu entwickeln.

Diese abweichenden Blickwinkel zwischen MedizinerInnen und Betroffenen grenzen den Problembereich meiner Forschung ein. Der Gegenstand der Analyse ist somit einerseits im Grenzbereich zwischen Medizin und Kosmetik, andererseits zwischen Stigmatisierung, Pathologisierung und sogenannten „contested illnesses“¹⁹ verortet. Wie Betroffene von Bier Spots ihr bestrittenes Leiden erleben, damit umgehen und wie dabei auftretenden Problemen begegnet wird, soll in weiterer Folge die grundlegende Forschungsproblematik darstellen. Durch die Beantwortung folgender Fragen will ich mich dieser weiter annähern: Wie definieren beteiligte AkteurInnen das Phänomen Bier Spots und welche beobachtbaren Handlungen resultieren aus geteilten oder abweichenden Situationsdefinitionen? Auf welche Bewältigungsstrategien greifen Betroffene bezüglich ihrer Beschwerden und deren Linderung zurück? Welche Rolle spielen ÄrztInnen einerseits im Diskurs der betroffenen UserInnen und andererseits bei deren konkreten Bewältigungsstrategien?

2. Beschreibung des Forschungsfelds

Das zugrundeliegende Datenmaterial stammt zum Großteil aus einem umfangreichen Online-Gesundheitsforum der Gesundheitsplattform www.medicin-forum.de²⁰. Zur weiteren Fallkontrastierung wurden zusätzlich zwei Threads eines österreichischen Forums für Betroffene von Vitiligo²¹ gesichtet und analysiert. Der vorwiegend behandelte Thread zum Thema Bier

¹⁹ Als Contested illnesses werden erlebte Krankheiten bezeichnet, die durch ÄrztInnen häufig nicht als explizit medizinisch relevant eingestuft werden, da in der Regel keine schädlichen physischen Symptome beobachtbar sind. Bei dieser Kategorie von Krankheiten zeichnet sich vielfach ein Missverhältnis zwischen medizinischer Expertise und Laienexpertise ab. Conrad & Barker führen dies darauf zurück, dass im Grunde alle Krankheiten soziale und kulturelle Konstrukte sind, dass aber einigen keine kulturelle Legitimität zu gesprochen wird (vgl. Conrad & Barker 2010, 70).

²⁰ <http://www.medicin-forum.de/phpbb/viewtopic.php?f=21&t=93800> [zuletzt abgerufen am 02.09.2016]

²¹ Die Website www.vitiligo.at ist gegenwärtig [02.09.2016] nicht mehr abrufbar. Die relevanten Threads liegen jedoch in gespeicherter Form vor.

Spots beinhaltete zum Zeitpunkt des 2. September 2016 insgesamt 133 Beiträge von 45 UserInnen. Den Ausgangspunkt der interessierenden Diskussion stellt das initiale Posting vom 29. April 2009 dar, während das aktuell letzte Posting am 21. Januar 2016 verfasst wurde.

3. Methodik

Die folgenden Ergebnisse wurden im Wesentlichen mit der Methodologie der Grounded Theory nach Strauss & Corbin (1996) erarbeitet. Das Datenmaterial wurde dazu zuerst offen, das heißt Zeile für Zeile und teilweise Wort für Wort kodiert. Die Produkte dieses umfassenden Analyseprozesses führten im nächsten Schritt zu Clustern von inhaltlich zusammengehörigen Codes. Dieser Prozess der Kategorienbildung wurde gemäß den methodologischen Vorgaben von iterativem Hin- und Herpendeln zwischen induktiv geleiteter Abstraktion und deduktiver Verifikation an den Daten begleitet. Mittels diesem Vorgehen wurden sowohl Achsencodes als auch die analytische Kernkategorie des Datenmaterials verortet. Der für die Entwicklung einer Grounded Theory essentielle Prozess des theoretischen Samplings ist in dieser Arbeit aus Zeitgründen jedoch nur in begrenztem Ausmaß zur Anwendung gekommen. So wurde neben der Analyse des Bier Spots Forum ein leitfadengestütztes Interview mit dem Grazer Dermatologen Dr. Josef Smolle im Sinne des theoretischen Samplings geführt, ebenso wie Fallkontrastierungen mittels dem erwähnten Vitiligo-Forum angestellt wurden.

4. Empirische Ergebnisse

4.1 Das initiale Posting

Das dominierende Thema des Threads wird bereits im initialen Posting formuliert. Darin schreibt der Initiator, dass er seit circa „8 Jahren an mysteriösen weissen Flecken [leidet] die sich mit der Zeit auf Händen, Armen, Beinen“²² und auch auf der Kopfhaut verbreitet haben. Diese Flecken werden als besonders sichtbar beschrieben, wenn die Arme hängen gelassen werden

²² Etwaige Rechtschreib- und Grammatikfehler in den grau-kursiven Zitaten werden im Folgenden originalgetreu gemäß den Beiträgen des Forums übernommen.

oder wenn es kalt ist. Wenn die Arme über den Kopf gehoben werden, verschwinden die Symptome auf den Armen kurzzeitig. *„Die Flecken jucken nicht und verursachen keine Schmerzen oder sonstige Symptome. Wenn man mit der Hand über die Stellen streicht verschwinden sie kurzzeitig weshalb ein Hautpilz auszuschliessen ist“*. Seit dem Auftreten dieser Flecken suchte der User diesbezüglich einige medizinische Einrichtungen wie AllgemeinmedizinerInnen, HautärztInnen, spezielle Hautkliniken und Universitätskliniken auf. Die Diagnosen der ÄrztInnen bezüglich der Flecken fielen eindeutig und homogen aus. *„Alle Ärzte waren sich einig dass es eine harmlose Sache wäre die keine therapie benötigt. Auf die Ursache angesprochen waren alle ratlos. Mein Hautarzt konnte mir nur sagen dass sich wahrscheinlich die Hautblutgefäße verkrampfen“*. Neben einer Ursache für die weissen Flecken konnten die behandelnden ÄrztInnen auch keine konkreten Diagnosen eruieren. *„Die Ärzte konnten keine genaue Diagnose stellen. Bis auf die Diagnose von meinem Hautarzt (Hautblutgefäße, etc) kam da nicht viel. Sie sagten nur ‚tut nicht weh, juckt nicht, müssen sie mit Leben etc.‘ also haben sie keine Ahnung. Ich muss dazu sagen dass das nicht irgendwer war [...] Gerade in der Uni-Hautklinik in der ich war arbeiten die besten Ärzte aus unserer Region“*.

Diese erlebte Ratlosigkeit seitens der konsultierten ÄrztInnen führte den User in Folge ins Internet, wo er bei Recherchen zu seinen Symptomen auf Berichte über Bier Spots stieß. Die sichtbaren Symptome, die als ratlos eingestuften ÄrztInnen, der Leidensdruck und die übernommenen Informationen aus dem Internet erklären zusammengenommen die subjektive Situationsdefinition des Users: Er leidet an einer Krankheit, unabhängig davon, ob seine ÄrztInnen die Flecken ebenfalls als Krankheit einstufen oder nicht. Diese Krankheit ist für den User eine konkrete Bedrohung, da sie mit der Zeit einen Verlust an Lebensfreude nach sich zieht und zu sozialer Isolation führt. Der Widerspruch zwischen den unterschiedlichen Situationsdefinitionen der beteiligten AkteurInnen kann als das treibende Moment für das Eröffnen des vorliegenden Threads betrachtet werden. Die konkreten Dimensionen der vorläufig erhofften Problemlösung werden unmissverständlich beschrieben: Die Forenkommunikation soll Hinweise über mögliche Ursachenzusammenhänge generieren. *„Bitte schreibt mir!!! Ich weiss nicht mehr weiter. Ich war früher ein lebenslustiger Mensch und hab voll am Leben teilgenommen. mit fortschreiten der Erkrankung hab ich mich immer mehr*

abgeschottet. Ich bin froh über jede idee und über jeden ratschlag was hinter diesen Flecken stecken könnte“.

4.2 Das chronologisch dokumentierte Diagnostizierungsmodell

Zu Beginn der nachfolgenden Interaktion zwischen den UserInnen zeigt sich eine einmalige Besonderheit, welche sich als entscheidend für die Richtung der weiteren Diskussion und speziell für den Prozess der Selbst-Diagnostizierung später hinzustoßender User herausstellt. So reagiert auf das Initialposting eine Userin, die anführt, dass *„seit einigen Tagen (eventuell sogar Wochen) diese komischen weißen Punkte“* auch auf ihren Armen und Knien auftreten. Die Userin zeigt sich unsicher bezüglich der Diagnose und geht auf den Begriff Bier Spots zu Beginn auch noch nicht explizit ein. Durch die Aussage, dass die weißen Flecken *„auch“* bei ihr auftreten, lässt sich jedoch darauf schließen, dass sie eine Übereinstimmung mit den Symptomen des Initiators vermutet. Sie verweist auf eine gewisse Unsicherheit diesbezüglich und verlinkt daher ein Foto ihrer Symptome, mit der Bitte um zweckdienliche Hinweise. *„Was kann das bloß sein? Hab schon ein bisschen Panik. Ist das gefährlich? Ich hoffe jemand kann es mir beantworten“.* Da die Symptome ähnlich aussehen und auch ähnlich reagieren wie beim Initiator, postet dieser daraufhin, dass es sich bei der Dialogpartnerin wohl *„auch“* um Bier Spots handelt. Außerdem gibt er die Einschätzung seiner Ärzte wieder und bekräftigt: *„Gefährlich ist die Sache wohl nicht. Die verschiedenen Ärzte sagten mir alle es wäre unschön aber harmlos und es gäbe keine Behandlungsmöglichkeit. Ich würde dir aber trotzdem raten mal zum Hautarzt zu gehen“.* Nach weiteren detaillierten Beschreibungen und Abgleichung der jeweiligen Symptome übernimmt die hinzugekommene Userin letztlich die Diagnose Bier Spots. Dieses Moment nimmt sie auch zum Anlass für eine erste Arztkonsultation. *„Ich habe Gestern Nachmittag mal bei einem Hautarzt angerufen. Und nachgefragt ob er sich mit diesen so genannten Bierflecken auskennt. Leider ohne Erfolg“.*

Der Prozess hin zur Übernahme der Diagnose ist bei dieser Userin deswegen von grundlegender Bedeutung, weil er a) zu Beginn der Diskussion stattfindet und b) der dialogische Diagnoseprozess in dieser Form einzigartig im Forum ist. Die Userin ist die einzige Person im Thread, die in dieser Form explizit um Hilfe bei der (Selbst-)Diagnostizierung bittet und erst nach einer Beratung durch andere User die Diagnose für sich übernimmt. Ausgehend

von diesem Prozess des Beschreibens und Vergleichens und der daraus resultierenden Selbstdiagnose, Situationsbeschreibung und -definition kann davon gesprochen werden, dass ein Effekt der chronologischen Dokumentation auf den Prozess der Selbstdiagnostizierung im Verlauf des Threads beobachtbar ist: Angesichts der im Initialposting und im anfänglichen Dialog angeführten Sachverhaltsdarstellungen scheint es im nachfolgenden Diskussionsverlauf keinen zusätzlichen Bedarf an weiteren Symptombeschreibungen und -vergleichen bzw. an Diskussionen über andere mögliche Diagnosen zu geben. Deswegen kann davon ausgegangen werden, dass ein bedeutender Anteil der aktiven UserInnen im Thread zu einer sinngebenden Diagnose kommt, indem das vor dem eigenen Beitritt diskutierte Erfahrungswissen gelesen, und mit sich selbst verglichen wird. Dies wird durch die außerordentlich häufig bekundete Aussage von UserInnen bekräftigt, dass ihre Symptome nun „*endlich einen Namen haben*“. Ärztliche Informationen, dermatologische Fachartikel und diverse Internetrecherchen ermöglichten es nicht, das Leiden der Betroffenen zu benennen. Erst der Dialog im Thread bietet den Betroffenen die Grundlage einer Diagnose. Für die UserInnen erscheint dieser Weg als hinreichend, um eine kontingenzmindernde Diagnose und Situationsdefinition zu erlangen.

Bei vielen anderen Krankheitsbildern, denen in der Medizin – anders als im vorliegenden Fall – Gefährlichkeit im pathologischen Sinn prognostiziert wird, sollte das hier beobachtbare Phänomen, dass die Online-Gesundheitskommunikation die Rolle der diagnostizierenden ÄrztInnen weitgehend ersetzt, berechtigterweise kritisch betrachtet werden. Bei Bier Spots ist dies jedoch laut Dr. Josef Smolle als tendenziell positiv zu bewerten. Da im Forum das medizinisch erschlossene Know How zur Diagnostizierung reproduziert und veröffentlicht wird, ein generell hohes Level an Gesundheitskompetenz respektive medizinischem Laienwissen vorherrscht und kritischen Fällen von aktiven UserInnen üblicherweise umgehend eine Arztkonsultation zur genaueren Überprüfung nahegelegt wird, ist der beobachtbare Prozess der Selbstdiagnostizierung als relativ unproblematisch einzustufen. Zudem können die Symptome der Bier Spots relativ leicht verglichen, eingestuft und von ähnlich erscheinenden Hautkrankheiten²³ wie beispielsweise Vitiligo oder Livedo Racemosa unterschieden werden.

²³ Für einen genaueren Einblick zu Differentialdiagnosen und deren Abgrenzungen zu Bier Spots siehe Parsi 2008.

4.3 Kollektive Konzeptualisierung der Krankheit: Der Leidensdruck

Nachdem von den Betroffenen durchgehend beschrieben wird, dass ihr Leiden nicht physischer Natur ist – die Flecken jucken nicht und bereiten auch keinen anderwärtigen Schmerz – stellt sich als Ausgangspunkt für weitere Analysen zunächst die Frage, was genau den Leidensdruck der Betroffenen ausmacht und wie sie ihre Krankheit erleben. Wie das folgende Zitat eines Users zeigt, wird die vermittelte ärztliche Situationsdefinition jedenfalls als unzureichend erlebt. „*Meine Ärzte können mir nicht helfen und sagen, dass diese Flecken harmlos seien. Doch ich ‚spüre‘, dass sich hinter diesen weisen Flecken doch etwas versteckt, was nicht gut ist*“.

Attestierte Harmlosigkeit scheint das subjektive Leiden und die damit verbundene Ungewissheit nicht entkräften zu können, denn das Leiden der Betroffenen ist weniger physischer als viel mehr psychischer Natur: Das dargestellte Problem wird durch die visuelle Natur der weißen Flecken begründet, welche gefühlte Andersartigkeit bei den Betroffenen auslöst und psychisches Leiden nach sich zieht – so der Tenor im Forum. Ausgelöst wird diese Form von empfundener Stigmatisierung durch soziale Reaktionen wie „angestarrt werden“ oder „darauf angesprochen werden“. Einflüsse und Strategien, die die Ausprägung des individuellen Leidensdrucks beeinflussen können, sind in Abbildung 1 schematisch dargestellt. Verbreitete Schönheitsideale und Körpernormen stellen den Kontext dar, aus dem heraus ein empfundener „Zwang zur Makellosigkeit“ kumuliert, dem die Betroffenen gerecht werden wollen. Erfolgreiche interaktionale Strategien, die ein Gefühl des „Normal-Seins“ bzw. ein „Vergessen“ der weißen Flecken erlauben, werden oft in Zusammenhang mit der Möglichkeit beschrieben, die „Makel“ zu „verstecken“ (z.B. im Winter). Dieses Gefühl kann jedoch in der Regel nur lokal und temporär begrenzt hervorgerufen werden. In den meisten Fällen beschreiben die Betroffenen hingegen, dass die empfundene Stigmatisierung in Alltagssituationen zu Selbstzweifeln, Reduktion von Selbstvertrauen und Lebensfreude bzw. auch zu sozialem Rückzug führt.

Ein reflektierender Diskurs über internalisierte Körpernormen, über Akzeptanz der Bier Spots und damit über die Möglichkeit, im Kollektiv das Selbstwertgefühl der Individuen zu stärken, ist im Bier Spots Forum – im Gegensatz zum eingangs erwähnten Vitiligo-Forum – nicht zu beobachten. Für die Betroffenen von Bier Spots ist die psychische Verarbeitung der Symptome nicht handlungsrelevant.

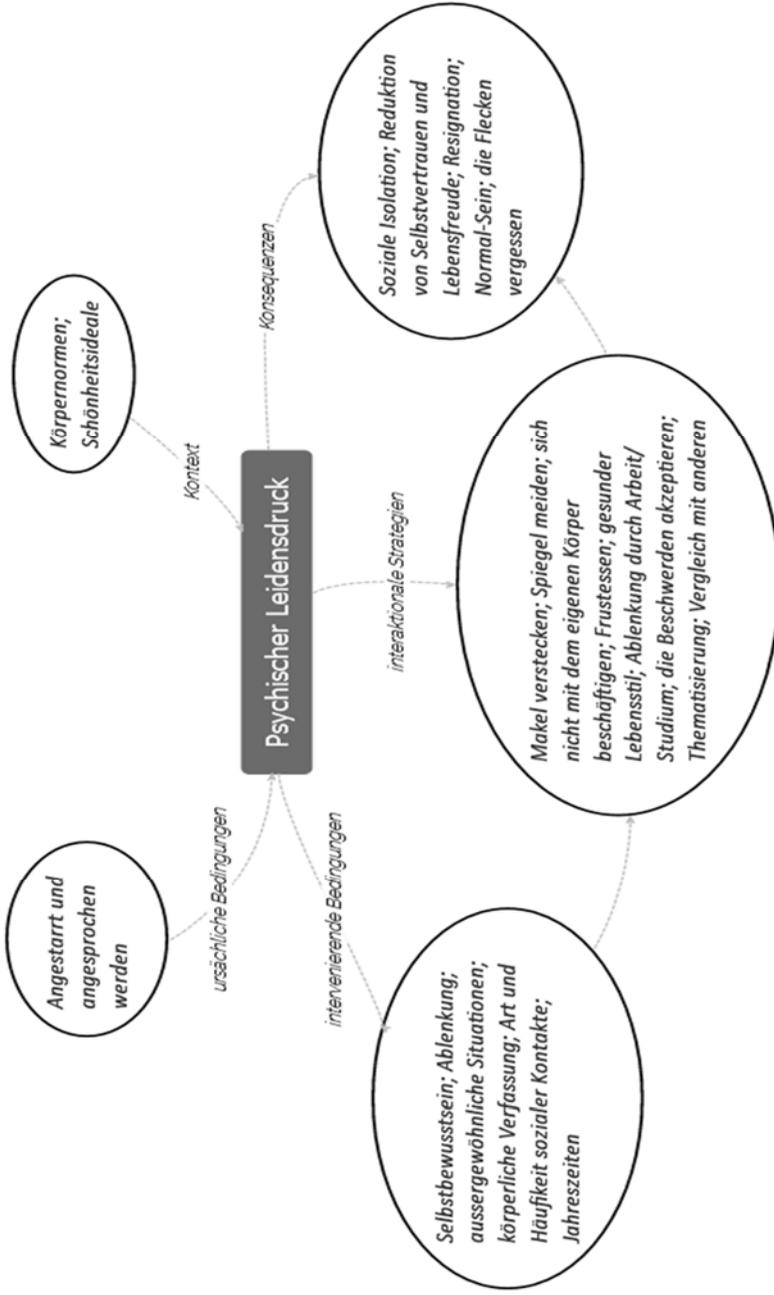


Abbildung 1: Verortung der Kategorie "Psychischer Leidensdruck" im paradigmatischen Modell der Grounded Theory.

Zusammengefasst kann somit der eigentliche Kern der erlebten Krankheit durch eine soziale und psychische Konzeptualisierung um die Folgeerscheinungen von Bier Spots beschrieben werden und weniger um deren sichtbare Symptome. Diese Krankheitsdefinition vereint das Kollektiv im Forum. Der damit verbundene Leidensdruck kann gemeinsam mit der von ÄrztInnen nicht geklärten Diagnose und Ursache betreffend der sichtbaren Symptome als die eigentliche uneindeutige Situation der Gruppe beschrieben werden. Die generalisierte Situationsdefinition des Betroffenenkollektivs gründet somit auf der Überzeugung, dass den Bier Spots – als körperliche Ursache – eine stigmatisierende soziale Wirkung zugeschrieben wird und dass die daraus resultierenden psychischen Folgeerscheinungen nicht ernstgenommen und nicht behandelt werden. Eine Userin unterstreicht dies wie folgt: *„Ich habe auch schon einige Ärzte erlebt, die gesagt haben ich muss mich damit abfinden und für die die Sache damit abgeschlossen war nur weil sie nicht weiter wissen. Aber ehrlich gesagt versaut mir die ganze Sache mein Leben auf das ich mich mal so gefreut habe“*. Der Situationsdefinition der Betroffenen steht die ärztliche Einschätzung diametral entgegen, denn die im Thread angeführten ÄrztInnen erkennen die psychischen Auswirkungen von Bier Spots nicht als physischen Behandlungsgrund an. *„Mein Arzt sowie die aller anderen auch, sagte ebenfalls, dass es harmlose Durchblutungsstörungen sind, die keine Behandlung bedürfen. Darüber sind sich glaube alle Ärzte ausnahmsweise mal einig:/ Psychische Belastung ist natürlich kein Handlungsgrund.....!“*. Die verallgemeinerte Differenz zwischen den beteiligten AkteurInnen wird somit klar ersichtlich: ÄrztInnen behandeln Bier Spots nicht als physische Krankheit, da sie in isolierter Form nachweislich kein pathologisches Gefahrenpotential tragen. Der Faktor der Harmlosigkeit wird von den Betroffenen zwar weitgehend in deren kollektives Deutungsschema integriert, aber aufgrund der Ungewissheit, die aus Arztgesprächen hervorgeht, und dem psychischen Leidensdruck – der im Arzt-Patienten-Gespräch in Extremfällen abgewertet, aber in der Regel nicht thematisiert wird – erscheint die Harmlosigkeit der Flecken als zweitrangig. Die UserInnen kämpfen vor allem mit den psychischen Symptomen, wollen diese allerdings um jeden Preis mittels biophysikalischer und nicht mittels psychologischer Behandlung bekämpfen. Dies sind tragende Elemente der im Forum ausgebildeten Krankheitsidentität. Um diese geltend – d.h. behandlungswürdig – machen zu können, strebt das Kollektiv im Forum nach Elementen, welche die soziale Konstruktion von Bier Spots als ursächlich behandelbare Krankheit ermöglichen.

4.4 Beschreibung der analytischen Kernkategorie: Ursachen verhandeln

Die analysierten Zusammenhänge der Forumdiskussion handeln im Kern davon, wie im Kollektiv die physisch harmlosen, aber psychisch belastenden Folgeerscheinungen von Bier Spots gehandhabt und welche Lösungsansätze für das beschriebene Problem entworfen und verfolgt werden. Die Betroffenen erachten dabei das Ergründen einer biologischen Ursache – das heißt einer, den Bier Spots zugrundeliegenden, physischen Anomalie – als einzig (be)greifbare und sinnvolle Chance hinsichtlich einer umfassenden Problemlösung. Das Kollektiv erwartet dabei allerdings keine maßgebliche Unterstützung durch die medizinische Profession, aktive PatientInnenlobbys oder Forschungseinrichtungen.

In diesem Kontext mangelnder Unterstützung nimmt das Kollektiv – aufgrund des ursächlichen psychischen Leidensdrucks – die Aufgabe der Ursachensuche als seine eigene an und geht ihr im Forum selbstorganisiert nach. Dazu wird erlangtes Wissen aus Arztgesprächen oder Internetrecherchen hinsichtlich seiner Relevanz als mögliche Ursachentheorie diskutiert. Das Streben des Kollektivs nach Ursachen, Theorien, Behandlung und letztlich Problemlösung ist aufgrund nur begrenzt zugänglicher medizinisch-professioneller Ressourcen methodisch am Vorgehen nach kollektiven Verhandeln von Bedeutungen und Legitimität ausgerichtet. Das zentrale Phänomen des Forums und damit die analytische Kernkategorie dieser Arbeit kann daher als „*Ursachen verhandeln*“ betitelt und beschrieben werden (wie in Abbildung 2 ersichtlich). Damit beschreibt diese Kernkategorie im Angelpunkt zwei handlungsrelevante Dimensionen:

- (1) Das empfundene Erfordernis zu selbstorganisierten Problemlösungen im Kollektiv und
- (2) das Streben nach der sozialen Konstruktion von Bier Spots als Krankheit.

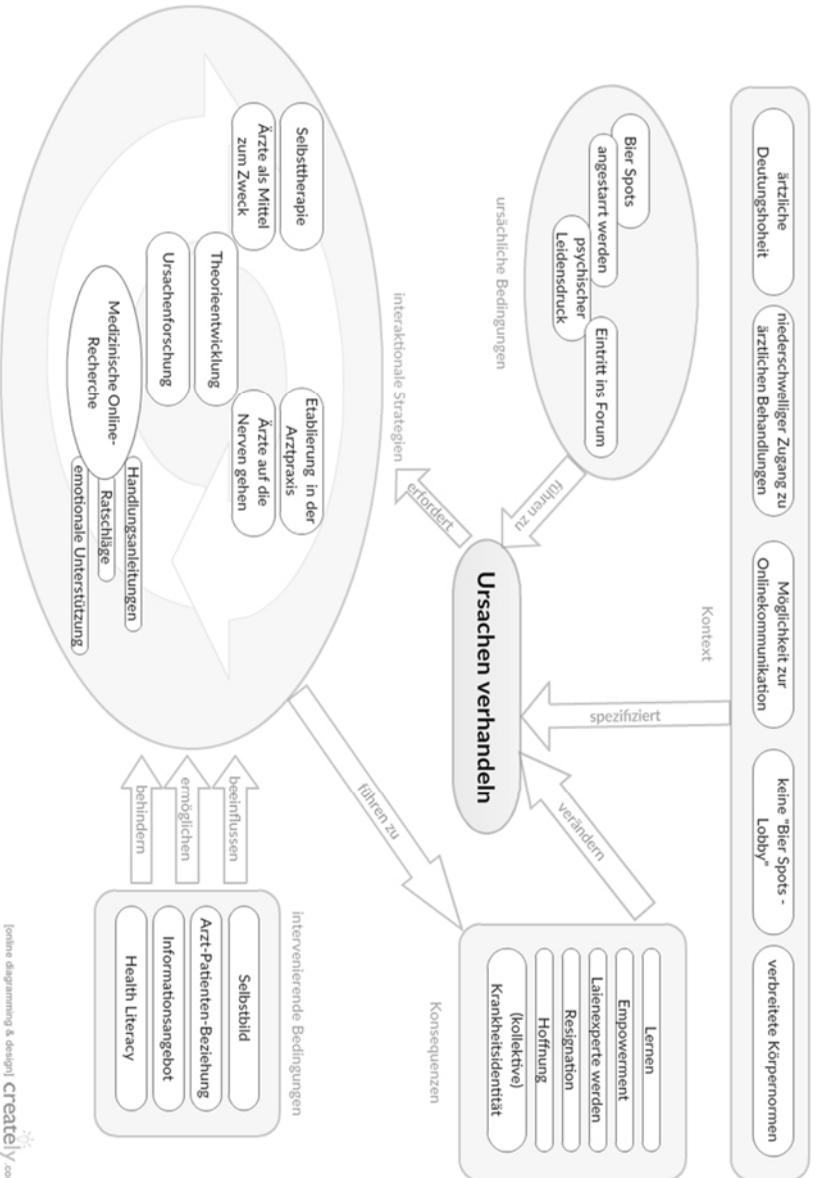


Abbildung 2: Kernkategorie "Ursachen verhandeln" im paradigmatischen Modell.

Ursachen verhandeln steht im Mittelpunkt beinahe aller Interaktionen des Forums. Der Begriff „verhandeln“ ist dabei deshalb die geeignete Wahl, da mittels der Methode kollektiven Verhandeln und Abwägens zunächst Lösungen im Kollektiv für das Kollektiv gesucht werden. Dabei wird darüber verhandelt welches Erfahrungswissen, welche Laienexpertise, welche Online-Informationen und welches Expertenwissen zur Verallgemeinerung und Verdichtung des als relevant eingestuften Ursachenspektrums herangezogen werden soll. Im Kollektiv verhandeln zudem souveräne VerhandlungspartnerInnen durch das Einbringen, Entwickeln und Abwägen von möglichen Ursachen und Theorien. Diese leiten in weiterer Folge Selbsttherapien an, die wiederum vom Kollektiv hinsichtlich Zweckmäßigkeit verhandelt werden. Die Vision normal zu sein, sprich normal auszusehen, ist für diese Anstrengungen die stärkste Antriebskraft. ÄrztInnen können dabei prinzipiell behilflich sein, doch um diese Hilfe im gewünschten Ausmaß zu erhalten, sind aufgrund der divergierenden Situationsdefinitionen auch Verhandlungen mit ÄrztInnen erforderlich.

Im Gespräch mit solchen ÄrztInnen, die die soziale Konstruktion von Bier Spots als Krankheit nicht prinzipiell ablehnen, wollen die Betroffenen als souveräne VerhandlungspartnerInnen wahrgenommen werden. Bei zugestandenem, aber geschwächten Verhandlungspositionen im Kontext ärztlicher Deutungshoheit ist eine Strategie, um die Konstruktion der Krankheit direkt in der Arztpraxis verhandeln zu können „*Ärzte auf die Nerven gehen*“. Dies bedeutet, dass die Betroffenen aufgrund der Komplexität und der Legitimationsschwierigkeiten ihres Leidens annehmen, dass sie durch die Thematisierung Zeit und Kraft der behandelnden ÄrztInnen rauben. Durch *Ärzte auf die Nerven gehen* fordern Betroffene ihre Verhandlungsposition zum Zweck der Krankheitskonstruktion und -etablierung in der Arztpraxis ein. In diesem Fall dienen zuvor im Forum verhandelte Ursachen als Konstruktionselemente in der Arztpraxis. Betroffene betonen dabei ihren souveränen Standpunkt in einer Verhandlung über Ursachen und Behandlung, die aus Betroffenenensicht unbedingt geführt werden muss.

In Fällen, in denen das Arzt-Patienten-Verhältnis von gegenseitigem Verständnis geprägt ist oder gar von einem patientenzentrierten Ansatz, bewirkt die Konstruktion als Krankheit betreffend der Behandlungsoptionen tendenzielle Kooperation seitens der ÄrztInnen – wenn auch in begrenztem Rahmen. Im Gespräch mit ÄrztInnen, die das Krankheitskonstrukt hingegen

grundsätzlich ablehnen, wissen die Betroffenen um ihre schwache Verhandlungsposition beziehungsweise um die generelle Ablehnung als VerhandlungspartnerIn. Da jedoch einige diskutierte Theorien über mögliche Ursachen – wie beispielsweise über anormale Leberwerte – nicht ohne ärztliches Zutun, medizinisches Know How und technische Infrastruktur („*Bestätigungsfunktion des Arztes*“) überprüft werden können, kommen in diesen Fällen seitens der Betroffenen Strategien wie beispielsweise „*Arzt als Mittel zum Zweck*“ zum Einsatz, um Theorien trotz der technischen Hürden in Eigenregie weiterverfolgen zu können. Hier dienen verhandelte Ursachen und Theorien als Türöffner zu gewünschten Untersuchungen. Dabei werden als Gründe für die betreffende Arztkonsultation in der Regel medizinische Vorwände angeführt. Durch Angabe von mit der entwickelten Theorie zusammenhängenden Beschwerden/Vorwänden werden ärztliche Untersuchungen eingefordert, deren Befunde wiederum gewünschte Ergebnisse (z.B. Entzündungswerte) liefern, die für die weiterführende Verhandlung der Ursachentheorie im Kollektiv erforderlich sind.

Neben dem Verhandeln umfassender Ursachenmöglichkeiten werden aber auch Selbsttherapien, sowohl im Forum als auch in den Praxen mitfühlender ÄrztInnen, besprochen. Bemerkenswert ist hier, dass sich der Großteil der besprochenen Selbsttherapien im Bereich von Nikotinentwöhnung und anderen Formen der Reduktion ungesunder Gewohnheiten abspielt. Selbsttherapeutische Maßnahmen mittels Pharmazeutika oder Vergleichbarem spielen im Kollektiv keine große Rolle, da nach der Darstellung von entsprechendem Erfahrungswissen konsensuell übernommen wird, dass medikamentöse Therapien nicht zielführend sind. Zusätzlich versucht das Kollektiv in geringem Ausmaß auch mittels ad hoc Bewältigungsstrategien – in Form von emotionaler Unterstützung und Beratschlagung – akute Belastungsepisoden bei einzelnen UserInnen zu entschärfen. Im untersuchten Forum spielt emotionale Unterstützung aber nur eine untergeordnete Rolle. Das Forum dient in erster Linie dem Aushandeln von Ursachen. Erst durch das Verhandeln verschafft sich das Kollektiv eine Position in der Erfahrungswissen, Laienexpertise und wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse in glaubwürdiger Form verbunden werden können, um in weiterer Folge gegenüber ÄrztInnen souverän auftreten oder forenintern kollektiv abgesicherte Aussagen treffen zu können.

Konkludierend bedeutet dies auf konzeptueller Ebene, dass die selbstorganisierte Verhandlung biologischer Ursachen als vermeintlich notwendiger Ansatzpunkt zur Problemlösung für das Kollektiv drei notwendige Funktionen hat: Die Ursachenverhandlung und -findung ist

- (1) Türöffner zu medizinischen Untersuchungen,
- (2) Konstruktionselement der zu etablierenden Krankheit und
- (3) Grundlage der ad hoc Selbsthilfe und Selbsttherapierung.

Laut der Forschung über „contested emergent illnesses“ (Conrad & Barker 2010), „medically unexplained symptoms“ (Nettleton 2006) oder auch „illnesses you have to fight to get“ (Dumit 2006) ist der angedeutete Modus der Wissensgenerierung durch Laien ein häufig zu beobachtender Prozess bei drängenden körperlichen und/oder psychischen Beschwerden, denen die Forschung und das medizinisch-institutionelle System nicht die von den Betroffenen geforderte Aufmerksamkeit schenken. Betroffene von „medically unexplained symptoms“ werden oft damit konfrontiert, dass ihre Symptome eingebildet sind. Aber auch andere Labels dieser Forschungsrichtung haben am vorliegenden Fall Erklärungskraft. Allen ist dabei das Moment des Kämpfens oder der Anstrengung gemein. Bier Spots werden von medizinischen Professionen zwar nicht der Kategorie „Krankheit“ und daher auch nicht der Kategorie „seltene Krankheit“ zugeordnet, aber aus subjektiver Sicht der laut dem Kollektiv allgemein selten anzutreffenden Betroffenen gleichen die Folgeerscheinungen einem Leiden, einer Krankheit deren zugrundeliegende Ursachen als biologisch begründet erkämpft werden müssen. Ebenso soll die medizinische Legitimität der damit verbundenen Krankheitsidentität erkämpft werden.

Für den beobachteten Fall zusammengefasst, können Bier Spots somit als ein Phänomen beschrieben werden, das für die Betroffenen den Status „illness you have to fight to get“ oder „contested illness“ einnimmt. Betroffene sind in diesem Kampf mit einer Vielzahl von sozialen und praktischen Erschwernissen konfrontiert. Neben den Anstrengungen bei der Generierung von Hintergrundwissen über das Leiden muss mit ÄrztInnen verhandelt werden, um diese von der Relevanz des Leidens zu überzeugen. Zum Teil müssen ÄrztInnen auch überlistet werden, um kollektive Problemlösungsversuche und Theorien weiter festigen zu können. Diese sich verdichtenden Ursachentheorien werden dann wiederum als Verhandlungsgrundlage bei zuvor unkooperativen ÄrztInnen eingebracht. Nebenher haben Betroffene

unter Umständen auch große Mühen den eigentlichen Leidensdruck zu verarbeiten. Sie streben daher nach umfassenden Lösungen, das heißt nach definitiven Diagnosen, Ursachen und biologischen Zusammenhängen, um zeigen zu können, dass ihr Leiden nicht erfunden ist. Dieser Faktor spielt im vorliegenden Fall zusätzlich eine bedeutende Rolle, da das eigentliche Leiden per Definition nicht klinisch messbar ist. Die unter Stigmamerkmalen Leidenden sehen im beobachteten Forum nur die Chance selbstorganisiert nach biologischen Ursachen für das Stigmasymbol zu suchen, dem im Gesundheitssystem keine Legitimität zugestanden wird²⁴.

5. Fazit & Ausblick

Die zentralen empirischen Forschungsergebnisse sollen an dieser Stelle anhand der Beantwortung der unter Punkt zwei aufgeworfenen Forschungsfragen zusammengefasst werden. So zeigte sich, dass aus der stark divergierenden Situationsdefinition von Betroffenen und ÄrztInnen die beobachteten Handlungen des Kollektivs im Online-Forum hinsichtlich Ursachenfindung hervorgehen: kollektive Ursachenforschung, Theorieentwicklung, Einforderung ärztlicher Leistungen zum Zweck der Theorieüberprüfung, Selbsttherapie, Konfrontation von ÄrztInnen mit Ursachentheorien, „Doctor Shopping“²⁵ und soziale Konstruktionsversuche der Krankheit in Arztpraxen. Davon ausgehend sind auch die Funktionen des Onlineforums für Betroffene ersichtlich. So erfüllt das Forum in erster Linie den Zweck eine Lerngemeinschaft bzw. eine Laienforschungsgemeinschaft auszubilden. Deren konstitutives Merkmal ist die Einigkeit darüber, dass professionelle Hilfe für das proklamierte Streben nach einer biomedizinischen Ursache nicht in gewünschter Form zu erwarten ist und dass daher vermeintliches Wissen selbstorganisiert zusammengetragen werden muss. An diesem, gesammelten und verhandelten, Wissen sollen dann – so die Vorstellung des Kollektivs – weitere Untersuchungen und Therapien ansetzen können. In

²⁴ Die Frage, wie sich Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien bei vergleichbaren Selbsthilfegruppen in Offlinesettings ausgestalten, muss an dieser Stelle, aufgrund Zeitmangels, leider unbeantwortet bleiben. Hinsichtlich weiterführender Einschätzung der beobachteten Phänomene, soll damit jedoch auf potentielle Folgeforschungen verwiesen werden.

²⁵ Dieses Phänomen beschreibt das Verhalten von PatientInnen, trotz wiederholter und eindeutiger Befunde deren Glaubhaftigkeit in Frage zu stellen und deshalb häufige Arztwechsel vorzunehmen, um irgendwann einen Arzt oder eine Ärztin anzutreffen, welche/r gemäß den konkreten Vorstellungen der PatientInnen verfährt.

geringen Ausmaßen sind auch emotionale Unterstützungsversuche und psychische Bewältigungsstrategien zu beobachten. Die Generierung von Wissen, Laienforschung und Abhilfe in Eigenregie stehen jedoch im Vordergrund. Darauf gründen auch weitestgehend die Bewältigungsstrategien der Betroffenen. Konkrete Leidensbewältigung wird in erster Linie durch (Selbst)Therapien angestrebt, die auf angesammeltem Wissen und Entstehungstheorien beziehungsweise darauf aufzubauenden Untersuchungen gründen. Für die Betroffenen gilt dabei, dass Therapierung – vorzugsweise nach erfolgreicher Krankheitskonstruktion – in das Spektrum ärztlicher Leistungen aufgenommen werden sollte, denn prinzipiell werden von ÄrztInnen verordnete Therapien Selbsttherapien vorgezogen. Aufgrund der Legitimationsschwierigkeiten, die sich bei der Krankheitskonstruktion in Arztpraxen ergeben, erscheint diese Aussicht jedoch praktisch als schwer realisierbar. Die Rolle von ÄrztInnen im Diskurs kann anhand dreier Perspektiven beschrieben werden. So trägt der oft berichtete Eindruck der Unwissenheit von behandelnden ÄrztInnen über Bier Spots erstens indirekt dazu bei, dass das Kollektiv seine Bemühungen hinsichtlich selbstorganisierter Ursachenforschung und Theorieentwicklung überhaupt erst in Angriff nimmt. Zweitens wird ÄrztInnen bei diesem Unterfangen in manchen Situationen die Rolle eines bestätigenden Mittels zum Zweck zugeschrieben. Dies erfolgt dann, wenn ÄrztInnen unkooperativ sind, deren Ressourcen jedoch trotzdem zur Überprüfung von Theorieelementen als nötig erscheinen. Drittens stellen ÄrztInnen aber gleichzeitig diejenigen Personen dar, deren Aufmerksamkeit und Kooperation angestrebt wird. So soll mittels der Konstruktion von Bier Spots als Krankheit der Forschergeist von ÄrztInnen angeregt werden, der die ätiologische Ergründung der Symptome in den ärztlichen Aufgabenbereich übernehmen zu vermag.

Zur Bedeutung dieser Arbeit soll schließlich erwähnt werden, dass es gewiss medizinsoziologische Forschungsfelder gibt, die bezüglich der Auswirkungen von Online-Gesundheitskommunikation drängender erscheinen als das hier behandelte. Die Relevanz der vorliegenden Arbeit liegt aber dennoch nahe. Aufgrund des zunehmenden Stellenwerts von PatientInnenmündigkeit bei gleichzeitig stetem Bedeutungszuwachs von Onlinevernetzung ist davon auszugehen, dass in Zukunft vergleichbare Phänomene wie das hier dargestellte zunehmend in Arztpraxen thematisiert werden. Aus diesem Grund wäre es einerseits naheliegend ÄrztInnen hinsichtlich potentiell problemati-

scher Laienforschung zu sensibilisieren. Andererseits könnte weiterführende Forschung über nahestehende kosmetische, psychologische und/oder medizinische Beschwerden dazu beitragen, die Reichweite medizinischer Laienforschung im Internet – sowohl hinsichtlich des thematischen Umfangs, als auch hinsichtlich der Relevanz ihrer Ergebnisse – abzustecken, um möglichen Handlungsbedarf seitens der klinischen Forschung aufzuzeigen.

Literatur

Conrad, P. & Barker, K. (2010). The social construction of illness: key insights and policy implications. *Journal of health and social behavior* 51, 67-79.

Dean, S. & Zirwas, M. (2014). Bier Spots are an Under-recognized Cutaneous Manifestation of Lower Extremity Lymphedema: A Case Series and Brief Review of the Literature. *Annals of Vascular Surgery* 28, e13-16.

Dumit, J. (2006). Illnesses you have to fight to get: facts as forces in uncertain, emergent illnesses. *Social Science & Medicine* 62, 577-90.

Elkin, N. (2008). How America Searches: Health and Wellness. Opinion Research Corporation: iCrossing Inc. Verfügbar unter: http://www.rx-edge.com/research%20pdfs/How_America_Searches_Health_and_Wellness.pdf [02.03.2017].

Grandner, R. (2016). Wie gut sind Gesundheitsforen? Verfügbar unter: <http://www.br.de/nachrichten/gesundheitsportal-dr-google-forum-internet-100.html> [02.03.2017].

Habich, I. (2013). Gesundheitsforen im Netz. Surfen ohne Risiken und Nebenwirkungen. Verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/gesundheitsforen-im-internet-ohne-risiken-nutzen-a-901097.html> [02.03.2017].

Janschitz, G. (2016). Analyse des digitalen Patienten. Eine quantitative Erhebung zum Rechercheverhalten von Patient_innen Grazer Allgemeinmediziner_innen. Masterarbeit, Graz: Karl-Franzens-Universität.

Keckley, P.H. & Hoffmann, M. (2010). *Social Networks in Health Care: Communication, collaboration and insights*. New York: Deloitte Center for Health Solutions. Verfügbar unter: https://www.ucsf.edu/sites/default/files/legacy_files/US_CHS_2010SocialNetworks_070710.pdf [02.03.2017].

Mahajan, V.K., Khatri, G., Singh, R., Chauhan, P.S. & Mehta, K.S. (2015). Bier spots: An uncommon cause of mottled skin. *Indian Dermatology Online Journal* 6, 128-29.

Nettleton, S. (2006). 'I just want permission to be ill': Towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Social Science & Medicine* 62, 1167-78.

Parsi, K. (2008). Dermatological Manifestations of Venous Disease. Part II: Reticulate Eruptions. *Australian & New Zealand Journal of Phlebology* 11, 11-46.

Strauss, A.L. & Corbin, J.M. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Unveränd. Nachdr. der letzten Aufl. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

Yorulmaz, A., Cakmak, S.K., Ari, E. & Artuz, F. (2015). Bier spots. *Our Dermatology Online* 6, 420-23.

Ziebland, S. & Wyke, S. (2012). Health and illness in a connected world: how might sharing experiences on the internet affect people's health? *The Milbank Quarterly* 90, 219-49.

„Dr. Internet – Krankheiten bestimmen mit dem Internet“

Quantitative Ergebnisse aus dem Grazer Onlinekurs auf www.imoox.at

Claudia Zimmermann

1. Einleitung – Was ist ein MOOC?

Die Abkürzung MOOC steht für „Massive Open Online Course“, eine spezielle Form des Online Learning. Diese bereits im Namen angeführten Attribute verraten viel über die klassischen Charakteristika dieser Lernform (vgl. Bates, 2014): Das „massive“ bezieht sich auf die Anzahl der TeilnehmerInnen, da das Kursdesign in den meisten Fällen auf eine hohe Skalierbarkeit abzielt – das bedeutet, dass der Kurs nicht für eine begrenzte Anzahl von bspw. 100 Personen angeboten wird, sondern ohne allzu großen zusätzlichen Aufwand auch von mehr als 1000 Personen absolviert werden kann. Die Bezeichnung „open“ verweist auf das Fehlen diverser Zugangsbeschränkungen, die bei anderen Ausbildungswegen üblich sind; MOOCs sind in der Regel kostenlos, verlangen keine bestimmten Bildungsabschlüsse als Teilnahmevoraussetzung und erlauben in manchen Fällen auch die Weiterverwendung des dargebotenen Materials. Die einzige Grundbedingung zur Nutzung von MOOCs ist der Zugang zu einem adäquaten technischen Gerät und einer Internetverbindung, da die meisten Kursinhalte nur „online“ nutzbar sind (auch wenn bei vielen Materialien Downloadmöglichkeiten bestehen). Wie die Bezeichnung „course“ impliziert, werden nicht einfach nur Materialien zum Selbststudium zur Verfügung gestellt, sondern es gibt eine vorgegebene Kursstruktur, die nach didaktischen und organisatorischen Kriterien entworfen wird. Abhängig von Thema und Zielgruppe kann dieses Kursdesign mehr oder weniger rigide sein, relativ üblich ist eine mehrwöchige Kursdauer (6-12 Wochen) und die Aufbereitung der Inhalte in wöchentlichen Modulen (vgl. Ebner, Scerbakov & Kopp 2015).

Die ersten derartigen Onlinekurse entstanden in den frühen 2000er Jahren im englischsprachigen Raum, seit 2008 findet der Begriff „MOOC“ allgemeine Verwendung (vgl. Bates 2014). In den letzten Jahren entstanden mehrere hochwertige MOOC-Plattformen, wie etwa die amerikanischen Organisationen *Coursera* (for-profit) und *edX* (non-profit). Deren beeindruckende TeilnehmerInnenzahlen führten zu vielen enthusiastischen Äußerungen über die sich abzeichnenden Möglichkeiten von MOOCs, wie etwa hier

in der New York Times: „nothing has more potential to enable us to reimagine higher education than the massive open online course, or MOOC, platforms that are being developed“ (Friedland, 2013).

Theoretisch wären MOOCs ein geeignetes Instrument zur Bereitstellung von Bildungsressourcen für die allgemeine Bevölkerung, welche kostenlos und frei von zeitlichen und räumlichen Gebundenheiten genutzt werden können. Tatsächlich aber zeigen diverse Forschungsergebnisse aus den letzten Jahren, dass dieser angestrebte Demokratisierungsprozess im Bildungsbereich nicht auf erhoffte Weise stattfindet (vgl. Dillahunt, Wang & Teasley 2014; Hansen & Reich 2015). Vielmehr ist der Großteil der NutzerInnen von MOOCs bereits überdurchschnittlich gut gebildet (vgl. Cannell, Macintyre & Hewitt 2015), und manche Prognosen attestieren MOOCs eine eher ambivalente Rolle, die neben mehr Bildung für alle auch zu einer Vertiefung der Kluft zwischen Menschen auf hohem und niedrigem Bildungsniveau führt: “the technological divide may be narrower but it is deeper – those not connected or not using these new technologies are being left behind at an alarming rate.” (Conole 2012, 131). Ein anderes Problem, welches im Zusammenhang mit MOOCs häufig diskutiert wird, sind die niedrigen Abschlussraten der Kurse (vgl. Colman 2013; Fidalgo-Blanco et al. 2014). In der Regel melden sich viele TeilnehmerInnen an, aber nur ein Teil davon steigt tatsächlich in den Kurs ein (etwa 50-70%), und diese NutzerInnen werden im Laufe eines mehrwöchigen Kurses immer weniger. Die typischen Abschlussraten liegen meist im Bereich unter 10% (vgl. Jasnani 2013, 6).

MOOCs sind mittlerweile zu einem dynamischen globalen Phänomen geworden, welches von ständiger Weiterentwicklung geprägt ist. Die erste und aktuell einzige MOOC-Plattform Österreichs, www.imoox.at, wird seit 2013 von der Karl-Franzens-Universität und der Technischen Universität Graz betrieben (vgl. Neuböck, Kopp & Ebner 2015). Hier werden kostenlose Onlinekurse zu verschiedenen Themen angeboten, deren Inhalte als Open Educational Resources (OER) unter Creative-Commons-Lizenzen verfügbar sind (vgl. Ebner et al. 2015). Das bedeutet, dass diese Materialien weiterverwendet, kopiert und in einigen Fällen auch bearbeitet werden dürfen (solange dies nicht zu kommerziellen Zwecken geschieht). Üblicherweise werden zu bestimmten Terminen betreute Kurse abgehalten, die den Vorteil einer größeren Teilnehmergemeinschaft samt Austauschmöglichkeiten bieten, aber auch nach deren Ende stehen die Inhalte weiterhin zum Selbststudium zur Verfügung.

Unterstützt vom Land Steiermark bietet diese Plattform eine gute Ausgangsbasis zur Verfolgung von zwei zentralen Zielen des „Dr. Internet“ Forschungsprojekts: auf der einen Seite steht das Anliegen der Bewusstseinsbildung für Risiken und Potenziale medizinischer Onlinerecherchen, auf der anderen Seite die Untersuchung entsprechender Einstellungen und Praktiken in der internetaffinen Bevölkerung.

2. Methodik

Um interessierten Personen eine gezielte Auseinandersetzung mit dem Phänomen der medizinischen Informationssuche im Internet zu ermöglichen und dabei gleichzeitig verwertbares Datenmaterial über ihre diesbezüglichen Erfahrungen und Aktivitäten zu sammeln, wurde der sechswöchige MOOC „Dr. Internet“ konzipiert. Bei der ersten Durchführung des Kurses (27.10.-06.12.2015) waren 368 Personen registriert, davon stiegen 206 tatsächlich in den Kurs ein. Für den zweiten Durchlauf (02.05.-12.06.2016) waren 106 Interessierte angemeldet, von denen sich anschließend 72 aktiv am Kurs beteiligten. Beim ersten Einstieg in den Kurs wurden sämtliche NutzerInnen über die Einbindung dieses MOOCs in ein umfassendes wissenschaftliches Forschungsprojekt informiert (vgl. Zimmermann, Kopp & Ebner 2016) und im Zuge dessen gebeten, einen Kurzfragebogen auszufüllen, der neben soziodemografischen Merkmalen auch Einstellungen und Erfahrungen hinsichtlich medizinischer Onlinerecherchen erhob. Einige dieser Fragen wurden aus dem von Statistik Austria im Jahr 2014 durchgeführten Austrian Health Interview Survey (ATHIS) übernommen, um Vergleichsmöglichkeiten mit der allgemeinen österreichischen Bevölkerung zu schaffen (vgl. Statistik Austria 2015). Nachdem die ProbandInnen den Fragebogen absolviert hatten, wurde ihnen der eigentliche Kursinhalt zur Nutzung freigegeben.

Im Rahmen des Onlinekurses waren die TeilnehmerInnen dann dazu eingeladen, sechs medizinische Fallbeispiele mit Hilfe des Internets zu diagnostizieren. Diese wurden von dem Grazer Allgemeinmediziner Dr. Kurt Usar konstruiert und in Form von kurzen Videos szenisch aufbereitet, in denen diverse Symptome von SchauspielerInnen dargestellt oder beschrieben werden. Entsprechend dem Kursplan (siehe Tabelle 1) wurden jede Woche neue Videos veröffentlicht, wobei sich manche Fälle auch über zwei Wochen erstreckten. Für jeden Fall gab es zudem ein in der darauffolgenden Woche

erscheinendes Erklärungsvideo, in dem Dr. Usar über das Für und Wider möglicher Diagnosen spricht.

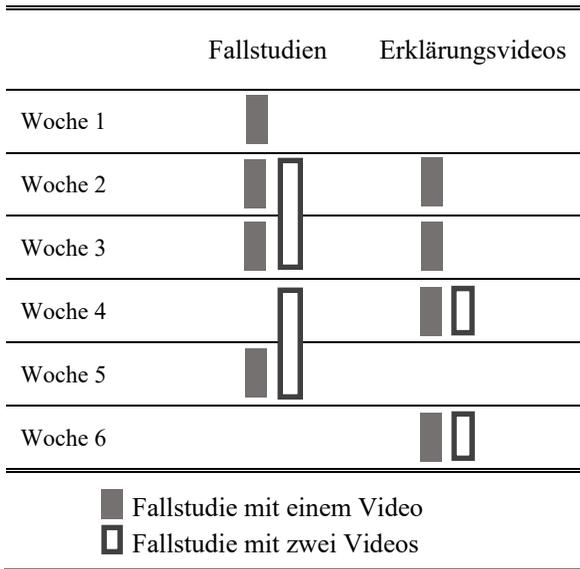


Tabelle 1: Videoablauf für den „Dr. Internet“ MOOC.

Der Ablauf für die TeilnehmerInnen gestaltete sich wie folgt: nachdem sie sich das Fallbeispielvideo angesehen hatten, wurden Sie aufgefordert im Internet zu den dargestellten Symptomen des/der PatientIn zu recherchieren. Ein speziell entwickeltes Quizformat diente der Abfrage ihrer Diagnosepräferenzen: anstatt mit Multiple Choice Fragen zur Unterscheidung von „richtigen“ und „falschen“ Diagnosen hinzuzuführen, wurden die TeilnehmerInnen gebeten, die Wahrscheinlichkeit von acht vorgegebenen Differentialdiagnosen auf einer vierstufigen Skala von „sehr wahrscheinlich“ hin zu „nicht wahrscheinlich“ zu bewerten. Da mit diesem System folglich auch keine richtige Lösung im klassischen Sinn angeboten werden konnte, hatten die TeilnehmerInnen nach Eingabe ihrer Antworten andere Möglichkeiten, ihre Ergebnisse zu überprüfen. So konnten sie mithilfe einer einfachen grafischen Darstellung (siehe Abbildung 1) ihre eigene Auswahl mit den Durchschnittswerten aller anderen KursteilnehmerInnen vergleichen, welche laufend aktualisiert wurden.

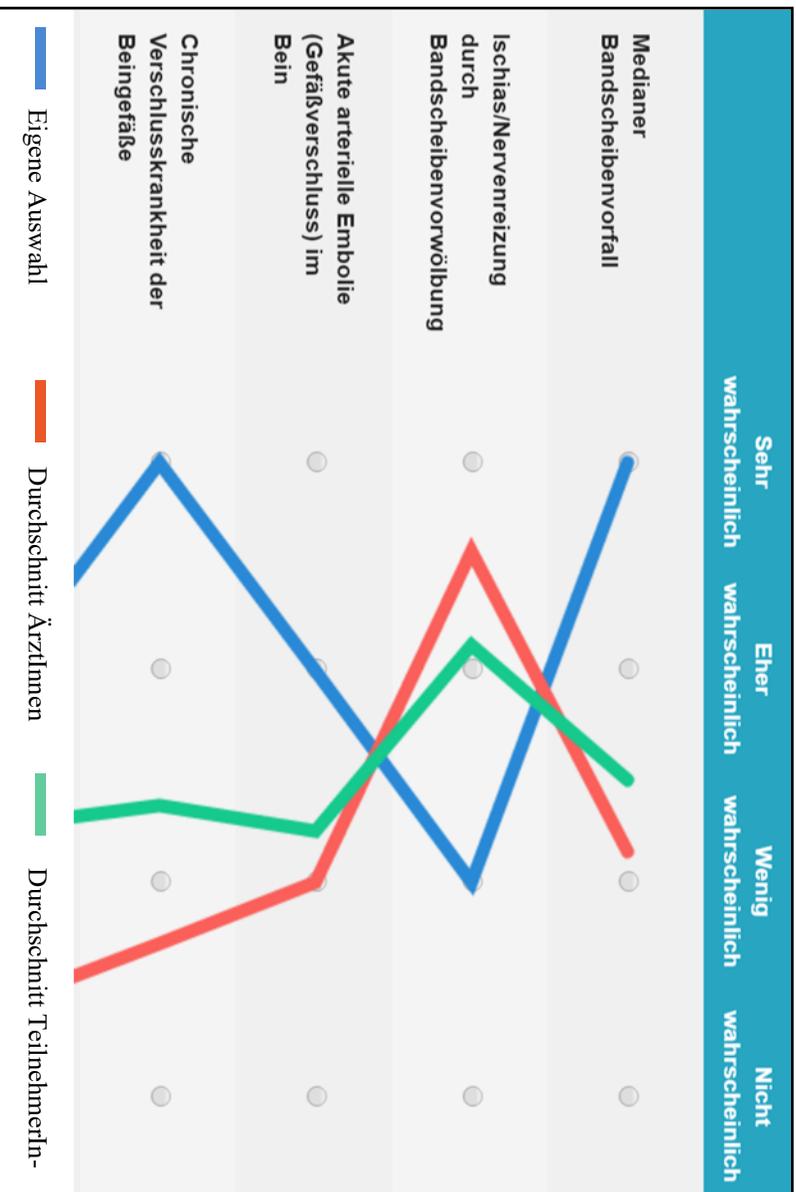


Abbildung 1: Resultanzzeige für die ersten vier Diagnosemöglichkeiten eines Fallbeispiels.

Zudem hatten sie die Gelegenheit, die eigenen Diagnosepräferenzen mit den Angaben von ÄrztInnen abzugleichen: vor Durchführung des Onlinekurses wurden die bereits fertig produzierten Fallvideos für eine Befragung von insgesamt 37 ÄrztInnen mit unterschiedlichen Spezialisierungen verwendet, die ebenfalls ihre Wahrscheinlichkeitseinschätzungen abgaben. Da es der hohe Zeitaufwand notwendig machte, die sechs Videos für die Befragung in zwei Gruppen zu unterteilen, hat eine Hälfte der Fallbeispiele eine Bewertung von 24 ExpertInnen erhalten, während es bei der anderen Hälfte nur 13 waren.

Der Onlinekurs verfügte außerdem über ein moderiertes Forum, welches von den TeilnehmerInnen zum persönlichen Austausch sowie der Diskussion von Fallbeispielen und anderen Erfahrungen rund um das Thema „Dr. Internet“ genutzt werden konnte. Bei medizinischen Fragen zu den Fallstudien konnte zudem der verantwortliche Mediziner Dr. Usar über einen speziellen Thread im Forum erreicht werden.

3. Ergebnisse

Am Beginn steht eine Besprechung der deskriptiven Ergebnisse aus dem Kurzfragebogen, im zweiten Abschnitt folgt die Analyse der im Laufe des Onlinekurses durchzuführenden Diagnosenbewertungen. Abschließend erfolgt eine gesonderte Betrachtung jener TeilnehmerInnen, welche nach Absolvierung sämtlicher Quizzes ein „Dr. Internet“-Abschlusszertifikat erworben haben.

3.1 Erkenntnisse aus dem Kurzfragebogen

Die hier folgenden Auswertungen beziehen sich auf sämtliche ausgefüllten Fragebögen, die im Zuge der beiden MOOC Durchläufe generiert wurden. Da sieben Personen sowohl bei der ersten (N=206) als auch bei der zweiten (N=72) Abhaltung des Kurses teilgenommen haben, liegt die maximale Gesamtanzahl der auswertungstauglichen Fragebögen bei 271. Die Altersspanne innerhalb dieses Samples reichte von 15 bis 75 Jahre, das Durchschnittsalter lag bei rund 38 Jahren. Eine deutliche Mehrheit der KursnutzerInnen war weiblich (63%). Am häufigsten wurde der Familienstand als „ledig“ angegeben (59%), gefolgt von „verheiratet“ (31%), „geschieden“ (8%) und „verwitwet“ (2%). Trotz der Ausrichtung des Onlinekurses auf das Zielpublikum der allgemeinen Bevölkerung zeigt sich hinsichtlich der höchsten

abgeschlossenen Ausbildung ein Bild, wie es auch von anderen MOOCs immer wieder berichtet wird (vgl. Dillahunt, Wang & Teasley 2014): rund die Hälfte (51%) der ProbandInnen verfügt über einen Hochschulabschluss, und weitere 37% haben maturiert. Somit stellen die Höhergebildeten mit 88% den Großteil der KursteilnehmerInnen, wohingegen diese laut Statistik Austria (2016) in der 25-64-jährigen österreichischen Bevölkerung nur 31% ausmachen (16% mit Hochschulabschluss, 15% mit Matura). Von den niedriggebildeten MOOC-TeilnehmerInnen haben 6% einen Lehrabschluss (25-64-jährige ÖsterreicherInnen: 35%), 4% einen Mittel- und 2% einen Pflichtschulabschluss (25-64-jährige ÖsterreicherInnen: 15% bzw. 19%). Trotz des ständig steigenden Bildungsniveaus in Österreich (vgl. Statistik Austria 2016, 90) zeigt sich also, dass die hochgebildeten TeilnehmerInnen an dem Dr. Internet Onlinekurs sehr deutlich überrepräsentiert sind.

Innerhalb dieser Stichprobe halten sich 58% für einen ziemlich oder äußerst gesundheitsbewussten Menschen; ein relativ hoch anmutender Prozentsatz, der durch die Anziehungskraft des gesundheitsrelevanten Kursthemas zu erklären sein dürfte. In Bezug auf den Gesundheitszustand der Befragten zeichnet sich ein positives Bild ab, welches den Resultaten aus der repräsentativen Befragung im Zuge des Austrian Health Interview Surveys (ATHIS) nur wenig nachsteht. Von den KursteilnehmerInnen gaben 71% an, zufrieden oder sogar sehr zufrieden mit ihrer Gesundheit zu sein, der vergleichbare ATHIS-Anteil betrug 80%. Eine Mehrheit der MOOC-NutzerInnen ist nicht auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern, 28% erhalten hier ein wenig Unterstützung (hier liegt der ATHIS-Anteil bei nur 17%), bei 7% ist mittelmäßige Hilfe nötig und für 10% besteht ziemlich oder äußerst starke Angewiesenheit (ATHIS: identisch). Auch bei der Inanspruchnahme von ambulanten medizinischen Konsultationen weisen die Befragten ähnliche Raten auf wie die österreichische Gesamtbevölkerung: 77% suchten in den vergangenen zwölf Monaten eine/n AllgemeinmedizinerIn auf (ATHIS: 76%). Nicht viel niedriger ist der Anteil jener, die einen Facharzt oder eine Fachärztin konsultierten (71%), während dies auf nur 63% der ATHIS-Befragten zutrif (vgl. Statistik Austria 2015).²⁶

²⁶ Da nicht alle im „Dr. Internet“- Projekt verwendeten ATHIS-Variablen im vorliegenden Bericht (vgl. Statistik Austria 2015) besprochen wurden, wurde von Statistik Austria freundlicherweise der originale ATHIS-Datensatz zu Analysezwecken zur Verfügung gestellt.

In Bezug auf Onlinerecherchen zu medizinischen Themen zeigte sich, dass 60% der ProbandInnen die diesbezüglich im Internet auffindbaren Informationen „manchmal“ für vertrauenswürdig halten. 27% sehen diese Vertrauenswürdigkeit häufig oder immer gegeben, nur 13% glauben, dass dies selten oder nie der Fall ist. Auf die konkrete Frage, ob sie schon einmal über eigene Krankheitssymptome oder die nahestehender Personen im Internet nachgeforscht hätten, antworteten beeindruckende 94% der TeilnehmerInnen mit „ja“. Dieser Gruppe (N=256) wurden anschließend noch weitere, detailliertere Fragen zu dieser Thematik gestellt: Die im Internet aufgefundenen Informationen befanden 43% für ziemlich oder äußerst nützlich, 36% für mittelmäßig, und 21% für wenig oder gar nicht nützlich. Nur 39% der Befragten gaben an, die Ergebnisse ihrer Recherche(n) bei einem Arztbesuch erwähnt zu haben. Fast ein Drittel der Recherchierenden (30%) hat aufgrund der im Internet gewonnenen Informationen bereits einmal oder mehrmals auf einen Arztbesuch verzichtet. Gleichzeitig wird allerdings auch eine gewisse Risikobewusstheit gezeigt, da 54% es durchaus für möglich halten, dass sie eine schlimme Krankheit womöglich erst spät als eine solche erkennen könnten, wenn sie sich auf das Internet als Informationsquelle verlassen. Tatsächlich wird den Ärztinnen und Ärzten mehrheitlich immer noch größeres Vertrauen entgegengebracht, da die Aussage „Ich vertraue einem Arzt mehr als dem Internet“ von 69% mit Zustimmung bedacht wurde, von 24% zumindest teilweise, und nur von 7% der ProbandInnen Ablehnung erntete.

3.2 Diagnosequiz – KursteilnehmerInnen im Vergleich mit ÄrztInnen

Auch für die Interpretation der Quizresultate wurden die Daten aus beiden MOOC-Durchgängen zusammengefasst. Vor der näheren Betrachtung der Ergebnisse ist es jedoch notwendig, auf die unterschiedliche Anzahl von auswertbaren Quizzes pro Fallstudie hinzuweisen. Wie in Abbildung 2 ersichtlich nahm das Ausmaß der absolvierten Quizzes im Laufe des Onlinekurses stetig ab; während für die erste Fallstudie noch 171 Personen das Quiz ausfüllten, waren es beim letzten Fallbeispiel nur noch 48. Diese Aktivitätsabnahme stellt ein typisches, als problematisch wahrgenommenes Muster im Verlauf von MOOCs dar, über das häufig berichtet wird (vgl. Khalil & Ebner 2014). Für die Ergebnisanalyse außerdem zu berücksichtigen ist die bereits erwähnte geringe Größe der Vergleichsgruppe, die je nach Fallstudie aus entweder zwölf oder 24 ÄrztInnen besteht.

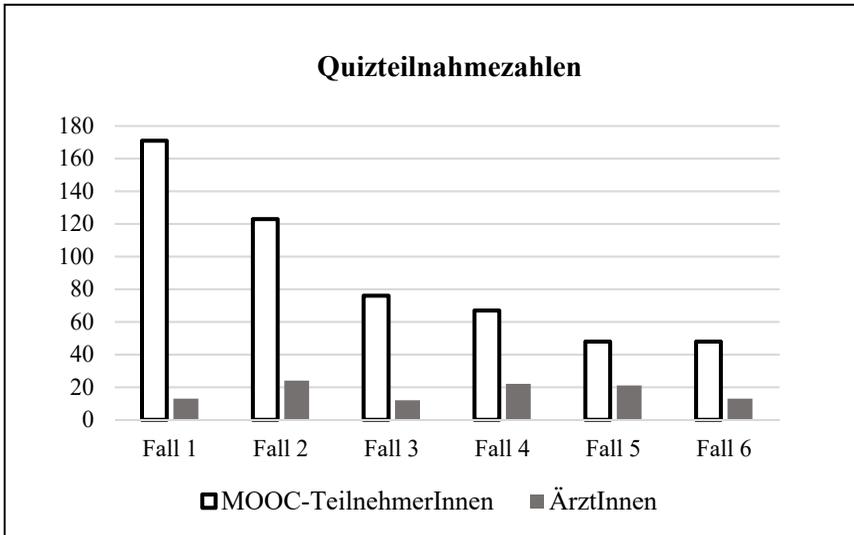


Abbildung 2: Absolvierte Quizzes nach Fallstudien (in absoluten Zahlen).

Über fast alle sechs Fallstudien hinweg zeigt sich ein konstantes Bild von relativ hoher Übereinstimmung zwischen KursteilnehmerInnen und ÄrztInnen bei der Einschätzung der Wahrscheinlichkeit der diversen Differentialdiagnosen. Exemplarisch sollen hier die Fälle 1 und 2 betrachtet werden.

Für Fallstudie 1 wurde ein eher einfach zu diagnostizierender Krankheitsfall gewählt, um die NutzerInnen mit dem Kursprinzip vertraut zu machen und ihnen einen guten Einstieg zu ermöglichen. Patient Lothar ist 43 Jahre alt, hat sich beim Holzhacken verausgabt und klagt am nächsten Tag über Schwindel und starke, ins Bein ziehende Rückenschmerzen. Neben Informationen über andere Beschwerden Lothars erfährt man auch etwas über seine Krankengeschichte, und dank der szenischen Darstellung im Video ist gut sichtbar, mit welchen Bewegungseinschränkungen der Patient (nicht) konfrontiert ist. Wie im Liniendiagramm in Abbildung 3 ersichtlich ist, sind sich ÄrztInnen und KursteilnehmerInnen in ihrer bevorzugten Diagnose (Ischiasschmerzen) einig. Die Linien beider Gruppen verlaufen auch sonst relativ ähnlich, wobei anzumerken ist, dass die MedizinerInnen in der Regel ein etwas extremeres Antwortverhalten zeigen (das heißt eine häufigere

Nutzung der Abstufungen „sehr“ oder „nicht wahrscheinlich“) als die medizinischen Laien, die sich eher in den Mittelkategorien („eher“ oder „wenig wahrscheinlich“) bewegen.

Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass den Einschätzungen der ÄrztInnen ein größeres Sicherheitsgefühl zugrunde liegt, basierend auf ihrer medizinischen Ausbildung und Erfahrung. Da wie bereits erwähnt das Internet als medizinische Informationsquelle vom Großteil der KursteilnehmerInnen nur „manchmal“ als vertrauenswürdig angesehen wird, ist eine gewisse Unsicherheit in der Diagnosenbeurteilung durchaus nachvollziehbar, da online recherchierte Informationen die Grundlage der Quizentscheidungen bilden.

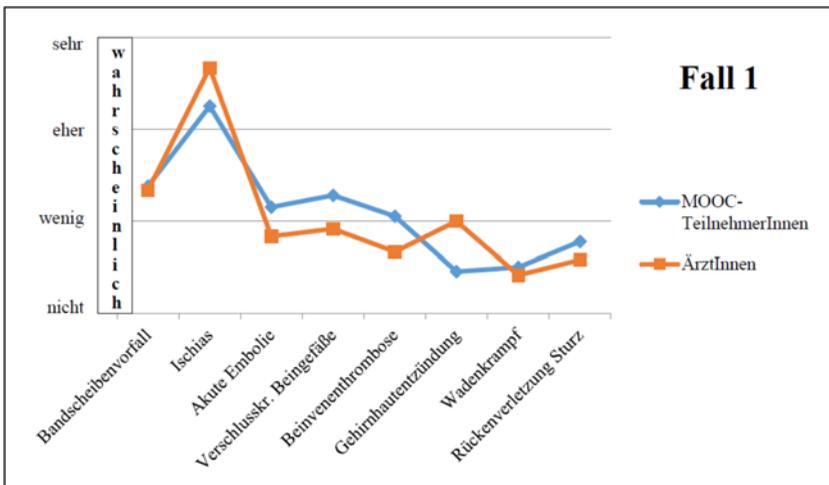


Abbildung 3: Diagnoseeinschätzungen von MOOC-TeilnehmerInnen und ÄrztInnen (Durchschnittswerte) für Fall 1.

Fallstudie 2 war eine schwierigere und weniger eindeutig konzipierte Patientengeschichte, welche die KursnutzerInnen vor eine größere Herausforderung stellen sollte. Horst, 64 Jahre alt, leidet unter Bauchschmerzen, Erbrechen und Fieber. Wieder erfährt man aus den Dialogen wesentliche Details zu seinen Symptomen, erhält Einblicke in seine Krankengeschichte und Hinweise auf Infektionskrankheiten bei Personen in seiner näheren Umgebung.

Wie Abbildung 4 zeigt, hatten bei diesem schwerer zu diagnostizierenden Fall weder ÄrztInnen noch KursteilnehmerInnen eine klare Präferenz für eine der acht Differentialdiagnosen. Trotzdem folgen die Linien wieder einem sehr ähnlichen Verlauf, und bei beiden Gruppen sind es die gleichen drei Alternativen, welche als am wahrscheinlichsten eingestuft werden (Divertikulitis, Appendizitis und Pankreatitis), wenn auch in unterschiedlich starker Ausprägung. Wie schon bei Fallstudie 1 ist wieder ein extremerer Verlauf der Linie der MedizinerInnen zu erkennen, während jene der Laien etwas gemäßigte Ausprägungen hat; dieses Muster bleibt über alle sechs Fälle hinweg mehr oder weniger konstant.

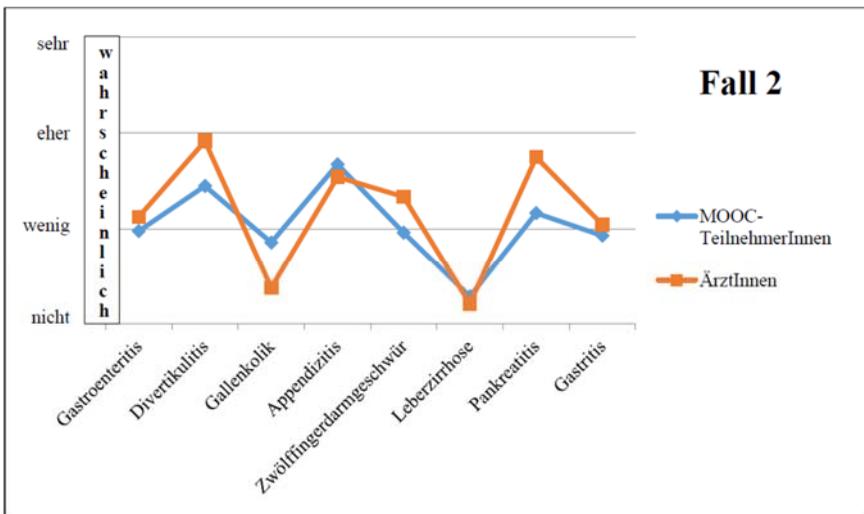


Abbildung 4: Diagnoseeinschätzungen von MOOC-TeilnehmerInnen und ÄrztInnen (Durchschnittswerte) für Fall 2.

Der verhältnismäßig hohe Grad an Übereinstimmung zwischen den Quizantworten der beiden untersuchten Gruppen zeigt sich auch bei Betrachtung der entsprechenden Korrelationsmaße. Für alle bis auf eine Fallstudie ergeben sich Rangkorrelationskoeffizienten (nach Spearman) größer 0.6, teilweise sogar größer 0.9 (siehe Tabelle 2). Diese Kennwerte dürfen nicht unbedingt als Indikator für das Ausmaß der Abweichungen zwischen den beiden Gruppen gesehen werden – eine perfekte lineare Abhängigkeit ist auch bei großen Abweichungen in den Beurteilungen denkbar. Entsprechend der

grafischen Illustration in den Diagrammen käme ein perfekter Korrelationskoeffizient von 1 nicht nur bei vollkommen gleich verlaufenden Linien zustande, sondern auch bei exakt parallel verlaufenden Linien egal welchen Abstands. Dennoch geben diese Koeffizienten Auskunft über die Stärke des Zusammenhangs zwischen den Antworten der beiden Gruppierungen, das heißt sie beschreiben das Ausmaß der Ähnlichkeit im Verlauf der beiden Linien und damit das Verhältnis der einzelnen Diagnoseeinschätzungen zueinander, welches für KursteilnehmerInnen und ÄrztInnen großteils als sehr ähnlich angesehen werden kann.

Diese Ergebnisse legen die vorsichtige Schlussfolgerung nahe, dass medizinische Laien unter Zuhilfenahme des Internets bei ihren Diagnoseneinschätzungen nicht allzu weit von den Bewertungen der professionellen Zunft entfernt sind. Dennoch müssen bei diesen Ergebnissen einige Limitationen berücksichtigt werden: Die 36 befragten MedizinerInnen praktizierten in insgesamt zwölf unterschiedlichen Fachgebieten, von Allgemeinmedizin bis hin zu Radiologie, und es ist anzunehmen, dass die ihnen zugeteilten Fallbeispiele selten ihrer jeweiligen Spezialisierung entsprachen. Außerdem gab das im Onlinekurs gewählte Quizformat den KursteilnehmerInnen einen zusätzlichen Vorteil, da eine Auswahl von Diagnosen vorgegeben war, die sich einem Arzt oder einer Ärztin höchstwahrscheinlich auch ohne Hilfe erschlossen hätten, aber möglicherweise nicht den KursteilnehmerInnen. Zudem ist zu beachten, dass die Fallstudien meistens so konstruiert waren, dass sie den aufmerksamen Beobach-

	Rangkorrelationskoeffizient r_s
Fall 1	.635
Fall 2	.905**
Fall 3	-.132
Fall 4	.874**
Fall 5	.762*
Fall 6	.957**
Gesamt	.741**

* Korrelation sig. auf dem Niveau 0.05
 ** Korrelation sig. auf dem Niveau 0.01

Tabelle 2: Korrelationskoeffizienten für die Durchschnittswerte der von ÄrztInnen und TeilnehmerInnen gegebenen Quizantworten.

terInnen sehr viele notwendige Informationen einfach zur Verfügung stellen, ohne dass gezielt danach gefragt werden musste. In Alltagsituationen ist es hingegen wesentlich schwieriger, akute Symptome nur anhand von Informationen aus dem Internet gezielt mit relevanten minderen Beschwerden und eventuellen Geschehnissen aus der persönlichen Krankengeschichte in Verbindung zu bringen, so wie es in der Regel in einem Arzt-Patienten-Gespräch zu Diagnosezwecken passiert. Genau diese Zusammenhänge sind jedoch für die Auffindung und Bewertung verschiedener Diagnosen bei einem komplexen Krankheitsbild von großer Bedeutung.

3.3 Zertifizierte KursteilnehmerInnen – wer hielt bis zum Ende durch?

Wie an den Teilnahmezahlen der Quizzes gut zu erkennen ist, nahm die Kursaktivität seitens der NutzerInnen konstant ab. Dies führt zwangsläufig zu einer niedrigen Abschlussquote, denn ein Zertifikat über die erfolgreiche Absolvierung des Onlinekurses erhielten die TeilnehmerInnen nur dann, wenn sämtliche Quizzes ausgefüllt wurden. Bei der ersten Abhaltung des MOOCs erwarben 28 Personen eine solche Zertifizierung, bei der zweiten waren es nur fünf. In Abhängigkeit davon, ob die Abschlussrate ausgehend von den Anmeldezahlen (1. MOOC 368, 2. MOOC 106 Anmeldungen) oder den Kurseinstiegszahlen (1. MOOC 206, 2. MOOC 72 Personen) berechnet wird, ergibt sich für beide Kurse zusammengenommen eine Quote von 7% bzw. 12%. Obwohl diese Werte sehr niedrig scheinen, liegen sie durchaus im für derartige Onlinekurse normalen Bereich, “from around 3% to 15% of all enrollees” (Hollands & Tirthali 2014, 42).

Was zeichnet nun jene TeilnehmerInnen aus, die eine Abschlusszertifizierung erworben haben? Diese kleine Gruppe von insgesamt 31 AbsolventInnen (zwei Personen erhielten sowohl für den ersten als für den zweiten Kursdurchlauf ein Zertifikat) unterscheidet sich in den meisten zu Beginn erhobenen Merkmalen kaum von der großen Gruppe der KurseinsteigerInnen, welche am Anfang den Kurzfragebogen ausfüllten (N=271). Das Durchschnittsalter liegt auch bei den Zertifizierten bei 38 Jahren, der Frauenanteil beträgt ebenfalls 63%. Hinsichtlich des Familienstandes sind nicht wie bei der Einstiegsgruppe die Ledigen am stärksten vertreten, sondern die Verheirateten (48%). In Bezug auf die Ausbildung ist die bei den KurseinsteigerInnen mit 88% bestehende Dominanz der Höhergebildeten unter den Zertifizierten mit 93% noch stärker ausgeprägt, allerdings mit einer anderen

Verteilung der Bildungsniveaus – in der Einstiegsgruppe sind die HochschulabsolventInnen in der Mehrzahl (51%), bei den Zertifizierten jene mit Reifeprüfung (52%). Ein deutlicher Unterschied zeigt sich hinsichtlich der Einschätzung des eigenen Gesundheitsbewusstseins: unter den zertifizierten TeilnehmerInnen stufen sich 78% als ziemlich oder äußerst gesundheitsbewusst ein, bei den EinsteigerInnen waren es nur 58%. Mit 85% ist hingegen der Anteil jener geringer ausgeprägt, welche bereits Erfahrung mit dem Recherchieren von Diagnosen im Internet haben (Einstiegsgruppe: 94%). Dafür wird die Nützlichkeit der im Internet aufgefundenen Informationen von 56% als ziemlich oder äußerst hoch beschrieben (Einstiegsgruppe: 43%), und ein größerer Anteil (39%) hat deswegen bereits auf einen Arztbesuch verzichtet (Einstiegsgruppe: 30%). Insgesamt kann also festgehalten werden, dass die Gruppe der zertifizierten KursteilnehmerInnen im Vergleich mit der Gruppe der KurseinsteigerInnen einen höheren Anteil an Verheirateten und MaturantInnen hat, sowie eine höhere Einschätzung des eigenen Gesundheitsbewusstseins, weniger Erfahrung mit Internetrecherchen aber eine höhere Einschätzung deren Nutzens. Besonders letzteres ist durchaus plausibel, da eine gewisse Überzeugung von der Sinnhaftigkeit medizinischer Internetrecherchen ein guter Motivationsfaktor für die vollständige Absolvierung des Kurses ist.

4. Fazit und Ausblick

Mit dem didaktischen Konzept dieses MOOCs wurde versucht, den TeilnehmerInnen neue Einsichten zum Diagnostizieren mit Hilfe des Internets zu liefern, und sie zu einer kritischen Haltung sowohl gegenüber Risiken als auch Potenzialen dieser Praxis anzuregen. Durch das Quizdesign und die Aufbereitung der Fallstudien wurde bewusst ein möglichst realitätsnahes Bild vermittelt, indem es keine mit Sicherheit richtigen Diagnosen gab und auch die unterschiedlichen Meinungen innerhalb einer Gruppe von ÄrztInnen sichtbar wurden. Gleichzeitig wurden die NutzerInnen dazu angeregt, sich so gut wie möglich über das Internet weiterzubilden und die aus den Fallbeispielen erhaltenen Informationen in einen ganzheitlichen Analyseprozess einzubeziehen. Wie die Resultate aus den Diagnosequizzes nahelegen, ist dies den KursteilnehmerInnen in einem respektablen Ausmaß gelungen, da ihre Einschätzungen deutliche Ähnlichkeiten zu jenen der MedizinerInnen aufweisen.

Trotz intensiver Bewerbung über populäre Print- und Onlinemedien blieb allerdings die Zahl der rekrutierten KursteilnehmerInnen hinter den Erwartungen zurück, folglich entspricht auch die Datenbasis für sämtliche Beobachtungen nicht dem geplanten Umfang. Dazu kommt, dass das Sample der MOOC-NutzerInnen nicht als Abbild der allgemeinen Bevölkerung gesehen werden kann, da sich in erster Linie jene Personen von einem solchen Kursangebot angesprochen fühlen, welche bereits eine gewisse Internetaffinität aufweisen. Dadurch ist außerdem anzunehmen, dass auch Verhaltensweisen wie das Suchen nach Diagnoseinformationen im Internet überrepräsentiert sind. Ein wesentlicher Bereich, in denen sich die untersuchten TeilnehmerInnen von der Allgemeinheit unterscheiden, ist der höhere Bildungsgrad. Trotz der Berücksichtigung mehrerer inklusionsfördernder Aspekte (bspw. öffentlichkeitswirksame Bewerbung, niederschwelliges Kursthema und deutsche Sprache) gelang es nicht, die bildungsfernen Schichten in gleichem Maße zu erreichen, ein typisches Phänomen bei der Abhaltung von MOOCs (vgl. Cannell, Macintyre & Hewitt, 2015). Als zufriedenstellend wenn auch nicht herausragend kann die Aktivität seitens der KursteilnehmerInnen angesehen werden, sowie die im durchschnittlichen Bereich liegende Abschlussquote von 12% aller EinsteigerInnen. Beides kann als Anzeichen für eine gute Annahme der Kursinhalte seitens der NutzerInnen gesehen werden.

Obwohl die auf den Daten des MOOCs basierenden Schlussfolgerungen einigen Einschränkungen unterliegen, konnten dennoch einige relevante Einsichten gewonnen werden. Dazu zählen in erster Linie die hohe Verbreitung der Internetnutzung zu Diagnosezwecken unter Höhergebildeten sowie potenziell bedenkliche Verhaltensmuster wie das seltene Ansprechen dieser Rechercheergebnisse gegenüber den behandelnden ÄrztInnen oder der dadurch erfolgende Verzicht auf einen Arztbesuch. Diese Befunde deuten darauf hin, dass es in diesem Themenbereich nicht nur einen großen Bedarf für intensivere Forschungsaktivitäten gibt, sondern auch für mehr Bewusstseinsbildung und Aufklärung sowohl innerhalb der recherchierenden Bevölkerung als auch der Gemeinschaft der MedizinerInnen.

Literatur

Bates, T. (2014). What is a MOOC? October 12. Verfügbar unter: <http://www.tony-bates.ca/2014/10/12/what-is-a-mooc/> [06.03.2017].

Cannell, P., Macintyre, R. & Hewitt, L. (2015). Widening access and OER: developing new practice. *Widening Participation and Lifelong Learning*, 17 (1), 64-72.

Colman, D. (2013). MOOC Interrupted: Top 10 Reasons Our Readers Didn't Finish a Massive Open Online Course. Open Culture. Verfügbar unter http://www.openculture.com/2013/04/10_reasons_you_didnt_complete_a_mooc.html [06.03.2017].

Conole, G. (2012). Fostering social inclusion through open educational resources (OER). *Distance Education*, 33 (2), 131-34.

Dillahunt, T., Wang, Z. & Teasley, S.D. (2014). Democratizing Higher Education: Exploring MOOC Use Among Those Who Cannot Afford a Formal Education. *International Review of Research in Open and Distributed Learning* 15 (5), 177-96.

Ebner, M., Scerbakov, A. & Kopp, M. (2015). All About MOOCs. Jost, P. & Künz, A. (Hrsg.), *Digitale Medien in Arbeits- und Lernumgebungen*, 148-155. Lengrich: Pabst.

Ebner, M., Lorenz, A., Lackner, E., Kopp, M., Kumar, S., Schön, S. & Wittke, A. (2016). How OER enhance MOOCs – A Perspective from German-speaking Europe. Jemni, M., Kinshuk & Khribi, M.K. (Hrsg.), *Open Education: from OERs to MOOCs*, 205-220. Berlin: Springer.

Blanco, A.F., Sein-Echaluce, M.L., García-Peñalvo, F.J. & Escaño, J.E. (2014). Improving the MOOC Learning Outcomes Throughout Informal Learning Activities. *Proceedings of the Second International Conference on Technological Ecosystems for Enhancing Multiculturality*, 611-617, TEEM'14. ACM: New York.

Friedland, T. L. (2013). Revolution hits the universities, *New York Times*, January 26. Verfügbar unter: http://www.nytimes.com/2013/01/27/opinion/sunday/friedman-revolution-hits-the-universities.html?src=me&ref=general&_r=1 [06.03.2017].

Hansen, J.D., & Reich J. (2015). Democratizing education? Examining access and usage patterns in massive open online courses. *Science* 350 (6252), 1245-48.

Hollands, F.M., & Tirhali, D. (2014). MOOCs: expectations and reality. Full report. Center for Benefit-Cost Studies of Education, Teachers College, Columbia University, NY. Verfügbar unter: http://cbcse.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/05/MOOCs_Expectations_and_Reality.pdf [06.03.2017].

Jasnani, P. (2013). Designing MOOCs. A White Paper on Instructional Design for MOOCs. Verfügbar unter: http://www.tatainteractive.com/pdf/Designing_MOOCs-A_White_Paper_on_ID_for_MOOCs.pdf [06.03.2017].

Khalil, H. & Ebner, M. (2014). MOOCs Completion Rates and Possible Methods to Improve Retention - A Literature Review. *Proceedings of World Conference on*

Educational Multimedia, Hypermedia and Telecommunications 2014, 1236-44. Chesapeake, VA: AACE.

Neuböck, K., Kopp, M. & Ebner, M. (2015). What do we know about typical MOOC participants? First insights from the field. Lebrun, M., De Waard, I., Ebner, M. & Gaebel, M. (Hrsg.) Proceedings Papers of the European Stakeholder Summit on experiences and best practices in and around MOOCs, 183-90.

Statistik Austria (2015). Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Verfügbar unter:
http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf [06.03.2017].

Statistik Austria. (2016). Bildung in Zahlen 2014/15. Schlüsselindikatoren und Analysen. Verfügbar unter
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelkerung/index.html [06.03.2017].

Zimmermann, C., Kopp, M. & Ebner, M. (2016). How MOOCs can be used as an instrument of scientific research. Khalil, M., Ebner, M., Kopp, M., Lorenz, A., Kalz, M. (Hrsg.) Proceedings of the European Stakeholder Summit on experiences and best practices in and around MOOCs (EMOOCs 2016), 393-400.

Chancen und Grenzen von Learning Analytics

Projektergebnisse aus der automatischen Datenerhebung

Martin Ebner, Mohammad Khalil, Josef Wachtler

In diesem Beitrag wird, nach einer Kurzeinführung zu MOOCs und Learning Analytics, die in diesem Forschungsprojekt weiter ausgebaut Learning-Analytics-Infrastruktur vorgestellt. Danach werden die erhobenen Ergebnisse präsentiert und diskutiert. Einerseits kann gezeigt werden, dass sich die Kurse mit jenen aus der Literatur vergleichen lassen und andererseits, dass sehr wohl Aktivitätseffekte aufgrund der didaktischen Maßnahmen zu beobachten sind.

1. Einleitung

Über die letzten Jahrzehnte haben sich die Lehr- und Lernformen aufgrund des Technologieeinflusses stark erweitert. Zusätzlich zum klassischen, traditionellen Unterricht im Klassenzimmer finden sich heute immer mehr technologiegestützte Formen. Garrison & Kanuka (2008) unterscheiden diese im Wesentlichen in drei verschiedene Typen: Technology Enhanced Learning, Blended Learning und Online Learning. Darüber hinaus beschreibt Ally (2004) noch viele weitere Mischformen, wie e-Learning, distributed learning, distance learning, web-based learning, tele-learning und networked learning. Wie auch immer man diese Entwicklung beurteilt, das Internet und damit vor allem Webtechnologien sind heute kaum mehr aus der Lehre an (Hoch-)Schulen oder an anderen Bildungsinstitutionen in der Erwachsenenbildung wegzudenken. Lernen überall und jederzeit erlaubt hohe Flexibilität (vgl. Cole 2000) und auch Individualität in einem noch nie dagewesenen Ausmaß. So können Studierende mit verschiedensten (mobilen) Endgeräten auf Lernmaterialien zugreifen, online Quizzes ausfüllen und Abgaben tätigen. Demgegenüber können Lehrende via Informationssystemen Inhalte zur Verfügung stellen, zur Kommunikation anregen und Teile ihrer Lehrveranstaltungen ins World Wide Web verlagern.

Dies hat zwangsläufig zur Folge, dass traditionelle Lehr- und Lernkonzepte überarbeitet werden müssen, und technische Möglichkeiten zu einer neuen didaktischen Vielfalt führen können. Taraghi et al. (2013) unterscheiden hinsichtlich der heute eingesetzten Informationssysteme zwischen: Personal

Learning Environments (PLE), Interactive Learning Environments (ILE), Learning Management System (LMS), Learning Content Management Systems (LCMS), Virtual Learning Environments (VLE), Immersive Learning Simulations (ILS), Intelligent Tutoring Systems (ITS) und Massive Open Online Course Plattformen.

Im Projekt wurde ein Massive Open Online Course (MOOC) zum Thema „Krankheiten bestimmen mit dem Internet“ durchgeführt, kurz „Dr. Internet“, der erste deutschsprachige Onlinekurs in diesem Themenfeld, der für eine breite Masse angeboten wurde. MOOCs gehen zurück auf Siemens & Downes, die 2008 erstmals einen solchen durchführten (vgl. McAuley et al. 2010). Ein Massenphänomen wurden sie jedoch erst durch den Kurs zu „Introduction to Artificial Intelligence“ von Sebastian Thrun, der damit mehr als 160.000 Lernende begeistern konnte (vgl. Yuan & Powell 2013). Seitdem sind verschiedene Plattformen entstanden, u.a. Udacity (www.udacity.com) und edX (www.edx.org) aus dem englischsprachigen Raum und eben auch iMooX (imoox.at), eine österreichische Plattform der Karl-Franzens-Universität Graz und der Technischen Universität Graz (vgl. Kopp & Ebner 2015).

Diese wissenschaftliche Arbeit beschäftigt sich mit der automatisierten Auswertung von Lernendendaten im Rahmen des durchgeführten MOOCs.

2. MOOCs

Massive Open Online Courses zeichnen sich primär dadurch aus, dass sie durch ihre freie Verfügbarkeit im Web eine hohe Anzahl an Lernenden adressieren. Durch ihre Kursstruktur ermöglichen sie einen geregelten Anfang und auch ein definiertes Ende. Weitere charakteristische Merkmale sind:

- Wöchentliche Veröffentlichung von Lernmaterialien, zumeist über 6-8 Wochen
- Videos als primäre Lehrmaterialien in der Länge von maximal 10-15 Minuten
- Wöchentliche Self-Assessments zur Überprüfung des Gelernten
- Ein Diskussionsforum zum Austausch zwischen den Lernenden. Lehrende sind aufgrund der hohen Anzahl an Lernenden nur gering involviert (vgl. Khalil & Ebner 2013).

3. Learning Analytics & MOOCs

Learning Analytics (LA) ist noch ein sehr junges Fachgebiet, ist aber seit der ersten internationalen Konferenz 2011 („1st International Conference on Learning Analytics and Knowledge“ in Banff, Canada) enorm gewachsen. Sehr plakativ könnte man sagen, dass es bei LA um Big-Data-Analysen geht, nur eben im Kontext von Lehren und Lernen. Genauer definierte es Siemens (2010), der LA beschreibt als „the use of intelligent data, learner-produced data and analysis models to discover information and social connections, and to predict and advise on learning“. Elias (2011) sieht LA sehr eng verwandt mit „academic analytics, business intelligence, web analytics and educational data mining“. Pointiert ausgedrückt: „Learning Analytics ist die Interpretation von lernerinnen- und lernerspezifischen Daten, um individuelle Lernprozesse gezielt zu verbessern.“ (Schön & Ebner 2013, 4). Die Ansammlung einer Unzahl von Daten kann nicht nur verwendet und interpretiert werden, sondern im Idealfall auch so aufbereitet werden, dass Lernende direkt davon profitieren können. Einige internationale Frameworks beschreiben das Potential, die Ziele und die Auswirkungen für alle am Prozess beteiligten Personen (vgl. Greller & Drachler 2012; Chatte et al. 2014; Greller et al. 2014).

Es liegt nahe, dass insbesondere MOOC-Plattformen durch die hohe Anzahl an Teilnehmerinnen und Teilnehmern ein großes Ausmaß an Lernendendaten erzeugen, die im Sinne von Learning Analytics gesammelt, ausgewertet und interpretiert werden können.

3.1 iMooX Learning-Analytics-Prototyp

Im Rahmen des Dr. Internet Projektes wurde die technische Infrastruktur im Sinne von Learning Analytics weiter ausgebaut. Vereinfacht dargestellt geht es darum, digitale Spuren von Lernenden zu verfolgen. Diese entstehen, wenn Kurse geöffnet, Videos angesehen, Self-Assessments durchgeführt oder Beiträge im Forum verfasst werden.

iMooX Learning Analytics Prototype Architecture



Abbildung 1: iMooX Learning Analytics Architektur.

Abbildung 1 zeigt die generelle Architektur. Im ersten Schritt erzeugt der Lernende durch seine/ihre Browseraktivitäten Daten innerhalb der MOOC-Plattform. Diese werden vom System aufgenommen und zusammengeführt. In weiteren Schritten werden diese Rohdaten durch geeignete Algorithmen aufbereitet und visualisiert, sodass das Lernverhalten der Lernenden analysiert werden kann. Demgegenüber steht die technische Infrastruktur:

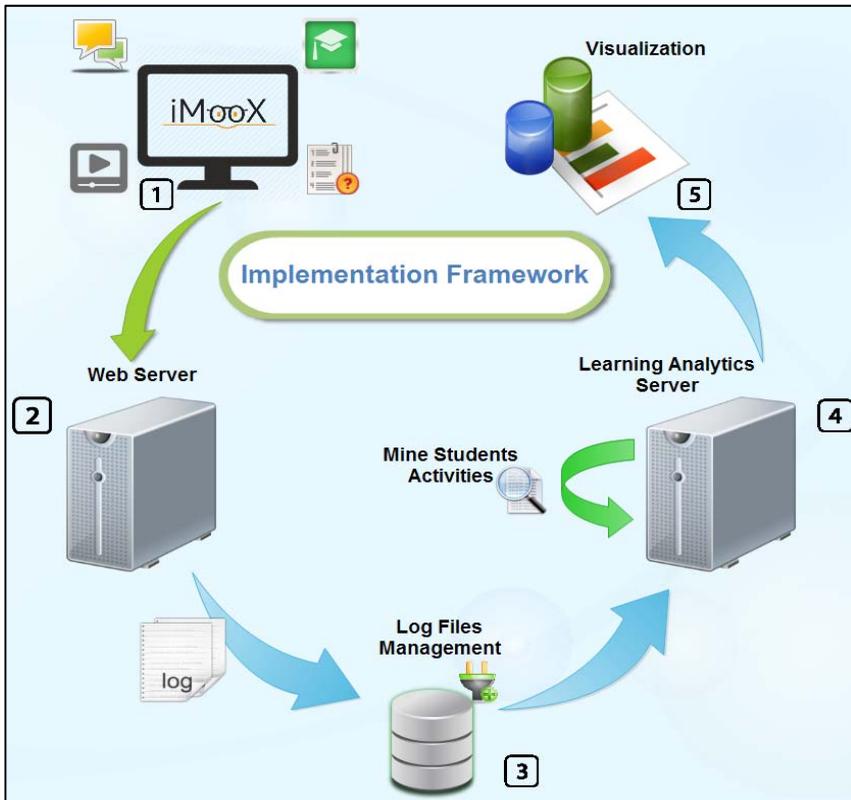


Abbildung 2: Technische Infrastruktur.

Diese besteht aus fünf Stationen – zuerst ist da die Web-Plattform iMooX, die selbst die Aktivitäten der Lernenden erfasst (1). Sämtliche Interaktionen werden dabei mittels Logfiles am Apache Webserver (2) protokolliert und im dritten Schritt an das Log-File-Management (3) transferiert. Dort werden diese Files aufbereitet und an den Learning-Analytics-Server übergeben (4), welcher diese Files analysiert und für die Visualisierungen aufbereitet (5).

Im abschließenden User Interface besteht die Möglichkeit die Daten in Beziehung zueinander zu setzen und hinsichtlich verschiedener Fragestellungen zu analysieren. Das sogenannte LA-Dashboard kann verschiedenste Aktivitäten darstellen und auswerten.

3.2 Datenschutz und ethische Grundsätze

Es erscheint einsichtig, dass das Sammeln, Aggregieren und Aufbereiten von personenbezogenen Daten in Bezug auf Datenschutz selbstverständlich sehr gewissenhaft und verantwortungsbewusst durchzuführen ist. So ist im Rahmen des Projektes auch eine Arbeit darüber entstanden, welche Punkte in Bezug auf Datenschutz zwingend zu beachten sind:

- „Data accessibility and accuracy
- Privacy and identification of individuals
- Disclosure of processed and analyzed information
- Achieving the Confidentiality, Integrity and Availability (CIA) of data in each Learning Analytics phase
- Possession and ownership of data“ (Khalil & Ebner 2016, 22).

Als Konsequenz wird das System so ausgebaut, dass zukünftig eine komplette Anonymisierung und De-Identifikation sichergestellt ist, damit es keinerlei Rückschlüsse auf personenbezogene Daten geben kann.

4. Auswertung

Der MOOC wurde zweimal durchgeführt – im Wintersemester 2015 mit 368 registrierten Lernenden und im Sommersemester 2016 mit weiteren 106 Personen (Stand Oktober 2016). Abbildung 3 zeigt die Aktivität im Diskussionsforum. Insgesamt verfassten die Lernenden 2015 157 Beiträge, 2016 noch weitere 30. Wie unschwer zu erkennen ist, ist die Schreibaktivität zu Beginn der Kurse deutlich höher als zum Schluss. Dieses Verhalten konnte auch schon in anderen Kursen beobachtet werden (vgl. Khalil & Ebner 2015). Es muss außerdem konstatiert werden, dass die speziell getroffenen Maßnahmen zur Forumsbelebung in diesem Kurs keine deutlich sichtbare Wirkung zeigten. Das Diskussionsverhalten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer blieb hinter den Erwartungen zurück und sollte mittelfristig durch weitere Maßnahmen noch intensiviert werden (z.B. durch Anreizsysteme).

Auch ist der Schluss naheliegend, dass das Diskussionsforum selbst überarbeitet werden muss, um die Useraktivität zu erhöhen.

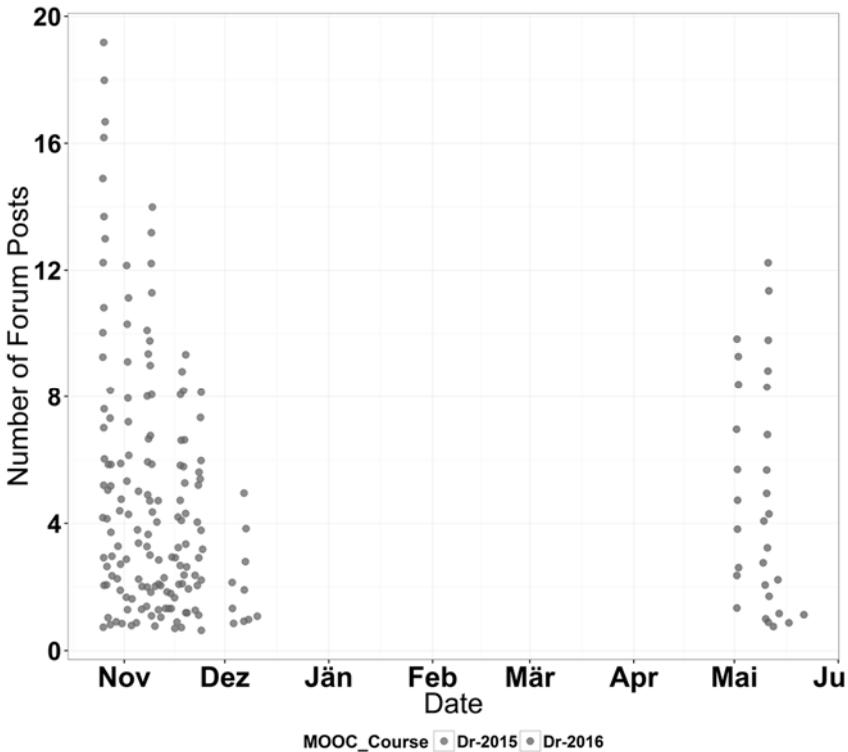


Abbildung 3: Anzahl an geschriebenen Beiträgen im Diskussionsforum.

Den geschriebenen Beiträgen stehen die gelesenen gegenüber. Hier ist das Bild deutlich dynamischer. So wurden 2015 6058 (Abbildung 4) und 2016 1078 reads (Abbildung 5) gemessen. So kann man sagen, dass 2015 jeder Beitrag im Schnitt etwa 38-mal und 2016 jeder Beitrag etwa 36-mal gelesen wurde. Das Verhältnis ist in beiden Kursen sehr ähnlich. Auffallend ist, dass sich im Kurs 2015 auch das Lesen der Beiträge eher stetig abfallend präsentiert, während der Kurs 2016 besonders in der Woche 2 durch eine sehr hohe Anzahl an reads auffällt.

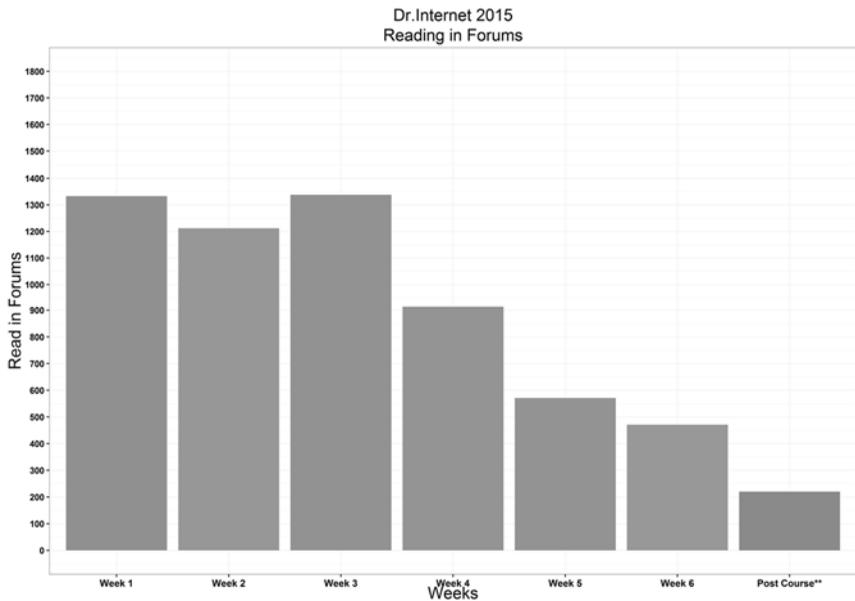


Abbildung 4: Anzahl gelesener Beiträge im Diskussionsforum 2015.

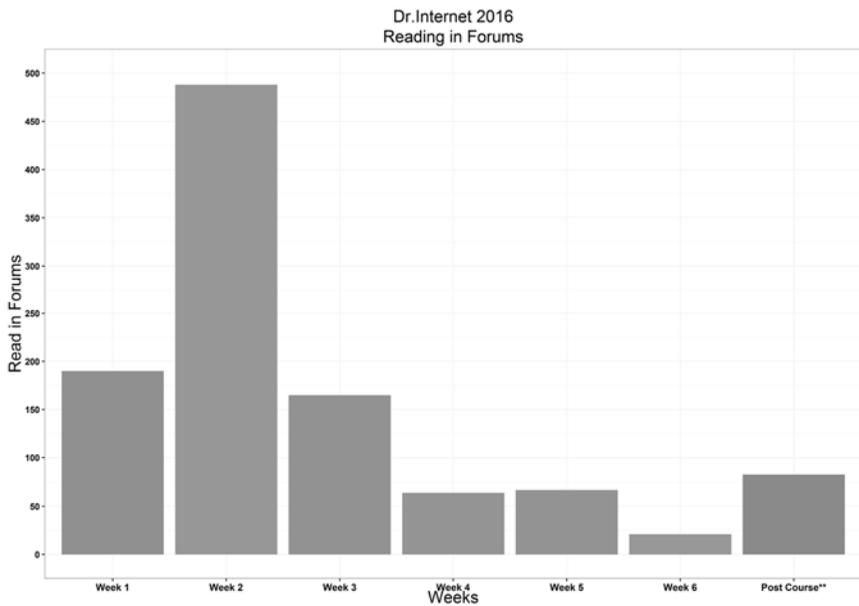


Abbildung 5: Anzahl gelesener Beiträge im Diskussionsforum 2016.

Abbildung 6 und 7 beschäftigen sich damit, wie hoch die Aktivität beim Ansehen der Videos war. Bei beiden Kursen fällt auf, dass jeweils die zweite Woche jene war, wo die Videos am intensivsten verfolgt wurden. Das liegt wohl daran, dass dort erstmals ein Fall aufgelöst wurde, wodurch prinzipiell dem Kurskonzept und der Idee Spannung aufzubauen recht zu geben ist. Die didaktische Anordnung erwies sich als günstig. Entsprechend den Forumsposts und -reads, nimmt auch die Aktivität der Videoansicht ab und insbesondere beim Kurs 2016 gibt es nur noch wenige Lernende, die sich das gesamte Video in der letzten Woche bis zum Ende ansehen.

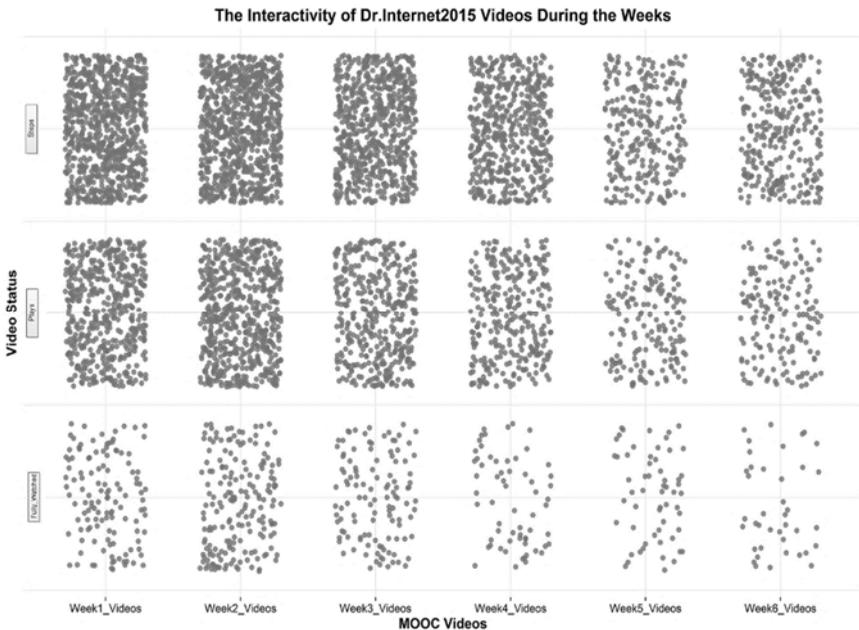


Abbildung 6: Aktivität beim Ansehen der Videos 2015.



Abbildung 7: Aktivität beim Ansehen der Videos 2016.

5. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich beide Kurse entsprechend den bisherigen Erkenntnissen rund um MOOCs verhalten haben. So ist der Aktivitätsrückgang zum Kursende hin durchaus typisch und primär der Unverbindlichkeit zum Abschluss durch die Freiwilligkeit der Teilnahme geschuldet (vgl. Khalil & Ebner 2014). Demgegenüber zeigt sich aber auch, dass die didaktischen Maßnahmen, wie z.B. das Auflösen der Fälle in der darauffolgenden Woche, durchaus Effekte erzielten und geholfen haben, die Spannung aufrecht zu erhalten. Eine hohe Anzahl an gelesenen Forumsbeiträgen legt den Schluss nahe, hier vermehrt über neue Möglichkeiten nachzudenken. So hat diese Forschungsarbeit bereits zu einer technischen Neukonzeption des Forums angestoßen, welche weitere Anreize zur Verfassung von Beiträgen bieten sollte, indem bspw. Beiträge zukünftig geliked oder markiert werden können. Eines hat Learning Analytics in jedem Fall gezeigt: es wird wichtig sein, Lernende weiter zur Aktivität zu ermuntern und diese durch gezielte didaktische Interventionen zu erhalten.

Literatur

Ally, M. (2004). Foundations of educational theory for online learning. Theory and practice of online learning, 2, 15-44.

Cole, R.A. (2000). Issues in Web-based pedagogy: A critical primer. Greenwood Publishing Group.

Ebner, M., Kopp, M., Wittke, A. & Schön, S. (2015). Das O in MOOCs – über die Bedeutung freier Bildungsressourcen in frei zugänglichen Online-Kursen. HMD Praxis der Wirtschaftsinformatik, 52 (1), 68-80.

Elias, T. (2011). Learning analytics: Definitions, processes and potentials. Verfügbar unter: <http://learninganalytics.net/LearningAnalyticsDefinitionsProcessesPotential.pdf> [06.03.2017].

Garrison, D. R., & Kanuka, H. (2004). Blended learning: Uncovering its transformative potential in higher education. The internet and higher education, 7(2), 95-105.

Greller, W., & Drachslar, H. (2012). Translating learning into numbers: A generic framework for learning analytics. Educational Technology and Society, 15 (3), 42–57.

Greller, W., Ebner, M. & Schön, M. (2014) Learning Analytics: From Theory to Practice – Data Support for Learning and Teaching. Computer Assisted Assessment. Research into E-Assessment. Kalz, M. & Ras, E. (Hrsg.), Communications in Computer and Information Science Volume 439, 79-87. Springer, New York.

Khalil, H., & Ebner, M. (2013) Interaction Possibilities in MOOCs – How Do They Actually Happen? International Conference on Higher Education Development, 1-24, Mansoura University, Egypt.

Khalil, H. & Ebner, M. (2014). MOOCs Completion Rates and Possible Methods to Improve Retention - A Literature Review. In: Proceedings of World Conference on Educational Multimedia, Hypermedia and Telecommunications 2014, 1236-44. Chesapeake, VA: AACE.

Khalil, M. & Ebner, M. (2015) A STEM MOOC for School Children - What Does Learning Analytics Tell us? Proceedings of 2015 International Conference on Interactive Collaborative Learning (ICL), Florence, Italy, 1-7.

Khalil, M. & Ebner, M. (2016) What Massive Open Online Course (MOOC) Stakeholders Can Learn from Learning Analytics? Spector, M., Lockee, B. & Childress, M. (Hrsg.), Learning, Design, and Technology: An International Compendium of Theory, Research, Practice, and Policy, Springer International Publishing, 1-30.

Kopp, M. & Ebner, M. (2015) iMooX - Publikationen rund um das Pionierprojekt. Verlag Mayer, Weinitzen.

McAuley, A., Stewart, B., Siemens, G. & Cormier, D. (2010). The MOOC model for digital practice. Verfügbar unter: http://www.davecormier.com/edblog/wp-content/uploads/MOOC_Final.pdf [06.03.2017].

Schön, M. & Ebner, M. (2013). Das Gesammelte interpretieren. Educational Data Mining und Learning Analytics. Ebner, M. & Schön, S. (Hrsg.), Lehrbuch für Lernen und Lehren mit Technologien. Verfügbar unter: <http://l3t.eu/homepage/das-buch/ebook-2013/kapitel/o/id/119/name/das-gesammelte-interpretieren> [06.03.2017].

Siemens, G. (2010). What are Learning Analytics? Verfügbar unter: <http://www.elearnspace.org/blog/2010/08/25/what-are-learning-analytics/> [06.03.2017].

Taraghi, B., Ebner, M. & Schön, S. (2013). Systeme im Einsatz WBT, LMS, E-Portfolio-Systeme, PLE und andere. Ebner, M. & Schön, S. (Hrsg.), Lehrbuch für Lernen und Lehren mit Technologien (L3T). Verfügbar unter: <http://l3t.eu/homepage/das-buch/ebook-2013/kapitel/o/id/137/name/systeme-im-einsatz> [06.03.2017].

Yuan, L. & Powell, S. (2013). MOOCs and open education: Implications for higher education. A white paper. Verfügbar unter: <http://publications.cetis.org.uk/wp-content/uploads/2013/03/MOOCs-and-Open-Education.pdf> [06.03.2017].

Schlussbetrachtung

Claudia Zimmermann

Abschließend lässt sich festhalten, dass sich das „Dr. Internet“ Projekt durch einen zufriedenstellenden Ablauf sowie ein gutes Ineinandergreifen der einzelnen Forschungszweige auszeichnet. Daraus resultierten neue Erkenntnisse zu verschiedenen zentralen Aspekten des betrachteten Phänomens der Internetrecherchen über medizinische Informationen zu Diagnosezwecken.

Es konnte gezeigt werden, dass diese Art der patientenseitigen Recherche ein weit verbreitetes Verhaltensmuster darstellt – 71% der in der Fragebogenerhebung erfassten Personen haben diesbezügliche Recherchen getätigt. Werden hier nur die InternetnutzerInnen betrachtet, so steigt dieser Prozentsatz auf 84% (bzw. 94% im Falle der untersuchten OnlinekursbesucherInnen). Die Gruppe der Recherchierenden ist tendenziell jünger, gut gebildet, hat mehr Erfahrung im Umgang mit dem Internet und schätzt die dort auffindbaren medizinischen Informationen im Vergleich mit den Nicht-Recherchierenden als vertrauenswürdiger ein. Die Durchführung von medizinischen Internetrecherchen hat reale Auswirkungen auf das weitere Verhalten potenzieller PatientInnen: rund 30% der befragten OnlinekursnutzerInnen haben deshalb bereits einmal oder mehrmals auf einen Arztbesuch verzichtet. Trotzdem wurde deutlich sichtbar, dass eine überwiegende Mehrheit von 83% (bzw. 69% der OnlineteilnehmerInnen) der Recherchierenden ihren ÄrztInnen immer noch größeres Vertrauen entgegenbringt als den medizinischen Informationen aus dem Internet.

Wie aus der Interviewbefragung der Grazer AllgemeinmedizinerInnen hervorging, wird das Phänomen der medizinischen Internetrecherche auch seitens der ÄrztInnen zunehmend wahrgenommen und von einigen als durchaus positiv bewertet. Erwähnenswert scheint hier auch eine von vielen MedizinerInnen attestierte Veränderung im ärztlichen Umgang mit den PatientInnen: durch das vermehrte Erklären, Aussortieren und Interpretieren von aus dem Internet gewonnenen Informationen wird die beratende Komponente der Arztrolle verstärkt. Dieser Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation scheint jedoch generell eher schwach ausgeprägt zu sein, da unter den befragten PatientInnen nur 42% der Online-Recherchierenden (39% der On-

linekursnutzerInnen) angaben, ihre diesbezüglichen Erfahrungen und Ergebnisse im Gespräch mit ihren ÄrztInnen zu erwähnen. Noch seltener wird diese Thematik offensichtlich von den MedizinerInnen selbst eingebracht, da nur 8% der befragten PatientInnen die Erfahrung gemacht haben, dass sie von ihren ÄrztInnen auf Internetrecherchen angesprochen wurden. Obwohl 23% der PatientInnen angaben, ihre Internetrecherchen nicht zu thematisieren, weil sie fürchten damit die Autorität der behandelnden ÄrztInnen in Frage zu stellen, wurde das von Seiten der befragten AllgemeinmedizinerInnen nicht als Problem gesehen. Ähnlich unterschiedliche Auffassungen zeigten sich in Hinblick auf eine mögliche wegweisende Rolle der ÄrztInnen in Fragen der Internetrecherche: rund ein Drittel der befragten PatientInnen würde sich wünschen, von ihren ÄrztInnen konkrete Empfehlungen zu bekommen, während diese umgekehrt wenig Notwendigkeit dafür sehen oder über zu geringe Kenntnisse hinsichtlich guter Internetinformationsquellen verfügen.

Hier zeichnet sich bereits ein erster, wesentlicher Handlungsbereich ab. In Anbetracht der Häufigkeit von patientenseitigen Internetrecherchen könnte eine Verbesserung der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu gesteigerten Recherchekompetenzen und einem effizienteren Behandlungsprozess führen. Wie die durchgeführte Forumsanalyse gezeigt hat, kann speziell diese von 26% der befragten PatientInnen genutzte Form des Austauschs und der Vernetzung von Individuen durchaus viele Charakteristika einer ärztlichen Konsultation aufweisen, bspw. im Bereich der Diagnosenfindung und deren Erklärung, sowie bei Therapievorschlügen und Behandlungsprognosen. Solange diese Erscheinungsformen medizinischer Onlinekommunikation eine sinnvolle Ergänzung zur ärztlichen Gesundheitsversorgung darstellen, ist es naheliegend, von einer Steigerung der Patientenmündigkeit und besseren gesundheitlichen Resultaten auszugehen. Ein offen gestalteter Austausch zwischen PatientInnen und ÄrztInnen könnte hier zu einer besseren Eingliederung des Phänomens der medizinischen Internetrecherche in das offizielle Repertoire der gesundheitsfördernden Maßnahmen beitragen, und verhindern, dass aus dieser Betätigung eine Art „Schattenmedizin“ erwächst. Aus diesem Zusammenhang ergibt sich mit der stärkeren öffentlichen Thematisierung der Risiken sowie der Potenziale von Internetrecherchen ein weiteres Betätigungsfeld, welches über eine entsprechende Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung letztendlich zu

einer erhöhten Health Literacy führen könnte. Hier wäre eine vermehrte Einbeziehung der Thematik Internetrecherche in allgemeine Initiativen zur Steigerung der Health Literacy sinnvoll, da das Internet nicht nur ein essentielles Fortbildungsinstrument darstellt, sondern auch ein durch ständiges Wachstum geprägtes Potenzial zur Verbesserung des Gesundheitsbereiches besitzt (u.a. durch die zunehmende Internetnutzung, eine steigende Anzahl an entsprechenden Gesundheitsportalen und die ständige Zunahme der online verfügbaren Informationen).

In Anlehnung an die Ergebnisse aus dem „Dr. Internet“ Projekt wären folgende wesentliche Forschungsbereiche hervorzuheben, die hilfreiche Einsichten für die beiden genannten Handlungsfelder liefern können:

Arzt-Patienten-Interaktion. Wie bereits erwähnt kann die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und ihren PatientInnen über das Thema Internetrecherchen einen wichtigen Beitrag für die Verwirklichung der Potenziale dieses Phänomens leisten. Zusätzliche Forschung über die Thematisierung von Internetrecherchen in einem typischen Arztgespräch und die daraus resultierenden Konsequenzen wären nützlich für die Erstellung von diesbezüglichen Verbesserungsansätzen und Gesprächsrichtlinien, die in entsprechend gestalteten Aufklärungsmaterialien Verwendung finden könnten.

Vorgehensweise bei Internetrecherchen. Mehr Wissen über die Art und Weise, wie Laien im Internet recherchieren, könnte hilfreich bei der Vorbeugung von schädlichen Verhaltensmustern sein. Bessere Kenntnisse von den Herangehensweisen bei medizinischen Internetrecherchen, wie Suchstrategien und die Interpretation von deren Ergebnissen sowie die Ableitung möglicher Handlungen, würden die Identifikation von kritischen Bereichen erleichtern, was wiederum die Entwicklung von sinnvollen Vorkehrungsmaßnahmen ermöglichen würde (bspw. um negative Konsequenzen aus Egentherapie oder einem Verzicht auf Arztbesuche zu vermeiden).

Erzielte Ergebnisse von Internetrecherchen. In Weiterführung des Vergleichs der Diagnosefähigkeiten von Laien mit jenen der medizinischen Profession stellt sich naturgemäß die Frage, wie gut das Informationsniveau ist, welches mit Hilfe von Internetrecherchen erreicht werden kann. Durch mehr Forschung über die Treffsicherheit von internetbasierten Diagnosen könnten Areale abgegrenzt werden, in denen PatientInnen zu mehr Selbstständigkeit geraten werden kann, und andere, wo mehr Vorsicht angebracht ist.

Die vielen Möglichkeiten und potenziell positiven Neuerungen, die durch das Internet im Gesundheitsbereich bewirkt werden können, stehen mehrheitlich noch vor ihrer Realisierung. Entscheidend für deren letztendliche Auswirkungen ist nicht zuletzt die gleichzeitige Entwicklung der gesellschaftlichen und individuellen Kompetenzen, die der Umgang mit neuen Technologien im Gesundheitswesen erfordert. Wenn die Bewusstseinsbildung im Bereich von Informationsauffindung und -verarbeitung, von Risiko- und Gesundheitsbewusstsein mit den technologischen Errungenschaften Schritt hält, spricht vieles für eine optimistische Sichtweise der künftigen Stellung von medizinischen Internetrecherchen.



Immer mehr Menschen nutzen das Internet, um sich über mögliche Diagnosen für diverse Krankheitssymptome zu informieren. Dieses spannende Phänomen stand im Mittelpunkt eines vom Land Steiermark geförderten Forschungsprojektes, dessen Ergebnisse nun in dieser Broschüre vorliegen. Die gewonnenen Erkenntnisse basieren auf einer Befragung von PatientInnen und AllgemeinmedizinerInnen, sowie der Analyse eines medizinischen Forums und der Auswertung jener Daten, die im Zuge des eigens konzipierten Onlinekurses „Dr. Internet“ gesammelt wurden.

ISBN 978-3-200-05235-2



9 783200 052352