

STUDIENKURS MEDIEN & KOMMUNIKATION

Doreen Reifegerste | Alexander Ort

Gesundheits- kommunikation



Nomos

STUDIENKURS MEDIEN & KOMMUNIKATION

Lehrbuchreihe

Der „Studienkurs Medien & Kommunikation“ ermöglicht praxisnah und verständlich den schnellen und einführenden Einstieg in die Grundthemen der Medien- und Kommunikationswissenschaft. Mittels didaktischer Elemente wie Definitionen und Begriffserklärungen wird ein Einstieg in die Themengebiete geschaffen. Anschauliche Fallbeispiele zeigen die konkrete Anwendung des jeweiligen Ansatzes in der Praxis. Darüber hinaus werden zentrale Akteure vorgestellt. Eine umfangreiche Literaturliste rundet die Lehrbücher ab. Die Bände sind nicht nur für Medien- und Kommunikationswissenschaftler interessant, sondern liefern auch über die Disziplinengrenzen hinaus gebündelt die wichtigsten Informationen. Die Autoren sind fachlich ausgewiesene Experten.

Doreen Reifegerste | Alexander Ort

Gesundheits- kommunikation



Nomos

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

ISBN 978-3-8487-3859-5 (Print)

ISBN 978-3-8452-8182-7 (ePDF)

1. Auflage 2018

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2018. Gedruckt in Deutschland. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Vorwort

Gesundheitsbezogene Themen sind **stetige Begleiter** in unserem Alltag. Wir nutzen Apps fürs Lauftraining, lesen in einer Zeitschrift oder in einem Onlineforum über neue Therapien, reden mit unserer Hausärztin über eine Impfung oder fragen uns, ob exzessives Videospiele zu Depressionen führt. Gesundheitsthemen decken dabei ein breites Spektrum ab. So geht es nicht nur um die Prävention und Behandlung von Krankheiten, sondern oft auch um unser allgemeines Wohlbefinden, also etwa um psychische und soziale Belange.

Diese Themen sind häufig so relevant für unser Leben, dass wir uns in vielfältigen Formen mit anderen über sie austauschen und uns auf unterschiedlichste Art und Weise mit Informationen versorgen. Die entsprechende Kommunikation findet dann sowohl direkt zwischen Personen in unterschiedlichen Rollen (also etwa als Gesundheitslaien oder -experten) aber auch medienvermittelt statt. Der **technische Fortschritt** hat dabei neben der medizinischen Forschung auch die Kommunikationsmöglichkeiten massiv vorangetrieben. So hat bspw. die Medizin zahlreiche neue Diagnose- und Behandlungsmethoden hervorgebracht, während Entwicklungen im Bereich der Medien neue und vielfältige Formen des Informationsaustausches bzw. der Informationsvermittlung geschaffen haben. Diese stetige Zunahme an Möglichkeiten – insbesondere auch zur individuellen Wissensaneignung – bedingt auch einen Anstieg an Komplexität, der auch die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den betroffenen Bereichen nachhaltig beeinflusst.

Hinzu kommen **gesellschaftliche Veränderungen**, wie Individualisierung, Überalterung, Emanzipation der Patientenrolle und Globalisierung, welche wiederum Einflüsse auf die Kommunikationsprozesse im Gesundheitskontext haben. Das interdisziplinäre Wissenschaftsgebiet Gesundheitskommunikation widmet sich vielen dieser Fragestellungen und hat sich inzwischen auch im deutschsprachigen Raum als akademisches **Teilgebiet der Kommunikationswissenschaft** in Forschung und Lehre etabliert. Zu sehen ist dies etwa an der Menge der zugänglichen Informationen und Forschungsaktivitäten, die sich in einer großen Zahl an publizierten Studien niederschlägt, sowie an der Einrichtung fachspezifischer Studiengänge (z.B. Public Health oder Gesundheitskommunikation).

All dies sind gute Gründe, Gesundheitskommunikation aus einer kommunikationswissenschaftlichen Perspektive zum Thema dieses Lehrbuches zu machen. Insbesondere, um einen grundlegenden Überblick über das Forschungsgebiet zu vermitteln. Damit wollen wir die weitere **Etablierung des Faches** im deutschsprachigen Raum vorantreiben und unterstützen sowie zukünftige Forschungsaktivitäten anregen. Gleichzeitig sind wir uns jedoch bewusst, dass es im Rahmen eines Lehrbuches nicht möglich ist, alle Befunde dieses Forschungsfeldes detailliert darzustellen. Wir beschränken uns daher vor allem darauf, die wesentlichen Dimensionen und verschiedenen **Strukturierungs- und Zugangsmöglichkeiten** aufzuzeigen.

Das Buch soll einen verständlichen **Überblick** über die wesentlichen Zugänge, Grundbegriffe und Ansätze bieten. Dadurch ist es eine ideale Grundlage für Vorlesungen und Seminare. Die zentralen Begriffe und Theorieerläuterungen werden kurz und verständlich erklärt. Zahlreiche Anwendungsbeispiele aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, Exkurse und Literaturhinweise auf die jeweils einschlägigen Werke helfen da-

bei, die Inhalte zu verstehen und regen zur weiterführenden Beschäftigung mit den Themen an.

Das vorliegende Lehrbuch Gesundheitskommunikation ist **konzipiert für** Studierende und Lehrende der Kommunikationswissenschaften, der Gesundheitswissenschaften sowie angrenzender Studiengänge (bspw. Medizin oder Pflegewissenschaften), die eine kompakte Einführung in dieses Forschungsfeld erhalten möchten. Darüber hinaus können auch Kommunikationsverantwortliche im Gesundheitswesen (u.a. AusbilderInnen, Kliniksprecherinnen und Kliniksprecher) oder am Thema Interessierte einen ersten Einstieg in den Fachbereich finden.

Zunächst erläutern wir einige **Grundlagen** zu zentralen Begriffen, der Einordnung des Faches, Theorien und Methoden, um dann auf dieser Basis im zweiten Teil die Inhalte, Nutzung und Wirkung verschiedener gesundheitsrelevanter **Kommunikationsformen** zu vertiefen. Abschließend gehen wir auf einige **weiterführende Aspekte** zu Ethik, Krankheitsspezifika, speziellen Zielgruppen und den zentralen Akteuren im Gesundheitswesen ein.

Um **geschlechtersensible** Formen in den Text zu integrieren, haben wir uns bewusst nicht für eine bestimmte grammatikalische Wendung entschieden, sondern greifen auf die Vielfalt geschlechtersensibler Formulierungen (z.B. ÄrztInnen oder Patientinnen und Patienten) unter Berücksichtigung der Lesbarkeit des Textes zurück.

Damit der Umgang mit **deutschen und englischen** Varianten bestimmter Begriffe und Theorien in der weiterführenden Literatur leichter fällt haben wir uns dazu entschieden, die in der deutschsprachigen Forschung und Praxis gebräuchlicheren Varianten sowie deren entsprechende Abkürzungen zu verwenden. Die jeweiligen deutschen Übersetzungen bzw. englischen Originalbegriffe finden sich bei der ersten Nennung eines Begriffs in jedem Kapitel sowie im **Glossar** am Ende des Lehrbuchs. Das Abkürzungsverzeichnis am Anfang liefert darüber hinaus eine Übersicht über die Langformen der verwendeten Abkürzungen und kann entsprechende Hilfe während des Lesens bieten. Allerdings muss beachtet werden, dass bestimmte Begrifflichkeiten innerhalb verschiedener Disziplinen oder sogar von Autor zu Autor unterschiedlich verwendet oder übersetzt werden. So werden bspw. in der Fachliteratur die Begriffe Wissenskluftansatz, -perspektive oder auch -hypothese zum Teil synonym verwendet oder der in der Kommunikationswissenschaft verwendete Terminus „Fallbeispiele“ für den Einsatz der Erfahrungen Betroffener wird im Marketing als „Testimonial“ bezeichnet.

An dieser Stelle möchten wir uns ganz herzlich bei Malin Isermann, Dr. Florian Fischer, Prof. Eva Baumann, Prof. Constanze Rossmann, Paula Stehr, Winja Weber, Anne Reinhardt, Hanna Lütke Lanfer, Caroline Dalmus, Perina Siegenthaler und Mike Meißner für ihre Unterstützung bei der Erstellung des Buches bedanken. Für die Bereitstellung von Abbildungen danken wir Prof. Constanze Rossmann, Dr. Veronika Karnowski, Prof. Heinz Bonfadelli, Prof. Thomas Friemel, Prof. Christoph Klimmt, der **Felix-Burda-Stiftung**, der **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** in Deutschland, dem **Bundesamt für Gesundheit** in der Schweiz und Dr. Kai Kolpatzik vom **AOK Bundesverband**. Schließlich gilt unser Dank auch Frau Dr. Sandra Frey vom Nomos Verlag, die dieses Buch initiiert und begleitet hat.

Doreen Reifegerste, Erfurt
Alexander Ort, Fribourg

Inhalt

Vorwort	5
Abbildungsverzeichnis	11
Tabellenverzeichnis	12
Verzeichnis der Beispiele	13
Verzeichnis der Begriffsklärungen	14
Abkürzungsverzeichnis	15
1 Was ist Gesundheitskommunikation?	17
1.1 Begriffsklärungen	17
1.2 Strukturierungsmöglichkeiten des Forschungsbereiches	21
1.3 Historische Entwicklung des Forschungsfeldes	25
2 Multi-, Inter- und Transdisziplinarität	27
3 Zentrale Parameter	33
3.1 Risikowahrnehmung	34
3.2 Wirksamkeitserwartungen	35
3.3 Subjektive Normen	36
3.4 Emotionen	37
3.5 Gesundheitskompetenz	38
3.6 Informierte Entscheidungen	40
3.7 Einstellungen und Intentionen	41
3.8 Gesundheitsverhalten	42
3.9 Gesundheitszustand und Lebensqualität	44
3.10 Mediennutzung und Informationssuche	45
4 Theorien, Ansätze und Modelle	47
4.1 Mikroebene	48
4.1.1 Theorie des geplanten Verhaltens	48
4.1.2 Sozial-kognitive Lerntheorie	51
4.1.3 Stadienmodelle des Gesundheitsverhaltens	53
4.1.4 Elaboration Likelihood Model	54
4.1.5 Furchtappelltheorien	57
4.2 Mesoebene	61
4.2.1 Theorien sozialer Vergleichsprozesse	61
4.2.2 Theorie der sozialen Unterstützung	63
4.2.3 Diffusionstheorie	65
4.3 Makroebene	67
4.3.1 Wissenskluft-Perspektive	67
4.3.2 Kultivierungsthese	69
4.3.3 Agenda-Setting	71

5	Methoden	74
5.1	Forschungslogik – empirisch vs. nicht empirisch	75
5.2	Art der Messung – qualitativ vs. quantitativ	75
5.3	Möglichkeiten der Datenerhebung	77
5.3.1	Grundsätzliche Überlegungen	77
5.3.2	Befragung	79
5.3.3	Inhaltsanalyse	86
5.3.4	Beobachtung	88
5.3.5	Psychophysiologische Messmethoden	90
5.4	Untersuchungsanlage	92
5.4.1	Experimentelle Untersuchungsdesigns	92
5.4.2	Nicht-experimentelle Designs	95
5.5	Gütekriterien	95
5.5.1	Reliabilität	95
5.5.2	Validität	96
6	Interpersonale Kommunikation	98
6.1	Dimensionen der interpersonalen Gesundheitskommunikation	98
6.2	Arzt-Patienten-Kommunikation	101
6.2.1	Anlässe und Anforderungen der Kommunikation	102
6.2.2	Veränderungen in der Arzt-Patienten-Kommunikation	103
6.2.3	Modelle der Arzt-Patienten-Interaktion	104
6.3	Gesundheitsberatung	107
7	Medieninhalte	115
7.1	Strukturierungsmöglichkeiten von Medieninhalten	115
7.2	Informationsformate	118
7.3	Unterhaltungsformate	126
8	Mediennutzung	130
8.1	Formen der Mediennutzung	130
8.2	Nutzung gesundheitsbezogener Medienangebote	133
8.3	Faktoren der Mediennutzung	136
9	Medienwirkungen	141
9.1	Dimensionen der Medienwirkungen	142
9.2	Positive Effekte	145
9.3	Negative Effekte	148
10	Gesundheitskampagnen	153
10.1	Vorgehen bei der Kampagnenentwicklung	154
10.2	Zentrale Strategien in Gesundheitskampagnen	163
10.2.1	Strategien zur Wissensvermittlung	164
10.2.2	Emotionale Appelle	168
10.2.3	Soziale Appelle	171
10.2.4	Framing	174
10.2.5	Fallbeispiele, Narrative und Experten	175

10.2.6	Entertainment Education	176
10.3	Auswahl der Kommunikationswege	178
11	Ethische Aspekte	182
11.1	Unerwünschte Effekte	182
11.2	Qualität	184
11.3	Entscheidungsfreiheit und Verantwortung	186
12	Zielgruppenspezifika	190
13	Akteure	195
13.1	Leistungserbringer	196
13.2	Pharmaunternehmen	198
13.3	Krankenversicherungen	199
13.4	Öffentliche Institutionen und Stiftungen	201
14	Herausforderungen und Perspektiven in der Gesundheitskommunikation	205
	Literaturverzeichnis	209
	Verzeichnis der Fachbegriffe mit englischen Übersetzungen	237
	Stichwortverzeichnis	241

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Nachbardisziplinen der Gesundheitskommunikation	28
Abbildung 2:	Theory of Planned Behavior	49
Abbildung 3:	Modell zur sozial-kognitiven Lerntheorie	52
Abbildung 4:	Elaboration Likelihood Model	56
Abbildung 5:	Extended Parallel Process Model	60
Abbildung 6:	Übernehmerkategorien im Zeitverlauf	66
Abbildung 7:	Visualisierung der wachsenden Wissenskluft	69
Abbildung 8:	Methoden der Datenerhebung	74
Abbildung 9:	Systemmodell zur Durchführung von Kommunikationskampagnen	155
Abbildung 10:	AOK Faktenbox zum Thema „Röntgen bei allgemeinen Beschwerden“	167
Abbildung 11:	Beispiele für Warnhinweise auf Zigarettenpackungen	168
Abbildung 12:	Plakat aus der „Mach’s mit“- Kampagne	171
Abbildung 13:	Plakat aus der Kampagne „Kenn dein Limit“	173
Abbildung 14:	Plakat aus der Kampagne zur Darmkrebsfrüherkennung mit V. Klitschko	177
Abbildung 15:	Motive aus der LOVE LIFE-Kampagne	191

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Strukturierungsmöglichkeiten von Gesundheitskommunikation	22
Tabelle 2:	Beispiele für Quellen der Gesundheitsberichterstattung	31
Tabelle 3:	Dimensionen subjektiver Normen	36
Tabelle 4:	Elemente der Gesundheitskompetenz	39
Tabelle 5:	Beispiele für Parameter zum Gesundheitszustand	44
Tabelle 6:	Beispiele zur Operationalisierung von Lebensqualität	45
Tabelle 7:	Unterschiede quantitativer und qualitativer Methoden	78
Tabelle 8:	Übersicht über verschiedene Formen der Befragung	85
Tabelle 9:	Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung	107
Tabelle 10:	Beispiele für verschiedene gesundheitsbezogene Medienformate	116
Tabelle 11:	Klassifikationen von Gesundheitsangeboten im Internet	117
Tabelle 12:	Dimensionen von Medienwirkungen	141
Tabelle 13:	Ziele und Strategien zur Zielerreichung	159
Tabelle 14:	Kriterien zur Bewertung von Kommunikationswegen und Formaten	178
Tabelle 15:	Mögliche negative Effekte der Gesundheitskommunikation	183
Tabelle 16:	Gegensätzliche Positionen im Umgang mit Patienten	188
Tabelle 17:	Informationsseiten und Werbekampagnen von Pharmaunternehmen	199
Tabelle 18:	Strategien der Krankenversicherungskommunikation	201

Verzeichnis der Beispiele

Beispiel 1:	Theory of Planned Behavior	50
Beispiel 2:	Stadienmodelle – Grippeimpfung	54
Beispiel 3:	Health Information National Trend Survey (HINTS)	86
Beispiel 4:	Leitlinie zur Schwangerschaftskonfliktberatung bei Pränataldiagnostik	109
Beispiel 5:	Zugangswege zum Krebsinformationsdienst	112
Beispiel 6:	Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover	113
Beispiel 7:	Krisenkommunikation EHEC	123
Beispiel 8:	Lindenstraße	127
Beispiel 9:	Zeitliche Entwicklung von AIDS/HIV-Kampagnen	157
Beispiel 10:	Visualisierungen im Deutschen Hygienemuseum Dresden	166
Beispiel 11:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	203

Verzeichnis der Begriffsklärungen

Begriffsklärung 1: Gesundheitskommunikation	20
Begriffsklärung 2: Telemedizin	99
Begriffsklärung 3: eHealth und mHealth	119
Begriffsklärung 4: E-Learning	125
Begriffsklärung 5: Serious Games	129
Begriffsklärung 6: Partizipative Entwicklung	162
Begriffsklärung 7: Social Marketing	203

Abkürzungsverzeichnis

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ARD	Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland (ARD)
aV	abhängige Variable
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CAPI	computer assisted personal interview
CATI	computer assisted telephone interview
DGPuK	Deutsche Gesellschaft für Publizistik und Kommunikationswissenschaft
E-Learning	electronic Learning
EACH	European Association for Communication in Healthcare
ECHI	European Core Health Indicators
EDA	elektrodermale Aktivität
eGK	elektronische Gesundheitskarte
eHealth	electronic Health
EHEC	Enterohämorrhagische Escherichia Coli
ELM	Elaboration Likelihood Model
EPPM	Extended Parallel Process Model
EU-HLS	European Health Literacy Survey
fMRT	funktionelle Magnetresonanztomographie
FSK	Freiwillige Selbstkontrolle der Filmwirtschaft
G-BA	gemeinsamer Bundesausschuss
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HAPA	Health Action Process Approach
HBM	Health Belief Model
HINTS	Health Information National Trends Survey
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HPV	Humane Papillomaviren
ICH	Institute of Communication and Health
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KID	Krebsinformationsdienst
KVA	kardiovaskuläre Aktivität
mHealth	mobile Health
MOOC	massive open online course
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OTC	over the counter
PAPM	Precaution Adoption Process Model
POPC	permanently online, permanently connected
PRM	Parallel Response Model
PSB	parasoziale Beziehung
PSI	parasoziale Interaktion
RKI	Robert Koch-Institut
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy
TPM	Theory of Protection Motivation
TRA	Theory of Reasoned Action
TTM	Transtheoretical Model
uV	unabhängige Variable
VR	virtual reality
WDR	Westdeutscher Rundfunk
WHO	World Health Organization
ZDF	Zweites Deutsches Fernsehen

1 Was ist Gesundheitskommunikation?

In diesem Kapitel erfahren Sie,

- wie Gesundheit, Kommunikation und Gesundheitskommunikation definiert werden;
- nach welchen Dimensionen die Inhalte der Gesundheitskommunikation strukturiert werden können;
- welche Ziele verschiedene Akteure mit Gesundheitskommunikation verfolgen;
- wie sich das Fach Gesundheitskommunikation historisch entwickelt hat.

Typische Fragestellungen

Situationen und Aspekte aus dem Bereich der Gesundheitskommunikation begegnen uns oft und in vielerlei Hinsicht im Alltag. Arzttermine, Informationsblätter zu Vorsorgeuntersuchungen, Krankenhausserien und Fitness-Apps gehören zur Lebenswelt der meisten Menschen, auch wenn sie nicht im Gesundheitssektor oder wissenschaftlich tätig sind. So klingen **typische Fragestellungen** mit denen sich das Forschungsfeld Gesundheitskommunikation beschäftigt oftmals ebenfalls sehr alltagsnah:

- Wie informieren sich Menschen über Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitsrisiken?
- Wie können Menschen erreicht werden, die sich nicht für Gesundheitsthemen interessieren?
- Was erleben Menschen, die eine erschreckende Nachricht über ihren Gesundheitszustand erhalten haben?
- Können Smartphone-Apps einen Einfluss auf den Gesundheitszustand der NutzerInnen haben?
- Wie glaubwürdig sind Gesundheitsinformationen aus dem Internet?

Forschungsfeld und Forschungsgegenstand

Die Vielfalt von Fragen und Inhalten, mit denen sich das Forschungsfeld Gesundheitskommunikation beschäftigt, zeigt bereits, wie stark der Forschungsgegenstand mit den unterschiedlichsten Kommunikationssituationen wie Zeitungslesen, Gespräche mit Familienmitgliedern und Freunden oder Internetrecherchen verbunden ist. Gesundheitskommunikation umfasst dabei sowohl das **Forschungsfeld** Gesundheitskommunikationswissenschaft an sich (d.h. Fragestellungen, die von Forschern untersucht werden) als auch die verschiedenen **Forschungsgegenstände** (d.h. die verschiedenen Formen gesundheitsbezogener und gesundheitsrelevanter Kommunikation, welche von Forschern im Forschungsfeld betrachtet werden).

1.1 Begriffsklärungen

Definition Gesundheit

Obwohl die Begriffe Gesundheit und Kommunikation zum alltäglichen Wortschatz gehören, herrscht in vielen Fällen keine Einigkeit über deren Bedeutung. So versteht man unter Gesundheit einerseits einen **objektiv** (z.B. mit medizinischen Geräten oder Tests) messbaren Zustand, andererseits aber ebenso ein **subjektives** (d.h. individuell wahrgen-

nommenen) Empfinden (Faltermeier, 2016). Für die Definition von Krankheit, dem Gegenteil von Gesundheit, benennen Schnabel und Bödeker (2012) neben „krank sein“ und „sich krank fühlen“ auch das „als krank gelten“ als weitere wichtige Dimension. Letztere verdeutlicht etwa, dass es von Bedeutung ist, ob der Zustand des „Erkrankten“ nicht nur von ihm selbst, sondern auch von seiner Umwelt (z.B. dem Versicherungs- und Versorgungssystem oder aber der Gesellschaft an sich) als problematisch anerkannt wird.

Darüber hinaus lassen sich **körperliche, geistige und soziale Aspekte** der Gesundheit unterscheiden (WHO, 1946). Das bedeutet, dass zu Gesundheit nicht nur die körperliche Unversehrtheit (d.h. die Freiheit von physischen Beschwerden und Beeinträchtigungen) und psychisches Wohlbefinden (d.h. Lebensqualität) gehören, sondern gleichermaßen die sinnstiftende Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft (Lippke & Renneberg, 2006a). Damit wird deutlich, dass neben individuellen Einflussfaktoren wie genetischer Disposition und Lebensgewohnheiten zudem die sozioökonomischen Verhältnisse sowie die Einbindung in soziale Netzwerke eine wichtige Rolle für die Gesundheit spielen, wenngleich häufig die biomedizinische Sichtweise (d.h. der Fokus auf die körperlichen Aspekte) dominiert (Appel, 2000).

Des Weiteren wird unter Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern in gleicher Weise die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Stärkung von Ressourcen verstanden (WHO, 1946). Diese Sichtweise wird als **salutogenetisch** (d.h. gesundheitsförderlich) bezeichnet und steht im Gegensatz zu einer pathogenetischen Perspektive, welche sich lediglich auf Krankheitsursachen und deren Beseitigung fokussiert. Vor diesem Hintergrund gehen aktuelle Vorstellungen zur Gesundheit von einem **Gesundheits-Krankheits-Kontinuum** aus. Gesundheit und Krankheit sind dabei keine voneinander unabhängigen Zustände, sondern die Übergänge zwischen beiden sind fließend und durch eine Vielzahl an Zwischenstadien gekennzeichnet. Neben der **Kuration** (d.h. Beseitigung von Krankheitsfolgen) sind in diesem Kontext auch die **Prävention** (d.h. das Vorbeugen von Krankheiten) und die **Gesundheitsförderung** (d.h. die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit) von Relevanz. So geben Schulz und Hartung (2014, S. 31) als Ziel des Faches Gesundheitskommunikation an, „durch Optimieren der Kommunikation erfreuliche Ergebnisse für die Gesundheit zu erzielen, unabhängig davon, ob es sich um die Behandlung von akuten, das Zurechtkommen mit chronischen Erkrankungen oder Fragen der Vorbeugung handelt“. Diese Vorstellung ähnelt der Klassifizierung von Präventionsinterventionen in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Während Maßnahmen der Primärprävention vor dem Auftreten der Erkrankung ansetzen, um ihr Auftreten zu verringern, dient die Sekundärprävention der Früherkennung von Erkrankungen und die Tertiärprävention der Behandlung von Krankheiten und Rehabilitation von Gesundheitszuständen (Leppin, 2010). Ebenso weisen Schnabel und Bödeker (2012) bereits in ihrem Buchtitel darauf hin, dass Gesundheitskommunikation „mehr als das Reden über Krankheit“ – und Krankheitskommunikation dementsprechend nur ein Teil davon – ist.

Definition Kommunikation

Für den Begriff Kommunikation existiert ebenfalls eine Vielzahl an Definitionen. Kommunikation geht auf das lateinische Wort „communicare“ zurück, was in der Regel mit „übermitteln“ oder „mitteilen“, aber ebenso mit „etwas gemeinsam machen“ oder „etwas vereinigen“ übersetzt wird (Schnabel & Bödeker, 2012). Hieraus wird bereits

deutlich, dass für das Zustandekommen von Kommunikation mindestens zwei Teilnehmer (genauer: mindestens ein Sender und mindestens ein Empfänger) erforderlich sind. Kommunikation kann deshalb als eine Form des sozialen Handelns verstanden werden, bei der Kommunikationsinhalte ausgetauscht werden (Baumann & Hurrelmann, 2014).

Unterschieden wird, ob dieser Austausch zwischen beiden Kommunikationspartnern **wechselseitig** (d.h. abwechselnd, wie bei einem Gespräch) oder **einseitig** (d.h. ohne direkte Rückkopplung, wie beim Fernsehen) stattfindet. Wechselseitige (d.h. interaktive) Kommunikation kann dabei **synchron** (d.h. zeitgleich, wie bei einem Telefonat) oder **asynchron** (d.h. zeitversetzt wie bei einer E-Mail) verlaufen. Außerdem kann differenziert werden, ob die Kommunikation **direkt** (d.h. von Angesicht zu Angesicht/Face-to-Face) oder **indirekt** (d.h. medial vermittelt, etwa durch ein Telefon oder einen Computer) erfolgt. Dabei stehen wiederum viele verschiedene Medien als Mittel der Kommunikation, für den Austausch zwischen Sendern und Empfängern zur Verfügung, die von Zeitungspapier über Bildschirmgeräte bis hin zu Mobiltelefonen reichen. Schließlich können Kommunikationsinhalte zudem nach ihrer Zugänglichkeit unterteilt werden; ob sie also **öffentlich** (d.h. für jeden, wie im Fernsehen) oder ausschließlich **privat** (d.h. nur einer bestimmten Personengruppe, wie in einer Besprechung) verfügbar sind. So kann etwa interpersonale Kommunikation zwischen zwei Personen sowohl privat (z.B. in einer Wohnung) als auch öffentlich (z.B. in einem Onlineforum oder einer Talkshow) stattfinden (Merten, 2007).

Definition Gesundheitskommunikation

Aus der Zusammenführung der Begriffe Gesundheit und Kommunikation ergibt sich ein recht komplexer Forschungsgegenstand, der – abhängig von der disziplinären Perspektive und der Beschreibung des Forschungsgegenstandes – unterschiedlich ausfallen kann. Je nachdem, ob alle oder nur eine Auswahl der oben beschriebenen Merkmale von Gesundheit und Medien zu Gesundheitskommunikation gezählt werden, ergibt sich dementsprechend ein **weites oder enges Verständnis** des Forschungsfeldes. Sehr weite Definitionen von Gesundheitskommunikation fordern dabei lediglich einen Bezug zur Gesundheit und zum sozialen Handeln ein, so bspw. „Health communication refers to any type of human communication whose content is concerned with health“ (Rogers, 1996, S. 15). Ebenso legen Baumann und Hurrelmann (2014) eine sehr weite Definition von Gesundheitskommunikation zugrunde, spezifizieren aber die verschiedenen Beteiligten und Medienmerkmale (siehe Begriffsklärung 1).

BEGRIFFSKLÄRUNG 1**Gesundheitskommunikation**

„Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert und/oder als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den gesundheitlichen Versorgungsprozess einbezogen sind. Vermittlung und Austausch können direkt-personal oder durch technische Medien vermittelt sein. Gesundheitskommunikation schließt alle Kommunikationsinhalte ein, die sich auf Gesundheit und Krankheit oder deren Determinanten beziehen, und umfasst alle Formen symbolvermittelter sozialer Interaktion, die – auch unabhängig von der Intention der Kommunikationspartner – gesundheitsrelevant sind, Gesundheitsverhalten also direkt oder indirekt beeinflussen, oder durch dieses initiiert werden“ (Baumann & Hurrelmann, 2014, S. 13).

Außerdem wird in dieser Definition die Gesundheitskommunikation unabhängig von der Zielstellung der Kommunikatorinnen und Kommunikatoren definiert. Dagegen beschränken sich andere Definitionen auf die Formen der Gesundheitskommunikation, die versuchen, die Empfänger der Botschaften absichtlich (d.h. intentional) zu überzeugen, und schließen damit unabsichtliche oder unerwünschte gesundheitliche Wirkungen der Mediennutzung aus. So enthält bspw. die Definition von Schnabel (2009, S. 39) lediglich „mehr oder weniger organisierten Bemühungen“ mit dem „Einsatz möglichst vieler ziel-führender Strategien (Beratung, Organisationsentwicklung, Aufklärungs- und Informationskampagnen)“, um „die Vermeidung von Krankheitsrisiken und die Stärkung von Gesundheitsressourcen“ zu erreichen. Damit schließt diese engere Definition nur einen Teilbereich des möglichen Forschungsgegenstands der Gesundheitskommunikation im weiteren Sinne ein.

Bezug zur Risiko- und Wissenschaftskommunikation

Das Forschungsgebiet der Gesundheitskommunikation überschneidet sich teilweise mit dem der **Risikokommunikation**. Die Risikokommunikation untersucht jedoch neben den gesundheitlichen Risiken andere Risiken wie bspw. Umweltrisiken und geht damit zum Teil auch über den Forschungsgegenstand der Gesundheitskommunikation hinaus. Andererseits beschränken sich die Forschungsfragen der Risikokommunikation nur auf den negativen Zustand von Gesundheit, d.h. einen möglichen Schaden oder Verlust als Folge eines Ereignisses oder einer Handlung (Renner & Gamp, 2014a). Das zentrale Ziel entsprechender Kommunikationsmaßnahmen ist die Schaffung bzw. das Triggern einer Risikowahrnehmung (siehe Kapitel 3.1), welche ein entsprechendes Schutzverhalten nach sich zieht. Die **Krisenkommunikation** (die wiederum einen Teilbereich der Risikokommunikation darstellt) schließt sogar nur die Vermittlung von Informationen in akuten Schadensfällen (z.B. beim Ausbruch einer Viruserkrankung) ein. Damit ist die im salutogenetischen Gesundheitsbegriff enthaltene Sichtweise zur Stärkung der Gesundheitsressourcen und Kompetenzen in der Risikokommunikation nicht enthalten.

Ebenso gibt es eine große Schnittmenge mit dem Forschungsfeld **Wissenschaftskommunikation**. Dies trifft insbesondere für den Medizinjournalismus (Wormer, 2014) zu, der vor allem den medialen Wissenstransfer über medizinische Forschungsergebnisse behandelt. In der Wissenschaftskommunikation werden neben der Kommunikation

über medizinische Forschung auch viele weitere Themen (z.B. Klimaforschung oder MathematikprofessorInnen) untersucht (Bonfadelli, 2016). In der Gesundheitskommunikation werden im Gegensatz zur Wissenschaftskommunikation auch die Kommunikation über Gesundheitspolitik oder das Gesundheitssystem und sowie Gesundheitsthemen abseits der Medizin (z.B. Fitness, Unterstützung oder Wellness) sowie gesundheitsrelevante Wirkungen der Mediennutzung untersucht (Rossmann & Meyer, 2017).

1.2 Strukturierungsmöglichkeiten des Forschungsbereiches

Um ganze verschiedene Zugänge zum Forschungsfeld aufzuzeigen, werden im Folgenden verschiedene Möglichkeiten vorgestellt, wie sich der Gegenstandsbereich anhand der Merkmale **Ebene, Medien und Ziele** strukturieren lässt (siehe Tabelle 1). Im Verlauf des Lehrbuches finden sich diese Strukturierungsmöglichkeiten als Gliederungsebenen einzelner Kapitel zu den unterschiedlichen Themen. Neben den hier vorgestellten Strukturierungsvorschlägen finden sich zahlreiche weitere, die sich bspw. stärker an den Theorien, Gesundheitsthemen oder den disziplinären Perspektiven orientieren. Weitere Strukturierungsmöglichkeiten finden sich etwa im Inhaltsverzeichnis der deutschen Handbücher zur Gesundheitskommunikation (Hurrelmann & Baumann, 2014; Rossmann & Hastall, 2018) oder den englischsprachigen Überblickswerken (z.B. Thompson, 2014).

Ebenen

Eine Möglichkeit zur Systematisierung des Forschungsfeldes ist die Unterscheidung hinsichtlich verschiedener **Ebenen** von Gesundheitskommunikation (Fromm, Baumann & Lampert, 2011; Spatzier & Signitzer, 2014). Meist werden vier Ebenen unterschieden, wobei die intrapersonale Ebene die psychologischen Prozesse und Vorstellungen innerhalb eines Individuums beschreibt. Die Ebene der interpersonalen (zwischenmenschlichen) Kommunikation fokussiert auf die Verständigung zwischen mindestens zwei Menschen, wie zum Beispiel im Arzt-Patienten-Gespräch oder den Austausch zwischen Familienmitgliedern, dem Pflegepersonal und Angehörigen oder unter PatientInnen (Fromm et al., 2011). Auf Ebene der Gruppen- und Organisationskommunikation wird vor allem die Kommunikation in und von gesundheitsbezogenen Institutionen, wie bspw. Krankenhäusern, Pflegeheimen und (Online-) Selbsthilfegruppen betrachtet. Die vierte Ebene beschäftigt sich schließlich mit Fragestellungen von gesellschaftlicher Relevanz, die bspw. das gesamte Medien- oder Gesundheitssystem betreffen (Spatzier & Signitzer, 2014).

Tabelle 1: Strukturierungsmöglichkeiten von Gesundheitskommunikation

Kriterium	Dimensionen	Beispiele
Ebene	intrapersonal	psychische Prozesse, Vorstellungen
	interpersonal	Arzt-Patienten-Gespräch, Gespräch zwischen Pflegepersonal
	Gruppen und Organisationen	Krankenhäuser, Krankenkassen, Ärztekammer, Patientenvertretung
	Gesellschaft	Mediensystem, Staat, Kultur, Massenkommunikation
Medien	Technik	Face-to-Face-Kommunikation, analoge oder digitale Medien
	Reichweite	Gruppenmedien, Massenmedien
	Funktion	Information, Unterhaltung, Persuasion, Austausch
	Forschungsbereich	Kommunikator, Inhalt, Nutzung, Wirkung
Ziele	keine expliziten Gesundheitsziele	Internetsucht, unbewusste Entspannung durch Film
	kognitive Ziele	Gesundheitskompetenz, Verringerung der Wissenslücke
	affektive Ziele	Furcht, Bereitschaft zu sozialer Unterstützung
	konative Ziele	Ernährungs- und Bewegungsverhalten
	Gesundheitszustand	Morbidität, Mortalität, Wohlbefinden

Medien

Ähnlich wie Gesundheit und Kommunikation ist der Begriff **Medien** ein Teil der Alltagssprache, für den es viele verschiedene Definitionsansätze gibt, auf die hier nur begrenzt eingegangen werden kann. Wichtige Begriffsdifferenzierungen für die Gesundheitskommunikation sind vor allem die Technik der Medien, die Reichweite der Medien und die Medienangebote, bei denen je nach Untersuchungsgegenstand jeweils verschiedene Detailgrade notwendig sein können. Darüber hinaus gibt es auch die Möglichkeit, die verschiedenen Medieninstitutionen (z.B. Verlage, Rundfunkhäuser) und die konkreten Medienangebote (z.B. Onlineforum, Krankenhausserie) zu unterscheiden (Pürer, 2015). Weitere Differenzierungsmöglichkeiten der Medien und der Beschreibungen finden sich vor allem in den Kapiteln 9.1 und 10.3.

Gespräche ohne **technische Mittel** von Angesicht zu Angesicht (engl. face-to-face) bedienen sich lediglich des Mediums Sprache. Bei den technischen Mitteln, die zur Herstellung und Verbreitung von Medienangeboten dienen, wird traditionell vor allem zwischen Printmedien und audiovisuellen Medien unterschieden. Zu den Printmedien zählen vor allem Zeitungen und Zeitschriften. Dazu gehören darüber hinaus weitere papierbasierte Medien wie Flyer, Plakate, Außenwerbung oder Broschüren. Die audiovisuellen Medien umfassen Fernsehen und Hörfunk (Fromm et al., 2011). Digitale Medien (häufig auch sog. neue Medien oder Onlinemedien) beinhalten hingegen alle Kommunikationsformen, die auf Computertechnik basieren und sich mit sozialen, mo-

bilen bzw. elektronischen Medien durchführen lassen (Rossmann & Karnowski, 2014). Insgesamt lässt sich eine zunehmende **Mediatisierung** beobachten, die mit einer Zunahme der medienvermittelten Kommunikation in allen Bereichen der Gesellschaft einhergeht (Birkner, 2017).

Aufgrund der rasanten technischen Entwicklungen auf dem Gebiet der Informations- und Kommunikationstechnologie werden **Konvergenzprozesse** begünstigt. Das bedeutet, dass die Übergänge und Abgrenzungen zwischen den verschiedenen Techniken zunehmend verschwimmen und damit eine klare Unterscheidung erschweren (Hepp, 2016). So kann eine Krankenhausserie sowohl im Fernsehen (Funkmedium) als auch online in einer Mediathek (digitales Medium) rezipiert werden. Ein Beratungsgespräch mit dem Arzt kann per E-Mail, telefonisch oder persönlich stattfinden. Um eine Einordnung der jeweiligen Forschungsstände im Rahmen dieses Lehrbuchs zu ermöglichen, wird trotz dieser Entwicklungen vielfach die Unterscheidung in direkte, massenmediale und digitale Kommunikation beibehalten. An den entsprechenden Stellen wird jedoch auf die jeweiligen Bezüge zu anderen Medientechniken hingewiesen.

Eine weitere Möglichkeit zur Strukturierung der Medien bietet die Einteilung nach ihrer **Reichweite**, d.h. der tatsächlichen oder potenziellen Verbreitung der Medieninhalte. Massenmedien umfassen dabei die technischen Mittel, wie Fernsehen, Rundfunk, Zeitungen oder Internet, die ein potenziell unbegrenztes Publikum erreichen. Inhalte in interpersonalen Medien (z.B. Telefon) oder in einem firmeninternen Intranet stehen dagegen nur einer begrenzten Anzahl von Personen zur Verfügung. Auch hier sind die Abgrenzungen der verschiedenen Medienformen inzwischen nicht mehr so einfach zu ziehen. So erfolgt bspw. der Austausch in einem Onlineforum zwar nur zwischen einigen wenigen Personen, deren Kommunikation aber kann unter Umständen von vielen anderen gelesen werden.

Häufig ist daher eine Benennung der **Funktionen** bzw. Inhalte der betrachteten Medienangebote notwendig. Ganz allgemein können hierbei die Funktionen Unterhaltung, Information, Persuasion und Austausch unterschieden werden, die wiederum einen unterschiedlichen Realitätsbezug (fiktional vs. non-fiktional) aufweisen können. Diese Medienformate untergliedern sich dann in verschiedene Genres. So lassen sich TV-Serien und Spielfilme etwa dem fiktionalen Unterhaltungsformat zuordnen, während Nachrichtensendungen non-fiktionale Information anbieten. Reality-TV-Formate (z.B. mit Einblicken in Lebenswelten von Betroffenen) oder unterhaltsam dargestellte Informationen (z.B. in Wissenssendungen oder beim Entertainment Education, siehe Kapitel 10.2.6) stellen dagegen Medienformate dar, die sowohl Unterhaltungs- als auch Informationsfunktionen haben (Dahinden & Trappel, 2010). Digitale Medienformate der Gesundheitskommunikation bieten zusätzlich zu den Informationen die Möglichkeiten zum Dialog mit anderen Betroffenen und dem medizinischen Personal (Rossmann & Karnowski, 2014).

Um der technischen Weiterentwicklung und der Medienvielfalt gerecht zu werden, untersuchen Analysen von Nutzungs- oder Informationsrepertoires bzw. Medienensembles die genutzten Inhalte und Medienformen. Dabei gehen sie vom einzelnen Mediennutzer und dessen Bedürfnissen und nicht vom Medienangebot aus (Hepp, 2016). Dies macht allerdings die Betrachtung von Medieninhalten, Mediennutzung und Medienwirkungen wesentlich komplexer, da jeweils das technische Mittel (z.B. Tablet, PC, Smartphone), die Anwendung (z.B. Suchmaschine, Instant-Messaging-Dienst, Online-

Community) und deren Inhalte voneinander zu differenzieren sind (Koch & Frees, 2016).

Die Forschungsbereiche der medialen Kommunikation werden klassischerweise anhand der sog. Laswell-Formel unterschieden, welche nach dem Kommunikationsforscher und Politikwissenschaftler Harold Dwight Lasswell benannt wurde. Diese diente zunächst zur Segmentierung des Kommunikationsprozesses (Arens, 2008) und beschreibt den Akt der Kommunikation mit der folgenden Frage:

Wer sagt was in welchem Kanal zu wem mit welchem Effekt?

Entlang dieser „Formel“ können dementsprechend fünf Forschungsbereiche unterschieden werden:

- (1) Wer – Kommunikatorforschung (z.B. Warum selektieren Journalisten bestimmte Meldungen?);
- (2) sagt was – Medieninhaltsforschung (z.B. Was wird in den Medien dargestellt?);
- (3) in welchem Kanal – Medienforschung (z.B. Welche Medien werden genutzt?);
- (4) zu wem – Publikums- bzw. Rezipientenforschung (z.B. Wer nutzt die Medien?);
- (5) mit welchem Effekt – Medienwirkungsforschung (z.B. Welche Wirkungen haben die Medien?)

Ziele

Hinsichtlich der **Ziele** von Gesundheitskommunikation lässt sich zunächst betrachten, ob oder inwieweit die Wirkung der Kommunikation beabsichtigt (**intendiert**) war bzw. bewusst durch den Sender bzw. Kommunikator herbeigeführt wurde. Andernfalls handelt es sich um **nicht intendierte** (meist unerwünschte) Effekte der Gesundheitskommunikation (siehe Kapitel 11.1). Fromm et al. (2011) unterscheiden in diesem Zusammenhang auch zwischen **gesundheitsbezogenen** und **gesundheitsrelevanten** Medieninhalten. Gesundheitsbezogene Inhalte fokussieren das Thema Gesundheit direkt, verfolgen entsprechende Ziele bzw. möchten intendierte Wirkungen herbeiführen (z.B. Ratgebersendungen zum Thema Gesundheit, Präventionskampagnen oder Werbung für Medikamente). Bei gesundheitsrelevanten Medieninhalten handelt es sich hingegen um Medieninhalte, die zwar primär keine Gesundheitsthemen enthalten bzw. ansprechen (z.B. Videospiele oder Unterhaltungsshows), aber dennoch (oftmals nicht intendierte) Auswirkungen auf die Gesundheit der Rezipientinnen haben können (z.B. auf das Bewegungs- oder Ernährungsverhalten). Intendierte Ziele können den Dimensionen kognitiv (Wissen), affektiv (Emotionen, Einstellungen) und konativ (verhaltensbezogenen) zugeordnet werden. Diese können wiederum auf den unterschiedlichen Ebenen (intrapersonal bis gesellschaftlich) zum Tragen kommen und relevant werden. So kann bspw. ein Wissenszuwachs (d.h. ein kognitives Ziel) oder eine Änderung des Gesundheitsverhaltens (d.h. ein konatives Ziel) sowohl auf individueller als auch gesellschaftlicher Ebene angestrebt werden. Die konkreten Ziele von Gesundheitskommunikation hängen somit von verschiedenen Stellgrößen und dem zugrundeliegenden Verständnis von Gesundheit ab und beeinflussen gleichzeitig, welche Parameter zur Messung der Ziele berücksichtigt bzw. erhoben werden müssen (siehe Kapitel 3).

1.3 Historische Entwicklung des Forschungsfeldes

In den USA hat die **Entwicklung des Forschungsfeldes Gesundheitskommunikation**, unter der Bezeichnung *Health Communication*, bereits in den 1940er-Jahren begonnen. Sie gilt dort inzwischen als eine etablierte Disziplin (Spatzier & Signitzer, 2014). Dies belegen sowohl die Existenz mehrerer reichweitenstarker Zeitschriften, eines mitgliederreichen Fachverbands als auch vielfältige Studiengänge, Lehrstühle und Lehrbücher zum Thema Gesundheitskommunikation (Rogers, 1994; Schulz & Hartung, 2014). Die für das Fach zentralen Zeitschriften *Health Communication* und *Journal of Health Communication* wurden 1989 bzw. 1996 gegründet und erscheinen jeweils monatlich. In der *International Communication Association*, dem weltweiten Fachverband der Kommunikationswissenschaft gehört die Fachgruppe *Health Communication* zu den mitgliederstärksten Gruppen. Einen umfassenden Überblick bietet das mehrbändige Handbuch *Health Communication* von Thompson (2014).

Dagegen ist die Gesundheitskommunikation im **deutschsprachigen Europa** noch eine recht junge Teildisziplin. Bislang existieren nur wenige Studiengänge zur Gesundheitskommunikation. Erste Bücher finden sich um die Jahrtausendwende (Hurrelmann & Leppin, 2001; Jazbinsek, 2000). 2003 wurde das Netzwerk *Medien und Gesundheitskommunikation* gegründet. Aus diesem Kontext heraus wurde 2011 ein erstes Lehrbuch veröffentlicht (Fromm et al., 2011). Die Fachgruppe Gesundheitskommunikation in der *Deutschen Gesellschaft für Publizistik und Kommunikationswissenschaft (DGPK)* existiert seit 2016. An der Universität in Lugano gibt es das 2007 gegründete *Institute of Communication and Health (ICH)*. Dort sowie an den Universitäten in Bielefeld, Erfurt und Krams existieren einschlägige Masterstudiengänge. In Erfurt und Hannover sind mit *GENIA* (Gesundheitsforschung | Erfurter Netzwerk für interdisziplinären Austausch in Forschung, Lehre und Praxis) und dem *Hanover Center for Health Communication (HC²)* erste universitäre Institutionalisierungen neben den Professuren in Erfurt, Wien und Fulda entstanden. Das Forschungsfeld Gesundheitskommunikation etabliert sich somit zunehmend im deutschsprachigen Raum. Diese Entwicklungen und die im Vorwort beschriebenen gesellschaftlichen Trends deuten darauf hin, dass das Fach Gesundheitskommunikation auch in Europa weiterwachsen und sich etablieren wird.

Im Vergleich zur Gesundheitskommunikation in Deutschland, die sich vor allem auf (massen-)mediale Kommunikation konzentriert, berücksichtigt die internationale Forschung sehr viel stärker Aspekte interpersonaler und organisationaler Kommunikation (Spatzier & Signitzer, 2014), die im vorliegenden Lehrbuch daher aufgenommen wurden. Dies zeigt sich bspw. in den Zeitschriften *Patient Education and Counselling* und *Communication & Medicine*. Auch die *European Association for Communication in Healthcare (EACH)*, die 2001 gegründet wurde, beschäftigt sich vorrangig mit interpersonaler Kommunikation im Gesundheitswesen.

Deutschsprachige Publikationen zur Gesundheitskommunikation aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive finden sich bislang entweder nur in Tagungsbänden der Fachgruppe Gesundheitskommunikation (z.B. Camerini, Ludolph & Rothenfluh, 2016), der Reihe *Health Communication* im Verlag Nomos, Handbüchern zur Gesundheitskommunikation (Hurrelmann & Baumann, 2014; Rossmann & Hastall, 2018) oder in Zeitschriften aus Nachbardisziplinen, wie bspw. dem *Public Health Forum*, der *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* oder übergreifenden Fachzeitschriften der Kommunikationswissenschaft (z.B. *Medien & Kommunikationswissenschaft* oder