

Medienpsychologie

Konzepte – Methoden – Praxis

Bettina Fromm

Eva Baumann

Claudia Lampert

Gesundheits- kommunikation und Medien

Ein Lehrbuch

Medien beeinflussen sowohl den individuellen als auch den politischen, wirtschaftlichen und sozialen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Dieser Band dient der Systematisierung des Forschungsfeldes medialer Gesundheitskommunikation. Neben der Definition und Diskussion von Grundbegriffen werden Darstellungsformen und Nutzung gesundheitsbezogener Medieninhalte beschrieben und Ansätze der Medienwirkungsforschung mit Modellen zur Erklärung individuellen Gesundheitsverhaltens verknüpft. Den Abschluss bilden Strategien der Gesundheitsförderung.

Dr. Bettina Fromm ist geschäftsführende Direktorin des Zentrums für Medien- und Gesundheitskommunikation e. V. in Köln. Dr. Eva Baumann ist als Kommunikationswissenschaftlerin tätig und berät Unternehmen und Einrichtungen aus dem Gesundheitsbereich. Dr. Claudia Lampert ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Hans-Bredow-Institut für Medienforschung in Hamburg und dort u. a. für den Bereich Medien und Gesundheitskommunikation zuständig.

Medienpsychologie

Konzepte – Methoden – Praxis

Herausgegeben von
Dagmar Unz
Nicole C. Krämer
Monika Suckfüll
Stephan Schwan

Bettina Fromm
Eva Baumann
Claudia Lampert

Gesundheits- kommunikation und Medien

Ein Lehrbuch

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikrofilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen oder sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2011

Alle Rechte vorbehalten

© 2011 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-020683-0

E-Book-Formate

pdf: 978-3-17-026834-0

epub:978-3-17-028130-1

mobi:978-3-17-028131-8

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Einleitung

1 Mediale Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld

1.1 Zum Gesundheitsbegriff

1.2 Gesundheitskommunikation

1.3 Entwicklung des Forschungsfeldes

1.4 Die Bedeutung theoretischer Konzepte und Modelle in der Gesundheitskommunikation

1.5 Unterschiedliche Zielrichtungen von Gesundheitskommunikation

1.6 Systematisierung des Forschungsfeldes Gesundheitskommunikation

1.7 Systematisierung des Forschungsfeldes medialer Gesundheitskommunikation

1.8 Erweiterung des Forschungsfeldes: gesundheitsbezogene und gesundheitsrelevante Medieninhalte

1.9 Kommunikationspartner in der medialen Gesundheitskommunikation

2 Gesundheit und Krankheit in den Medien

2.1 Kommunikationswege und Vermittlungspotentiale

2.1.1 Printmedien

2.1.2 Fernsehen

2.1.3 Radio und Podcasts

2.1.4 Internet

2.1.5 Video- und Computerspiele

- 2.1.6 Informations- und Aufklärungsmaterialien
- 2.1.7 Stärken und Schwächen einzelner Medien
- 2.2 Spektrum der Gesundheits- und Krankheitsthemen in den Medien
 - 2.2.1 Themenbeispiel Krebs
 - 2.2.2 Themenbeispiel Alkohol
 - 2.2.3 Themenbeispiel Essstörungen
- 2.3 Problematische Darstellungsmuster
 - 2.3.1 Produktionszwänge und Selektionsmechanismen
 - 2.3.2 Über- und Unterbetonungen
 - 2.3.3 Tabuisierungen
 - 2.3.4 Stereotypisierungen
 - 2.3.5 Victim Blaming
 - 2.3.6 Widersprüchliche Medienaussagen
 - 2.3.7 Unausgewogenheit der Berichterstattung
 - 2.3.8 Medikalisierung

3 Mediennutzung: Gesundheits- und krankheitsbezogenes Informationsverhalten

- 3.1 Zur veränderten Rolle von Patienten und Rezipienten
- 3.2 Typologie des Gesundheitsinformationsverhaltens
 - 3.2.1 Informationsinteresse
 - 3.2.2 Mediale und persönliche Informationsquellen
 - 3.2.3 Spektrum der gesuchten Themen
 - 3.2.4 Determinanten des Gesundheitsinformationsinteresses und -verhaltens
 - 3.2.5 Typologie der Nutzer von Gesundheitsinformationen

4 Relevanz medialer Angebote für die Gesundheit der Rezipienten

4.1 Gesundheitsrelevante Medienwirkungen – begriffliche Annäherungen

4.1.1 Auswahlverhalten und spezifische Nutzungsmotive

4.1.2 Medienrezeption und Mediennutzung

4.1.3 Medienwirkungen im Anschluss an die Nutzung bzw. Rezeption

4.2 Differenzierung von Dimensionen medialer Gesundheitskommunikation

4.2.1 Gesundheitsbezogene oder gesundheitsrelevante Medieninhalte?

4.2.2 Explizit oder implizit gesundheitsbezogene Medieninhalte?

4.2.3 Unintendierte Gesundheitsbotschaften oder mit Intention der Gesundheitsförderung verbundene Medieninhalte?

4.2.4 Wirkungen auf Gesundheitsbewusstsein und -verhalten: direkt oder indirekt?

4.2.5 Wirkungsrichtung: gesundheitsfördernd, krankmachend oder wirkungslos?

4.3 Integration medialer Wirkungsdimensionen

4.3.1 Differenzierung von Medieneinflüssen auf das Individuum

4.3.2 Differenzierung von Medieneinflüssen auf die Gesellschaft

4.3.3 Theoretische Implikationen für die Erforschung medialer Gesundheitskommunikation

4.4 Theoretische Modelle zur Erklärung von (medialer) Gesundheitskommunikation

4.4.1 Integratives Modell zur Erklärung des individuellen Gesundheitsverhaltens

4.4.2 Kultivierung von Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit

4.4.3 Themensetzung von Gesundheitsthemen durch Massenmedien

4.4.4 Massenmedien und parasoziale Kommunikationsprozesse

4.5 Implikationen für die Gesundheitsförderung

5 Mediale Strategien der Gesundheitsförderung

5.1 Gesundheitskampagnen

5.1.1 Social Marketing

5.1.2 Kampagnen

5.2 Entertainment-Education

5.3 Media Advocacy

5.4 Medizin- und Gesundheitsjournalismus

5.5 Implikationen massenmedialer Strategien für die Gesundheitsförderung

Literatur

Stichwortverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.1:	Kommunikationspartner in der medialen Gesundheitskommunikation	35
Abb. 2.1:	Plakat der AIDS-Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	48
Abb. 2.2:	Stern-Titel 41/1999 zum Thema Brustkrebs	53
Abb. 3.1:	Wichtigste Quellen, in denen Gesundheitsinformationen gesucht werden	76
Abb. 3.2:	Wichtigste Themenfelder, zu denen Informationen gesucht wurden	77
Abb. 3.3:	Modell des Informationsverhaltens	79
Abb. 4.1:	Verknüpfung des Integrativen Modells zur Vorhersage von Gesundheitsverhalten mit Theorien und Konzepten zur Mediennutzung und -wirkung	99
Abb. 4.2:	Das Integrative Modell zur Vorhersage des Gesundheitsverhaltens	100
Abb. 4.3:	Wechselwirkungsprozesse im Agenda-Setting	111
Abb. 4.4:	Buch des Basketball-Profis Earvin „Magic“ Johnson über seine HIV-Infektion	118
Abb. 5.1:	Systemmodell von Kommunikationskampagnen	134

Tabellenverzeichnis

Tab. 1.1: Vier-Ebenen-Modell der Gesundheitskommunikation	<u>28</u>
Tab. 1.2: Struktur des Studiengangs Health Communication an der Universität Bielefeld	<u>29</u>
Tab. 1.3: Ebenen medialer Gesundheitskommunikation	<u>31</u>
Tab. 1.4: Gegenüberstellung von gesundheitsbezogenen und gesundheitsrelevanten Medieninhalten	<u>32</u>
Tab. 1.5: Forschungsgegenstand der medialen Gesundheitskommunikation	<u>34</u>
Tab. 2.1: Eigenschaften und Leistungen der Medien und Medienangebote hinsichtlich der Verbreitung von Gesundheitsbotschaften	<u>49</u>
Tab. 3.1: Persönliche Eigenschaften und Themenwahrnehmung der Gesundheitsinformationsverhaltenstypen	<u>82</u>
Tab. 4.1: Kategorisierung gesundheitsrelevanter Medienwirkungen auf individueller Rezipientenebene	<u>93</u>
Tab. 4.2: Gesellschaftliche Wirkungsdimensionen gesundheitsrelevanter Medienkommunikation	<u>94</u>
Tab. 4.3: Differenzierung medialer und individueller Einflüsse auf die Wirkungspotentiale der Gesundheitskommunikation	<u>122</u>
Tab. 5.1: Vergleich von Media Advocacy und Social Marketing	<u>147</u>
Tab. 5.2: Übersicht der Kommunikationsstrategien	<u>160</u>

Einleitung

Ob Ratgebersendungen und Arztserien im Fernsehen, Gesundheitsportale im Internet oder Assistenz-Technologien für chronisch Kranke und alte Menschen – Gesundheitskommunikation über Medien nimmt im Alltag einen immer größer werdenden Stellenwert ein. Zu diesem Trend haben in den letzten Jahrzehnten verschiedene Faktoren beigetragen. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang zum einen der Fortschritt in der Medizin und die mit diesem einhergehende kontinuierliche Erweiterung medizinischen Wissens über Erkrankungen und deren Diagnostik und Therapie. Zum anderen haben soziale und politische Veränderungen Einfluss genommen auf die individuelle und öffentliche Gesundheitsversorgung und damit auf die Gesundheitskommunikation. Die Rolle der Patienten befindet sich in einem kontinuierlichen Wandel in Richtung einer höheren Eigenverantwortung und Partizipation an medizinischen Entscheidungen. Den hiermit verbundenen Ansprüchen können jedoch nur umfassend informierte, aufgeklärte und in Gesundheitsfragen kompetente Menschen gerecht werden. Seit den 1970er Jahren formiert sich in Deutschland eine Selbsthilfebewegung, die Patienten und ihre Angehörigen begleitet, sie informiert und auffängt. Sie tritt für die Rechte von Patienten ein und fordert eine größere Teilhabe der Patienten an Entscheidungsprozessen im Gesundheitssystem. Seit 2004 ist zudem die Position einer (bzw. eines) Patientenbeauftragten der Bundesregierung gesetzlich verankert. Die Rolle des Patientenbeauftragten besteht vor allem darin, die Belange von Patienten hinsichtlich einer umfassenden und unabhängigen Beratung sowie in Bezug auf objektive Informationen im Gesundheitswesen zu vertreten. Die Rolle der Patienten wird auch durch Einrichtungen wie die Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover gestärkt. Die im März 2007 gegründete Patientenuniversität verfolgt das Ziel, die Gesundheitskompetenz von gesundheitsinteressierten Bürgern, medizinischen Laien sowie Patienten und deren Angehörigen zu fördern. Seit Herbst 2009 wird in Anlehnung an dieses Modell an der Universität Jena ebenfalls eine Gesundheits-Uni aufgebaut, die sich die

Vermittlung von medizinischem Wissen an die gesundheitsinteressierte Bevölkerung zum Ziel gesetzt hat.

Informationen über Gesundheit sind darüber hinaus nicht nur für unmittelbar betroffene Personen bedeutsam. Gesundheitsprodukte und -dienstleistungen haben sich im Zuge gesellschafts- und gesundheitspolitischer Veränderungen zu einem Konsumgut entwickelt, für das sich – von Wellness über IGeL-Leistungen (individuelle Gesundheitsleistungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt werden) bis hin zum Medizintourismus – ein immer größer werdender Markt entwickelt. Untersucht man die für das Gesundheitsverhalten relevanten medizinischen, sozialen, politischen und ökonomischen Veränderungen, so stellt man fest, dass diese maßgeblich durch Medienkommunikation vorangetrieben werden. Der technologische Fortschritt im Medienbereich und die kontinuierliche Diversifizierung der inhaltlichen Angebote bieten Patienten, Kunden und interessierten Bürgern ebenso wie Leistungserbringern, Kostenträgern und anderen Akteuren des Gesundheitswesens die Chance, sich zu informieren und miteinander zu kommunizieren. Gleichzeitig werden die Beteiligten aber vor immer größere Herausforderungen gestellt, wenn es gilt, aus der steigenden Informationsflut relevante, vertrauenswürdige und sachlich richtige Inhalte auszuwählen bzw. adäquate Informationen für bestimmte Zielgruppen zu konzipieren und zu implementieren.

Insbesondere das Internet bietet einen nahezu uneingeschränkten Zugang zu medizinischen Informationen. Eine genauere Betrachtung der Onlinekommunikation verdeutlicht, dass diese nicht nur *mehr* – wie auch immer geartete – Information bietet, sondern darüber hinaus maßgeblich zum gesellschaftlichen Wandel beiträgt. Besonders eindringlich zeigt sich dies im Hinblick auf die Veränderung des traditionellen Rollenverhältnisses zwischen Arzt und Patient, welche aus professioneller Perspektive lange Zeit häufig kritisch betrachtet worden ist. Vor diesem Hintergrund und angesichts der Alters- und Gesundheitsprognosen für die deutsche Bevölkerung stellt die mediale Gesundheitskommunikation an der Schnittstelle zwischen den relevanten Sendern und Empfängern ein bedeutsames, zukunftssträchtiges und anwendungsorientiertes Forschungsfeld dar.

Aus Perspektive der Kommunikationsforschung werden seit jeher die Bedingungen, die Strukturen sowie die Effekte medialer Kommunikation untersucht, meist allerdings mit anderen inhaltlichen Schwerpunkten (z. B. politische Kommunikation oder Gewalt in den Medien).

Die zur Verfügung stehenden theoretischen Konzepte und empirischen Erkenntnisse können darüber hinaus im Hinblick auf Gesundheitsfragen zum Verständnis der Produktion und Präsentation von Kommunikationsinhalten, ihrer Nutzung sowie ihrer Einflüsse auf die beteiligten Personen(-gruppen) und Institutionen beitragen. Wie die vorliegende Publikation aufzeigen möchte, kann die Wissenschaft in diesem Zusammenhang keine Pauschallösungen bieten. Vielmehr ist ein differenzierter Blick auf die Kommunikationspartner und die medialen Angebote notwendig, um die Bedeutung medialer Gesundheitskommunikation für den Einzelnen und die Gesellschaft umfassend erklären zu können.

Was bietet dieses Buch?

Zwar wird der Erforschung medialer Gesundheitskommunikation in den letzten Jahren im deutschsprachigen Forschungsraum zunehmend Aufmerksamkeit zuteil und es werden auch in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen mediale Darstellungen von Gesundheit und Krankheit sowie deren gesundheitsrelevante Einflüsse untersucht. Eine Systematisierung des Forschungsbereiches für den deutschsprachigen Raum steht allerdings noch aus. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die Gesundheitskommunikation qua definitionem ein interdisziplinäres Forschungsfeld umfasst, welches Bereiche der Psychologie, der Pädagogik, der Kommunikations- und Medienwissenschaft ebenso berührt wie Bereiche der Gesundheitswissenschaften, der Medizin(-soziologie) und weitere Fachbereiche. So sind auch die Autorinnen selbst Vertreterinnen unterschiedlicher Fachrichtungen, nämlich der Medienpsychologie, der Medienpädagogik und der Kommunikations- und Medienwissenschaft. Die Vielfalt der an der Erforschung von Gesundheitskommunikation beteiligten Disziplinen erschwert eine prägnante Zuordnung der Inhalte zu den jeweiligen Fachrichtungen, die ohnehin häufig fließende

Übergänge aufweisen. Dennoch will das vorliegende Buch einen fokussierten Blick auf den Forschungsgegenstand ermöglichen. Dabei müssen die dargestellten Inhalte, Theorien und Forschungsergebnisse aufgrund der Fülle und Heterogenität der verfügbaren Literatur zwangsläufig selektiv bleiben und teilweise einen exemplarischen und illustrativen Charakter behalten. Um allen an der Erforschung medialer Gesundheitskommunikation beteiligten Disziplinen gerecht zu werden sowie der besseren Lesbarkeit halber werden diese nicht immer einzeln aufgeführt, sondern es wird vorzugsweise der Begriff der *Gesundheitskommunikationsforschung* verwendet. Die Publikation versteht sich als eine erste umfassende deutschsprachige Systematisierung des Forschungsfeldes zur medialen Gesundheitskommunikation und dient vor allem dazu, Impulse für eine weitere Diskussion über den Gegenstandsbereich zu eröffnen. Gemäß dieser interdisziplinären Orientierung richtet sich das vorliegende Werk an verschiedene Leserkreise. Im Sinne seiner Definition als Lehrbuch gehören hierzu insbesondere Studierende und Lehrende der Medienpsychologie, Kommunikations- und Medienwissenschaft, Medienpädagogik sowie der Gesundheitswissenschaften und der Public Health. Angesichts des hohen Anwendungsbezuges richtet es sich darüber hinaus an im Bereich der Gesundheitsförderung tätige Praktiker ebenso wie an Medienschaffende, die sich schwerpunktmäßig der Vermittlung von Gesundheitsthemen widmen. Im Text wird vornehmlich die männliche Form verwendet; dies dient ausschließlich einer Vereinfachung der Lesbarkeit.

Welche Themenfelder werden berücksichtigt?

Die vorliegende Publikation ist als Lehrbuch konzipiert. Schlüsselbegriffe werden definiert, die mediale Darstellung und Vermittlung von Gesundheitsthemen wird beschrieben und diskutiert. In Kapitel 1 wird das Forschungsfeld der medialen Gesundheitskommunikation in seiner Entwicklung skizziert und systematisiert.

Kapitel 2 gibt einen Überblick über unterschiedliche Medien und Kommunikationskanäle, die Gesundheit und Krankheit zum Gegenstand haben bzw. einer medialen Öffentlichkeit präsentieren. Am

Beispiel der ausgewählten Themen Krebs, Alkohol und Essstörungen, mit denen sich die Autorinnen im Rahmen ihrer Forschungstätigkeiten eingehender beschäftigt haben, folgt ein Blick auf das Spektrum der Gesundheits- und Krankheitsthemen in den Medien. Weiterhin werden mediale Selektions- und Präsentationsspezifika thematisiert, die zu problematischen Darstellungsmustern führen können.

In Kapitel 3 wird das Informationsverhalten zu Krankheits- und Gesundheitsthemen unter Berücksichtigung spezifischer Zielgruppen dargelegt und in Form einer Typologie veranschaulicht.

In Kapitel 4 wird anhand ausgewählter theoretischer Konzepte ein Überblick über potentielle Einflüsse medialer Gesundheitskommunikation auf die Gesundheit der Rezipienten gegeben. In diesem Zusammenhang wird eine Verknüpfung von Perspektiven zur Erklärung individuellen Gesundheitsverhaltens mit traditionellen Modellen der Medienwirkungs- und Nutzungsforschung vorgenommen.

Abschließend werden in Kapitel 5 verschiedene zentrale massenmediale Strategien der Gesundheitsförderung, wie Gesundheitskampagnen, Entertainment-Education, Media Advocacy und Medizin-/Gesundheitsjournalismus, vorgestellt und in ihren Prinzipien erläutert. Kommerzielle Strategien des Gesundheitsmarketing, wie z. B. Pharma-Marketing, bleiben unberücksichtigt. Im Anschluss an alle Kapitel finden sich Fragen zur Reflektion und Vertiefung des Themas sowie Empfehlungen für weiterführende Literatur.

Danksagung

Dieses Buch zu schreiben, war eine große Chance und eine Herausforderung zugleich, die auch zu dritt nur mit der Unterstützung von verschiedenen Seiten bewältigt werden konnte. Bedanken möchten wir uns insbesondere bei Prof. Dr. Nicole Krämer, die als Herausgeberin der Reihe *Medienpsychologie* die Publikation unseres Forschungsthemas in dieser Reihe ermöglicht und uns konstruktive Hilfestellung im Hinblick auf die Verfassung des Manuskripts gegeben hat. Zu danken ist auch der Bertelsmann Stiftung, die sich damit

einverstanden erklärt hat, dass eine Auswertung der Daten des Gesundheitsmonitors 2006 von Eva Baumann zur Erstellung des vorliegenden Werkes herangezogen wird. Zudem sind Teile einer 2004 ebenfalls für die Bertelsmann Stiftung erstellten Expertise von Eva Baumann und Wiebke Möhring zu Kommunikationswegen im Kontext der Prävention von Rückenschmerzen in das vorliegende Werk eingeflossen. Bedanken möchten wir uns auch bei Ann-Kathrin Günter für die Literaturrecherche und bei Jenny Voth für die hilfreichen und konstruktiven Anmerkungen. Frau Ulrike Merkel und dem Kohlhammer Verlag danken wir für die umsichtige Betreuung bei der Fertigstellung unseres Manuskripts. Schließlich möchten wir auch Matilda Oels, Gerhard Oels, Markus Schwarz und Andreas Ruben für ihr Verständnis und ihre Unterstützung unserer Arbeit danken.

1 Mediale Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld

Der Begriff Gesundheitskommunikation scheint auf den ersten Blick leicht greifbar und eindeutig, schließlich spricht jeder über Gesundheit und Krankheit. Erst bei näherer Betrachtung und je nach disziplinärer Perspektive fallen die unterschiedlichen Facetten auf, die Gesundheitskommunikation zu einem vielschichtigen Thema machen. Eindeutig scheint zwar zu sein, dass es sich um Phänomene handelt, die etwas mit *Gesundheit* und mit *Kommunikation* zu tun haben. Versucht man jedoch, den Gegenstandsbereich ein- bzw. abzugrenzen, bewegt man sich schnell auf unsicherem Terrain: Geht es (ausschließlich) um Kommunikation über Gesundheit? Schließt dies Kommunikation über Krankheiten mit ein? Geht es um Kommunikation für mehr Gesundheit, also Gesundheitsförderung? Welchen Stellenwert hat Kommunikation, die krank macht? Welche Formen der Kommunikation sind überhaupt gemeint? Die Unklarheiten beginnen bereits mit der Definition des Gesundheitsbegriffs selbst.

1.1 Zum Gesundheitsbegriff

Einer Definition der World Health Organisation WHO von 1946 zufolge lässt sich Gesundheit definieren als „Zustand des völligen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO Basic Documents, 1946, S. 1, zitiert nach Huber, 1991, S. 13). Dieser Definitionsansatz wurde vor allem dahingehend kritisiert, dass subjektives Wohlbefinden nicht mit dem Zustand von Gesundheit gleichzusetzen sei, da man sich auch im Stadium einer Krankheit wohl fühlen könne (vgl. Schipperges, 1984). Auch die Begrifflichkeiten *Zustand* und *völlig, vollständig* (Übersetzung des englischen Begriffs *complete*) wurden als zu statisch und festgelegt kritisiert (vgl. Franzkowiak, 2000).

Obwohl die WHO bereits 1946 eine Definition von Gesundheit vorlegte, die vor allem positive Aspekte betonte, wurde Gesundheit lange Zeit und vor allem aus medizinischer Perspektive ausschließlich negativ definiert, d. h. als Abwesenheit von Krankheit und Beschwerden (siehe auch Signitzer, 2001). Die Bestimmung, ob jemand krank ist, erfolgte ausschließlich anhand anatomischer oder physiologischer Veränderungen. Dieser Auffassung lag ein mechanistisches Menschenbild zugrunde, das Individuen auf ihre körperlichen Funktionen reduziert. Diese rein *biomedizinische* Sichtweise wurde in den 1970er Jahren um psychosoziale Komponenten erweitert, die dem Umstand Rechnung tragen, dass auch psychische und soziale Faktoren die Entstehung und Entwicklung von Krankheitsbildern beeinflussen. Dennoch werden die Schulmedizin und die Prävention noch immer sehr stark von der biomedizinischen Auffassung bestimmt (vgl. Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001). Ein Perspektivwechsel im Sinne einer Begriffserweiterung setzte Ende der 1970er Jahre ein. Der Soziologe Aaron Antonovsky erweiterte die gesundheitswissenschaftliche und -politische Diskussion um das Konzept der *Salutogenese* (lat. *salus*, dt. *Unverletztheit, Heil, Glück*; griech. *genes*, dt. *Entstehung*), das dem Konzept der *Pathogenese* gegenübergestellt wurde. Antonovsky kritisierte vor allem die Fokussierung auf Krankheit und stellte mit seinem Konzept die Bedingungen von Gesundheit und die diese begünstigenden Faktoren in den Mittelpunkt. Seine zentrale Frage lautete: *Was erhält den Menschen in seiner potentiell gesundheitsgefährdenden Umwelt gesund?* Anstelle eines krankheitszentrierten Modells der Pathogenese setzte er das gesundheitsbezogene, ressourcen orientierte und präventiv ansetzende Modell der Salutogenese (vgl. u. a. Antonovsky, 1979, 1987a; Antonovsky & Franke, 1997; zitiert nach Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001). Dabei ging es Antonovsky nicht um eine vollständige Abkehr von der pathogenetisch orientierten medizinischen Forschung. In seinem Ansatz sah er vielmehr eine notwendige Erweiterung und Ergänzung der bis dahin dominierenden Perspektive (vgl. Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001). Gesundheit beinhaltet hiernach drei zentrale Dimensionen:

1. eine *emotionale* Komponente (*meaningfulness*) als das Gefühl, dass das Leben emotional sinnvoll ist,
2. eine *kognitive* Komponente (*comprehensibility*) als das Ausmaß, in dem die Person interne und externe Bedingungen als kognitiv sinnvoll, geordnet und konsistent sieht und
3. eine *Handlungskomponente* (*manageability*) als Wahrnehmung der Person, dass Ressourcen zur Verfügung stehen, um Anforderungen zu begegnen (vgl. auch Mayring, 2003).

Gesundheit und Krankheit schließen sich in Antonovskys Modell nicht aus, sondern bilden die Pole eines Kontinuums (*health ease/disease-continuum*), auf dem sich der Gesundheitszustand flexibel bewegt. Gesundheit ist demnach kein statisches Phänomen, sondern ein *dynamischer Prozess*, der sich in relativen Zuständen ausdrückt. Der Fokus richtet sich auf die Suche nach gesundheitsfördernden und -erhaltenden Faktoren, den sogenannten *Widerstandsressourcen*, zu denen beispielsweise individuelle (z. B. körperliche oder kognitive), soziale und kulturelle Faktoren (z. B. soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten etc.) zählen. Ein zentraler Aspekt, der das Gesundheitsempfinden beeinflusst, ist das *Kohärenzgefühl* (*sense of coherence, SOC*), eine Art persönlichen Vertrauens, dass man äußeren Anforderungen aufgrund der eigenen verfügbaren Ressourcen gewachsen sein wird. Die Stärke des Kohärenzgefühls wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus, da jenes den Einsatz von Widerstandskräften und Bewältigungsstrategien steuert. Zusammenfassend lässt sich die erweiterte Perspektive auf drei zentrale Aspekte verdichten:

1. Die absoluten Größen *Krankheit* und *Gesundheit* werden relativiert, Gesundheit und Krankheit schließen Wohlbefinden und Unwohlsein ein.
2. Die vermeintlich objektive Zuschreibung der Befindlichkeit wird um die subjektive Perspektive erweitert.
3. Neben den physischen und psychischen werden soziale und kulturelle Rahmenbedingungen, die das Befinden beeinflussen, berücksichtigt.

Antonovskys Ansatz wurde u. a. dahingehend kritisiert, dass er sich auf die kognitiven und subjektiven Dimensionen konzentrierte, psychischer

Gesundheit wenig Bedeutung beimesse und psychische und physische Wechselwirkungsprozesse vernachlässige (vgl. Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001). Dennoch trug sein Ansatz maßgeblich zur Sensibilisierung für eine gesundheitsorientierte Perspektive bei. Dieser Perspektivwechsel spiegelt sich auch in der Ottawa-Charta der WHO (1986) und in der Gesundheitsförderung wider. Die Definition von Gesundheit basiert auf einem positiven Grundverständnis, das sowohl individuelle als auch soziale Ressourcen und körperliche Fähigkeiten berücksichtigt. Gesundheit wird als Bestandteil des alltäglichen Lebens gesehen und nicht als primäres Lebensziel. Gesundheitsförderung zielt auf die Entwicklung gesünder Lebensweisen, auf die Förderung eines umfassenden Wohlbefindens und auf die Förderung gesundheitlicher Selbstbestimmung.

Definition von Gesundheit nach WHO (1986)

„Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and improve, their health. [...] Health is, therefore, seen as a resource of everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy lifestyles to wellbeing“ (WHO, 1986, S. 1).

Der Bielefelder Gesundheitswissenschaftler Klaus Hurrelmann (2000) hat die Definition von Gesundheit weiterentwickelt. Wie Antonovsky vertritt er die Auffassung, dass Gesundheit kein *statischer* Zustand ist, sondern ein *dynamisches* Gleichgewicht zwischen sogenannten Risiko- und Schutzfaktoren, das dann eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung der inneren (physischen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Das Gleichgewicht ist permanenten Schwankungen unterworfen und muss dementsprechend ständig neu austariert werden. Der weiterführende Gedanke besteht zudem in der Berücksichtigung gesellschaftlicher und kultureller Rahmenbedingungen, die in hohem Maße die Gesundheit des Einzelnen beeinflussen.

Definition von Gesundheit nach Hurrelmann (1998)

„In sozialisationstheoretischer Perspektive lässt sich der Begriff Gesundheit [...] definieren als Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. [...] Gesundheit ist dann gegeben, wenn eine Person konstruktiv Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes anpassen kann, dabei individuelle Selbstbestimmung sichern und den Einklang mit den biogenetischen, physiologischen und körperlichen Möglichkeiten herstellen kann. Gesundheit kann deshalb auch als das jeweils aktuelle Resultat einer ‚gelingenden‘ Sozialisation verstanden werden“ (S. 189 f., Hervorbheb. im Original).

Im Umkehrschluss bezeichnet *Krankheit* ein Ungleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren. Franzkowiak (2000) spricht anstatt von Krankheit auch von „bedingter Gesundheit“ (S. 26), da beispielsweise eine chronisch erkrankte Person auch immer über einen gewissen Anteil gesunder Ressourcen verfügt. Gesundheit und Krankheit sind somit keine festen Größen, sondern können entlang eines Kontinuums verschiedene Verfassungen (Gleichgewichtszustände) beschreiben. Um diese Auffassung zu verdeutlichen, sprechen Hurrelmann und Leppin (2001b) in diesem Zusammenhang auch von *relativer Gesundheit* und *relativer Krankheit*.

Konsens besteht inzwischen auch hinsichtlich der *Mehrdimensionalität* und *Komplexität* von Gesundheit:

„Neben körperlichem Wohlbefinden (z. B. positives Körpergefühl, Fehlen von Beschwerden und Krankheitsanzeichen) und psychischem Wohlbefinden (z. B. Freude, Glück, Lebenszufriedenheit) gehören auch Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung dazu. Gesundheit hängt ab vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung und dem Umgang mit Belastungen, von Risiken und Gefährdungen durch soziale und ökologische Umwelt sowie vom Vorhandensein, von der

Wahrnehmung, Erschließung und Inanspruchnahme von Ressourcen. Die sozialwissenschaftlichen Definitionsversuche des Phänomens Gesundheit zeichnen sich dabei durch eine Komplexität aus, die historisch betrachtet als neu zu bezeichnen ist“ (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S. 16).

Die hier beschriebene Komplexität des Gesundheitsbegriffs verdeutlicht, dass das Phänomen Gesundheit in all seinen Dimensionen nur schwer greifbar ist. Während sich Krankheitsbilder vergleichsweise leicht anhand verschiedener Symptome beschreiben lassen, fehlt es an adäquaten Möglichkeiten der Differenzierung und Beschreibung eines Gesundheitszustandes. Entsprechend schwierig gestaltet sich die Operationalisierung und Messung des Phänomens, was Kompromisse in der begrifflichen Eingrenzung erforderlich macht.

Insbesondere Studien jüngerer Datums versuchen neben medizinischen Indikatoren auch dem subjektiven Gesundheitsempfinden Rechnung zu tragen. In der Shell-Jugendstudie 2006, die erstmals auch Fragestellungen zur subjektiven Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Jugendlichen einbezieht, wurde beispielsweise versucht, die Einschätzung der Jugendlichen hinsichtlich ihres körperlichen und psychischen Wohlbefindens zu erfassen. Die Frage lautete: „Wie würdest Du Deinen Gesundheitszustand beschreiben?“, die Antwortmöglichkeiten reichten von „ausgezeichnet“, über „gut“, „einigermaßen“ bis „schlecht“ (Shell Studie, 2006, S. 86). Die Ergebnisse veranschaulichen eindrucksvoll, wie die Einschätzung der gesundheitlichen Lage auf der Basis von medizinischen Daten von der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes abweichen (können): 90 % der befragten Jugendlichen im Alter von 12 bis 25 Jahren bezeichnen ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“ oder „gut“, während die Gesundheitsexperten die gesundheitlichen Prognosen für die heranwachsende Generation als besorgniserregend beschreiben (vgl. ebd.). Interessant ist weiterhin, dass die subjektive Einschätzung der Jugendlichen mit zunehmendem Alter negativer wird, was eventuell darauf zurückzuführen ist, dass sich Jugendliche in einer Phase befinden, in der schon allein aufgrund der körperlichen Veränderungen Gesundheits- und Krankheitsthemen an Bedeutung gewinnen und sie sich entsprechend auch zunehmend mit Gesundheitsfragen und ihrem eigenen Gesundheitsverhalten

auseinandersetzen. Auch die sozialen Rahmenbedingungen spiegeln sich in der gesundheitlichen Selbstwahrnehmung wider: So schätzen Jugendliche aus unteren sozialen Schichten ihren Gesundheitszustand den realen Gegebenheiten gemäß schlechter ein als Jugendliche aus der oberen Mittelschicht oder Oberschicht (vgl. Shell Studie, 2006; Robert Koch-Institut, 2007).

1.2 Gesundheitskommunikation

Will man den Begriff der *Gesundheitskommunikation* bzw. *Health Communication* erklären und abgrenzen, so erweist sich die Festlegung auf eine allgemein konsensfähige Definition als schwierig. Dies hängt nicht zuletzt mit dem breiten Themenspektrum und der Interdisziplinarität zusammen, im Rahmen derer Gesundheitskommunikation behandelt wird. So könnte man zunächst vermuten, der Begriff *Gesundheitskommunikation* bzw. *Health Communication* bezöge sich ausschließlich auf die Kommunikation über Gesundheit. Tatsächlich aber sind auf dem Kontinuum der verschiedenen Zustände von Gesundheit und Krankheit (vgl. Kapitel 1.1) alle Themen eingeschlossen, wobei allerdings der Fokus häufig auf konkrete Krankheitsbilder (z. B. HIV/AIDS, Krebs, vgl. auch Kapitel 2.2) gelegt wird. Darüber hinaus wird in den meisten Publikationen als Ausgangspunkt auf die Begriffsbestimmung von Kreps und Thornton (1984) verwiesen:

Definition von Health Communication nach Kreps und Thornton (1984)

„Health Communication is an area of study concerned with human interaction in the health care process“ (S. 2).

Das heißt, dass sich Health Communication mit allen Interaktions- und Kommunikationsprozessen von Personen im Rahmen der Gesundheitsversorgung beschäftigt. (Gelungene) Kommunikation wird als bedeutsamer Faktor für das Funktionieren des Gesundheitssystems betrachtet. Jedoch hat gerade mediale Kommunikation in unserer

heutigen Gesellschaft einen hohen Stellenwert. Sie ist für die Vorstellungen, Einstellungen und Verhaltensweisen der Menschen sowie für das Funktionieren des gesellschaftlichen Zusammenlebens wichtig. Diesbezüglich kann an der Definition von Kreps und Thornton (1984) kritisiert werden, dass diese sich – zumindest implizit – auf interpersonale Formen von Gesundheitskommunikation konzentriert (vgl. u. a. Jazbinsek, 2000b; Baumann, 2003).

In den letzten Jahren sind diverse Definitionsversuche unternommen worden, die zu einer Betonung jeweils unterschiedlicher Facetten von Health Communication geführt haben. Schiavo (2007) hat verschiedene Definitionen gesichtet und folgende Zielrichtungen identifiziert, die die Rolle von Gesundheitskommunikation kennzeichnen (S. 8ff.):

- Information und Einflussnahme auf individuelle und gemeinschaftliche Entscheidungen
- Motivation
- Verhaltensänderung
- Wissenszuwachs und Verbesserung des Verständnisses von gesundheitsbezogenen Themen
- Stärkung (Empowerment)
- Partnerschaft, Partizipation, Austausch, Dialog

Aus der Synopse vorliegender Definitionen zu Health Communication entwickelte Schiavo (2007) folgende Arbeitsdefinition, die bemüht ist, den Gegenstandsbereich umfassend zu beschreiben:

Definition von Health Communication nach Schiavo (2007)

„Health Communication is a multifaceted and multidisciplinary approach to reach different audiences and share health-related information with the goal of influencing, engaging, and supporting individuals, communities, health professionals, special groups, policymakers and the public to champion, introduce, adopt, or sustain a behavior, practice, or policy that will ultimately improve health outcomes“ (S. 7).

Ebenso wie bei Kreps und Thornton (1984) zielt auch diese Definition auf den Bereich der Gesundheitsversorgung und somit auf die intendierte Ansprache einer (vorab) festgelegten Zielgruppe mit dem Ziel, das Gesundheitsverhalten dieser Personen positiv zu beeinflussen.

Aus dem deutschsprachigen Raum liegen (noch) vergleichsweise wenige Definitionen vor. Der Terminus *Health Communication* wurde in der Regel direkt mit *Gesundheitskommunikation*, *Medizinkommunikation* oder *Medizinpublizistik* übersetzt (vgl. Fischer, 1988, 1990b), was bereits auf die Breite des Themenspektrums verweist. Während *Health Communication* alle Kommunikationsvorgänge im Gesundheitssektor umfasst (z. B. Arzt-Patienten-Gespräch, Aufklärungskampagnen etc.), konzentriert sich der Forschungs- und Anwendungsbereich der Gesundheitskommunikation im deutschsprachigen Raum vor allem auf Kommunikationsmaßnahmen mittels Massenmedien (vgl. Huber, 1991; Signitzer, 2001). So fokussiert beispielsweise die Definition von Krause et al. (1989) auf alle (zielgerichteten) massenmedialen Aktivitäten, „die im Rahmen von Projekten zur Gesundheitsförderung durchgeführt werden. Damit sind Maßnahmen für verschiedene Zielgruppen gemeint [...]. Der Begriff schließt gleichzeitig eine Methoden- und Maßnahmenvielfalt ein, die aus den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit, Public Relations und Werbung stammt“ (Krause et al., 1989, S. 13, zitiert nach Signitzer, 1994, S. 292).

Dieses technische Verständnis von Gesundheitskommunikation greift insofern zu kurz, als dass das Hauptaugenmerk auf intendierten Formen öffentlicher Kommunikation liegt, die auf einem klassischen linearen Sender-Empfänger-Modell basieren. Der Schwerpunkt liegt somit deutlich auf der Kommunikatorseite, während der Rezipient nahezu unberücksichtigt bleibt. Insbesondere die Weiterentwicklungen medialer Angebote, wie des Internet und seiner Dienste, verlangen nach einer Definition, die der Wechselseitigkeit der Kommunikation Rechnung trägt. Zudem bedarf es vor dem Hintergrund des oben angeführten Gesundheitsbegriffs der Berücksichtigung von gesundheits- und krankheitsbezogenen Themen gleichermaßen. Hurrelmann und Leppin (2001b) sehen insbesondere die Notwendigkeit einer fundierten Grundlagenforschung im Bereich der Gesundheitskommunikation, um den Gegenstandsbereich adäquat definieren zu können. Ihre Arbeitsdefinition zeichnet sich durch die Berücksichtigung der verschiedenen Facetten des Gegenstandsbereichs aus: