

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 30 (2004)

Heft: 2

Artikel: Gesundheitskommunikation : eine wissenschaftliche Disziplin mit grossem Potenzial

Autor: Meyer, Matthias

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800556>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 16.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Gesundheitskommunikation – eine wissenschaftliche Disziplin mit grossem Potenzial

Gesundheit ist ein hoch komplexes Phänomen. Um die PatientInnen optimal zu befähigen, im Rahmen ihrer selbstgewählten Möglichkeiten die besten Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen, bietet sich an, die kommunikativen Fähigkeiten der Fachleute im Gesundheitswesen systematisch zu schulen.

MATTHIAS MEYER*

Gesundheitskommunikation als eigenständige wissenschaftliche Disziplin hat sich unter dem Begriff «Health Communication» in den siebziger Jahren als eigenständiges Teilgebiet der Gesundheitswissenschaften etabliert. Erste Forschungsschwerpunkte waren die Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und PatientInnen sowie die Wirksamkeit von öffentlichen Kampagnen und schulischer Gesundheitserziehung; später wurde die allgemeine Wirkung von Medien auf das Gesundheitsverhalten als weiterer Forschungsstrang integriert, um dann in den neunziger Jahren diese Themen zusammenzuführen¹.

* Matthias Meyer, Leiter des InfoDocCentres der SFA, Email: mmeyer@sfa-isp.ch

Forschungsfelder

Bis heute gibt es keine einheitliche Definition der wissenschaftlichen Disziplin Gesundheitskommunikation². Folgende Forschungsfelder können jedoch als zur Gesundheitskommunikation gehörend definiert werden.³

- Die Erforschung (und damit Optimierung) der direkten, personalen Kommunikation zwischen den im Gesundheitswesen Tätigen und ihren KundInnen, KlientInnen oder PatientInnen.
- Das Konzipieren und Evaluieren von Massenkommunikationsmassnahmen, häufig mit dem Ziel, risikohaftes Verhalten bei den Zielpersonen zu reduzieren und somit deren Gesundheit zu fördern.
- Interaktive Kommunikation mit Hilfe elektronischer Medien.

Benno Signitzer⁴ wiederum definiert die Forschungsfelder der Gesundheitskommunikation in Anlehnung an das Vier-Ebenen-Modell der Kommunikationswissenschaft⁵: intrapersonale Kommunikation, interpersonelle Kommunikation, Organisationskommunikation und Massenkommunikation.

Kennzeichen Wissenstransfer

Im Gegensatz zu anderen Feldern der Kommunikation (z.B. dem Marketing oder der Unterhaltung) zeichnet sich die Gesundheitskommunikation dadurch aus, dass in der Interaktion zwischen «Sender» und «Empfänger» ein Wissenstransfer stattfindet, der im besten Fall dazu führt, dass der «Empfänger» die notwendigen Informationen und die Motivation erhält, um sich zum Wohle seiner Gesundheit zu verhalten. Dabei sind in einem solchen Prozess die «Sender» in den meisten Fällen SpezialistInnen des Gesundheitswesens, welche entweder in einer persönlichen Interaktion mit den Emp-

fangenden stehen (Arzt/Ärztin-PatientInnen-Verhältnis), eine massenmediale Kampagne verantworten (ohne direkten, persönlichen Kontakt) oder über ein elektronisches Medium den Kontakt zur Zielgruppe halten (E-Mail Beratung, Internet-Information usw.).

Kommunikative Fähigkeiten

In den letzten Jahrzehnten hat die zunehmende Individualisierung und Verselbständigung der Gesellschaft dazu geführt, dass auch die Beziehungen zwischen Heilsuchenden und Heilenden eine qualitative Veränderung erfahren haben. Das autoritative Arzt-PatientInnen-Verhältnis hat sich besonders in einigen Bereichen (chronisch Kranke, Pflegebedürftige, Menschen vor einer Operation) zu einer partizipativen Beziehung gewandelt, in welcher die PatientInnen immer mehr Verantwortung für die Wahl der Behandlung übernehmen. Dieser Prozess setzt jedoch zwei zum Teil noch zu vollziehende Entwicklungen voraus: Die SpezialistInnen des Gesundheitswesens müssen einerseits in ihrer Ausbildung neben der medizinischen Schulung auch kommunikative Fähigkeiten erwerben und auch bereit sein, diese anzuwenden, andererseits müssen sich PatientInnen auch in die Lage versetzen (wollen resp. können), die Entscheidungen zur eigenen Gesundheit zu treffen und zu verantworten. Letzteres ist bestimmt nicht bei allen PatientInnen der Fall^{6/7}.

Gesundheit ist ein komplexes Phänomen und wird vermehrt als ein relativer Zustand verstanden (man spricht von relativer Gesundheit resp. relativer Krankheit als Ergebnis des Versuches, die Risiko- und Schutzfaktoren in ein Gleichgewicht zu bringen⁸), denn als die Abwesenheit eines diagnostizierbaren Krankheitsbildes. Nach dieser Definition ist das Bemühen um

Gesundheit ein ständiger Prozess, der ein kontinuierliches Abwägen der gesundheitlichen Risiken bedarf. Dass dieses Abwägen nicht nur auf der Basis faktischer Informationen geschieht, ist einsichtig. Gesundheitskommunikation darf sich deshalb nicht alleine auf die reine Wissensvermittlung beschränken, sondern muss auch individuelle Emotionen und gesellschaftliche Werte berücksichtigen.

Es kann also festgehalten werden, dass Gesundheitskommunikation eine neue wissenschaftliche Disziplin ist, die erforschen will, wie die Personen der Zielgruppe am Besten befähigt werden, im Rahmen ihrer selbstgewählten Möglichkeiten, die besten Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen.

Die interpersonale Kommunikation

Die Erforschung der Kommunikation zwischen Dienstleistungsanbietenden und -empfangenden im Gesundheitswesen zählt sicherlich zu den Schwerpunkten von Gesundheitskommunikation⁹. Gerade in der Arzt/Ärztin/TherapeutInnen-PatientInnen Beziehung werden viele Informationen vermittelt, und «mündige» PatientInnen müssen zwischen vielerlei Risiken abwägen (mögliche Operationsfolgen, mögliche Nebenwirkungen in Verhältnis zu möglichem Nutzen)¹⁰. Allerdings konnte in unzähligen Untersuchungen festgestellt werden, dass PatientInnen im Allgemeinen zwar mit der medizinischen Dienstleistung zufrieden sind, jedoch die Erklärungen von Seiten der behandelnden Ärzte und Ärztinnen sehr kritisch beurteilen¹¹. Als hilfreich für eine Verbesserung der PatientInnenzufriedenheit könnten sich die von Bogardus et al.¹² beschriebenen fünf Risikodimensionen erweisen.

- **Definition des unerwünschten Ereignisses:** Wie sieht das Krankheitsbild aus, welche Einschränkungen bringt es mit sich, welche weiteren Risiken (Langzeitfolgen) birgt es, welche Behandlungsmethoden bieten sich an, welche Erfolgchancen und Nebenwirkungen haben diese?
- **Dauer des unerwünschten Ereignisses:** Wann tritt das Ereignis ein, wie lange dauert eine Behinderung, wie lange eine Behandlung, muss damit gerechnet werden, dass die Gesundheit nur von zeitweiliger Dauer ist?

- **Zeitlicher Verlauf des Ereignisses und der Wirkung der Behandlung:** Wann muss/kann mit einer Behandlung begonnen werden, ab welchem Zeitpunkt wirkt diese, welche Nebenwirkungen können eintreten und ab wann?
- **Die Wahrscheinlichkeit, mit welcher die Ereignisse eintreffen:** Welche Aussichten bestehen, wenn keine Behandlung gemacht wird, wie sehen die Erfolgsaussichten bei den verschiedenen Behandlungsmethoden aus, welche Wahrscheinlichkeit für unerwünschte Folgen der Behandlung gibt es?
- **Die Bedeutung des Ereignisses für die Betroffenen:** Wie gross ist der Verlust an Lebensqualität, wenn keine Behandlung erfolgt, im Vergleich mit den möglichen Behandlungsmethoden?

Mündige Entscheidungen treffen

Erst wenn PatientInnen genügend Informationen haben, um eine medizinische/therapeutische Intervention aus diesen fünf Blickwinkeln beurteilen zu können, sind sie in der Lage, eine mündige Entscheidung zu treffen. Berücksichtigen muss man dabei natürlich, dass es sehr viele Krankheiten gibt, deren Behandlung wissenschaftlich noch nicht abschliessend erforscht ist. So gibt es z.B. für Abhängigkeitserkrankungen keine umfassenden PatientInnenzufriedenheitsbefragungen. TherapeutInnen können deshalb PatientInnen vor einer Behandlung keine Erfahrungswerte von anderen PatientInnen geben, die Aussagen darüber machen, welche Steigerung der Lebensqualität normalerweise mit der Behandlung einhergeht. Diese Form der Behandlungsevaluation wurde hingegen bei verschiedenen Krebserkrankungen umfassend durchgeführt^{13/14}. Weiter können PatientInnen gerade bei einer chronischen Erkrankung in eine Situation kommen, in welcher sie sich zwischen zwei Möglichkeiten entscheiden müssen, die beide negative Auswirkungen für sie haben. In einer solchen Situation wird deutlich, dass Gesundheitskommunikation mehr umfassen muss als reine Wissensvermittlung. Erst eine psychosoziale Betreuung, die weit über ein normales medizinisches Gespräch hinausgeht und wie sie beispielsweise von Betroffenenverbänden angeboten wird, ermöglicht

eine selbstverantwortliche Entscheidung der Kranken.

Evaluation und Qualitätssicherung

Eine hohe Qualität der Beratung durch die medizinischen Dienstleistungsanbieter hängt von drei grundlegenden Faktoren ab:

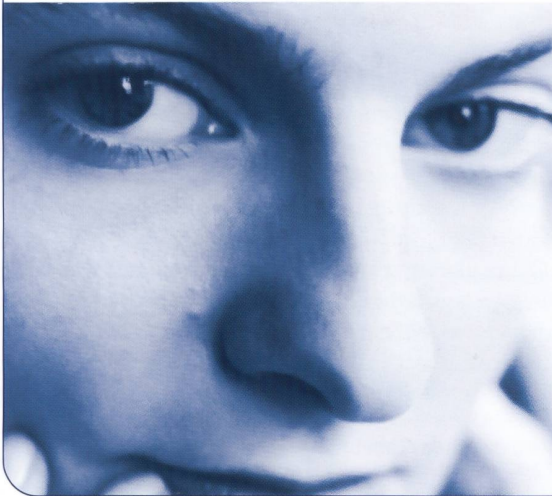
- Anbietende medizinischer Dienstleistungen müssen nicht nur fachlich, sondern auch gesundheitskommunikativ geschult worden sein. Erst dann kann der Wissenstransfer ein selbstverständlicher Bestandteil jeder medizinischen Dienstleistung werden.
- Empfangende von medizinischen Dienstleistungen müssen in der Lage sein, die erhaltenen Informationen zu verarbeiten. Dies hängt zugegebenermassen auch von der Fähigkeit der «Sendenden» ab, Informationen empfängerInnengerecht aufzubereiten. Da Anbietende medizinischer Dienstleistungen jedoch keine pädagogisch geschulten Fachpersonen sind und an diese auch nicht die Erwartung gestellt werden soll, solche zu werden, müssten gegebenenfalls andere die Funktion der Wissensvermittelnden übernehmen.
- Die Folgen einer Behandlung müssen wissenschaftlich erforscht sein. Allerdings gibt es erst für wenige Krankheiten (vor allem Krebs) Lebensqualitätsforschungen, so dass für viele Krankheiten keine Aussage über das Ausmass an Gewinn oder Verlust der Lebensqualität getroffen werden kann.

Die massenmediale Kommunikation

Das herausragende Merkmal von Massenmedien ist deren Fähigkeit, viele Personen zu erreichen. Auf der andern Seite gibt es kaum Möglichkeiten, die Zielgruppe von der «allgemeinen Bevölkerung» zu trennen: die Aussagen einer massenmedialen Kampagne werden also auch von Personen gesehen, an die sie gar nicht gerichtet sind. Dies kann durchaus zu Problemen führen, vor allem bei gesellschaftlich heiklen Themen (z.B. eine Aidskampagne mit Plakaten wird auch von Minderjährigen gesehen). Deshalb eignen sich massenmediale Kampagnen vor allem für Massnahmen, die einen grossen Teil der Bevölkerung erreichen sollen.

Opiatabhängigkeit?

Verbesserte Opiatsubstitution*



Mit klarem Kopf
Subutex®
bei Opiatabhängigkeit

* **Verbessert im Bezug auf Kognition:** In drei (Q1, RST3 und DR2) der fünf durchgeführten Leistungstests schnitt die Gruppe der Buprenorphin-Substituierten signifikant besser ab als die der Methadon-Substituierten. Sabine Kagerer, Markus Backmund, Stefan Walcher, Michael Soyka: Substitution mit Buprenorphin und Fahrtauglichkeit - Ergebnisse einer experimentellen Untersuchung, Suchtmed 4 (1) 17-24 (2002).

Gekürzte Fachinformation: **Wirkstoff:** Buprenorphinum ut Buprenorphini hydrochloridum. Sublingualtabletten zu 0,4 mg, 2 mg oder 8 mg Buprenorphinum. Excip. pro compr. **Indikation:** Substitutionsbehandlung bei Opioidabhängigkeit, im Rahmen einer medizinischen, sozialen und psychologischen Behandlung. **Dosierung:** Initialdosis: 0,8-4 mg/Tag. Dosisanpassung und -erhaltung: Die Subutex-Dosis sollte entsprechend dem Ansprechen und dem klinischen und psychologischen Status des Patienten individuell angepasst werden. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegen Buprenorphin oder gegen einen anderen Bestandteil des Präparates. Asthma oder respiratorische Insuffizienz (Fälle von Atemdepression unter Buprenorphin sind aufgetreten). Schwere hepatische Insuffizienz; akuter Alkoholabusus; Stillperiode; Kinder/Jugendliche unter 16 Jahren. **Vorsichtsmassnahmen:** Subutex Sublingualtabletten werden nur für die Behandlung von Opioidabhängigkeit empfohlen. Subutex sollte mit Vorsicht angewendet werden bei Patienten mit renaler Insuffizienz. Patienten, die Zeichen einer akuten Intoxikation mit Opiaten oder anderen psychotropen Substanzen aufweisen, sollen wegen einer möglichen Verstärkung des Intoxikationszustandes nicht mit Buprenorphin behandelt werden. **Interaktionen:** Subutex sollte nicht zusammen mit alkoholhaltigen Getränken oder alkoholhaltigen Medikamenten eingenommen werden. **Benzodiazepine:** Diese Kombination kann eine zentrale Atemdepression verstärken, mit dem Risiko eines Atemstillstandes und Tod des Patienten. Die Kombination von Subutex mit andern ZNS-Hemmstoffen wie andere Opioidderivate (Analgetika und Antitussiva), bestimmte Antidepressiva, sedative H₁-Rezeptor Antagonisten, Barbiturate, Anxiolytika, Neuroleptika, Clonidin und verwandte Substanzen, verstärkt die zentral hemmenden Effekte und kann beim Lenken von Fahrzeugen und Bedienen von Maschinen gefährlich werden. **Sonstige Hinweise:** Subutex untersteht dem Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe. Die behördlichen (insbesondere kantonalen) Bestimmungen sind zu beachten. Bei Raumtemperatur (15-25 °C) und trocken lagern. Das Verfalldatum ist auf der Packung mit «EXP» angegeben. **Packungen:** Sublingualtabletten zu 0,4 mg: 7. Sublingualtabletten zu 2 mg: 7. Sublingualtabletten zu 8 mg: 7. Verkaufskategorie A. **Den ausführlichen Text entnehmen Sie bitte dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz. Vertrieb:** Essex Chemie AG, Luzern. 04.10d

Da die Wirkungsmöglichkeit von Massenmedien auf die Informationsvermittlung und die Beeinflussung von Einstellung resp. Werten beschränkt ist, werden Massenmedien vor allem im Bereich der Primärprävention eingesetzt. Erst in den letzten Jahren wurden auch Versuche unternommen, mit Hilfe von Massenmedien (Plakate, Kino- / Fernsehspots) Sekundärprävention zu betreiben (z.B. Alles im Griff). Allerdings muss man sich bewusst sein, dass die massenmediale Kommunikation auch Grenzen hat: Die vermittelte Sachinformation gepaart mit einer emotionalen Aussage ist zwar Grundlage für eine selbständige Entscheidung der Personen der Zielgruppe, man kann jedoch nicht davon ausgehen, dass sich informierte Personen auch gesundheitsbewusst verhalten. Deshalb bleibt der mögliche Einfluss von massenmediale Kampagnen auf konkrete Verhaltensveränderungen relativ begrenzt¹⁵.

Evaluation und Qualitätssicherung

Mit dem Programm «Alles-im-Griff» wurde zum ersten Mal in der Schweiz eine massenmediale Kampagne zur Alkoholproblematik wissenschaftlich evaluiert. Allerdings muss man sich bewusst sein, dass einer Evaluation eines solchen Programms auch Grenzen gesetzt sind: 1999 wurden in der Schweiz die importierten Spirituosen durch die Steuerharmonisierung massiv billiger. Es ist allgemein bekannt, dass der Preis ein wichtiges Element in der Steuerung des Alkoholkonsums ist¹⁶. Nun ist nicht messbar, wie sich die veränderten Rahmenbedingungen,

wie die Steuersenkung, aber auch andere sozioökonomische Veränderungen (z.B. ökonomische Krise mit Arbeitslosigkeit) auf das Ergebnis der Kampagne ausgewirkt haben. In der Literatur findet man auch Hinweise, dass der Erfolg oder Misserfolg einer Kampagne häufig mehr von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen abhängen als vom Inhalt oder den gewählten Medien der Kampagne¹⁷.

Der Computer in der Gesundheitskommunikation

Mit der zunehmenden Verbreitung von PC,s und der verstärkten Vernetzung der Haushalte über das Internet gewinnt dieses «neue» Medium auch für die Gesundheitskommunikation an Bedeutung. Ein herausragender Vorteil gegenüber den «klassischen» Medien (Print, Radio und TV) ist die Möglichkeit einer interaktiven Kommunikation: Entsprechend programmiert kann auf dem PC der Eindruck vermittelt werden, dass Benutzende eine persönliche, individuelle Antwort auf ihre Fragen erhalten. Zudem kann der PC (E-Mail, Internet) als Kommunikationsvermittlungsmedium dienen, welches z.B. eine Beratung oder eine persönliche Auskunft transportiert. Hier bildet vor allem die Zeit- und Ortsungebundenheit bei gleichzeitiger hoher Übermittlungsgeschwindigkeit den grossen Vorteil gegenüber bisherigen Kommunikationsmitteln.

In der wissenschaftlichen Community hat sich unter dem Begriff «Cybermedizin» ein eigenständiger Bereich innerhalb der PublicHealth gebildet, der sich

mit der Vermittlung von Gesundheitsinformationen beschäftigt^{18/19}.

Internet

Das Internet ist zu einem wichtigen Pfeiler innerhalb der Gesundheitskommunikation geworden: kein Präventionsprojekt, welches ohne eigenständiges Web-Angebot realisiert wird, kein Beratungsangebot, welches nicht auch im Internet präsent ist. Heute geht man davon aus, dass rund 40 bis 60% der Internetbenutzenden mindestens einmal im Jahr nach Gesundheitsinformationen im Internet suchen^{20/21}. Die verschiedenen Angebote im Internet können grob in drei Gruppen unterteilt werden:

- **Information:** reine Faktenvermittlung, meistens fixe Seiten, die für alle Benutzenden gleich aussehen.
- **Hilfe:** eine individuelle Auskunft auf ein konkretes Problem resp. eine konkrete Fragestellung. Dabei kann die Antwort sowohl Informationen enthalten, wie auch im therapeutischen Bereich angesiedelt sein. Meistens ein kurzer Kontakt (ein-/zweimal).
- **Heilung:** ein längerfristiger therapeutischer Prozess, der als individueller Kontakt zwischen TherapeutInnen und KlientInnen oder auch in Form von Gesprächsrunden (Chatraum) stattfindet.

Jede dieser drei Gruppen verfolgt ein eigenständiges Ziel und hat auch eine eigene Zielgruppe. Deshalb hat auch jeder dieser Bereiche in Bezug auf die Evaluation und Qualitätssicherung eigene Rahmenbedingungen und Kriterien.

Evaluation und Qualitätssicherung

Schon früh wurde in der internationalen Forschung über die Qualität von Gesundheitsinformationen im Internet diskutiert. Denn eine Einschätzung des Informationsgehaltes einer Internet-Information kann nur erfolgen, wenn die Herkunft der Information klar ist. Selbst heute tun sich viele Informationsanbieter immer noch schwer mit den grundlegendsten Qualitätskriterien^{22/23}:

- Nur bei 20% der untersuchten Sites ist erkennbar, wer den Beitrag geschrieben hat.
- Die Quellen von Gesundheitsinformationen sind nur in 32% der Dokumente angegeben.

Folgende acht Kriterien der Informationsgestaltung müssen erfüllt sein, damit das Label für vertrauenswürdige Internet-Information erteilt werden kann²⁴.

- Gesundheitsinformationen werden von geschulten Fachpersonen gegeben und kontrolliert. Ausnahmen davon werden auf der Site angegeben.
- Die Informationen auf einer Site sollen nicht ein bestehendes Arzt/Ärztin-PatientInnenverhältnis ersetzen.
- Alle Informationen von BesucherInnen werden vertraulich behandelt.
- Informationen auf einer Site werden wenn möglich mit Quellenangaben und Datum versehen.
- Informationen über Nutzen und Wirksamkeit einer Therapie werden durch ausgewogene, wissenschaftliche Beweise belegt.
- Gesundheitsinformationen werden so klar wie möglich dargestellt. Es besteht die Möglichkeit, bei Unklarheit eine Frage zu stellen. Der Webmaster ist auf der gesamten Site erkennbar.
- Kommerzielle und Nicht-Kommerzielle SponsorInnen werden klar als solche auf der Site gekennzeichnet.
- Wenn Werbung die Site finanziert, wird dies deutlich dargestellt. Werbung und Web-Site-Inhalte werden klar voneinander getrennt.

- Ob ein Artikel aktuell ist (Angabe des Datums), lässt sich nur auf 36% der untersuchten Websites feststellen.
- Lediglich rund 41% der Web-Sites legen finanzielle oder andere Interessen offen.

Die Health on the Net Foundation (HON) in Genf gehört sicherlich zu den PionierInnen in Bezug auf Kennzeichnung von Gesundheitsinformationen im Internet.

Neben der Qualität der Informationspräsentation spielt bei der Präsentation von Gesundheitsinformationen natürlich auch die Qualität der Informationsbeschaffung und -aufschaltung eine wichtige Rolle. Bisher gibt es in diesem Bereich nur die Erkenntnisse von allgemeinen Qualitätssystemen wie z.B. ISO 9001. Im Rahmen einer solchen Zertifizierung lassen sich Web-Site-Betreiber auch die Arbeitsabläufe der Aktualisierung der Web-Site zertifizieren. Allerdings gibt es bisher kein spezifisches Qualitätssystem, welches sich mit der Aktualisierung von Gesundheitsinformationen beschäftigt. Es wäre dringend notwendig, dass in der Schweiz ein einheitliches Label geschaffen würde, welches Gesundheitsinformationen (oder zumindest Informationen aus dem Suchtbereich) auf Qualität hin zertifizieren würde. Gerade in der Diskussion um die Revision des Betäubungsmittelgesetzes und die Gefährlichkeit einzelner Suchtmittel wäre es für den Informationssuchenden hilfreich, wenn er abschätzen könnte, welche Intention eine Web-Site mit ihren Informationen verfolgt. Erst wenn dies gewährleistet ist, kann der Informationssuchende als mündiger Bürger sein Gesundheitsverhalten selbstverantwortlich steuern und auch politische Vorlagen beurteilen. ■

Quellen und Literatur

- Jazbinsek, D., 2000: Gesundheitskommunikation (Leverkusen, Westdeutscher Verlag).
- Hurrelmann, K. & Leppin, A., 2001: Moderne Gesundheitskommunikation - Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health (Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber)
- Nach Hurrelmann/Leppin, 2001
- Signitzer, B., 2001: Ansätze und Forschungsfelder der Health Communication, in: Hurrelmann, K. & Leppin, A. (Eds.) Moderne Gesundheitskommunikation - Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health (Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber).
- Chaffee, S. H. & Berger, C. R., 1997: Levels of analysis: An introduction, in: Berger, C. R. & Chaffee, S. H. (Eds.) Handbook of communication science, pp. 143-145 (Newbury Park, Sage Publications).

- Arora, N. K. & McHorney, C. A., 2000: Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate?, *Medical Care*, 38, 335-341.
- Benbassat, J., Pilpel, D. & Tidhar, M., 1998: Patients' preferences for participation in clinical decision making: A review of published surveys, *Behavioral Medicine*, 24, 81-88.
- Hurrelmann, K. (2003) Gesundheitssoziologie (Weinheim / München, Juventa)
- Rootman, I. & Hershfield, L., 1994: Health communication research: Broadening the scope, *Health Communication*, 6, 69-72.
- Leppin, A., 2001: Informationen über persönliche Gefährdungen als Strategien der Gesundheitskommunikation: Verständigung mit Risiken und Nebenwirkungen, in: Hurrelmann, K. & Leppin, A. (Eds.) Moderne Gesundheitskommunikation - Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health (Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber).
- Thompson, T. L., 2001: Die Beziehung zwischen Patienten und professionellen Dienstleistern des Gesundheitswesens, in: Hurrelmann, K. & Leppin, A. (Eds.) Moderne Gesundheitskommunikation - Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health (Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber).
- Bogardus, S. T., Holmboe, E. & Jekel, J. F., 1999: Perils, pitfalls and possibilities in talking about medical risk, *Journal of the American Medical Association*, 281, 1037-1041.
- Efficace F, B. A., Vanvoorden V, Blazeby JM, 2004: Methodological issues in assessing health-related quality of life of colorectal cancer patients in randomised controlled trials., *European Journal of Cancer*, 40, 187-97.
- Donovan JL, B. L., Mills N., 2002: Capturing users' experiences of participating in cancer trials., *European Journal of Cancer Care*, 11, 210-214.
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), 2001: Alles im Griff - Alkoholprogramm 2001 (Bern, BAG, EAV, SFA).
- Heeb, J.-L., Gmel, G., Zurbrugg, C., Kuo, M. & Rehm, J., 2003: Changes in alcohol consumption following a reduction in the price of spirits: A natural experiment in Switzerland., *Addiction*, 98, 1433-1446.
- Göpfert, W., 2001: Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsaufklärung über Massenmedien, in: Hurrelmann, K. & Leppin, A. (Eds.) Moderne Gesundheitskommunikation (Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Huber).
- Slack, W. V., 1997: Cybermedicine: How computing empowers doctors and patients for better health care (San Francisco, Jossey-Bases).
- Eysenbach, G., Sa, E. R. & Diepgen, T. L., 1999: Shopping the internet today and tomorrow - Towards the millennium of cybermedicine, *British Medical Journal*, 320, 1713-1716.
- Baker, L., Wagner, T., Singer, S. & Bundorf, M., 2003: Use of the Internet and e-mail for health care information: results from a national survey, *JAMA*, 289, 2400-2406.
- Holstein, R. C. & Lundberg, G. D., 2003: Use of the Internet for Health Information and Communication - Letter to the Editor, *JAMA*, 290, 2255.
- Silberg, W. M., Lundberg, G. D. & Musacchio, R. A., 1997: Assessing, controlling and assuring the quality of medical information on the Internet: Caveant lector et viewer - let the reader and viewer beware, *Journal of the American Medical Association*, 277.
- Shon, J. & Musen, M. A., 1999: The low availability of metadata elements for evaluating the quality of medical information on the World Wide Web, *Proceedings of the 1999 AMIA Annual Symposium*, 945-949.
- THE HEALTH ON THE NET FOUNDATION (HON), 2003: HON Code of Conduct (HONcode) für medizinische Webseiten im Gesundheitsbereich (<http://www.hon.ch/HONcode/German/>).

VERANSTALTUNGEN SCHWEIZ

■ Fachtagung

Das Grundrecht auf Hilfe in Notlagen

Menschenwürdige Überlebenshilfe oder Ruhekränchen für Arbeitsscheue?

22.04.2004 in Olten

Information: Christina Corso, Fachhochschule Solothurn Nordwestschweiz,

T: 062/ 286 01 14,

Email: christina.corso@fhso.ch

■ Fachtagung: Suchtarbeit im Gegenwind

Zusammen mit dem Groupement Romand d'Etudes sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies (GREAT) und dem Fachverband Sucht (FS) lädt die FASD ein, sich mit den aktuellen politischen und ökonomischen Herausforderungen der Arbeit im Suchtbereich auseinanderzusetzen.

26./27. April 2004 in Biel

Info: art.l.schock.GmbH, Schöntalstr. 20,

8004 Zürich, Tel. 043 268 05 70,

Email: darum@artischock.net

■ Tagung: Privatsache?

Kinder aus alkoholbelasteten Familien in unserer Gesellschaft

06.05.2004 in Lausanne

Info und Veranstalterin: Schweizerische Fachstelle für Alkohol und Drogenprobleme, www.sfa-isp.ch, T: 021 321 29 76, Anmeldeschluss: 20.04.04

■ Nationale Designerdrogen- und Kokain-Konferenz

organisiert vom Bundesamt für Gesundheit (BAG)

03./ 04.06. 2004 im Kursaal Bern

Informationen: Dr. phil Manuela Schmundt, BAG, Tel. 031 322 58 00,

E-Mail: maunela.schmundt@bag.admin.ch

Anmeldung: Stiftung Contact Netz Bern, Berner Gruppe für Jugend-, Eltern- und Suchtarbeit, z.H. Frau Sylvia Ilunga, Postfach, 3000 Bern 23, E-Mail sylviailunga@contact-bern.ch.

■ Fast Food und Gesundheit

Nationale Fachtagung und Mitgliederversammlung der SGE im Casino Bern.

18.06.2004 in Bern

Informationen: info@sge-ssn.ch

VERANSTALTUNGEN AUSLAND

■ 17. Kongress

Perspektiven für Suchtkranke:

Teilhabe fördern, fordern, sichern

12.-14.05. 2004 in Heidelberg

Veranstalter: Fachverband Sucht e.V., Bonn
Information: www.sucht.de,

Email: sucht@sucht.de

1. Internationaler Fachtag Hepatitis C BERLIN 2004

Innovative Konzepte und Praxis von Prävention und Psychosozialer Betreuung bei Drogengebrauch

24./25.05. 2004 in Berlin

Organisation: akzept e.V (Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik), DAH e.V. (Deutsche AIDS-Hilfe) und LABAS e.V. (Landesverband der Berliner Selbsthilfegruppen e.V.).

Programm: www.akzept.org