

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, ressourcenorientierte 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 gesünderer 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 Lebens-

bedingungen 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 Ant-

wortmöglichkeiten 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. 8 ff.):

- 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:

Definition von Gesundheitskommunikation nach Hurrelmann und Leppin (2001b)

„Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den Versorgungsprozess einbezogen sind, und/oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind. Dieser Austausch kann direkt-personal [...] oder er kann durch Medien vermittelt sein. Der Prozess der Kommunikation kann dabei mehr oder weniger symmetrisch verlaufen“ (S. 11, Hervorheb. im Original).

Anders als bei Krause et al. (1989) liegt der Definition von Hurrelmann und Leppin (2001b) ein *interaktionistisches Verständnis* von Gesundheitskommunikation zugrunde. Am Prozess der Vermittlung oder des Austauschs können Experten und/oder Laien beteiligt sein, wobei die Kommunikation von beiden Seiten ausgehen kann. Die Frage, inwieweit der Kommunikationsprozess tatsächlich *mehr oder weniger symmetrisch* abläuft, bleibt dabei zunächst offen. Mediale und interpersonale Kommunikationsprozesse werden gleichermaßen berücksichtigt. Gemäß ihrer Definition von Gesundheit (vgl. Kapitel 1.1) verorten Hurrelmann und Leppin (2001b) Gesundheitskommunikation auf dem *Kontinuum* zwischen Gesundheit und Krankheit.

Eine Definition von Schnabel (2009) berücksichtigt darüber hinaus Zielrichtungen und Strategien gesundheitskommunikativer Maßnahmen. Demgemäß

umfasst Gesundheitskommunikation „die Gesamtheit aller mehr oder weniger organisierten Bemühungen, die *Botschaft* der Gesundheit

- auf allen vermittlungsrelevanten *Ebenen* (Individuen, Organisationen, ganze Gesellschaften),
- durch den Einsatz möglichst vieler zielführender *Strategien* (Beratung, 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 Menschen in einer Weise zu beeinflussen, die diese zu einer möglichst *selbst bestimmten*, auf die Vermeidung von *Krankheitsrisiken* und die Stärkung von *Gesundheitsressourcen* ausgerichteten Lebensführung befähigt,
- was bei Bedarf auch die Fähigkeiten mit einschließen muss, die eigenen Gesundheitsinteressen gegen *Widerstand* durchzusetzen“ (Schnabel, 2009, S. 39, Hervorheb. im Original).

Allen genannten Definitionen mit Ausnahme der von Hurrelmann und Leppin (2001b) liegt letztlich ein kommunikatorzentriertes Verständnis des Kommunikationsprozesses zugrunde, das den Gegenstandsbereich auf eine von Gesundheitsexperten intendierte Förderung des gesundheitsbezogenen Wissens und des Gesundheitsverhaltens der Bürger begrenzt. Bevor auf eine erweiterte Sichtweise, die neben dem Inhalt auch den Empfänger bzw. den Rezipienten oder Nutzer einbezieht, eingegangen wird, erfolgt zunächst eine Skizzierung der Entwicklung des Forschungsfeldes Gesundheitskommunikation.

1.3 Entwicklung des Forschungsfeldes

Die Analyse von Kommunikation über Gesundheit und Krankheit hat seit jeher in unterschiedlichen Disziplinen stattgefunden, sei es in der Medizin, der Medizinsoziologie, der Psychologie, den Gesundheitswissenschaften etc. Innerhalb der vergleichsweise jungen Medien- und Kommunikationswissenschaft hat das Forschungsfeld Gesundheitskommunikation – zumindest in der nordamerikanischen Kommunikationsforschung – bereits in den 1970er Jahren an Bedeutung gewonnen. Motiviert wird das wissenschaftliche Interesse an diesem Thema – so konstatiert Signitzer (1989) mit Blick auf die internationalen Aktivitäten – vor allem durch zwei Faktoren:

„Zum einen ist es die These, dass Kommunikation eine zentrale Rolle im gesamten Gesundheitswesen spielt, dass sie möglicherweise zum wichtigsten Instrument sowohl der Gesundheits-Professionals als auch der Klienten zur Gestaltung einer erfolgreichen Gesundheitsfürsorge geworden ist. Zum anderen ist es die Erkenntnis, dass in der tagtäglichen Praxis der Gesundheitsarbeit

die Kommunikation nicht jenen Stellenwert hat, der ihr aufgrund ihrer Bedeutung zukommt und dass die verschiedensten Aus- und Fortbildungssysteme für Gesundheitsberufe der Kommunikation gleichfalls nicht die nötige Aufmerksamkeit schenken“ (Signitzer, 1989, S. 114f.).

In den USA manifestierte sich das Interesse am Thema u. a. darin, dass bereits 1975 eine eigene Sektion für Health Communication innerhalb der International Communication Association (ICA) gegründet wurde. 1984 veröffentlichten Kreps und Thornton mit *Health Communication. Theory and Practice* das erste Lehrbuch zur Gesundheitskommunikation. Fünf Jahre später erschien die Fachzeitschrift *Health Communication*, die – wie Signitzer 2001 feststellt – „eher interpersonell beziehungsweise empirisch-verhaltenswissenschaftlich orientiert“ (S. 23) ist. Ein weiteres Jahr danach wurde das erste universitäre Institut für *Health Communication Research* in Sacramento/Kalifornien gegründet. Seit 1996 erscheint zudem das *Journal of Health Communication*, das sich unterschiedlichen Facetten und Ansätzen von Health Communication widmet.

Anders stellt sich die Situation in Deutschland dar: Eine Institutionalisierung des Themen- und Forschungsfeldes hat bislang noch nicht stattgefunden, vielmehr wird Gesundheitskommunikation in verschiedenen Disziplinen (z. B. Gesundheitswissenschaften, Medizin, Psychologie, Soziologie, Kommunikations- und Medienwissenschaft) *mitbehandelt*. Erste grundlegende Publikationen im Bereich der Gesundheitskommunikationsforschung erschienen in Deutschland am Anfang dieses Jahrzehnts mit den Sammelwerken von Jazbinsek (2000a), von Hurrelmann und Leppin (2001a) oder dem Themenheft der Zeitschrift *Medien und Kommunikationswissenschaft* (vgl. Bleicher & Lampert, 2003). Während die beiden zuerst erschienenen Veröffentlichungen eine Eingrenzung des Forschungsfeldes aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht vornehmen, fokussiert das Themenheft dem Zeitschriftentitel entsprechend vor allem auf Beiträge und Studien aus medien- und kommunikationswissenschaftlicher Perspektive. Wenngleich alle drei Bände in den jeweiligen Disziplinen entstanden sind und nur punktuell einen Blick in die Nachbardisziplin wagen, wird anhand jener bereits der interdisziplinäre Charakter des Forschungsfeldes deutlich. Dieser zeigt sich auch im 2009 erschienenen Sammelwerk von Roski (2009). Dessen Beiträge fokussieren auf zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation im Spannungsfeld zwischen Angeboten professioneller Anbieter und Erreichbarkeit von spezifischen Zielgruppen und sind daher häufig im Bereich des Business-Marketing zu verorten. Ebenso wird der zunehmenden Relevanz von *Patientenorientierung (Empowerment, shared decision making)* und der *Qualität von Informationen (evidenzbasierte Medizin)* Rechnung getragen (vgl. Roski, 2009).

Neben der steigenden Anzahl an Veröffentlichungen zu diversen gesundheitsbezogenen Themen in verschiedenen Fachzeitschriften verweisen weitere Aktivitäten darauf, dass das Themenfeld Gesundheitskommunikation auch im deutschsprachigen Raum expandiert. Hierzu gehören beispielsweise die

Etablierung des Netzwerks Medien und Gesundheitskommunikation im Jahr 2003 (www.netzwerk-gesundheitskommunikation.de), die Aufnahme des Studiengangs Gesundheitskommunikation an der Universität Bielefeld und weitere akademische Ausbildungsmöglichkeiten (vgl. Tolks & Lampert, 2008). Des Weiteren zählen die stärkere Berücksichtigung des Themenfeldes Gesundheitskommunikation an verschiedenen in der Kommunikationsforschung tätigen Instituten sowie zahlreiche Tagungen und Veranstaltungen hinzu. Insbesondere Tagungen jüngerer Datums deuten auf eine zunehmende Verzahnung der disziplinären Perspektiven innerhalb der Wissenschaft sowie auf eine Vernetzung von Wissenschaft und Praxis hin, was angesichts des anwendungsbezogenen Themenfeldes sehr zu begrüßen ist.

1.4 Die Bedeutung theoretischer Konzepte und Modelle in der Gesundheitskommunikation

Die theoretischen Ursprünge der empirischen Forschung zur medialen Gesundheitskommunikation gehen auf verschiedene Forschungsbereiche zurück, unter denen Disziplinen wie die Psychologie und die Soziologie eine zentrale Rolle einnehmen (vgl. Kreps, Bonaguro & Query, 1998). Das im Laufe der Jahrzehnte zunehmende Interesse anderer Fächer, wie beispielsweise der Medienpädagogik, der Kommunikations- und Medienwissenschaft, aber auch der Gesundheitswissenschaften, hat international zu einer beträchtlichen Anzahl an Forschungsarbeiten geführt. Allerdings hat der Umstand, dass verschiedene Disziplinen an der Erforschung medialer Gesundheitskommunikation beteiligt sind, auch dazu beigetragen, dass sich die theoretische Ausrichtung sehr uneinheitlich gestaltet und die wechselseitige Wahrnehmung noch recht begrenzt bleibt.

Auffällig bei der Durchsicht der Literatur ist zunächst die Theorieschwäche, die der Analyse gesundheitsbezogener und -relevanter Medienkommunikation länderübergreifend attestiert wird. Auf Basis einer Metaanalyse, die alle im 10-jährigen Bestehenszeitraum des *Journal of Health Communication* erschienenen Veröffentlichungen berücksichtigt, kritisieren beispielsweise Freimuth, Massett und Meltzer (2006), dass in weniger als der Hälfte der Artikel theoretische Grundlagen in die Forschung einbezogen wurden. Demnach beschreiben sie den typischen Inhalt eines in der Zeitschrift erschienen Artikels folgendermaßen:

„Its primary author is a U.S. academic. It probably focuses on smoking, HIV/AIDS, or cancer. It is an empirical research study, more likely to use quantitative, specifically survey methods, rather than qualitative methods. It probably is not driven by theory“ (Freimuth, Massett & Meltzer, 2006, S. 11).