

Klaus Hurrelmann Eva Baumann
Herausgeber

Handbuch Gesundheits- kommunikation



HUBER



Hurrelmann/Baumann (Hrsg.)
Handbuch Gesundheitskommunikation

Verlag Hans Huber
Programmbereich Gesundheit

Wissenschaftlicher Beirat:
Ansgar Gerhardus, Bremen
Klaus Hurrelmann, Berlin
Petra Kolip, Bielefeld
Milo Puhan, Zürich
Doris Schaeffer, Bielefeld

HUBER



Klaus Hurrelmann

Eva Baumann

Herausgeber

Handbuch Gesundheitskommunikation

Verlag Hans Huber

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Herstellung: Daniel Berger
Bearbeitung: Ulrike Weidner, Berlin
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel
Druckvorstufe: punktgenau gmbh, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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



Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Medizin/Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2014

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-456-95432-5)
ISBN 978-3-456-85432-8

Inhalt

Gesundheitskommunikation: Eine Einführung	8
Eva Baumann und Klaus Hurrelmann	
Teil 1: Gesundheitskommunikation als interdisziplinäres Forschungsfeld	19
1. Trends und Perspektiven der Gesundheitskommunikation	20
Peter J. Schulz und Uwe Hartung	
2. Ansätze und Forschungsfelder der Gesundheitskommunikation	34
Astrid Spatzier und Benno Signitzer	
3. Soziologische Grundlagen der Gesundheitskommunikation	51
Peter-Ernst Schnabel	
4. Psychologische Grundlagen der Gesundheitskommunikation	64
Britta Renner und Martina Gamp	
5. Kommunikationswissenschaftliche Grundlagen der Gesundheitskommunikation	81
Constanze Rossmann, Matthias R. Hastall und Eva Baumann	
6. Das Verhältnis von Medizin und Gesundheitskommunikation	95
Claudia Kiessling	
Teil 2: Interpersonale Gesundheitskommunikation	109
7. Arzt-Patient-Interaktion	110
Annegret F. Hannawa und Fabia B. Rothenfluh	
8. Die Bedeutung der Kommunikation in der medizinischen Versorgung	129
Markus P. Anders und Eckhard W. Breitbart	
9. Evidenzbasierte Gesundheitsinformation	142
Martina Albrecht, Ingrid Mühlhauser und Anke Steckelberg	
10. Kritische Gesundheitsbildung und Patientenkompetenz	159
Anke Steckelberg und Martina Albrecht	
11. Gesundheitskommunikation für schwer erreichbare Zielgruppen	170
Doreen Reifegerste	
Teil 3: Massenmediale Gesundheitskommunikation	183
12. Medienberichterstattung über Gesundheitsrisiken	184
Georg Ruhrmann und Lars Guenther	
13. Medizin- und Gesundheitsjournalismus	195
Holger Wormer	

14. Gesundheitliche Effekte der Mediennutzung	214
Emily Finne und Jens Bucksch	
15. Gesundheitsrelevanz medialer Unterhaltungsangebote	228
Claudia Lampert	
16. Gesundheit in den Medien und die Bedeutung von Medieninhalten für die Gesundheit	239
Sebastian Scherr	
Teil 4: Online-Gesundheitskommunikation	253
17. Informations- und Kommunikationstechniken im Gesundheitswesen	254
Nikolaus Schumacher, Axel Mühlbacher und Axel Wiest	
18. eHealth und mHealth: Gesundheitskommunikation online und mobil.	271
Constanze Rossmann und Veronika Karnowski	
19. Peer-to-Peer-Gesundheitskommunikation mittels Social Media	286
Nicola Döring	
20. Exzessive und pathologische Formen der Nutzung von Social Media und Online Games	306
Thorsten Quandt, Ruth Festl und Michael Scharrow	
21. Diagnostik und Therapie der Internetabhängigkeit	321
Toni Steinbüchel, Jan Dieris-Hirche, Stephan Herpertz und Bert Theodor te Wildt	
22. Risiken im Web 2.0: Cybermobbing und Cyberbullying	332
Julia Fluck und Claudia Stelter	
Teil 5: Anbieter- und Angebotsperspektiven der Gesundheitskommunikation	347
23. Akteure der Gesundheitskommunikation und ihre Zielgruppen	348
Reinhold Roski	
24. Gesundheitskampagnen	360
Heinz Bonfadelli	
25. Gesundheitsmarketing	376
Uta Schwarz, Robert Mai und Stefan Hoffmann	
26. Krankenkassenkommunikation	386
Viviane Scherenberg	
27. Persuasions- und Botschaftsstrategien	399
Matthias R. Hastall	
Teil 6: Patienten- und Nutzerperspektiven der Gesundheitskommunikation	413
28. Wahrnehmung und Verarbeitung von Gesundheitsrisiken	414
Hannah Früh	
29. Risikokompetenz von Ärzten und Patienten	424
Astrid Kause, Roman Prinz, Wolfgang Gaissmaier und Odette Wegwarth	

30. Gesundheitskompetenz	440
Nicola Diviani und Anne-Linda Camerini	
31. Nutzung von Gesundheitsinformationen	451
Eva Baumann und Matthias R. Hastall	
Teil 7: Politik- und Praxisbezüge der Gesundheitskommunikation	467
32. Institutionalisierte Patienten- und Nutzerberatung	468
Doris Schaeffer, Michael Ewers und Sebastian Schmidt-Kaehler	
33. Politische Relevanz der Gesundheitskommunikation	482
Gerd Glaeske	
34. Ethische Aspekte der Gesundheitskommunikation	493
Jan Schildmann, Irene Hirschberg und Jochen Vollmann	
35. Gesundheitskommunikation als Beruf	503
Marina Bøddeker, Christoph Dockweiler und Peter-Ernst Schnabel	
Autorenverzeichnis	516
Sachregister	524

Gesundheitskommunikation: Eine Einführung

Eva Baumann und Klaus Hurrelmann

Das Wissen über Gesundheit und der Austausch von Informationen zu gesundheitlichen Themen werden immer wichtiger. Die Kommunikation über Gesundheit findet nicht nur ununterbrochen in medizinischen und therapeutischen Versorgungseinrichtungen statt, wo sich die Beziehungen zwischen Professionellen und Patienten/Klienten gerade neu strukturieren, sondern sie hat fast ebenso kontinuierlich auch ihren Platz im Alltag der Menschen. Die rasante Entwicklung in der Medienbranche macht völlig neue Formen der Wissensbeschaffung und des Austauschs über Gesundheits- und Krankheitsthemen möglich. Moderne Interaktions- und Kommunikationstechniken beeinflussen inzwischen den gesamten Gesundheitsmarkt und alle Sektoren der Versorgung, von der Gesundheitsförderung und Prävention über die medizinische und psychotherapeutische Behandlung bis hin zu Rehabilitation und Pflege.

Die Genese des Forschungsfeldes Gesundheitskommunikation

Fast unbemerkt hat sich in den letzten vierzig Jahren das interdisziplinäre Wissenschaftsgebiet *Gesundheitskommunikation* etabliert, das sich mit all diesen Fragen beschäftigt. Im englischen Sprachraum kam es schon in den 1970er-Jahren zur Gründung von *Health Communication* als einem eigenständigen akademischen Teilgebiet. In Deutschland dauerte es etwas länger, bis sich der Begriff durchsetzte und eine Verankerung in Forschung und Lehre fand. Als eines der ersten deutschsprachigen Fachbücher hierzu erschien im Jahr 2001 beim Verlag Hans Huber der programmatische Sammelband «Moderne Gesundheitskommunikation», herausgegeben von Klaus Hurrelmann und Anja Leppin, die beide an der

Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld tätig waren. Dieser Sammelband ging auf Modelle und Strategien der Gesundheitskommunikation ein und schlug eine Definition des Gebietes vor, behandelte neben der direkten personalen Kommunikation auch die über Massenmedien und interaktive Medien und beschäftigte sich abschließend mit der Qualitätssicherung der Gesundheitskommunikation.

Fast 15 Jahre später liegt nun das erste deutschsprachige *Handbuch der Gesundheitskommunikation* vor, das in gewisser Weise eine Wiederaufnahme und konzeptionelle Fortführung des Sammelbandes aus dem Jahr 2001 darstellt. Vergleicht man die beiden Werke, dann wird schnell deutlich, dass sich das Forschungsfeld im deutschsprachigen Raum im Verlauf der letzten 15 Jahre rasant weiterentwickelt und in vielfältiger Weise ausdifferenziert hat. Im Jahr 2001 steckten Theorie und Forschung zu Fragen gesundheitsrelevanter Kommunikation hierzulande noch in den Kinderschuhen, und eine disziplinübergreifende Verbindung der verschiedenen Forschungsaktivitäten und Sichtweisen auf den Gegenstand wäre kaum denkbar gewesen. So wurden Gesundheit und Krankheit in kommunikationswissenschaftlichen Zusammenhängen seinerzeit eher exemplarisch als ein Anwendungsfeld unter vielen mitbearbeitet; und in der medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung wurde die Bedeutung von Kommunikationsprozessen allenfalls als randständiger Aspekt beiläufig oder implizit mitbehandelt. Entsprechend wäre es zu diesem Zeitpunkt gar nicht möglich gewesen, eine systematisch angelegte Kollektion von Beiträgen zusammenzustellen, die ein kohärentes Bild des Themenfeldes zeichnen, zugleich die Vielfalt der relevanten Aspekte ausleuchten und durch ausgewiesene Fachleute aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen geschrieben werden. 15 Jahre später ist das durchaus möglich.

Als akademisches Fach ist Gesundheitskommunikation allerdings immer noch nicht fest etabliert. Macht man dies nach Schulz und Hartung (2010, S. 548) an der Existenz von (1) einschlägigen Fachzeitschriften, (2) wissenschaftlichen Verbänden und (3) Fachbereichen, Instituten sowie akademischen Positionen an Hochschulen, (4) an Studiengängen und (5) Veröffentlichungen von Lehrbüchern fest, kann nur für die USA gesagt werden, dass das Gebiet zufriedenstellend eingerichtet ist. In Europa ist es allenfalls auf dem Weg dahin.

Auch im deutschsprachigen Raum ist eine wissenschaftliche Institutionalisierung des Forschungsbereichs nur ansatzweise zu erkennen. Zwar zeichnen sich an einigen Standorten entsprechende Forschungsschwerpunkte ab, die sich aus gesundheits- oder kommunikationswissenschaftlicher Perspektive dem Themenfeld widmen, eigene Lehrstühle und Forschungsinstitute gibt es an den Universitäten und Hochschulen in Deutschland jedoch nicht. Die allmähliche Etablierung lässt sich aber bereits an einschlägigen Publikationsaktivitäten verfolgen. Sowohl aus kommunikationswissenschaftlicher als auch aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive liegen inzwischen deutschsprachige Monografien zum Thema vor. Die erste wurde von Bettina Fromm, Eva Baumann und Claudia Lampert 2011 vorgelegt und ist von einer primär kommunikationswissenschaftlichen Forschungsperspektive geprägt. 2012 folgte die Publikation von Peter-Ernst Schnabel und Malte Bödeker, die aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive geschrieben ist. Die beiden Werke geben einen Überblick über wichtige Theorien und Forschungsbereiche des sich entwickelnden Gebietes.

Sonderhefte wie beispielsweise der inzwischen englischsprachig erscheinenden *Zeitschrift für Medienpsychologie/Journal of Media Psychology* (Friedrich, 2014), der *Zeitschrift merzWissenschaft* (Heft 6/2011 zum Thema «Medien und Gesundheitsförderung»), des *Public Health Forums* (Heft 68/2010 mit dem Schwerpunktthema «Gesundheit in den Medien») und bereits 2003 das Themenheft von *Medien und Kommunikationswissenschaft* (Bleicher & Lampert, 2003) zeugen von einer In-

teraktivierung der Forschungsaktivitäten und ihrer Beachtung in der wissenschaftlichen Fachöffentlichkeit im deutschsprachigen Raum. Hinzu kommen Sammelbände, in denen die Forschungsaktivitäten im Themenfeld gebündelt werden, beispielsweise von Constanze Rossmann und Matthias Hastall (2013) zum Thema Medien und Gesundheitskommunikation, von Reinhold Roski (2009) zur zielgruppengerechten Gesundheitskommunikation sowie von Stefan Hoffmann und Kollegen zum Gesundheitsmarketing (Hoffmann & Müller, 2010; Hoffmann, Schwarz & Mai, 2012), in denen auch vielfältige Kommunikationsaspekte thematisiert werden.

Die schrittweise Institutionalisierung ist auch an der Gründung akademischer Vereine (z. B. *Gesundheitskommunikation e.V.*) und Netzwerke zum Wissenschafts-Praxis-Transfer (z. B. *Netzwerk Medien und Gesundheitskommunikation*) oder der Gründung einer Arbeitsgruppe zur Gesundheitskommunikation in der kommunikationswissenschaftlichen Fachgesellschaft (*Ad-hoc-Gruppe Gesundheitskommunikation* in der Deutschen Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft, DGPK) abzulesen. Schließlich sind inzwischen auch auf transdisziplinärer Ebene Professionalisierungstendenzen in der Gestaltung und Evaluation von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen durch Anwendung sozialwissenschaftlicher Qualitätskriterien zunehmend spürbar.

Der Gegenstand von Gesundheitskommunikation

Klaus Hurrelmann und Anja Leppin haben in ihrer Einleitung zum Sammelband «Moderne Gesundheitskommunikation» darauf hingewiesen, dass sich ein Verständnis von Gesundheitskommunikation am besten gewinnen lässt, wenn auf die beiden Wortbestandteile Gesundheit und Kommunikation und ihre jeweilige interdisziplinäre theoretische Einbettung eingegangen wird.

Unter *Gesundheit* wird der Stand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person ver-

standen, der einen Ausgleich zwischen inneren und äußeren Anforderungen zum Ausdruck bringt. Gesundheit bezeichnet

den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial im Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut infrage gestellt ist. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, es ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Leistungspotenziale möglich und es steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147).

Analog wird *Krankheit* als das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren definiert, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von körperlichen und psychischen und von sozialen und materiellen Anforderungen nicht gelingt.

Unter *Kommunikation* wird, meist im Anschluss an die handlungstheoretische Tradition des Symbolischen Interaktionismus,

ein soziales, intentionales und zielgerichtet auf andere Menschen bezogenes Handeln verstanden, das mit einem subjektivem Sinn verbunden ist. Dieses Handeln bezieht sich auf das Denken, Fühlen und Handeln anderer Menschen, es ist auf Verständigung ausgerichtet, und in dessen Rahmen werden Bedeutungen vermittelt. Es geht dabei um den wechselseitigen Austausch von Wissen, Erfahrungen, Gedanken, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen und die Übertragung von Nachrichten und Informationen durch Symbole in Form von Sprache, Bildern und anderen Zeichen (Blumer, 1981).

In einem produktiv realitätsverarbeitenden Prozess personen- und situationsabhängiger Realitätsdeutungen (Hurrelmann, 1983) setzen sich Individuen durch Kommunikation mit ihrer inneren

und äußeren Realität auseinander und bewältigen dabei auch jene Sozialisations- und Entwicklungsaufgaben, auf die in der obigen Definition von Gesundheit und Krankheit verwiesen wird – auch wenn dies nicht immer mit gesundheitsförderlichen Folgen verbunden ist (siehe hierzu ausführlich Baumann, 2009).

Der Begriff Kommunikation unterscheidet zwischen direkt-persönlichen (interpersonalen) und medienvermittelten Formen des Handelns. Bei der interpersonalen Kommunikation werden Informationen unmittelbar zwischen den Kommunikationspartnerinnen und -partnern ausgetauscht, indem sie über Sprache und andere Zeichen wie Gestik und Mimik übermittelt, vom jeweiligen Gegenüber interpretiert und mit Bedeutung versehen werden. Bei der indirekten Kommunikation dienen Medien als Träger der sprachlichen Zeichen, sodass die Kommunikation zwischen den Partnern über technische Hilfsmittel erfolgt. So können über Massenmedien wie Zeitungen, Zeitschriften, Fernsehen und Hörfunk, inzwischen zunehmend über das Internet und verschiedene Onlineanwendungen, aber auch über das (Mobil-)Telefon räumliche und zeitliche Distanzen überbrückt werden (Maletzke, 1998).

Sowohl der Begriff *Gesundheit* als auch der Begriff *Kommunikation* sind ihrerseits in konzeptionell ausdifferenzierte theoretische Wissenschaftsgebiete einbezogen. Der Begriff *Gesundheitskommunikation* führt damit zwei komplexe und wissenschaftsgeschichtlich junge Interdisziplinen zusammen: die *Gesundheitswissenschaften* und die *Kommunikationswissenschaft*.

Hurrelmann und Razum definieren *Gesundheitswissenschaften* in der Einführung zu dem von ihnen herausgegebenen «Handbuch Gesundheitswissenschaften» als

ein Ensemble von wissenschaftlichen Einzeldisziplinen, die auf einen gemeinsamen Gegenstandsbereich gerichtet sind, nämlich die Analyse von Determinanten und Verläufen von Gesundheit und Krankheitsprozessen und die Ableitung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen und deren systematische Evaluation unter Effizienzgesichtspunkten (Hurrelmann & Razum, 2012, S. 16).

Obwohl das Gebiet wie in anderen westeuropäischen und nordamerikanischen Ländern zu Beginn des 20. Jahrhunderts auch in Deutschland sehr gut entwickelt war, kam es durch die nationalsozialistische Herrschaft in Deutschland zu einer politischen und ideologischen Instrumentalisierung seiner zentralen Begriffe. Das machte es nach dem Zweiten Weltkrieg zunächst unmöglich, wieder an eine Konzeption von «Volksgesundheit» anzuknüpfen. Erst in den 1980er-Jahren wurde zögerlich der englische Begriff *Public Health*, später auch die deutsche Bezeichnung *Gesundheitswissenschaften* verwendet, um den früheren Begriff «Volksgesundheit» zu ersetzen.

Die *Kommunikationswissenschaft* beschäftigt sich laut dem Selbstverständnis ihrer Fachgesellschaft mit den

sozialen Bedingungen, Folgen und Bedeutungen von medialer, öffentlicher und interpersonaler Kommunikation. Der herausragende Stellenwert, den Kommunikation und Medien in der Gesellschaft haben, begründet die Relevanz des Fachs (Deutsche Gesellschaft für Publizistik und Kommunikationswissenschaft, 2008, S. 1).

Mit den dynamischen Entwicklungen der modernen Informationsgesellschaft, in der Medien alle Ebenen des beruflichen und privaten Lebens durchdringen und nahezu jede Form des sozialen Handelns im Alltag prägen, verschwimmen die Grenzen zwischen medial vermittelter öffentlicher Kommunikation auf der einen Seite und mediengestützter und/oder direkt-persönlicher Kommunikation zwischen Individuen und in Gruppen auf der anderen Seite zusehends. Permanent online sein – und somit Medien nutzen – und mit anderen in kommunikativem Austausch stehen – so lässt sich der Trend beschreiben, der sich zumindest unter jüngeren Leuten abzeichnet und mit wissenschaftlichen Herausforderungen für verschiedene Disziplinen verbunden ist (Vorderer & Kohring, 2013).

Eine zentrale Gemeinsamkeit der Gesundheitswissenschaften und der Kommunikationswissenschaft liegt in ihrem Verständnis als empirisch-sozialwissenschaftlich arbeitende Disziplin. Zudem

sind beide Disziplinen in der Soziologie und Psychologie verankert, zusätzlich werden in beiden Wissenschaftsbereichen viele Fragestellungen im Rückgriff auf Ökonomie, Politikwissenschaft, Pädagogik oder Rechtswissenschaft bearbeitet. Inzwischen ist auch in Deutschland eine zunehmende Verzahnung zwischen den Gesundheitswissenschaften und der Kommunikationswissenschaft zu verzeichnen. Sie manifestiert sich zum Beispiel in gemeinsamen Publikationen sowie interdisziplinären und transdisziplinären Forschungsprojekten, die schon in der Antragsstellung kommunikationswissenschaftliche Perspektiven auf gesundheitswissenschaftliche, gesundheitspsychologische oder medizinische Forschungsgegenstände integrieren.

Die Definition von Gesundheitskommunikation

Junge Disziplinen sind durch eine große Offenheit, aber auch Unstrukturiertheit gekennzeichnet; es gibt nur wenige allgemein anerkannte theoretische und methodische Orientierungen und Vorgehensweisen, und auch die zentralen Begriffsverständnisse einschließlich der konstituierenden Schlüsselbegriffe *Gesundheit* und *Kommunikation* sind noch im Fluss. Eine dem Forschungsgegenstand angemessene Definition von Gesundheitskommunikation muss Gesundheit und Krankheit in dem oben beschriebenen weiteren Sinn verstehen und objektive ebenso wie subjektive Perspektiven auf physischer, psychischer und sozialer Ebene integrieren sowie die Rolle von Kommunikation als eine Form des sozialen Handelns auf allen Stufen des Kommunikationsprozesses reflektieren.

Vielen Definitionen von Gesundheitskommunikation ist jedoch eine kommunikatorzentrierte Perspektive sowie ein Fokus auf intendierte Kommunikationsprozesse beziehungsweise eine Persuasionsabsicht inhärent (im Überblick z.B. Baumann, Lampert & Fromm, 2012). Dies ist beispielsweise in der Definition von Peter-Ernst Schnabel verankert, der Gesundheitskommunikation definiert als:

die Gesamtheit aller mehr oder weniger organisier- ten Bemühungen, die Botschaft der Gesundheit auf allen vermittlungsrelevanten Ebenen (Individuen, Organisationen, ganze Gesellschaften), durch den Einsatz möglichst vieler zielführender Strategien (Be- ratung, Organisationsentwicklung, Aufklärungs- und Informationskampagnen) und unter Verwendung einer Mischung geeigneter Medien (Buch, Presse, Funk, Fernsehen, Internet) zu verbreiten, um dadurch die Einstellungen und Verhaltensweisen der Men- schen in einer Weise zu beeinflussen, die diese zu einer möglichst selbst bestimmten, auf die Vermei- dung von Krankheitsrisiken und die Stärkung von Gesundheitsressourcen ausgerichtete Lebensfüh- rung befähigt, was bei Bedarf auch die Fähigkeiten mit einschließen muss, die eigenen Gesundheitsinter- essen gegen Widerstand durchzusetzen (Schnabel 2009, S. 39).

Dieser definitorische Ansatz steht mit dem Vor- schlag von Peter Schulz und Uwe Hartung in Einklang, die der Gesundheitskommunikation in ihrem Beitrag in diesem Handbuch (S. 31) den Zweck zuschreiben, «durch Optimieren der Kommunikation erfreuliche Ergebnisse für die Gesundheit zu erzielen, gleichviel ob es sich um die Behandlung von akuten, das Zurechtkommen mit chronischen Erkrankungen oder Fragen der Vorbeugung handelt». Die Autoren stützen sich dabei auf Autoren wie Finnegan und Viswanath (1990), die davon ausgehen, dass Gesundheits- kommunikation das Studium des Nutzens von Kommunikation bei der Einflussnahme auf indi- viduelle und kollektive Entscheidungen aufnimmt, die Auswirkungen auf die menschliche Gesund- heit ausüben. Durch Optimierung der Kommuni- kation, so der Anspruch des Faches, sollen sich Vorbeugung, Diagnose und Therapie so weit ver- bessern, dass sich der Gesundheitszustand positiv entwickelt; auf gesellschaftlicher Ebene erwartet man von optimierter Gesundheitskommunikation die Absenkung der Gesundheitskosten.

Diesem Begriffsverständnis folgend, geht Ge- sundheitskommunikation an der Schnittstelle von Gesundheits- und Kommunikationswissen- schaft der Rolle von Kommunikation im Kontext gesundheitswissenschaftlicher Fragestellungen

auf den Grund – im engeren Sinn bestimmt hier ein normativ geprägtes gesundheitswissenschaf- tliches Verständnis den kommunikationswissen- schaftlichen Forschungsgegenstand. Verbunden mit einer krankheitsverhindernden oder gesund- heitsfördernden Zielsetzung ist diese definitori- sche Eingrenzung absolut sinnvoll und treffend, jedoch deckt dieser Fokus nur einen – wenn auch zentralen – Teil dessen ab, was für eine *umfassen- de* und *interdisziplinäre Forschungsperspektive auf die Bedeutung von Kommunikation für Gesundheit und Krankheit* relevant ist, die im vorliegenden Handbuch gebündelt werden soll. So werden bei- spielsweise solche Aspekte des Themenfeldes ver- nachlässigt, die eine subjekt- beziehungsweise re- zipientenzentrierte Perspektive abbilden, also von den Informations- und Kommunikationsbe- dürfnissen der Menschen ausgehen und den Interaktionscharakter kommunikativen Han- delns betonen.

Bereits im Sammelband von 2001 haben Hur- relmann und Leppin eine Definition von Gesund- heitskommunikation vorgelegt, die ein erweitertes Kommunikationsverständnis zugrundelegt, das der Wechselseitigkeit des sozialen Handelns und der komplexen Realität kommunikativer Bezie- hungen gerecht wird und dabei auch auf die verschiedenen am Kommunikationsprozess betei- ligten Akteure und Akteursrollen sowie auf unter- schiedliche Kommunikationsebenen und -wege verweist:

Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermitt- lung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patient/Klienten in den gesund- heitlichen Versorgungsprozess einbezogen sind und/ oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Ge- sundheit und Krankheit und öffentlicher Gesund- heitspolitik interessiert sind. Dieser Austausch kann direkt-personal, wie in der Arzt-Patient-Interaktion, oder in einer Interaktion unter Experten erfolgen, oder er kann durch technische Medien vermittelt sein (Hurrelmann & Leppin, 2001, S. 11).

Diese Definition geht bereits weit über eine unidi- rektionale und intendierte Informationsvermitt-

lung mit dem Ziel der Verbesserung von Gesundheit hinaus, impliziert jedoch – wie die meisten anderen Definitionen – zugleich einen recht unmittelbaren Bezug zum Versorgungssystem.

Mit dem Voranschreiten der wissenschaftlichen Arbeiten in den unterschiedlichen Disziplinen und Anwendungsfeldern ist auch die Diskussion um den Begriff Gesundheitskommunikation weitergekommen. Dies resultiert teilweise auch erst aus dem Aufkommen neuartiger, aber gesellschaftlich zunehmend relevanter Phänomene, die – wie beispielsweise Cyberbullying oder Internetsucht – einen Bezug zu Gesundheit und Kommunikation haben, aber nicht zu einem engen Begriffsverständnis von Gesundheitskommunikation passen.

Vor diesem Hintergrund plädieren Fromm, Baumann und Lampert für eine Erweiterung der Perspektive auf das Forschungsfeld, wonach Gesundheitskommunikation *alle* kommunikativen Prozesse berücksichtigen sollte, die sich mit der Produktion von gesundheitsbezogenen Kommunikationsinhalten oder gesundheitsrelevanten Aspekten des Kommunikationshandelns (hier insbesondere der Mediennutzung) unterschiedlicher Akteure befassen und die Gesundheit des Einzelnen ebenso berücksichtigen wie gesellschaftliche Dimensionen (Fromm, Baumann & Lampert, 2011, S. 33). So werden auch jene – empirisch bisweilen durchaus bedeutsame – Kommunikationsprozesse einbezogen, die unerwünschte Formen annehmen (z.B. Pro-Anorexie-Online-Communities) und Folgen haben (z.B. Nachahmungseffekte bei Suizidberichterstattung), oder durch gesundheitsrelevantes Verhalten initiiert werden (z.B. Fitness-Tracks, die auf Facebook gepostet und kommentiert werden). Und selbst wenn die Kommunikationsinhalte keinen unmittelbaren oder expliziten Gesundheitsbezug aufweisen, aber im Zusammenhang mit Gesundheitsindikatoren zu sehen sind (z.B. Übergewicht und TV-Konsum), gehört dies unbestritten zum Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation dazu. Auch Rossmann und Ziegler (2013) verweisen darauf, dass Gesundheitskommunikation prinzipiell «jegliche Kommunikation über Gesundheit und Krankheit [erfasst], die entweder bewusst zur Aufklärung, Gesundheitsförderung oder Prävention

initiiert wird, oder nebenbei, z. B. in medialen Unterhaltungsangeboten, stattfindet» (Rossmann & Ziegler, 2013, S. 385).

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, schlagen wir die folgende erweiterte Definition vor:

Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Erfahrungen, Meinungen und Gefühlen, die sich auf Gesundheit oder Krankheit, Prävention oder den gesundheitlichen Versorgungsprozess, die Gesundheitswirtschaft oder Gesundheitspolitik richten. Die Kommunikation kann auf interpersonaler, organisationaler oder gesellschaftlicher Ebene stattfinden und direkt, persönlich oder medienvermittelt erfolgen. Gesundheitsbezogene Kommunikation schließt dabei alle Kommunikationsinhalte ein, die sich auf Gesundheit, Krankheit oder deren Determinanten beziehen; gesundheitsrelevante Kommunikation umfasst alle Formen symbolvermittelter sozialer Interaktion, die – auch unabhängig von der Intention der Kommunikationspartner – das Gesundheitsverhalten direkt oder indirekt beeinflussen, oder durch dieses initiiert werden.

Diese Definition wird unserer Auffassung nach nicht nur dem umfassenden Verständnis von Gesundheit, sondern auch einem modernen Kommunikationsverständnis sowie den interdisziplinären Forschungszusammenhängen gerecht, in denen die beiden Bestandteile Gesundheit und Kommunikation stehen. Erst ein solch breites Verständnis vermag es, den Gegenstand in seiner empirisch gegebenen Bandbreite zu analysieren, zu erklären und auf dieser Grundlage auch die vielfältigen Herausforderungen und Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung durch Kommunikation abzuleiten.

Zu diesem Handbuch

In diesem Handbuch geben renommierte Autorinnen und Autoren aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen – vor allem der

Kommunikationswissenschaft, den Gesundheitswissenschaften, der Medizin, Psychologie und Soziologie – einen systematischen Überblick über das breite Themenspektrum und die vielfältigen theoretischen und empirischen Zugänge auf diesem sich schnell entwickelnden Gebiet. Neben Modellen, Konzepten, Strategien und Programmen der Gesundheitskommunikation werden die unterschiedlichen Kommunikationswege, die Perspektiven der verschiedenen Kommunikationspartner sowie die gesundheitspolitischen und praxisbezogenen Implikationen der Kommunikation im Kontext von Gesundheit und Krankheit analysiert. Alle Beiträge sind so aufgebaut, dass sie theoretische Fundierung und Anwendungsorientierung vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes miteinander kombinieren. Dem Aufbau individueller und institutioneller Gesundheits- und Kommunikationskompetenz wird besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Auch nicht intendierte Gesundheitseffekte, die mit Kommunikation und Mediennutzung verbunden sein können, spielen in vielen Beiträgen eine große Rolle.

Der erste Teil des Handbuches liefert das grundlegende Verständnis des *interdisziplinären Forschungsfeldes Gesundheitskommunikation*. Zunächst geben die Beiträge von Peter Schulz und Uwe Hartung sowie von Astrid Spatzier und Benno Signitzer einen umfassenden Überblick über den Forschungsbereich, seine Trends und Entwicklungslinien, die Begriffsverständnisse und Differenzierungsebenen. Anschließend wird das Gebiet aus den verschiedenen fachwissenschaftlichen Perspektiven beleuchtet. Hierzu beschreibt Peter-Ernst Schnabel zunächst, was eine soziologische Sichtweise zum Verständnis beitragen kann, wenn Menschen über Gesundheit und Krankheit kommunizieren. Britta Renner und Martina Gamp stellen Ziele und Wirkungen gesundheitsbezogener Kommunikation aus einer psychologischen Perspektive dar. Constanze Rossmann, Matthias Hastall und Eva Baumann skizzieren die für den Gegenstand relevanten Grundlagen entlang der zentralen Forschungsfelder der Kommunikationswissenschaft. Claudia Kiessling beschreibt die Bedeutung von persönlicher Kommunikation mit

Patientinnen und Patienten sowie unter professionellen Gesundheitsakteuren in der Medizin.

Der zweite Teil des Handbuches ist dem wichtigen Bereich der *interpersonalen Kommunikation* in den Lebens- und Versorgungskontexten von Patienten gewidmet. Annegret Hannawa und Fabia Rothenfluh legen die theoretischen Grundlagen zur Beschreibung und Erklärung der Arzt-Patient-Beziehung und gehen auf die für beide Seiten hiermit verbundenen kommunikativen Herausforderungen ein. Markus Anders und Eckhard Breitbart systematisieren die verschiedenen Kommunikationsformen im medizinischen Behandlungskontext nach einem anderen Prinzip, indem sie diese prozessorientiert entlang des Krankheitsverlaufes differenzieren. Die für eine informierte Entscheidung erforderlichen Grundlagen und die damit verbundenen Anforderungen an die Aufbereitung der Informationen sowie die strukturellen Rahmenbedingungen evidenzbasierter Gesundheitsinformation beschreiben Martina Albrecht, Ingrid Mühlhauser und Anke Steckelberg. Die dafür auf Rezipientenseite erforderlichen Bedingungen und Strategien zur Förderung einer kritischen Gesundheitsbildung und Patientenkompetenz formulieren Anke Steckelberg und Martina Albrecht im anschließenden Kapitel. Doreen Reifegerste liefert schließlich Ansatzpunkte dafür, wie die als schwer erreichbar geltenden Zielgruppen mit Gesundheitsinformationen vor allem über Multiplikatoren adressiert werden können.

Der *massenmedialen Gesundheitskommunikation* ist der dritte Teil des Handbuches gewidmet. Darin beschreiben Georg Ruhrmann und Lars Guenther zunächst, wie und mit welchen inhaltlichen Rahmungen die Medien über Gesundheitsrisiken berichten. Das für die Gesundheitskommunikation klassische Themenfeld des Medizin- und Gesundheitsjournalismus strukturiert Holger Wormer, der dabei auch auf Qualitätsaspekte der Berichterstattung eingeht. Eine vom konkreten Medieninhalt weitgehend unabhängige, aber dennoch zentrale Facette der medialen Gesundheitskommunikation bearbeiten Emily Finne und Jens Bucksch, die aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive die vielfältigen Zusammenhänge zwischen der Nutzung von Bildschirmmedien und

verschiedenen Gesundheitsaspekten systematisieren. Claudia Lampert nimmt im nächsten Beitrag mediale Unterhaltungsangebote näher in den Blick und gibt einen Überblick sowohl über gesundheitsförderliche als auch gesundheitswidrige Potenziale dieser Formate. Der Abschnitt schließt mit einem Überblick von Sebastian Scherr über gesundheitsbezogene Themen in den Massenmedien und ihre Bedeutung für die Gesundheit.

Angesichts der hohen und weiter wachsenden Bedeutung interaktiver und internetbasierter Kommunikationsformen in Gesundheitskontexten ist der *Online-Gesundheitskommunikation* ein eigener und umfangreicher Abschnitt dieses Handbuchs gewidmet. Dazu stellen Nikolaus Schumacher, Axel Mühlbacher und Axel Wiest zunächst die kommunikationstechnischen Entwicklungen im Gesundheitswesen dar, die aus unterschiedlichen Akteursperspektiven beleuchtet werden. Constanze Rossmann und Veronika Karnowski beschreiben anschließend Angebot, Nachfrage und Wirkung von Gesundheitsangeboten, die online und mobil verfügbar sind, um hieraus schließlich Potenziale und Grenzen der Online-Gesundheitskommunikation abzuleiten. Social Media-Angebote, die neue Wege der Peer-to-Peer-Gesundheitskommunikation ermöglichen, werden von Nicola Döring am Beispiel von Online-Diskussionsforen, Online-Videokanälen und Mobile Apps vorgestellt. Neben den zahlreichen Potenzialen, die Online-Gesundheitskommunikation bietet, birgt die Nutzung des Internets auch jenseits gesundheitsbezogener Inhalte Risiken, die im Forschungsfeld Gesundheitskommunikation behandelt werden. Hierzu gehören exzessive und pathologische Formen der Nutzung von Social Media und Online Games, die aus einer primär kommunikationsbeziehungsweise sozialwissenschaftlichen Sicht von Thorsten Quandt, Ruth Festl und Michael Scharnow beschrieben werden. Mit pathologischen Formen der Internetnutzung umzugehen, stellt zugleich Gesundheitsexperten vor neue Herausforderungen der Diagnostik und Therapie, denen Toni Steinbüchel, Jan Dieris-Hirche, Stephan Herpertz und Bert Theodor te Wildt aus medizinischer Sicht auf den Grund gehen. Auch die pädagogische Forschung steht vor großen Aufgaben, wenn es um

missbräuchliche Formen der Internetnutzung geht. Julia Fluck und Claudia Stelter widmet sich deshalb dem Thema Cybermobbing und Cyberbullying – einem Phänomen, das insbesondere unter Heranwachsenden ein Risiko im Web 2.0 darstellt.

Neben dieser Differenzierung nach Kommunikationswegen in Teil zwei bis vier des Handbuchs werden die unterschiedlichen Sichtweisen der am Kommunikationsprozess in durchaus wechselnden Rollen beteiligten Akteure in den Blick genommen. Hierzu werden im fünften Abschnitt zunächst die *Perspektiven von Anbietern und Angebotenen* beschrieben. Für diese eher kommunikatorzentrierte Sichtweise stellt Reinhold Roski zunächst die verschiedenen Akteure und ihre Zielgruppen vor. Klassische Persuasionsstrategien der Gesundheitskommunikation sind Gegenstand des Beitrags von Heinz Bonfadelli, der Gesundheitskampagnen aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht von anderen gesundheitsbezogenen Kommunikationsformen abgrenzt und ein Systemmodell der Kampagnenkommunikation mit theoretischen Anknüpfungspunkten für die Kampagnenpraxis vorstellt. Aus einer marketingtheoretischen Sicht, die auf Erkenntnissen der Gesundheitspsychologie basiert, befassen sich Uta Schwarz, Robert Mai und Stefan Hoffmann mit der Frage, wie Konsumenten zu einem gesundheitsförderlichen (Kauf-)Verhalten zu bewegen sind und wie Akteure des Gesundheitssektors den Gesundheitsbedürfnissen mit entsprechenden Produkten und Dienstleistungen gerecht werden können. Am Beispiel der Krankenkassen widmet sich Viviane Scherenberg den kommunikationsstrategischen Herausforderungen eines ausgewählten Akteurs. Unabhängig von einer spezifischen Akteursperspektive geht zum Abschluss dieses Abschnitts Matthias Hastall der Frage nach Persuasionsstrategien und Formen der Botschaftsgestaltung in der Gesundheitskommunikation auf den Grund. Er skizziert hierzu eine große Bandbreite vorhandener Ansätze und ordnet diese in ihre unterschiedlichen theoretischen Kontexte ein.

Um die Ausgewogenheit der Akteursperspektiven herzustellen, wird im sechsten Abschnitt die *Sicht der Patienten und Nutzer von Gesundheitsin-*

formationen dargestellt. Dazu liefert Hannah Früh zunächst einen Überblick über die Wahrnehmung, Verarbeitung und Handlungsrelevanz von Gesundheitsrisiken aufseiten der Rezipientinnen und Rezipienten und stellt die entsprechenden und in der Gesundheitskommunikation häufig verwendeten Modelle zur Erklärung und Prognose gesundheitsbezogener Verhaltensweisen dar. Dass für ein adäquates Gesundheitshandeln und für informierte Entscheidungen eine Kompetenz im Umgang mit Risikoinformationen und Risikowahrscheinlichkeiten nicht nur seitens der Patientinnen und Patienten, sondern auch auf ärztlicher Seite elementar ist, zeigen Astrid Kause, Roman Prinz, Wolfgang Gaissmaier und Odette Wegwarth und veranschaulichen dies an zahlreichen Beispielen des Umgangs mit Gesundheitsstatistiken. Rezipienten benötigen für die Suche und Auswahl, das Verständnis, die Einordnung und Anwendung von Gesundheitsinformationen aber nicht nur Risiko-, sondern weitergehende Gesundheitskompetenzen. Dieses für die Gesundheitskommunikation zentrale Konzept definieren, systematisieren und operationalisieren Nicola Diviani und Anne-Linda Camerini. Eva Baumann und Matthias Hastall gehen zum Abschluss dieses Teils in ihrem Beitrag über die Nutzung von Gesundheitsinformationen auf Dimensionen und Determinanten der Suche ebenso ein wie auf die der Vermeidung von Gesundheitsinformationen.

Im abschließenden siebten Teil werden verschiedene im Handbuch thematisierte Aspekte, Forschungsergebnisse und theoretische Erklärungsansätze der Gesundheitskommunikation auf ihre *politische und praktische Relevanz* hin geprüft beziehungsweise in zentralen gesellschaftlichen Zusammenhängen und Anwendungskontexten reflektiert. Zunächst stellen hierzu Doris Schaefer, Michael Ewers und Sebastian Schmidt-Kaehler das Praxisfeld der institutionalisierten Patienten- und Nutzerberatung in Deutschland vor und beschreiben die Aufgaben, Erscheinungsformen und künftigen Herausforderungen. Gerd Glaeske diskutiert anschließend die politische Relevanz der Gesundheitskommunikation am Beispiel der Versorgungsforschung. Er stellt hierzu die Besonderheiten der politischen Kommunikation im

Gesundheitssystem vor und begründet, warum politische Gesundheitskommunikation lohnenswert ist. Jan Schildmann, Irene Hirschberg und Jochen Vollmann geben einen Überblick über ethische Aspekte, die es in der Theorie und Praxis der Gesundheitskommunikation zu bedenken gilt, und benennen Ansatzpunkte zur Verbesserung ethischer und kommunikativer Kompetenzen im Gesundheitswesen. Das Handbuch schließt mit einem ausbildungs- und berufspraktischen Blick auf Gesundheitskommunikation, indem Marina Bödcker, Christoph Dockweiler und Peter-Ernst Schnabel auf Kompetenzprofile und Berufsperspektiven akademisch ausgebildeter Gesundheitskommunikationsexperten schauen.

So vielfältig die Perspektiven und wissenschaftlichen Zugänge der Beiträge dieses Handbuches sind – als verbindendes Element lassen sich zwei Entwicklungslinien herausarbeiten, die mit nennenswerten Herausforderungen für die künftige Forschung und Praxis der Gesundheitskommunikation verbunden sind: Bezogen auf die *Patientenrolle* ist eine Verschiebung von einer paternalistischen Beziehung zwischen Gesundheitsexperten und Patienten hin zu einer partizipativen oder sogar autarken Patientenrolle zu erleben. Dieser Trend ist weder in allen Patientengruppen gleichermaßen zu finden noch in allen gesundheitlichen Kontexten vergleichbar und im Sinne einer Verbesserung der gesundheitlichen Lage funktional. Auf der zweiten Achse – der *Kommunikationsdimension* – geht mit einem Trend zur gesellschaftlichen Fragmentierung oder sogar Individualisierung eine Entwicklung des Kommunikationsverhaltens einher, die durch eine Verschiebung von der Massen- hin zur Individualkommunikation begleitet ist. Beide Tendenzen bleiben für die Gesundheitskommunikation nicht ohne Konsequenzen und stellen Kommunikatoren vor die Herausforderung, zunehmend *interaktive, auf personen- und situationsspezifische Anforderungen zugeschnittene Informations- und Beratungsangebote* zu entwickeln. Daraus lässt sich auch die *Förderung von Gesundheits-, Patienten- und Kommunikations-/Medienkompetenz* als zentrale Herausforderung ableiten, mit der entsprechende Schulungsbedarfe verbunden sind.

Für die interdisziplinäre Gesundheitskommunikation ist damit eine stärkere *Patientenzentrierung als Präventions- und Versorgungsherausforderung* auf der einen Seite sowie eine stärkere *Rezipientenzentrierung als Kommunikationsherausforderung* auf der anderen Seite auszumachen. Für beide Seiten liefern die Beiträge dieses Handbuches bereits einen umfassenden Kanon an Systematisierungs- und Erklärungsansätzen, empirischen Befunden und Lösungsstrategien, der gewiss noch nicht ausgereift ist, aber als Grundlage für künftige inter- und transdisziplinäre Forschungsperspektiven gelten mag.

Literatur

- Baumann, E. (2009). *Die Symptomatik des Medienhandels. Zur Rolle der Medien im Kontext der Entstehung, des Verlaufs und der Bewältigung eines gestörten Essverhaltens*. Köln: von Halem.
- Baumann E., Lampert C. & Fromm B. (2012). Gesundheitskommunikation. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 461–489). Weinheim: Beltz.
- Bleicher, J.K. & Lampert, C. (Hrsg.). (2003). Gesundheit und Krankheit als Themen der Medien- und Kommunikationswissenschaft – eine Einleitung. *Medien und Kommunikationswissenschaft*, 51, 347–352.
- Blumer, H. (1981). Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), *Alltagwissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit* (S. 80–146). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Publizistik und Kommunikationswissenschaft (2008). *Kommunikation und Medien in der Gesellschaft: Leistungen und Perspektiven der Kommunikations- und Medienwissenschaft*. Abgerufen von: http://www.dgpuk.de/wp-content/uploads/2012/01/DGPK_Selbstverstaendnispapier-1.pdf (11.02.2014).
- Finnegan Jr., J.R. & Viswanath, K. (1990). Health and Communication: Medical and Public Health Influences on the Research Agenda. In E.B. Ray & L. Donohew (Hrsg.), *Communication and Health: Systems and Applications* (S. 9–24). Hillsdale: Erlbaum.
- Fromm B., Baumann E. & Lampert C. (2011). *Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Friedrich, B. (2014). Trends in Health Communication. *Journal of Media Psychology*, 26, 1–3.
- Hoffmann, S. & Müller, S. (2010). *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie & Prävention*. Bern: Huber.
- Hoffmann, S., Schwarz, U. & Mai, R. (2012). *Angewandtes Gesundheitsmarketing*. Wiesbaden: Gabler.
- Hurrelmann, K. (1983). Das Modell des produktiv realitätsverarbeitenden Subjekts in der Sozialisationsforschung. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 3, 91–103.
- Hurrelmann K. & Leppin A. (Hrsg.). (2001). *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern: Huber.
- Hurrelmann K. & Razum, O. (Hrsg.). (2012). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie* (8. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Maletzke, G. (1998). *Kommunikationswissenschaft im Überblick. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Roski, R. (Hrsg.). (2009). *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience – Segmentation – Anwendungsfelder*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rossmann, C. & Hastall, M.R. (Hrsg.). (2013). *Medien und Gesundheitskommunikation. Befunde, Entwicklungen, Herausforderungen*. Baden-Baden: Nomos.
- Schnabel, P.E. (2009). Kommunikation im Gesundheitswesen – Problemfelder und Chancen. In R. Roski (Hrsg.), *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience – Segmentation – Anwendungsfelder* (S. 33–55). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schnabel, P.E. & Bödeker, M. (2012). *Gesundheitskommunikation. Mehr als das Reden über Krankheit*. Weinheim: Beltz.
- Schulz, P.J. & Hartung, U. (2010). Health Communication Research in Europe: An Emerging Field. *Health Communication*, 25, 548–551.
- Vorderer, P. & Kohring, M. (2013). Permanently Online: A Challenge for Media and Communication Research. *International Journal of Communication*, 7, 188–196.

Teil 1:

Gesundheitskommunikation als interdisziplinäres Forschungsfeld

1. Trends und Perspektiven der Gesundheitskommunikation

Peter J. Schulz und Uwe Hartung

Dieser Beitrag zeigt einige Sichtweisen und Entwicklungslinien im Bereich der Gesundheitskommunikation auf. Er geht dabei in fünf Schritten vor, beginnend mit Grunddaten zur Gesundheit und zu Grundbedingungen des Gesundheitswesens. Es schließen sich Kapitel zu gesundheitlichen Aspekten der Massenkommunikation, zur Individualkommunikation zwischen Arzt und Patient (mit Schwerpunkt auf Patientenautonomie) sowie zu Veränderungen und Neuerungen durch elektronische Kommunikation, also Internet und mobile Telefonie, an. Eine Betrachtung der Fachentwicklung, insbesondere der Etablierung des Faches in Europa, beschließt den Beitrag.

Einleitung

Das Feld der Gesundheitskommunikation umfasst vor allem das Studium des Nutzens von Kommunikation bei der Einflussnahme auf individuelle und kollektive Entscheidungen, die sich auf die menschliche Gesundheit auswirken. Durch Optimierung der Kommunikation, so der Anspruch des Faches, sollen sich Vorbeugung, Diagnose und Therapie soweit verbessern, dass sich der Gesundheitszustand (im Rahmen des biologisch möglichen) erfreulich entwickelt (Finnegan & Viswanath, 1990; Freimuth, Edgar & Fitzpatrick, 1993; Makoul, 1991). Auf gesellschaftlicher Ebene erwartet man von optimierter Gesundheitskommunikation die Absenkung der Gesundheitskosten (Hurrelmann & Leppin, 2001).

Als akademisches Fach ist Gesundheitskommunikation vergleichsweise jung. Seit seiner Entstehung vor einigen Jahrzehnten ist das Fach in den letzten 35 Jahren exponentiell gewachsen, zunächst in den USA (Kreps, Bonaguro & Query,

1998), seit einigen Jahren auch deutlich spürbar in Europa (Schulz & Hartung, 2010). Eine Professionalisierung in der Gestaltung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen durch Anwendung kommunikationswissenschaftlich begründeter Grundsätze ist ebenfalls spürbar und zumindest teilweise wohl auch auf die Existenz des Faches Gesundheitskommunikation zurückzuführen. Ein zunehmender Aufwand für sozialwissenschaftlich solide Erfolgskontrolle solcher Programme ist ein weiterer Aspekt dieser Professionalisierung.

Dieser Beitrag zeigt einige Sichtweisen und Entwicklungslinien im Bereich der Gesundheitskommunikation auf, beginnend mit dem gesellschaftlichen Hintergrund und mit der Betrachtung der Fachentwicklung endend.

Der systemische Hintergrund der Gesundheitskommunikation

Gesundheitsversorgung und Gesundheitszustand

Stärker als in anderen Weltregionen hängt die Gesundheit in den westlichen Industriegesellschaften mit Wohlstand zusammen. Zwar gilt auch hier: Wer arm ist, ist auch eher krank – aber eine gute Qualität der Gesundheitsversorgung ist nur bei hohem Wohlstand vorstellbar. Allerdings erzeugt der Wohlstand seine eigenen Gesundheitsprobleme; so rücken andere gesundheitliche Probleme – chronische Beschwerden wie Fettleibigkeit, Bluthochdruck oder Diabetes mellitus – in den Vordergrund.

Die Anzahl praktizierender Ärztinnen und Ärzte und die Zahl der Krankenhausbetten können als

Indikatoren guter medizinischer Versorgung angesehen werden. Unter den europäischen Ländern führt Österreich mit 478 Ärzten pro 100 000 Einwohner die Länder an, gefolgt von Norwegen (407), der Schweiz (381) und Schweden (380). Griechenland, Italien und Portugal berichten ebenfalls hohe Zahlen. In den meisten EU-Ländern ist die Zahl der Ärztinnen und Ärzte pro 100 000 Einwohner in den letzten Jahren gewachsen.

Im Jahr 2010 entfielen im EU-Durchschnitt 538 Krankenhausbetten auf 100 000 Einwohner. Die Anzahl reicht von 273 Betten in Schweden bis zu 825 in Deutschland. Die Zahl der Krankenhausbetten pro 100 000 Einwohner ist in mehr oder weniger der gesamten EU zwischen 2000 und 2010 deutlich zurückgegangen. Dies ist jedoch kein Indikator für eine Verschlechterung der Gesundheitsversorgung. Es wird vielmehr angenommen, dass neue Technologien, bessere Ausstattung und Effizienzerwägungen dazu führen, dass Patientinnen und Patienten seltener ins Spital aufgenommen und Aufgenommene früher entlassen werden. Bezogen auf Westeuropa sank der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt tatsächlich von 17 Tagen im Jahr 1980 auf circa 9,5 Tage 25 Jahre später (WHO Regional Office for Europe, 2008).

Der demografische Wandel setzt dem Gesundheitswesen Grenzen. Die Geburtenraten in Europa gehen seit langem zurück. Die Verfügbarkeit von Kontrazeptiven seit den frühen 1960er-Jahren hat hierzu den letzten entscheidenden Schritt beigetragen. Die Lebenserwartung (bei der Geburt) nimmt hingegen zu und befindet sich auf einem sehr hohen Niveau. Die Zunahme seit den 1960er-Jahren betrug in etwa zwei Jahre pro Dekade und scheint sich nicht zu verlangsamen. Die Abnahme der Geburtenrate und die Zunahme der Lebenserwartung führen zu einem Bevölkerungswandel in der Gesellschaft mit einem enormen Zuwachs der Anzahl älterer Bürgerinnen und Bürger. Dies wirkt sich vor allem stark auf die soziale Sicherheit sowie das Krankenversicherungssystem aus. Laut Daten der World Health Organization (WHO) war 2006 der Anteil an Personen über 65 Jahre in Italien, Deutschland und Griechenland am höchsten (WHO Regional Office for Europe, 2008, 2009).

Zahlen von Eurostat für das Jahr 2010 zufolge sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs die Haupttodesursachen. Kreislauferkrankungen waren für 209,9 Todesfälle pro 100 000 Einwohner der EU verantwortlich und Krebs für 166,9. Der Anteil an Todesfällen, die durch diese zwei Krankheitstypen verursacht werden, ist jedoch seit 2000 rückläufig. Zudem sind die Unterschiede zwischen den Ländern groß. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind beispielsweise in den baltischen Staaten eine viermal wahrscheinlichere Todesursache als in den Mittelmeerländern (Eurostat, 2009).

Gesundheitssysteme

Europäische Länder geben zwischen circa 5,5 und 12% ihres BIP für das Gesundheitswesen aus, mit Rumänien, Zypern und Lettland am unteren Ende des Spektrums, während die Niederlande, Dänemark, Belgien, Deutschland, die Schweiz und Frankreich zum oberen Ende gehören. Die Ausgaben der Schweiz und Frankreichs erreichen nahezu 12%. Diese Anteile, die die höchsten Europas sind, liegen immer noch weit unter den Ausgaben der USA mit derzeit annähernd 17%. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf sind in Rumänien am niedrigsten, ebenso wie bei seinem Nachbarn Bulgarien. In Norwegen, der Schweiz und Luxemburg sind die Pro-Kopf-Ausgaben am höchsten, sie liegen jedoch immer noch um rund 2000 Euro unter denen der USA, die erneut alle europäischen Nationen überragen. Im Laufe der Zeit stiegen die Gesundheitsausgaben in Westeuropa von knapp unter 7% im Jahr 1980 auf annähernd 9,5% 25 Jahre später (WHO Regional Office for Europe, 2008, 2009; Eurostat, 2009).

Die meisten europäischen Länder unterhalten ein Sozialversicherungssystem im öffentlichen Sektor, durch das 60% oder mehr der Kosten des Gesundheitswesens abgedeckt werden. Dies gilt für Frankreich, Deutschland und die Niederlande, ebenso wie für die meisten osteuropäischen Staaten. Manche Länder haben kein oder ein nur sehr eingeschränktes separates Krankenversicherungssystem, sondern sie finanzieren Gesundheitsleistungen über die Staatskasse durch Steuergelder.

Diese Art der Finanzierung existiert in den skandinavischen Ländern – passend zum dort lange vorherrschenden Ideal des Wohlfahrtsstaates – und natürlich im Vereinigten Königreich mit seinem staatlichen National Health Service (NHS) sowie in Spanien, Portugal und Lettland. In Frankreich (13,6%), Slowenien (13,3%), Deutschland (9,6%) und der Schweiz (8,8%) werden relativ hohe Anteile der Gesundheitskosten von privaten Krankenversicherungsunternehmen getragen. Große Unterschiede treten bei der Betrachtung auf, wie viel zum Gesundheitssystem durch eine private «out-of-pocket»-Finanzierung beigetragen wird, also durch Zahlungen, die nicht von Versicherungen erstattet werden. Im Jahr 2009 wurde in Zypern jeder zweite Euro für die Finanzierung des Gesundheitswesens direkt «aus den Taschen» der Bürger genommen. Ebenfalls hoch war der Anteil in Bulgarien (42,6%), Lettland (37,3%) und der Schweiz (30,3%), im letzten Fall ein Anzeichen für das liberale Wohlfahrtssystem. Nur in Frankreich (7,5%) und den Niederlanden (6,8%) lag der Anteil unter 10%. Alle Prozentangaben beziehen sich auf das Jahr 2009 (WHO Regional Office for Europe, 2008, 2009; Eurostat, 2009).

Supra- und subnationale Kompetenzen

Ein verbesserter Gesundheitsschutz gehört in Übereinstimmung mit dem Vertrag von Rom zu den politischen Zielen der EU. Dies bezieht sich auf die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit, die Prävention von Krankheiten, die Minimierung von Gesundheitsgefährdungen und die Bekämpfung von Krankheiten durch die Förderung von Forschung. Die EU ergänzt die nationale Politik, die weiterhin die nationale Gesundheitspolitik definiert – insbesondere die Organisation von Gesundheitssystemen. Zu den gesundheitsbezogenen Aktivitäten der EU gehören Programme und Initiativen für eine europäische Gesundheitsstrategie, die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und anderer Bedrohungen der Gesundheit, Veränderungen von Verhaltensweisen bezogen auf Gesundheitsdeterminanten wie Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung und Bewegung, psychische

Gesundheit sowie umweltbezogene und sozial-ökonomische Einflussfaktoren und Gefährdungen. Neben Public Health gibt es auch andere gesundheitsbezogene Kompetenzbereiche der EU: hierzu gehören Nahrungsmittelsicherheit, Landwirtschaft, Fischerei, Verbraucherschutz und Umweltschutz.

Neben der Verschiebung gesundheitspolitischer Kompetenzen auf die supranationale Ebene lässt sich als eine Art Gegenbewegung eine wachsende Regionalisierung beobachten, die ebenfalls das Gesundheitswesen prägt. Beispiele für die auch in gesundheitspolitischer Hinsicht zunehmende Bedeutsamkeit kleinerer Einheiten sind das Auseinanderbrechen von Jugoslawien und der Tschechoslowakei, ganz zu schweigen von der Sowjetunion selbst, die Stärkung der Autonomie von Regionen mit einer historisch gewachsenen Identität wie bei Schottland und Wales im Vereinigten Königreich, Katalonien in Spanien oder den beiden Sprachregionen in Belgien und schließlich das Gewähren von mehr Kompetenz an Regionen in traditionell zentralisierten Staaten wie Frankreich oder auch Italien. Gesundheitspolitik, und somit auch die Gesundheit selbst, wird also nicht nur von den unzähligen nationalen Staaten beeinflusst, sondern zunehmend von supra- und subnationalen Institutionen.

Gesundheit und öffentliche Kommunikation

Vor diesem Hintergrund kommt der Gesundheitskommunikation eine wichtige Aufgabe zu. Zur öffentlichen Gesundheitskommunikation zählen Gesundheitskampagnen (betrieben durch staatliche, öffentlich-rechtliche oder gemeinnützige private Institutionen), die Gesundheitsberichterstattung der Massenmedien sowie die Werbung für gesundheitsdienliche Produkte und Dienstleistungen, hier vor allem die Arzneimittelwerbung der pharmazeutischen Industrie.

Massenkommunikationsforschung betrachtet hauptsächlich die mediale Verbreitung von Nachrichten zu Gesundheits- und Krankheitsthemen,