

STUDIENKURS MEDIEN & KOMMUNIKATION

Reifegerste | Ort

# Gesundheits- kommunikation

2. Auflage



**Nomos**

## STUDIENKURS MEDIEN & KOMMUNIKATION

Lehrbuchreihe für Studierende der Medien- und Kommunikationswissenschaft, Public Relations, Medienmanagement/Medienwirtschaft sowie des Journalismus

Wissenschaftlich fundiert und in verständlicher Sprache führen die Bände der Reihe in die zentralen Forschungsgebiete, Theorien und Methoden aus dem Bereich Medien- und Kommunikationswissenschaft ein und vermitteln die für angehende Wissenschaftler:innen grundlegenden Studieninhalte. Die konsequente Problemorientierung und die didaktische Aufbereitung der einzelnen Kapitel erleichtern den Zugriff auf die fachlichen Inhalte. Bestens geeignet zur Prüfungsvorbereitung u.a. durch Zusammenfassungen, Wissens- und Verständnisfragen sowie Schaubilder und thematische Querverweise.

Doreen Reifegerste | Alexander Ort

# Gesundheits- kommunikation

2., aktualisierte und erweiterte Auflage



**Nomos**



Onlineversion  
Nomos eLibrary

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

ISBN 978-3-7560-0673-1 (Print)

ISBN 978-3-7489-4199-6 (ePDF)

2., aktualisierte und erweiterte Auflage 2024

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2024. Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. 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 dabei, 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 ge-

sundheitliche 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



## **Vorwort zur 2., aktualisierten und erweiterten Auflage**

Gesundheitskommunikation ist ein dynamisches Feld, das – nicht erst seit der Covid-19-Pandemie – unaufhörlich an Relevanz gewinnt. Die Dynamiken verändern und erweitern dabei auch kontinuierlich unser Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden. In einer Zeit, in der Informationen über Gesundheit so zugänglich und vielfältig wie nie zuvor sind, spielt die Art und Weise, wie wir Zugang zu diesen Informationen erhalten und wie wir über diese Themen kommunizieren, eine zentrale Rolle. Mit großer Freude präsentieren wir Ihnen die 2. Auflage dieses Lehrbuchs zur Gesundheitskommunikation, das aufbauend auf der Grundlage der ersten Ausgabe nun aktualisiert, erweitert und an die neuesten Entwicklungen in diesem Bereich angepasst wurde.

Seit der Veröffentlichung der ersten Auflage hat sich zum einen das Feld der Gesundheitskommunikation rasant weiterentwickelt. Wir sehen nicht nur eine stetige Zunahme an wissenschaftlichen Erkenntnissen und Forschungsaktivitäten, sondern auch eine tiefgreifende Transformation in der Art und Weise, wie Menschen miteinander kommunizieren und Informationen konsumieren. Der Einfluss von digitalen Medien, sozialen Plattformen, mobilen Apps und personalisierten Gesundheitstechnologien hat die Grenzen dessen, was wir über Gesundheit wissen und wie wir dieses Wissen teilen, erweitert.

In dieser zweiten Auflage haben wir unser Bestreben fortgesetzt, Ihnen einen umfassenden Überblick über die vielschichtigen Aspekte der Gesundheitskommunikation zu bieten. Dabei berücksichtigen wir nicht nur die neuesten Forschungsergebnisse, sondern auch die Veränderungen in den gesellschaftlichen Dynamiken, die das Gesundheitswesen beeinflussen. Wir beleuchten die Auswirkungen der fortschreitenden Globalisierung, die Herausforderungen der individualisierten und algorithmusbasierten Medizin sowie Kommunikation, den Einfluss der Patient:innenautonomie und die Potenziale interdisziplinärer Kooperationen auf diesem Gebiet. Konkret ergänzt haben wir vor allem historische, interprofessionelle und interkulturelle Perspektiven auf Gesundheitskommunikation sowie Learnings aus der Pandemie und den Weiterentwicklungen von Künstlicher Intelligenz.

Gleichzeitig nehmen auch persönliche Entwicklung, die seit der Veröffentlichung der ersten Auflage stattgefunden haben, Einfluss auf dieses Buch. Doreen Reifegerste wurde an die Universität Bielefeld berufen, wo sie eine Professur für Gesundheitskommunikation an der Gesundheitswissenschaftlichen Fakultät (der einzigen in Deutschland) innehat; Alexander Ort ist nun als steter Lehr- und Forschungsbeauftragter für Gesundheitskommunikation an der Universität Luzern an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin tätig. Somit haben unsere beruflichen Werdegänge uns beide von rein kommunikationswissenschaftlichen Instituten in den Bereich der Gesundheitswissenschaften geführt. Diese Veränderungen haben unsere Perspektive erweitert, insbesondere in den Bereichen Public Health und Medizin. Unsere neuen Positionen beeinflussen auch unseren Arbeitsalltag maßgeblich und eröffnen uns Einblicke in interdisziplinäre Zusammenhänge in Projekten und der Lehre sowie praxisnahe Anwendungen. Diese

persönlichen Veränderungen und daraus resultierenden Erfahrungen haben wir bewusst in die Gestaltung dieser erweiterten Auflage einfließen lassen.

Im Vergleich zur ersten, reflektiert diese zweite Auflage auch die Veränderungen in der Sprache und Kommunikation, insbesondere in Bezug auf Geschlechtergerechtigkeit und Geschlechtervielfalt. Wir haben uns dazu entschlossen den Formen verschiedener Geschlechtsidentitäten durch die Verwendung des binnens „:“ Rechnung zu tragen. Wir hoffen somit den vielfältigen Leser:innen dieses Buches gerecht zu werden und den inklusiven Charakter durch eine verbesserte Maschinenlesbarkeit zu steigern.

Die Weiterentwicklung dieses Lehrbuchs wäre ohne die Unterstützung und Mitarbeit zahlreicher Personen nicht möglich gewesen. Wir möchten daher unsere aufrichtige Dankbarkeit gegenüber all jenen ausdrücken, die zur Entstehung dieser Auflage beigetragen haben. Ein besonderer Dank gilt unseren Kolleg:innen an den Universitäten Bielefeld, Luzern und Jena sowie unseren Hilfskräften Johanna Paul, Nicola Schmidt und Boglarka Zsolyomi für ihre Unterstützung, ihr wertvolles Feedback, und Einblicke aus der Praxis. Sie haben dazu beigetragen, dieses Buch aus wissenschaftlicher und praktischer Sicht auf aktuell zu halten.

Zum Abschluss möchten wir Ihnen, geschätzte Leser:innen, unseren herzlichen Dank für Ihr fortwährendes Interesse an diesem Lehrbuch aussprechen. Wir hoffen, dass die zweite Auflage Ihnen wertvolle Einblicke vermittelt und Sie dazu inspiriert, sich mit den bestehenden und neuen Herausforderungen und Chancen im Bereich der Gesundheitskommunikation zu beschäftigen.

Doreen Reifegerste, Bielefeld  
Alexander Ort, Luzern

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	5
<b>Vorwort zur 2., aktualisierten und erweiterten Auflage</b>	9
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	15
<b>Tabellenverzeichnis</b>	16
<b>Verzeichnis der Beispiele</b>	17
<b>Verzeichnis der Begriffsklärungen</b>	18
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	19
<b>1 Was ist Gesundheitskommunikation?</b>	21
1.1 Begriffsklärungen	22
1.2 Strukturierungsmöglichkeiten des Forschungsbereichs	26
1.3 Historische Entwicklung der Gesundheitskommunikation	31
1.4 Multi-, Inter- und Transdisziplinarität	37
1.5 Interprofessionelle Zusammenarbeit	46
<b>2 Zentrale Parameter</b>	51
2.1 Risikowahrnehmung	51
2.2 Wirksamkeitserwartungen	52
2.3 Subjektive Normen	53
2.4 Emotionen	55
2.5 Gesundheitskompetenz	56
2.6 Informierte Entscheidungen	58
2.7 Einstellungen und Intentionen	59
2.8 Gesundheitsverhalten	60
2.9 Gesundheitszustand und Lebensqualität	61
2.10 Mediennutzung und Informationssuche	63
2.11 Social-Media-Parameter	64
<b>3 Theorien, Ansätze und Modelle</b>	67
3.1 Mikroebene	68
3.1.1 Theorie des geplanten Verhaltens	69
3.1.2 Sozial-kognitive Lerntheorie	71
3.1.3 Stadienmodelle des Gesundheitsverhaltens	73
3.1.4 Elaboration Likelihood Model	75
3.1.5 Furchtappelltheorien	78
3.2 Mesoebene	82
3.2.1 Theorien sozialer Vergleichsprozesse	83
3.2.2 Theorie der sozialen Unterstützung	85
3.2.3 Diffusionstheorie	87
3.3 Makroebene	89
3.3.1 Wissenskluft-Perspektive	90

3.3.2 Kultivierungsthese	92
3.3.3 Agenda-Setting	95
<b>4 Methoden</b>	<b>97</b>
4.1 Grundsätzliche Überlegungen	98
4.2 Möglichkeiten der Datenerhebung	101
4.2.1 Befragung	101
4.2.2 Inhaltsanalyse	105
4.2.3 Beobachtung	108
4.2.4 Psychophysiologische Messmethoden	110
4.2.5 Computergestützte Verfahren und Big Data	111
<b>5 Interpersonale Gesundheitskommunikation</b>	<b>113</b>
5.1 Dimensionen der interpersonalen Gesundheitskommunikation	113
5.2 Arzt-Patienten-Kommunikation	120
5.2.1 Anlässe und Anforderungen der Kommunikation	120
5.2.2 Entwicklungen in der Arzt-Patienten-Kommunikation	122
5.2.3 Modelle der Arzt-Patienten-Interaktion	125
5.2.3 Gespräche mit Angehörigen	127
5.2.4 Gespräche mit anderen Gesundheitsberufen	128
5.3 Gesundheitsberatung	129
<b>6 Gesundheitsbezogene Organisationskommunikation</b>	<b>137</b>
6.1 Organisationen der Leistungserbringer:innen	141
6.2 Pharmaunternehmen und Apotheken	144
6.3 Krankenversicherungen	146
6.4 Öffentliche Institutionen und Stiftungen	148
<b>7 Massenmediale bzw. öffentliche Gesundheitskommunikation</b>	<b>153</b>
7.1 Inhalte	154
7.1.1 Strukturierungsmöglichkeiten von Medieninhalten	155
7.1.2 Informationsformate	158
7.1.3 Unterhaltungsformate	165
7.2 Nutzung	168
7.2.1 Formen der Mediennutzung	169
7.2.2 Nutzung gesundheitsbezogener Medienangebote	172
7.2.3 Faktoren der Mediennutzung	175
7.3 Wirkungen	178
7.3.1 Dimensionen der Medienwirkungen	179
7.3.2 Positive Effekte	182
7.3.3 Negative Effekte	184
<b>8 Gesundheitskampagnen</b>	<b>189</b>
8.1 Vorgehen bei der Kampagnenentwicklung	190
8.2 Zielgruppenspezifika	198
8.3 Zentrale Strategien in Gesundheitskampagnen	204
8.3.1 Strategien zur Wissensvermittlung	204
8.3.2 Emotionale Appelle	208

---

8.3.3 Soziale Appelle	212
8.3.4 Framing	214
8.3.5 Fallbeispiele, Narrative und Expert:innen	215
8.3.6 Entertainment Education	217
8.4 Auswahl der Kommunikationswege	219
<b>9 Ethische Aspekte</b>	<b>225</b>
9.1 Unerwünschte Effekte	225
9.2 Qualität	227
9.3 Entscheidungsfreiheit und Verantwortung	229
<b>10 Chancen, Herausforderungen und Perspektiven für die Gesundheitskommunikation</b>	<b>233</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>237</b>
<b>Verzeichnis der Fachbegriffe mit englischen Übersetzungen</b>	<b>283</b>
<b>Sachregister</b>	<b>287</b>
<b>Bereits erschienen in der Reihe STUDIENKURS Medien &amp; Kommunikation</b>	<b>291</b>



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Die wichtigsten Determinanten der Gesundheit	27
Abbildung 2:	Nachbardisziplinen der Gesundheitskommunikation	40
Abbildung 3:	Theory of Planned Behavior	69
Abbildung 4:	Modell zur sozial-kognitiven Lerntheorie	73
Abbildung 5:	Elaboration Likelihood Model	76
Abbildung 6:	Extended Parallel Process Model	81
Abbildung 7:	Übernehmendenkategorien im Zeitverlauf	88
Abbildung 8:	Visualisierung der wachsenden Wissenslücke	91
Abbildung 9:	Methoden der Datenerhebung	97
Abbildung 10:	Gender Unicorn	119
Abbildung 11:	Systemmodell zur Durchführung von Kommunikationskampagnen	191
Abbildung 12:	Motive aus der LOVE LIFE-Kampagne	199
Abbildung 13:	AOK Faktenbox zum Thema „Organspende“	207
Abbildung 14:	Beispiele für Warnhinweise auf Zigarettenspackungen	208
Abbildung 15:	Plakat aus der „Mach's mit“-Kampagne	212
Abbildung 16:	Plakat aus der Kampagne „Kenn dein Limit“	213
Abbildung 17:	Plakat aus der Kampagne zur Darmkrebsfrüherkennung mit V. Klitschko	217

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Strukturierungsmöglichkeiten von Gesundheitskommunikation	28
Tabelle 2:	Beispiele für Quellen der Gesundheitsberichterstattung	45
Tabelle 3:	Kernkompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit	48
Tabelle 4:	Dimensionen subjektiver Normen	54
Tabelle 5:	Elemente der Gesundheitskompetenz	57
Tabelle 6:	Beispiele für Parameter zum Gesundheitszustand	62
Tabelle 7:	Beispiele zur Operationalisierung von Lebensqualität	63
Tabelle 8:	Unterschiede quantitativer und qualitativer Methoden	100
Tabelle 9:	Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung	126
Tabelle 10:	Strategien der Krankenversicherungskommunikation	148
Tabelle 11:	Beispiele für verschiedene gesundheitsbezogene Medienformate	156
Tabelle 12:	Klassifikationen von Gesundheitsangeboten im Internet	157
Tabelle 13:	Dimensionen von Medienwirkungen	178
Tabelle 14:	Ziele und Strategien zur Zielerreichung	194
Tabelle 15:	Kriterien zur Bewertung von Kommunikationswegen und Formaten	219
Tabelle 16:	Mögliche negative Effekte der Gesundheitskommunikation	226
Tabelle 17:	Gegensätzliche Positionen im Umgang mit Patient:innen	231

## Verzeichnis der Beispiele

Beispiel 1: Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld sowie Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin an der Universität Luzern	44
Beispiel 2: Theory of Planned Behavior	70
Beispiel 3: Stadienmodelle – COVID-19-Impfung	75
Beispiel 4: Health Information National Trend Survey (HINTS)	104
Beispiel 5: Leitlinie zur Schwangerschaftskonfliktberatung bei Pränataldiagnostik	130
Beispiel 6: Zugangswege zum Krebsinformationsdienst	132
Beispiel 7: Aufsuchende Beratung in sozialen Medien für Migrantinnen	134
Beispiel 8: Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover	135
Beispiel 9: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	149
Beispiel 10: Lindenstraße	166
Beispiel 11: Zeitliche Entwicklung von AIDS/HIV-Kampagnen	193
Beispiel 12: Theorie- und evidenzbasierte Entwicklung	196
Beispiel 13: Visualisierungen im Deutschen Hygienemuseum Dresden	206

## **Verzeichnis der Begriffsklärungen**

Begriffsklärung 1:	Gesundheitskommunikation	24
Begriffsklärung 2:	eHealth und mHealth	25
Begriffsklärung 3:	Fake News und Verschwörungstheorien und Infodemie	33
Begriffsklärung 4:	Geschlechtersensible Medizin vs. geschlechtersensible Kommunikation	41
Begriffsklärung 5:	Interprofessionelle Zusammenarbeit	46
Begriffsklärung 6:	Telemedizin	115
Begriffsklärung 7:	Geschlechtsidentität	118
Begriffsklärung 8:	Strategien zum Umgang mit (falsch) Informierten	123
Begriffsklärung 9:	Social Marketing	138
Begriffsklärung 10:	E-Learning	164
Begriffsklärung 11:	Serious Games	168
Begriffsklärung 12:	Partizipative Entwicklung von Gesundheitskommunikation	197

## 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
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;
- wie die Inhalte der Gesundheitskommunikation strukturiert werden können;
- wie sich das Fach Gesundheitskommunikation historisch entwickelt hat;
- welche Konsequenzen die interdisziplinäre und interprofessionelle Ausrichtung des Faches für die Forschung und Praxis hat.

## Typische Fragestellungen

Themen aus dem Bereich der Gesundheitskommunikation begegnen uns in zahlreichen Facetten im täglichen Leben – und das nicht erst seit der COVID-19-Pandemie. Ärzt:intermine, Informationsbroschüren zu Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, Krankenhausserien und Tracking-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 Gesundheits- und Krankheitsthemen, Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsrisiken?
- Wie können Menschen erreicht und motiviert werden, die sich nicht für Gesundheitsthemen interessieren?
- Was erleben Menschen, die eine erschreckende Nachricht über ihren Gesundheitszustand oder mögliche Gefahren für ihre Gesundheit erhalten haben?
- Können Smartphone-Apps einen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Nutzer:innen haben?
- Wie glaubwürdig und evidenzbasiert sind Gesundheitsinformationen aus dem Internet oder den sozialen Medien?

## Forschungsfeld und Forschungsgegenstand

Gesundheitskommunikation umfasst dabei sowohl das Forschungsfeld Gesundheitskommunikationswissenschaft an sich (d.h. Fragestellungen, die von Forscher:innen untersucht werden) als auch die verschiedenen Forschungsgegenstände (d.h. die verschiedenen Formen gesundheitsbezogener und gesundheitsrelevanter Kommunikation, welche von Forscher:innen im Forschungsfeld betrachtet werden). Die Vielfalt von Fragen und Inhalten zeigt dabei, wie stark das Forschungsfeld und die Forschungsgegenstände mit den unterschiedlichsten alltäglichen Kommunikationssituationen wie Zeitunglesen, Gesprächen mit Familienmitgliedern und Freund:innen, Internetrecherchen oder dem Chatten in sozialen Medien verbunden ist.

### 1.1 Begriffsklärungen

#### Definition Gesundheit

Zweifellos sind die Begriffe Gesundheit und Kommunikation allgegenwärtig und vertraut. Dennoch besteht in vielen Fällen keine klare Einigkeit über ihre 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 wahrgenommenes) 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, 2006). 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). In den letzten Jahren geraten darüber hinaus zunehmend auch umweltbezogene Faktoren der Gesundheit (z.B. unter den Begriffen Environmental, Planetary oder Urban Health) in den Blick (Malsch, 2021).

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). Damit wird deutlich, worauf Schnabel und Bödeker (2012) bereits in ihrem Buchtitel hinweisen, nämlich dass Gesundheitskommunikation „mehr als das Reden über Krankheit“ – und Krankheitskommunikation dementsprechend nur ein Teil davon – ist.

### Definition Kommunikation

Über Kommunikation herrscht ebenfalls ein breites Verständnis und so koexistiert für diesen Begriff 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:innen (genauer: mindestens ein oder eine Sender:in und mindestens ein oder eine Empfänger:in) 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 Kommunikationspartner:innen 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 [Video-]Telefonat oder einem Livechat) oder asynchron (d.h. zeitversetzt wie bei einer E-Mail, einem Forum oder über Kommentare vermittelt auf einer Social Media Plattform) 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 Mobiltelefon) erfolgt. Dabei stehen wiederum viele verschiedene Medien als Mittel der Kommunikation, für den Austausch zwischen Sender:in und Empfänger:innen zur Verfügung, die von Zeitungspapier über PCs und Laptops bis hin zu Mobiltelefonen und Smartwatches reichen. Schließlich können Kommunikationsinhalte zudem nach ihrer Zugänglichkeit unterteilt werden; ob sie also öffentlich (d.h. für jede:n, wie im Fernsehen, einem Blog im Internet und einem öffentlichen Social-Media-Account) oder ausschließlich privat (d.h. nur einer bestimmten Personengruppe, wie in einer Besprechung oder einer Messenger-App) 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). Zudem ist es notwendig, die Akteur:innen der Kommunikation zu spezifizieren, da zunehmend Maschinen als eigenständige (teil-)automatisiert agierende Akteure in der Interaktion auftreten und daher von Mensch-Maschine-Kommunikation und einer Automatisierung der Kommunikation (im Unterschied zur technologiebasierten Mensch-Mensch-Kommunikation) gesprochen werden

muss. Hierzu zählt etwa die Kommunikation mit Chatbots oder Robotern, der automatisierte Ablauf von Verwaltungs- oder Entscheidungsprozessen oder die automatisierte Produktion journalistischer Inhalte (Hepp et al., 2022).

### 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 Gesundheitskommunikation. Sehr weite Definitionen von Gesundheitskommunikation fordern dabei lediglich einen Bezug zur Gesundheit ein, so bspw. „Health communication refers to any type of human communication whose content is concerned with health“ (Rogers, 1996, S. 15). Hierunter fällt demnach alle menschliche Kommunikation, die Gesundheitsthemen zum Inhalt hat. 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:innen oder Patient:innen/Klient:innen 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). Für eine weitere Einordnung verschiedener Definitionen siehe Baumann, Lampert & Fromm, 2020.

Außerdem wird in dieser Definition die Gesundheitskommunikation unabhängig von der Zielstellung der Kommunikator:innen und als wechselseitige Beziehung definiert. Dagegen beschränken sich andere Definitionen auf die Formen der Gesundheitskommunikation, die versuchen, die Empfänger:innen 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 organisierte Bemühungen“ mit dem „Einsatz möglichst vieler zielführender 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 Gesundheitskommu-

nikation im weiteren Sinne ein, nämlich die strategischen, d.h. gezielt geplanten Formen der Kommunikation, wie Kampagnen (siehe Kapitel 8) und Organisationskommunikation (siehe Kapitel 6). Zudem beschränken sich manche Definitionen auch auf das klassische lineare *Sender-Empfänger-Modell* und vernachlässigen dabei die interaktionistische, komplexere Realität von Kommunikation (Bauermann, Lampert & Fromm, 2020).

Digitale Gesundheitskommunikation z.B. in Form von Webseiten, Videotelefonaten und mobilen Anwendungen werden unter den Begriffen „eHealth“ und „mHealth“ und „Digital Health“, d.h. digitale Gesundheitsanwendungen, diskutiert (Rossmann & Karnowski, 2014; siehe Begriffsklärung 2).

### **Begriffsklärung 2: eHealth und mHealth**

Der Einsatz von digitalen Informations- und Kommunikationstechnologien im Rahmen von gesundheitsbezogenen Aktivitäten wird unter dem Begriff eHealth (für Electronic Health) oder auch Digital Health zusammengefasst (Fischer & Krämer, 2016). Eysenbach (2001, S. 20) definiert eHealth daher als „an emerging field of medical informatics, referring to the organization and delivery of health services and information using the Internet and related technologies“. Ziel von eHealth, was mitunter auch als digitale Gesundheit übersetzt wird, ist die Verbesserung der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitszustandes.

Der Begriff mHealth (für Mobile Health) kann vor diesem Hintergrund als ein Teilbereich von eHealth gesehen werden, bei dem mobile und algorithmusbasierte Informations- und Kommunikationstechnologien in der Gesundheitsversorgung und -förderung eingesetzt werden (Rossmann & Karnowski, 2014). Klassische Anwendungsbereiche sind etwa Apps für Smartphones und Tablets sowie der Versand von SMS, die insbesondere in Gebieten zum Einsatz kommen, in denen überwiegend herkömmliche Mobiltelefone (keine Smartphones) verbreitet sind (Rossmann & Krömer, 2016). Um die Versorgung in Pandemiezeiten oder in schwach besiedelten Regionen sicherzustellen, spielen eHealth und mHealth aber auch für die Fernbehandlung (d.h. Telemedizin; siehe Begriffsklärung 6) oder das Telemonitoring (d.h. die stetige Überwachung von zentralen Körperparametern) eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung (Marx et al., 2020). Dementsprechend wird dieser Bereich von eHealth auch als eCare bezeichnet (Otto et al., 2018).

Unter digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) versteht man „digitale Medizinprodukte, die von den Patienten oder von Leistungserbringern und Patienten gemeinsam genutzt werden“. Sie beruhen auf digitalen Technologien bzw. algorithmusbasierter Kommunikation und können ergänzend auch Sensoren, Messgeräte oder Übungsgeräte umfassen (Ludewig et al., 2021).

Die Formen der technologiebasierten Kommunikation entwickeln sich stetig weiter zu einer Kommunikation mit Technologien, wo Maschinen zu zunehmend eigenständigen Gesprächspartner:innen oder Akteur:innen in Gesundheitssystemen werden. Diese sog. Mensch-Maschine-Kommunikation mit durch künstliche Intelligenz (KI) gestützten Maschinen wie virtuelle Agenten, Chatbots und Robotern durchdringt zunehmend unseren Alltag und damit auch die gesundheitsbezogene Kommunikation. So ergänzen KI-gestützte Systeme in Ambient-Assistent-Living-Systemen die pflegerische Versorgung (Ziefle, 2020), während Big-Data-Analysen

von umfangreichen Patient:innendaten die ärztliche Entscheidungsfindung unterstützen (Farhadi et al., 2020). In der Ausbildung von Gesundheitsberufen werden außerdem zunehmend Virtual- oder Augmented-Reality-Anwendungen eingesetzt, um etwa den menschlichen Körper von innen zu erleben, Mehrpersonengespräche oder komplizierte OP-Handgriffe zu trainieren. Die virtuellen Umgebungen (z.B. mit VR-Brillen) und simulierten Patient:innen ermöglichen eine ressourcenschonende Ausbildung, in der seltene oder gefährliche Situationen beliebig oft wiederholt und eingeübt werden können (Hejna et al., 2023).

### 1.2 Strukturierungsmöglichkeiten des Forschungsbereichs

Um verschiedene Zugänge zum Forschungsfeld aufzuzeigen, werden im Folgenden verschiedene Möglichkeiten vorgestellt, wie sich der Gegenstandsbereich anhand der Merkmale Ebene und Medien strukturieren lässt (siehe Tabelle 1). Im Verlauf des Lehrbuchs 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, 2019) oder den englischsprachigen Überblickswerken (Ho et al., 2022; Thompson, 2014).

#### Ebenen

Eine Möglichkeit zur Systematisierung des Forschungsfeldes ist die Unterscheidung hinsichtlich verschiedener Ebenen von Gesundheitskommunikation (Baumann, Lampert & Fromm, 2020). Meist werden vier Ebenen unterschieden (siehe Kapitel 3-6), 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 z.B. im Arzt-Patienten-Gespräch oder den Austausch zwischen Familienmitgliedern, dem Pflegepersonal und Angehörigen oder unter Patient:innen (Baumann, Lampert & Fromm, 2020). Auf Ebene der Gruppen- und Organisationskommunikation wird vor allem die Kommunikation in und von gesundheitsbezogenen Institutionen, wie bspw. Krankenhäusern, Pflegeheimen oder (Online-)Selbsthilfegruppen betrachtet. Die vierte Ebene beschäftigt sich schließlich mit Fragestellungen von gesellschaftlicher Relevanz, die bspw. das gesamte Medien- oder Gesundheitssystem betreffen.

Eine ähnliche Unterscheidung findet sich in der Soziologie, wo zwischen Mikro-, Meso- und Makroebene differenziert wird. Während sich die Mikroebene eher auf das Individuum bezieht und damit eher psychologisch oder medizinisch argumentiert (siehe Kapitel 1.4), gehen Ansätze auf der Mesoebene eher auf die Netzwerkbeziehungen ein. Auf der Makroebene sind vor allem die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen angesiedelt (siehe auch Kapitel 3.3).

Diese Ebenenlogik lässt sich auch anwenden, um die Einflussfaktoren für Gesundheit zu systematisieren. So wird im sog. *Regenbogen-Modell* von Dahlgren und Whitehead (2021) deutlich, dass Gesundheit von einer Vielzahl von Determinanten beeinflusst wird (siehe Abbildung 1). Dies sind neben Faktoren des Lebensstils und der Genetik (auf der individuellen Ebene) auch familiäre und arbeitsbedingte Faktoren (Ebene sozialer und kommunaler Netzwerke) sowie allgemeine sozioökonomische, kulturelle und umweltbezogene Bedingungen (Makroebene), die sich zudem wechselseitig beeinflussen. Aus diesem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheitsdeterminanten, welches sich bspw. auch im *humanökologischen Modell* von Barton und Grant (2006) findet, leitet sich ab, dass im Rahmen von Gesundheitsförderung sowohl die Lebensweise als auch die Lebensbedingungen auf den unterschiedlichen Ebenen adressiert werden müssen (Hurrelmann & Richter, 2022). Dementsprechend sollte auch die Gesundheitskommunikation diese Vielzahl an Faktoren und deren Wechselwirkungen berücksichtigen, z.B. bei der Analyse von Medienberichterstattung oder der Erstellung von Informationsmaterialien (Reifegerste et al., 2021).

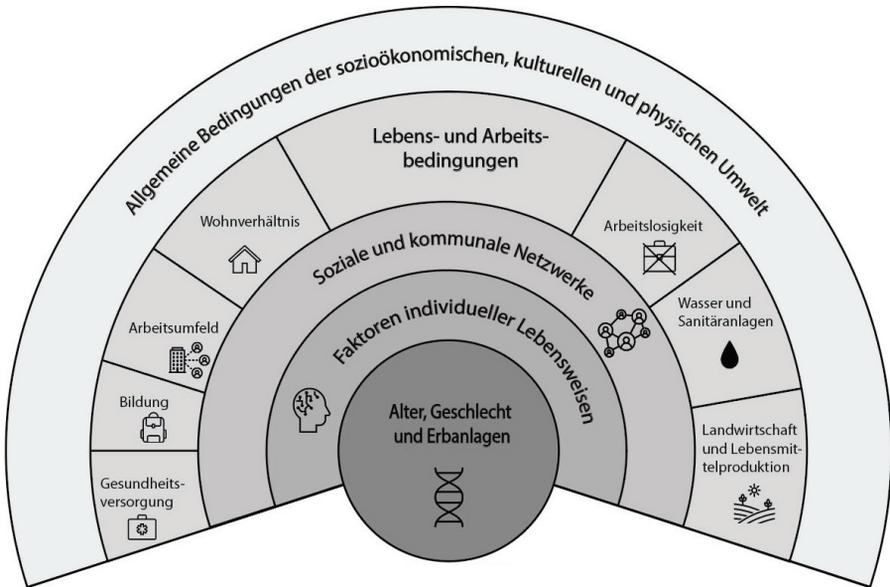


Abbildung 1: Die wichtigsten Determinanten der Gesundheit. Quelle: Dahlgren & Whitehead, 2021, S. 22.

Darüber hinaus lässt sich erkennen, dass die Adressierung individueller Faktoren in der Gesundheitskommunikation (z.B. durch Appelle in Kampagnen, siehe Kapitel 8.3) nicht erfolgreich sein kann, wenn die entsprechenden Kontextbedingungen (z.B. das Essensangebot in einer Kantine oder das bezahlbare Angebot alkoholfreier Getränke in einem Restaurant) kein entsprechendes Verhalten oder eine Verhaltensanpassung ermöglichen. Dieser hohe Einfluss der Arbeits-, Wohn- und

## 1 Was ist Gesundheitskommunikation?

Kulturgegebenheiten auf Gesundheit ist insbesondere bei vulnerablen Zielgruppen zu berücksichtigen, die erheblich von sozialer Ungleichheit betroffen sind. Dem entsprechend müssen Kommunikationsmaßnahmen immer unter Berücksichtigung der Kontextbedingungen entwickelt werden.

*Tabelle 1: Strukturierungsmöglichkeiten von Gesundheitskommunikation. Quelle: Eigene Darstellung.*

Kriterium	Dimensionen	Beispiele
Ebene	Intrapersonal	Psychische Prozesse, Vorstellungen
	Interpersonal	Arzt-Patienten-Gespräch, Gespräch zwischen Pflegepersonal, Gespräche mit Angehörigen
	Gruppen und Organisationen	Krankenhäuser, Krankenkassen, Ärzt:innenkammer, Patient:innenvertretung
	Gesellschaft	Mediensystem, Staat, Kultur, Massenkommunikation
Medien	Technik	Face-to-Face-Kommunikation, analoge oder digitale Medien, algorithmusbasiert
	Reichweite	Gruppenmedien, Massenmedien
	Funktion	Information, Unterhaltung, Persuasion, Austausch
	Forschungsbereich	Kommunikator:in, Inhalt, Nutzung, Wirkung

### Medien

Ähnlich wie die Begriffe Gesundheit und Kommunikation ist auch Medien ein Begriff aus 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, Plattformbetreiber:innen) 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 7.1 und 8.4 oder in Einführungswerken in die Kommunikationswissenschaft (Beck, 2020) bzw. Medienwirkungsforschung (Bonfadelli & Friemel, 2017).

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, mobilen 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). In der Gesundheitsversorgung geht diese Mediatisierung mit zahlreichen Veränderungen der Kommunikationsprozesse einher, die von Digitalisierung (siehe dazu Begriffsklärung 2) bis hin zur Automatisierung der Kommunikationsprozesse reichen (Hepp et al., 2022). Automatisierte Medien bzw. kommunikative KI dienen daher nicht nur zur Vermittlung, sondern auch zur Herstellung von Kommunikation, deren Automatisierung inzwischen weit über einfache Skripte mit determinierten Schritten hinausgeht. Diese automatisierten Medien können als Artificial Companion, Übersetzer oder Social Bots auftreten und dort algorithmusbasierte Personalisierung und automatisierte Empfehlungen auf der Basis umfangreicher Datenverarbeitung liefern (Hepp et al., 2022).

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 Ärzt:in kann per E-Mail, telefonisch oder persönlich stattfinden. Ein Smartphone kann folglich als ein Metamedium verstanden werden, welches Strukturen bereitstellt, in die andere konstituierende Medien, wie z.B. Apps, eingebettet sind (Karnowski, 2019). Die Anzahl, Art und Kombination der eingebetteten Medien lässt sich in einem Metamedium durch die Nutzenden individuell konfigurieren. Die Zusammenstellung und Nutzung der Medien unterscheidet sich somit sowohl zwischen den Nutzenden als auch zwischen einzelnen Nutzungssituationen zum Teil erheblich. Dies gilt es bei der Erforschung von Wirkungen der Gesundheitskommunikation sowie bei der Entwicklung von Kommunikationsmaßnahmen zu berücksichtigen. Um eine Einordnung der jeweiligen Forschungsstände im Rahmen dieses Lehrbuchs zu ermöglichen, wird trotz dieser Konvergenz der Entwicklungen vielfach die Unterscheidung zwischen interpersonaler und (massen-)medialer bzw. öffentlicher Kommunikation beibehalten.

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 Kommu-