
(aus Roski R (Hrsg.). Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation, Wiesbaden: VS Verlag, 33-55)

Kommunikation im Gesundheitswesen – Problemfelder und Chancen

Peter-Ernst Schnabel¹

Einführung

Die Frage, ob man für soziale oder *gesundheitsbezogene* Dienstleistungen mit den selben Mitteln erfolgreich werben könne, wie für Produkte des alltäglichen *Gebrauchs*, ist wie vieles, was den Sozial- und Gesundheitssektor angeht, in den Vereinigten Staaten schon viel früher als bei uns gestellt und mit einem „Ja“ beantwortet worden. Im Grunde geht es, so das Fazit, eigentlich nicht. Was aber nicht bedeutet, dass die Präventionsaktivisten, Gesundheitsförderer oder Kampagnenmacher und die Kollegen von der *Konsumwerbung* nicht vieles voneinander lernen könnten (Göpfert 2001). Inzwischen herrscht aber Klarheit darüber, dass sich Dienstleistungsangebote, im Verfolg derer eingeschliffene Verhaltensweisen abzustreifen oder gewohnte Lebensstile zu verändern sind, nicht schon deshalb durchsetzen, weil das aus biophysilogischer Sicht *vernünftig* wäre und/oder sie professionell interessierte, definitionsmächtige und/oder finanzstarke Berufsgruppen für *richtig* halten (Hurrelmann 2006). Und wir wissen aufgrund der Erkenntnisse der Gesundheitsförderungs- und Kommunikationsforschung, dass es *differenzierter, integrierter* und *auf Dauer* angelegter Interventionsstrategien bedarf, um ein so komplexes „Produkt“ wie z. B. Gesundheit, welches neben körperlichen, seelischen und gesellschaftlichen auch lebensgeschichtliche Elemente in sich vereint, an den Mann oder die Frau zu bringen (Schnabel 2007).

Augenblicklich scheinen wir uns in einer Situation zu befinden, in der vieles, um nicht zu sagen, fast alles, was mit der Förderung von Lebensqualität zu tun hat, einerlei, wo, wie und weshalb es geschieht, als „Sozialmarketing“ bezeichnet wird (Kotler, Ned & Lee 2002) und das so benannte Konstrukt an analytischer und praxisorientierender Schärfe und die damit befasste Disziplin Gefahr laufen könnte, ihre *Konturen* zu verlieren (Ewing 2001), noch bevor damit

¹ Prof. Dr. phil., Mitarbeiter der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, Arbeitsgruppe 4 „Prävention und Gesundheitsförderung, Leitung des Bachelor-Studiengangs „Health Communication“

begonnen wurde, diese richtig auszubilden. Es ist deshalb nicht nur im Interesse derer, die gegenwärtig noch nach der *Rolle* suchen, die Social Marketing innerhalb unseres Gesundheitswesens spielen könnte (vgl. u. a. Homburg, aber auch Sawicki, Pott, Rübiger, Diercks und Femers in diesem Band), sondern auch im Interesse der Gesundheitskommunikation, eines speziellen gesundheitswissenschaftlichen *Anwendungsgebiets*, welches sich in Deutschland gerade erst konstituiert (Schnabel 2005), darauf hinzuweisen, dass Kommunikation nicht mit Marketing und Gesundheitskommunikation nicht mit „Social“ oder – was sich inzwischen auch schon durchzusetzen beginnt – mit „Health Marketing“ identisch ist.

1. Was haben wir unter „Kommunikation“ zu verstehen ?

Konzeptionell würden wir erheblich zu kurz greifen und einen großen Teil des *Rationalisierungspotenzials* der Kommunikationswissenschaft verschenken, wenn wir unter Kommunikation nur das freie Austauschen von Informationen zwischen definierten Partnern in bestimmten Situationen verstehen würden (Frindte 2001). Dem Kommunikationsparadigma zufolge, hat fast alles, was wir im Laufe unseres Lebens lernen, denken und anstellen, mit der Herstellung und Aufrechterhaltung der Überlebensfähigkeit des sowohl nach sozialer Eingebundenheit als auch nach Einzigartigkeit strebenden Menschen in einer von sozialen Systemen geprägten Umwelt zu tun. Deren Bemühungen zielen im Unterschied zum Individuum darauf ab, gesellschaftlich definierte Aufgaben zu erfüllen und sich im Interesse der Gesellschaft, der sie ihre Existenz verdanken, so gut wie möglich am Leben zu erhalten.

Kommunikation ist das zentrale Medium, ohne welches dieses komplizierte, aus einer je nach dem gesellschaftlichen Status der Betroffenen variierenden Mischung von Disziplinierungs- und Selbstverwirklichungsanteilen bestehendes Geschehen nicht funktioniert (Hurrelman/Ulich 1998). Durch Kommunikation lernen wir, uns die materiale und soziale Umwelt in unterschiedlicher Weise anzueignen und mit den uns im Lebensverlauf begegnenden Herausforderungen unterschiedlich kompetent und erfolgreich auseinander zu setzen. Sie befähigt uns nicht nur, zu tun, was man von uns erwartet. Mittels Kommunikation ist es uns außerdem möglich, dasjenige, was man von uns erwartet, so zu tun, dass wir uns in unserem Handeln inhaltlich und konzeptionell von anderen unterscheiden und zu einzigartigen, mit besonderem Wissen und Fähigkeiten ausgestatteten Persönlichkeiten zu entwickeln vermögen. Wie wir es schaffen, beides: die Fä-

higkeit zu *funktionieren* und die Fähigkeit zur *Identitätsentwicklung* mit einander in Einklang zu bringen, ist nach dem momentanen Stand der Gesundheitsforschung auch von hervorragender Bedeutung für das, was ihr bedeutendster Klassiker A. Antonovsky als „Salutogenese“² bezeichnet hat (Antonovsky 1984).

Für die Abwicklung dieses komplizierten Geschehens stehen uns im Wesentlichen die folgenden drei Kommunikationstypen zur Verfügung. Sie sind in der Realität eng miteinander verbunden, können jedoch analytisch differenziert betrachtet werden und sollten, sofern sie *strategisch* verwendet werden, um bestimmte Aufklärungs-, Erziehungs- oder Veränderungseffekte zu erzielen, voneinander unterschieden werden.

1.1 Die interpersonale (dialogische) Kommunikation

In den Vorstellungen der meisten Menschen stellt die interpersonale Kommunikation den *Prototyp* dessen dar, was sie meinen, wenn sie von Kommunikation sprechen. Für ihn ist charakteristisch, dass sich die Kommunikationspartner als mit all ihren Sinnen (Hören, Sehen, Riechen, gelegentlich auch Tasten und Schmecken) Wahrnehmende und Wahrgenommene gegenüberstehen. Wenn in solchen Situationen Botschaften ausgetauscht werden, geschieht das überwiegend *gleichzeitig* auf nonverbale (vor allem durch Gestik und Mimik), verbale (insbesondere durch Sprechakte, aber auch schriftliche, bildnerische und musikalische Symbolisierungen) und para-verbale (z. B. Sprachtönung, Positionierung im Raum, Kleidung, sich mit speziellen Statusmerkmalen umgeben usw.) Weise (Frindte 2001). Alles geschieht vornehmlich zu dem Zweck, sich in seinem eigenen Verhalten am Verhalten und den Einstellungen Anderer zu orientieren und sich dabei *lernend* weiter zu *entwickeln*.

Aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen, die die Akteure in das Kommunikationsgeschehen einbringen, handelt es sich - sofern *Verständigung* das Ziel des Kommunizierens ist - um einen höchst sensibles und permanent erfolgsgefährdetes Geschehen (Watzlawick et al. 1985). Eine der Grundbedingungen dafür, dass sie für die Kommunikationspartner in befriedigender und ge-

² Vom Medizinsoziologen auf Grund eigener Studien in programmatischer Absicht als Gegenbegriff zur „Pathogenese“ (Krankheitsentstehung) entwickelt, bezeichnet den Herstellungs- und Aufrechterhaltungsprozess von Gesundheit. Nicht Krankheit als abweichendes Verhalten war für ihn das Hauptthema der Gesundheitsforschung, sondern die Beantwortung der Frage, wie es Menschen schaffen, in einer grundsätzlich problematischen materialen und sozialen Lebensumwelt gesund zu bleiben.

winnbringender Weise verläuft, ist, dass Akte der verbalen und der non- bzw. para-verbalen Kommunikation sich *entsprechen*. Fallen Gestik und Mimik und z. B. der Wortsinn auseinander oder widersprechen sie sich, neigen Menschen dazu, den Signalen der non-verbalen Kommunikation als einer sowohl phylo- wie ontogenetisch früher und deshalb länger verfügbaren, neuerdings und im Zuge des Erwachsenenlebens jedoch an Bedeutung verlierenden Fähigkeit eher zu vertrauen, als der verbalen Botschaft (Nothdurft 2002).

1.2 Kommunikation in und mit Organisationen (systemische Kommunikation)

Welche Bedeutung systemisches Kommunizieren für die Organisation des gesellschaftlichen Zusammenlebens hat, wissen wir eigentlich erst, seitdem die soziologische Systemtheorie und –analyse darauf hingewiesen hat, dass durch Kommunikation – sinniger Weise auch und gerade durch diejenige, die das Ziel der zwischenmenschlichen Verständigung ganz oder teilweise verfehlt (Luhmann 2003) – *Gesellschaft* entsteht und zusammengehalten wird. Und es stellte sich heraus, dass Menschen, wenn sie kommunizieren, dieses fast *nie* als autonome – völlig unabhängig denkende, entscheidende und handelnde Wesen, sondern in der Regel als Inhaber mehr oder weniger systemtragender *Rollen* und *Funktionen* tun (Luhmanns 1984). Daher macht es wenig Sinn und ist nicht erfolgreich, mit ihnen über die Vernünftigkeit und Angemessenheit ihres Verhaltens zu rechten und auf Veränderungen qua Einsicht zu hoffen, wenn nicht sicher ist, dass die organisierten Umgebungen, in denen sie leben und arbeiten, derartige Veränderungen tolerieren (Laaser/Hurrelmann 1998).

Die systemanalytische Organisationssoziologie und –beratung geht folglich davon aus, dass kommunikativ inszenierte und kontrollierte Veränderungen nur als schwer durchzusetzende „*Selbst-Veränderungen*“ von Systemen möglich sind und dass sie (die Veränderungen) nur dann nachhaltig gelingen, wenn sie von der organisierten Umwelt (Familie, Schule, Betrieb usw.) als Beitrag zum Systemerhalt, zumindest nicht als Störung oder Bedrohung wahrgenommen werden (Willke 1992). Geradezu ideal und erfolgsgarantierend ist es, wenn mit kommunikativen Mitteln und Strategien agiert wird, die sich eignen, um Individuen und die sie umgebenden Systeme *gleichzeitig* zum lernen zu bringen. Da aber Systeme anders lernen als einzelne Menschen, sind nur jene Interventionsexperten wirklich erfolgreich, die deren „*Sprache*“ sprechen. Das tun sie vor allem dann, wenn sie in der Lage sind, Systemen in Gestalt ihrer Verantwortungstragenden davon zu überzeugen, dass nur durch eine Veränderung im Verhalten der Mitglieder oder Mitarbeiter tief sitzende, längst schon als quälend

und regulierungsbedürftig empfundene *Selbsterhaltungs*probleme des Systems, einer Organisation oder Einrichtung gelöst werden können.

1.3 Kommunikation mit größeren sozialen Einheiten (campaigning)

Massenmedial gestützte Kampagnen gehören in Deutschland zu den vor allem im Gesundheitsbereich noch vergleichsweise selten eingesetzten und insgesamt noch viel zu wenig erforschten Instrumenten der Kommunikation mit anonymen Großgruppen und Gesellschaften (Bonfadelli/Friemel 2006). Oft passiert es, dass wegen des großen „Verbal-Getümmels“, dass Werbekampagnen brauchen, um Aufmerksamkeit für die jeweils propagierten Produkte herzustellen und sich als Interventionsstrategie unentbehrlich zu machen, deren tatsächliche Wirkung *überschätzt* wird. Sie sind heute im allgemeinen Informations- und Aufklärungswesen zwar kaum noch weg zu denken, vermögen es aber aus Gründen, zu deren genauerem Verständnis Medienpädagogik, Lern- und Motivationspsychologie noch sehr viel beigetragen können, in der Regel nicht, das Verhalten von Menschen zu verändern (Göpfert 2001). Mit ihrer Hilfe kann man Menschen dazu bringen, sich *neuen* für sie wichtigen Problemen zuzuwenden, *bestehende* Einstellungen und Verhaltensweisen zu verstärken und *anderweitig*, z. B. durch Maßnahmen personaler und/oder systemischer Kommunikation in Gang gesetzte Innovationen erfolgsfördernd zu unterstützen.

Aber um selbst das zu bewerkstelligen ist es dringend erforderlich, die speziellen Wirkungsdynamiken von Kampagnen zu verstehen (Naidoo & Wills 2003). Dazu gehören nicht nur die Ziele und *Eigeninteressen* derer, die sie realisieren. Wie ihre Botschaften interpretiert werden und welche Wirkung sie entfalten, hängt außerdem von der Glaubwürdigkeit und den Absichten der *Kampagnenmacher*, von der Art, dem Stil, dem Umfang der *Botschaft* und der verwendeten Symbolik, von der Beschaffenheit der verwendeten *Medien* (Print, Elektronik oder eine Mischung von beiden) und - nicht zuletzt - von den *Empfängerinnen* und *Empfängern*, ihrem Alter, ihrer psychischen Verfassung ihren besonderen soziokulturellen Merkmalen ab (Pott 2005).

Worin sich kampagnenförmiges von dialogischem und systemischem Kommunizieren besonders unterscheidet, ist, dass hier das *feed back* (z. B. durch Partner oder in Form der Reaktion von Repräsentanten oder Mitarbeitern einer Organisation), mittels dessen die Wirkung und im Zusammenhang damit auch die strategische Angemessenheit direkt überprüft werden kann, weitgehend unterbleibt. Kampagnenmacher sind deshalb auf besonders gut abgesichertes Wissen im Hinblick auf die Problemlagen ihrer *Adressaten* und deren Reaktionspo-

tentiale angewiesen. Um so bedauerlicher ist da, dass zu den momentan von den Realisatoren am meisten vernachlässigten und über den Erfolg bestimmenden Faktoren neben den *Bedürfnissen* und den unterschiedlichen soziokulturellen Hintergründen der Botschaftsempfänger vor allem das *Passungsverhältnis* von Botschaft, Kommunikationsstil und den eingesetzten Medien gehören (Bonfadelli/Friemel 2006). Es dominieren „Schema-F“ – Produkte, die sich um die unterschiedlichen Voraussetzungen und Problemlagen bei den Empfängerinnen und Empfängern viel zu wenig kümmern.

Alle Kommunikationsformen sind als je einzelne in ihrer besonderen Abhängigkeiten von der Qualifikation und den Absichten der Akteure, von den Inhalten, der Situation und den Voraussetzungen, die die kommunizierenden Personen mitbringen, durch ein relativ hohes Maß an Verständigungs- bzw. *Scheiternsrisiken* gekennzeichnet. Man umgeht diese jedoch nicht dadurch, dass man sich zum Zwecke der Risikokontrolle oder -vermeidung nur auf einzelne von ihnen konzentriert, sondern möglichst *mehrere* Kommunikationsformen zum Zwecke der Vermittlung wichtiger Botschaften in der Hoffnung miteinander *kombiniert*, dass es gelingen möge, die Schwächen der einen durch die Vorteile der jeweils anderen auszugleichen.

2. Was ist Gesundheitskommunikation ?

Sie umfasst als das zentrale Anwendungs-Medium der Gesundheitswissenschaften/Public Health die Gesamtheit aller mehr oder weniger organisierten Bemühungen, die *Botschaft* der Gesundheit

- auf allen vermittlungsrelevanten *Ebenen* (Individuen, Organisationen, ganze Gesellschaften),
- durch den Einsatz möglichst vieler zielführender *Strategien* (Beratung, Organisationsentwicklung, Aufklärungs- und Informationskampagnen) und
- unter Verwendung einer Mischung geeigneter *Medien* (Buch, Presse, Funk, Fernsehen, Internet) zu verbreiten, um dadurch
- die *Einstellungen* und *Verhaltensweisen* der Menschen in einer Weise zu beeinflussen, die diese zu einer möglichst *selbst bestimmten*, auf die Vermeidung von *Krankheitsrisiken* und die Stärkung von *Gesundheitsressourcen* ausgerichteten Lebensführung befähigt, was
- bei Bedarf auch die Fähigkeit mit einschließen muss, die eigenen Gesundheitsinteressen gegen *Widerstand* durchzusetzen (Schnabel 2005).

Daraus folgt, dass es sich bei Gesundheitskommunikation um *mehr* als das bloße *Reden* über Krankheit und Gesundheit handelt. Sie schließt das Reden über Krankheit insofern mit ein, als durch das *erfolgreiche* Kommunizieren beim Umgang mit Krankheiten individuelle und kollektive Ressourcen aufgespart bzw. frei gesetzt werden, die anderen Falls gebunden blieben und nicht für die Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit eingesetzt werden könnten. Eben daran aber ist Gesundheitskommunikation auf vielfältige, hauptsächlich aber auf die folgenden von einander unterscheidbaren Weisen beteiligt, die für das problemangemessene Funktionieren eines modernen Versorgungssystems gleichermaßen wichtig sind.

2.1 Gesundheitskommunikation im Laiensystem, um zu erkennen was vorliegt und getan werden kann bzw. getan werden muss

Experten schätzen, dass rd. 80 % aller Ereignisse, die mit beeinträchtigter Gesundheit oder Krankheit zu tun haben, in der Familie oder in der Zusammenarbeit mit alternativen Diensten bewältigt und rd. 60 % aller Behinderten *zu Hause* unter mehr oder weniger starker Inanspruchnahme medizinischer und anderer Dienstleistungen betreut werden. Tagtäglich muss *ausgehandelt* werden, ob Krankheiten oder andere Bedürftigkeiten vorliegen. Und das wird durch Gesundheitskommunikation, zunächst im Bekannten- und/oder Familienkreis, unter Zugrundelegung überwiegend nicht professioneller Erfahrungen und Kompetenzen und vor dem Hintergrund von Krankheits- resp. Gesundheitskulturen³ erledigt, von denen wir inzwischen wissen, dass sie nicht nur schicht- (Richter/Hurrelmann 2006), sondern auch geschlechts- und altersspezifisch (Kolip 1997) variieren.

Als Folge dieser kulturabhängigen Arten, über gesundheitliche Belange zu kommunizieren und mit ihnen umzugehen, wird nicht nur das jetzt schon überlastete Versorgungssystem davor bewahrt, sich durch die Aufnahme von noch mehr Behandlungsfällen zu *übernehmen*. Kaum vorzustellen, was geschehen würde, wenn die Familien sich wegen eigener Überlastung weigern würden, die Pflege ihrer behinderten Angehörigen in dem oben erwähnten Ausmaß zu übernehmen. Spezifische Gesundheitskulturen sind auch dafür verantwortlich, dass

³ darunter ist der am Habitus-Konzept des französischen Soziologen P. Bourdieu orientierte Versuch (Bauer 2005) zu verstehen, darauf hinzuweisen, dass typische auf die besonderen Lebensumstände und Funktionserwartungen einer unter weitgehend identischen Bedingungen lebenden und arbeitenden Bevölkerungsgruppe ausgerichtete, die Einen aus- und die Anderen einschließende Weisen existieren, über Krankheit und Gesundheit nachzudenken und unter mehr oder weniger intensiver Nutzung der von der Gesellschaft dafür vorgesehenen Dienst auf sie zu reagieren,

Arbeitnehmer ärztliche Dienste in konjunkturell günstigen Zeiten häufiger in Anspruch nehmen, als in Zeiten, in denen sie um ihre Arbeitsplätze bangen müssen (Abholz 1997). Zum Alltag von Jugendlichen eher als zum Alltag von Erwachsenen, die dafür nur wenig Verständnis aufbringen, gehört es, Risiken in Kauf zu nehmen oder gar zu suchen (Franzkowiak 1986). Frauen kümmern sich mehr um Körper und Gesundheit, gehen häufiger zum Arzt als Männer, nutzen Vorbeugungsuntersuchungen sehr viel stärker und tragen so offenbar selbst erheblich dazu bei, dass sie länger leben (Lademann/Kolip 2005).

Sich aus versorgungspolitischen Gründen mit diesen tagtäglich statt findenden Arten, über Gesundheit und Krankheit zu kommunizieren, um zu entscheiden, welche Probleme im Laiensystem bewältigt werden können und welche im Medizinsystem behandelt werden müssen, macht mehrfachen Sinn. Zum einen wäre es möglich, auf dieser Eben die *Entscheidungskompetenz* der Laien zu verbessern und es könnten durch Förderung der Bereitschaft zur Übernahme von mehr *Verantwortung* für Leib, Leben und Gesundheit, insbes. im präventiven Bereich, die gesellschaftlich vorgehaltenen Versorgungsdienste finanziell und personell entlastet werden (Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004). Zum anderen könnten durch Aufklärung über und Vorschläge zur *Rekonfiguration* gesundheitskulturell verfestigter Kommunikationsroutinen z. B. die Angehörigen unterer sozialer Schichten zu einem selbst bestimmten Umgang mit den Ursachen ihrer unverhältnismäßig hohen Erkrankungsrisiken, Männer zu einem bewusster und förderlicheren Umgang mit Körper und Gesundheit und Jugendliche dazu gebracht werden, die spezifischen Herausforderungen ihrer Altersphase auf anderen als gesundheitsschädlichen Betätigungsfeldern zu suchen.

2.2 Mit Experten möglichst zielführend über die Behandlung von Krankheiten und die Förderung von Gesundheit kommunizieren

Das Kommunizieren über Krankheit und Gesundheit zum Zwecke der schnellst möglichen Überwindung von Krankheitsfolgen und/oder zur Förderung von Gesundheit stellt jenen Teil der Gesundheitskommunikation dar, der sowohl in der Wissenschaft wie in der Praxis mit Gesundheitskommunikation *schlechthin* assoziiert wird. Hier wird von Patienten- oder *Klientenseite* vor allem in der Absicht kommuniziert, zu erfahren, was getan werden muss, um sich von Leidenszuständen zu befreien und krankheitsbedingte Ausfälle so schnell wie möglich zu überwinden sowie die dazu mit dem Experten verabredeten Behandlungsstrategien erfolgreich umzusetzen (Parsons 1958). Von Seiten der

Experten kommt es darauf an, die Patienten bzw. Klienten im Interesse eines alsbaldigen Behandlungserfolges oder wirksamer Gesundheitsförderung zu bestmöglicher Zusammenarbeit zu motivieren. Gesundheits- als Arzt- Patienten-kommunikation repräsentiert im Unterschied zur eher *symmetrisch* strukturierten Gesundheitskommunikation zwischen Laien ein von Watzlawick und Mitarbeitern so bezeichnetes ungleiches oder *asymmetrisches*, weil unter mehr oder weniger starkem Leidensdruck eingegangenes, und durch die Expertenschaft des Behandelnden dominiertes Kommunikationsverhältnis (Watzlawick/Beavin/Jackson 1985). Es kann unter den versicherungsrechtlichen und strukturellen Bedingungen des etablierten Versorgungswesens, welches Freistellung und Fortzahlung im Krankheitsfall (den so genannten „sekundären“ Krankheitsgewinn) nur aufgrund von Krank-Schreibung gewährt, durchaus den Charakter eines *Zwangsverhältnisses*, und damit eines kommunikativen Extremfalls annehmen, der von zu wenig interaktiven Momenten bestimmt ist und keine Mitbestimmung der Patienten erlaubt. Für die Kommunikation zum Zwecke der Vorbeugung gilt dies zwar nicht in gleichem Maße. Aber auch *Prävention* ist, wenn sie nicht aus privaten Mitteln erbracht wird, nur gegen Krankenschein und so wie die heutigen Versicherungsträger aufgestellt sind, nur auf eine bestimmte, überwiegend angebotsorientierte Weise zu haben, die die Bedürfnisse und die Lebensgewohnheiten der Adressaten weitgehend ignoriert und deshalb kaum Wirkung entfaltet (Schnabel 2007).

An dem Charakter der Arzt-Patient-Kommunikation, hat sich trotz intensiver Kritik (Lüth 1974, v. Ferber/v. Ferber 1978, Siegrist 1978) zwischenzeitlich nur wenig geändert. Das, was mit „*sprechender Medizin*“ gemeint ist, wird aufgrund der zeitlichen und/oder finanziellen Rahmenbedingungen, unter denen sie in Praxen und Krankenhäusern statt findet, wohl noch lange ein Wunschtraum bleiben, auch wenn heute versucht wird, der „evidenz-basierten“⁴ eine „narrativ-basierte“, vor allem zuhörende Medizin (Greenhalgh & Hurwitz 2005) an die Seite zu stellen oder durch so genanntes „Empowerment“ (Müller-Mundt 2001) den Patienten auf die Kooperation mit Ärzten einzustellen. Unter dem Strich jedoch ist selbst verantwortliche Kommunikation als Voraussetzung für eine Emanzipation, die Patienten und Klienten befriedigt und die Dienstleister wirklich entlastet – wie die Erfahrung zeigt - von *innerhalb* des Versorgungssystems nur schwerlich zu erreichen. Erfolgreicher wird es demgegenüber sein, hierzu von *außen*, und zwar durch die frühzeitige und lebenslange Einflussnah-

⁴ darunter wird gegenwärtig ein therapeutisches Vorgehen verstanden, bei dem nur Mittel und Behandlungsweisen eingesetzt werden, deren Wirksamkeit empirisch nachgewiesen worden ist. Oft genügt es heute aber schon, wenn Mediziner von diesen Mitteln und Vorgehensweisen behaupten, dass sie evidenz-basiert seien.

me auf die Persönlichkeitsentwicklung und das Konsumentenverhalten (v. Reibnitz/Schnabel/Hurrelmann 2001) auch und vor allem bei noch nicht erkrankten Menschen einzuwirken. Dabei handelt es sich um eine Vorgehensweise, die sich ferner dazu eignet, Erkrankungswahrscheinlichkeit und die Gesundheitsrisiken im Lebenslauf allgemein, unter Einsatz entsprechender Kommunikationsstrategien aber auch die Risiken sozial und gesundheitlich benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu reduzieren (Rosenbrock /Kümpers 2006) .

2.3 Lebenslange Gesundheitskommunikation, um Gesundheit herzustellen und aufrecht zu erhalten

Die Überlebenschancen basieren zu 5 % auf genetischen, zu 15-20 % auf der Leistung kurativer Dienste, zu 20 – 30 % auf individuellen, insbes. verhaltensbedingten Faktoren und 40-60 % auf dem sozialen Status (Schicht-/Klassenzugehörigkeit) eines Menschen (Marmot et al. 1999, Brösskamp-Stone 2004). Das bedeutet, dass es sich bei der Mehrzahl jener Faktoren, die über Krankheit und Gesundheit entscheiden, um solche handelt, die wie das Verhalten sozial *gelernt* werden oder wie die Schichtzugehörigkeit die Bedingungen weitgehend *festlegen*, unter denen wir sowohl Belastungen als auch Bewältigungsfähigkeiten im Lebenslauf akkumulieren und die sich der Einflussnahme durch das Einzelindividuum nicht völlig aber doch zu einem erheblichen Teil entziehen (Hurrelmann 2006). Was wir unter diesen sozial ungleich verteilten Voraussetzungen lernen und wie wir es tun, geschieht durch Kommunikation, hat je nachdem, wie viel Überlebenskompetenzen wir dabei zu erwerben vermögen, immer auch mit der Entwicklung der Fähigkeit zu tun, eigene Erkrankungsrisiken zu vermeiden und Gesundheitsressourcen allein oder mit Unterstützung anderer zu stärken (Schnabel 2001). Sie kann damit als Gesundheitskommunikation im *weiteren* Sinne bezeichnet werden.

Im Unterschied zur Verhaltensprävention, die sich mehrheitlich auf Individuen konzentriert und erst aktiv wird, wenn und insoweit ihnen krankheitswertige Risikofaktoren erfolgreich zugeschrieben („atribuiert“) wurden, sind Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Verbindung mit Gesundheitserziehung, Empowerment-Strategien besonders gut dazu geeignet, sich von Geburt an und unter Bezugnahme auf besonders einflussreiche Settings⁵ wie die Familie, den

⁵ Als „Setting“ werden überschaubare soziale Einheiten/Organisationen bezeichnet, in denen nach WHO-Diktion (WHO 1986) Gesundheitsförderung kontrolliert durchgeführt werden können. Es ist kein Zufall, dass die meisten von ihnen mit denjenigen Einheiten/Instanzen identisch sind, die die

Kindergarten, die Schule, den Betriebe oder die Kommune um die systematische Stärkung gesundheitlicher Ressourcen aller, also auch jener Menschen zu kümmern, die noch über so gut wie keine Krankheitserfahrungen verfügen (Altgeld 2006). Als *spezieller*, zielgerichtet operierender Typus der Gesundheitskommunikation ist sie problemorientiert, erfüllt sozialkompensatorische Aufgaben und ist – wie in den strategischen Leitlinien der Ottawa Charta (WHO 1986) vorgegeben – sowohl auf die Befähigung einzelner Menschen als auch auf die gesundheitsförderliche Gestaltung ihrer Lebens- und Arbeitswelten gerichtet. Diejenigen, die sich auf ihre Anwendung verstehen, lassen sich interdisziplinär beraten, integrieren unterschiedliche Vorgehensweisen miteinander und bringen verschiedene Methoden der Akzeptanzbeschaffung zum Einsatz.

3. Gesundheitskommunikation im Gesundheitswesen – Erscheinungsformen, Probleme und Optimierungsmöglichkeiten

Gesundheitskommunikation im umfassenden Sinne, und zwar als die lebenslange Aneignung und Aufrechterhaltung von *Gesundheitsfähigkeit* einschließlich des darin aufgehobenen Umgangs mit Erkrankungsrisiken und gesundheitlichen Gefährdungen, spielt überall da eine wichtige Rolle, wo sich Anbieter und Nutzer medizinischer und anderweitiger diagnostischer und therapeutischer Dienstleistungen begegnen. Hier treffen sie als Angehörige gleicher bzw. unterschiedlicher Sozialschichten, gleichen bzw. unterschiedlichen Geschlechts, gleicher bzw. unterschiedlicher Bildung, gleicher bzw. unterschiedlicher professioneller Kompetenz und unter dem Zwang aufeinander, sich im Interesse der individueller Leidensminderung und gesellschaftlicher Selbsterhaltung⁶ auf eine ebenso erfolgreiche wie kostengünstige Zusammenarbeit zu verständigen.

Diese Zusammenarbeit verläuft – wie man inzwischen weiß, um so *reibungloser*, je gleicher die individuellen und sozialen Voraussetzungen sind, unter denen sich die Kommunikationspartner begegnen. Denn von dieser Reibungslosigkeit im Sinne einer wirksamen Behandlung profitieren diejenigen am meisten, die aufgrund ihres gehobenen Status, ihrer besseren Bildung und ihrer guten materiellen Lage aus der Kommunikationssituation zwischen Arzt und

Forschung als wichtige Organisatoren des Sozialisationsgeschehens benennt.

⁶ das Selbsterhaltungsinteresse jeder Gesellschaft ist tangiert, wenn das Ausmaß an Krankheit und in ihrem Gefolge die Leistungsbeeinträchtigung ihrer Mitglieder die Funktionsfähigkeit jeder Gesellschaft und ihrer Subsysteme, insbes. des ökonomischen beeinträchtigen. Vor allem aus diesem Grund leistet sie sich (vgl. o.) ein ziemlich teures Krankheitsversorgungssystem, welches wiederum seinen delikaten Nutzen aus der größtmöglichen Zahl versorgungsbedürftiger Fälle zieht.

Patient, Dienstanbieter und Klient den für sie *größten* Nutzen zu ziehen vermögen. An diesem grundlegenden Umstand, dem wir einen großen Teil der für unserer Gesellschaft konstitutiven, ethisch zwar inakzeptablen aber dennoch alltäglichen und vom etablierten Gesundheitssystem eher verstärkten als kompensierten gesundheitlichen *Ungleichheit* verdanken (Bauer/Bittlingmayer/Richter 2007), ist so gut wie nichts zu ändern. Es sei denn, die Gesellschaft entschließt sich, infolge einer prinzipiell *anderen* Sozial- und Versorgungspolitik (Deppe 1981) und einer veränderten Sozialisation von Konsumenten und Anbietern kurativer und anderer Dienstleistungen (v. Reibnitz/Schnabel/Hurrelmann 2001) gänzlich neue Schwerpunkte, wie z. B. den politischen Willen zur Egalisierung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in den Blick zu nehmen.

Bleiben wir jedoch innerhalb dieses auf die ungleiche Versorgung sozial ungleich Situierter eingestellten Systems, und zwar in der veritablen Absicht, den kommunikativen Ertrag und damit die Leistungsfähigkeit bestehender Dienste zu optimieren, so können wir das auf drei verschiedenen Gebieten, denen der Kuration, Rehabilitation und der Politik vorbeugenden Versorgungshandelns tun.

3. 1 Gesundheitskommunikation zum Zwecke der Kuration

Kurationsbezogene Gesundheitskommunikation spielt sich überwiegend auf der Ebene interpersonaler Aushandlungsprozesse zwischen *Ärzten/Therapeuten* und *Patienten/Klienten*, bzw. zwischen Pflegepersonal und Patienten ab. Im ersten Fall kommt es auf die gemeinsame Klärung der Art und der Ursachen einer vorliegenden Krankheit (Diagnose) an und um die kooperativen Schritte, die getan werden müssen, um Krankheitsfolgen zu minimieren oder zu beseitigen (Therapie). In der Kommunikation zwischen *Pflegepersonal* und Patienten, geht es zwar auch um Fragen optimaler Therapie, jedoch weniger um deren medizinisch-technische Seite, sondern um deren *psychosozialen* Erfordernisse und damit um denjenigen Teil behandlungsrelevanten Kommunizierens, der aus der aktuellen Arzt-Patientenkommunikation zunehmend ausgeschlossen scheint (Schaeffer/Müller-Mundt 2002).

Für das Gelingen dieser von Seiten der Patienten mit äußerster Alarmiertheit, von Seiten des Personals mit professioneller Distanz geführten Arzt-Patient-Pflege-Kommunikation ist nicht nur das Passungsverhältnis von verbalen und non-verbalen Kommunikationsanteilen von außerordentlich großer Bedeu-

tung. Ebenso wichtig ist, dass Ärzte und Pflegepersonal und beide im Falle einer stationären Behandlung mit der Krankenhausverwaltung und darüber hinaus mit Versicherungsträgern und kassenärztlicher Vereinigung und im Fall der ambulanten Versorgung direkt mit Krankenkassen und den Organen der ärztlichen Selbstverwaltung auf eine Weise kommunizieren können, die ihnen ermöglicht, im Umgang mit den Patienten ihr Bestes zu geben. Hierbei spielen dann *systembezogene* Kommunikationsanteile eine wichtige Rolle, mittels deren eine Verständigung über die Rahmenbedingungen ärztlichen und pflegerischen Handelns aus betriebswirtschaftlicher, versicherungsrechtlicher und/oder volkswirtschaftlicher Sicht erzielt werden muss. Nicht weniger entscheidend für das Gelingen der Arzt- Pflegepersonal-Patienten-Kommunikation ist aber auch, welche Erfahrungen und Fähigkeiten Patienten/Klienten einzubringen vermögen (Bruns/Christ/Richter 2000). Eine besondere Herausforderung und damit ein nicht unerhebliches Scheiternsrisiko besteht schließlich darin, dass es unter dem Einfluss gesundheitsbezogener *Massenkommunikation*, die aus einer für alle Beteiligten immer schwerer zu durchschauenden Mischung aus Aufklärung, Werbung und Unterhaltung (Edutainment) besteht, für Ärzte, Pflegepersonal und Patienten immer schwieriger zu werden scheint, sich im Interesse einer allseits befriedigenden Versorgung auf einheitliche Maßstäbe dafür zu verständigen, was als gelungene diagnostisch-therapeutische oder pflegerische Kommunikation anzusehen ist.

Versuche, die Ergebnisqualität kurationsbezogener Aushandlungsprozesse im Interesse einer bedarfsdeckenden und bedürfnisorientierten Versorgung zu verbessern, setzen so gut wie überhaupt nicht beim *System* und viel zu selten bei den *Dienstleistern*, hier dann mit den wenig tauglichen Mitteln einer um ausgewählte sozial- oder kommunikationswissenschaftliche Inhalte ergänzten, im Kern aber unveränderten Mediziner- oder Pflegeausbildung an (Deppe 2002). Mediziner dürfen sich infolge dessen als „Sprechende“ und das Pflegepersonal als „Gesundheitspflegende“ empfinden, wohl wissend, dass die personellen, strukturellen und finanziellen Voraussetzungen fehlen, um alternative Behandlungskonzepte dieser Art in die Tat umzusetzen.

Das Gros aller aktuellen Bemühungen konzentriert sich ausgerechnet auf das schwächste weil am *wenigsten* einflussreiche Glied, den Patienten/ Konsumenten und das auch noch mit begrenzt wirksamen und verwirrend widersprüchlichen Mitteln. Einerseits haben wir es bei der Patienten-Edukation, die

unter dem unpassenden Titel „Empowerment“⁴⁷ daher kommt, mit Bemühungen zu tun, vor allem chronisch Kranke zur Eigenbehandlung und damit zur Durchführung von Leistungen zu befähigen, die vom Versorgungssystem zu vertretbaren Preisen nicht mehr erbracht werden können (Michelsen/Stegmüller 2004). Andererseits wird durch eine von unterschiedlich interessierten Anbietern (Krankenhäuser, kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, Bildungszentren, Pharmaindustrie, Verbraucherzentralen u. a. m.) qualitativ weitgehend ungeschützte Gesundheits- bzw. Krankheitsberatung versucht, Patienten zu qualitätsbewussten Konsumenten auf einem selbst für Anbieter völlig unüberschaubaren Markt medizinischer Dienstleistungen heran zu bilden (Schmidt-Kaehler 2006).

Fast immer jedoch geht es um „Compliance“ (Akzeptanzbeschaffung). Mündigkeit und Selbstbestimmung der Patienten/Klienten sind als Ziele verbesserter Arzt-Patientbeziehungen oft nur vorgeschoben. In Wirklichkeit sollen nun, nachdem die Anbieterseite auf dem Selbstverpflichtungsweg zu keinem ökonomischeren Umgang mit den gesellschaftlich, solidarisch oder steuerlich bereit gestellten Mitteln bewegt werden konnte, die Patienten/Klienten zu kostenbewussten, notfalls zahlungswilligen Nutzern herangebildet werden. Von diesen Widersprüchen sind nicht einmal neuere von den Krankenkassen protegierte „disease-management“ oder „managed care“⁴⁸ Programme zur Versorgung chronisch kranker Patienten völlig frei zu sprechen. Denn die Art ihres Einsatzes, insbes. deren finanzielle, personelle und strukturelle Ausstattung lässt bis heute völlig offen, ob ihre Einführung sich wie behauptet, dem sachlich notwendigen Ziel der patientenorientierten Versorgungsoptimierung oder in Wirklichkeit dem für sich gesehen untauglichen und längerfristig in die Irre führenden Motiv bloßer Kostenreduzierung (Ökonomisierung) verdankt.

3.2 Gesundheitskommunikation in der Rehabilitation

Auch die Rehabilitation steht vor ähnlichen Problemen der interpersonalen Kommunikation. Sie hätte sich ebenso wie die Kuration unter dem Druck eines

⁴⁸ bei „managed care“ Konzepten handelt es sich Behandlungsmodelle bestimmter Krankheiten, mit denen versucht wird, die Angebots- (Ärzte), Nachfrage- (Patienten) und Finanzierungsseite (Krankenkassen) ärztliche mit anderen Dienstleistungen unter effizienzsteigernden Bedingungen miteinander zu kombinieren. Strukturierte oder „Disease-Management“-Programme wenden sich an chronisch Kranke, deren erfolgreiche Behandlung neben medizinischen einen hohen Teil von Eigenbehandlungselementen einschließt. Beide wie auch andere in diese Richtung gehenden Programme setzen ein hohes Maß funktionierender Kommunikation zwischen den Beteiligten voraus.

grundlegend veränderten Bedarfs und neuer Versorgungsbedürfnisse⁹ längst schon zu einem *integrierten*, auf psychische und soziale Faktoren des Genesungsprozesses besonders Rücksicht nehmenden Versorgungs-Bereich entwickeln müssen, in dem kurativ und anderweitig tätige Dienstleister *gleichberechtigt* zusammen arbeiten. Faktisch ist das aber noch viel zu selten der Fall. Viele Reha-Kliniken haben sich in den vergangenen zwanzig Jahren zwar konzeptionell weg bewegt von einer nach rein medizinischen Maßstäben agierenden vor allem auf körperliche Wiederherstellung und *Rezidivprophylaxe* ausgerichteten Anschlussheilbehandlung. Und sie haben damit begonnen, in tertiär-präventiver Absicht Einfluss auf pathogene Einstellungen, Verhaltensweisen und Lebensstile der Rekonvaleszenten zu nehmen (Schott 2005). Bei genauerem Ansehen der internen Strukturen des Reha-Systems, insbes. der personellen und finanziellen Ausstattung sowohl der stationären als auch der ambulanten Bereiche dominiert nach wie vor jedoch der kurativ-*medizinische* Blick und eine Dienstleister-Patienten-Kommunikation, deren Einseitigkeiten und Defizite sich von denen des kurativen Systems nicht wirklich unterscheiden.

Daraus resultierende Wirksamkeitsdefizite und Scheiternsrisiken haben aber nicht allein mit den prinzipiell asymmetrischen und kustodialen Modalitäten der interpersonalen Kommunikation zu tun, wie sie für so gut wie alle Bereiche des Gesundheitswesens charakteristisch sind. Dass die Rehabilitation nicht so funktioniert, wie sie es könnte, ist in mindestens ebenso starkem Maße auf *Verständigungsprobleme* zwischen den Angehörigen klinikextern tätiger medizinischer und nicht-medizinischer Berufsgruppen wie auf rechtliche, ökonomischen und strukturelle Unvereinbarkeiten zwischen denjenigen Einrichtungen, die *innerhalb* des Reha-System unmittelbar agieren und denjenigen *niedergelassenen* Teilen zurück zu führen, die nach Ablauf der Anschlussheilbehandlung den vergleichsweise längeren und komplizierteren Prozess der beruflichen und/oder sozialen Wiedereingliederung begleiten (Iseringhausen/Schott/Orde 2002). Ein beredtes Beispiel dafür, dass mit einem in rechtlicher, struktureller, kommunikativer und operativer anders aufgestellten Reha-Konzept andere, individuell und gesellschaftlich sinnvoll Ziele erreicht werden können, ist das kaum teurere US-amerikanische System, welches im Unterschied zum deutschen erheblich mehr

⁹ seit den 50er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts finden wir im Unterschied zu den Jahrhunderten davor, in denen die sog. „nicht übertragbaren“ Krankheiten dominierten, auf den ersten 10 Rängen der Todes-, Krankheits- und Frühberentungsursachen-Statistik „nicht übertragbare“ oder chronisch degenerative Erkrankungen, die durch Irreversibilität, eine früh im Leben von Menschen einsetzende Verursachungskette sozialer, seelischer und körperlicher Faktoren beeinflusst sind und deshalb einer anderen als rein kurativen Behandlung bedürfen

Absolventen zurück in das Beruflieben und sehr viel weniger in die vorzeitige Rente entlässt.

Weichen in diese alternative Richtung, etwa im Sinne des inzwischen europaweit von Sozialpolitik, Arbeitsvermittlungsagenturen, Rentenversicherungen und anderen Bedenkenträgern verbreiteten Slogans „Arbeit vor Rente!“ zu stellen, erweist sich in der Praxis als ausgesprochen schwierig. Denn dazu genügt es nicht, allein das Wissen und Verhalten der potentiellen und aktuellen Patienten und der meisten im Gesundheitswesen tätigen Akteure sowie den Umgang zwischen ihnen auf andere kommunikative Grundlagen zu stellen. Ergänzend müsste im Rahmen eines auf den *grundlegenden* Wandel im Umgang mit Gesundheit und Krankheit gerichteten Konsensbildungsprozesses die traditionell gewachsenen, aber sachlich inzwischen unangemessenen Interessenkollisionen zwischen den verschiedenen, in das Reha-System involvierten Einrichtungen und Dienste beseitigt werden (Sachverständigenrat 2003). Es müsste außerdem – was augenblicklich als die am schwierigsten zu realisierende Bedingung erscheint – der existierende *Reha-Diskurs* von der Definitionsmacht und dem Behandlungsmonopol der Medizin weitgehend bestimmt wird, durch einen neuen ersetzt werden. Er dürfte vor den strukturellen Gegebenheiten im Versorgungssystem nicht kapitulieren und müsste die Wiederherstellung von Gesundheit nicht nur als Beseitigung von Krankheitsfolgen, sondern als sozio-psycho-physiologische Daueraufgabe (Hurrelmann 2006) thematisieren. Sie aber würde für die Mehrheit der Bevölkerung ohne systematische Unterstützung des *Staates* und anderer Institutionen und auch nicht ohne die Assistenz von Lebens- und *Arbeitsumwelten* nicht zu bewältigen sein, die den eigenverantwortlichen und vorbeugenden Umgang mit Gesundheit honorieren, statt ihm auf vielfältige Weise im Wege zu stehen (Grossmann/Scala 2001).

3.3 In Prävention und Gesundheitsförderung als neue Herausforderungen für kompetentes gesundheitskommunikatives Handeln

Das in öffentlichen Debatten schon als „vierte Säule“ des Gesundheitswesens bezeichnete Feld vorbeugenden Versorgungshandelns ist seit den 70er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts durch die Konkurrenz zweier verschiedener Kommunikationskulturen sowie die damit verbundene Konzeptionen und Vorgehensweisen gekennzeichnet ist (Schnabel 2007). Die aus der *sozialmedizinischen* Tradition abgeleiteten Konzepte der Präventivmedizin (z. B. Impfprävention oder Krebsfrüherkennung) und der Verhaltensprävention (z. B. Be-

kämpfung von Bluthochdruck, Adipositas oder von Rauchen und dem Verzehr cholesterinreicher Nahrung) ist wie die kurative Medizin selber auf potentielle Krankheiten einzelner Menschen gerichtet und hat die Vermeidung von Verhaltensrisiken zum Ziel, denen auf Grund statistischer Verfahren eine prozentuale Beteiligung an der Entstehung übertragbarer und nicht übertragbarer Krankheiten zugeschrieben wurde. Gesundheitsförderung, die zweite Variante ist nicht nur jüngeren Datums und steht in der Traditionslinie der von der WHO propagierten „*New Public Health*“ (WHO 1946, 1986). Ihre Akteure betrachten Gesundheit als sozio-psycho-physiologisches Gesamtgeschehen, fördern aber nicht nur die gesundheitliche Entwicklung von Individuen, sondern auch von Kollektiven, und interessieren sich dementsprechend für alle gesellschaftlichen, seelischen und körperlichen Faktoren, die mit der Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit zu tun haben. Anders als Präventionsaktivisten, die vor allem damit beschäftigt sind – eingeschlifene Verhaltensweisen und Lebensstile im Erwachsenenalter zu *eliminieren* bzw. zu ändern, sind Gesundheitsexperten vor allem darum bemüht, existierende Gesundheitsressourcen zu *stärken*, wo immer sie sie gibt und so gering sie auch sein mögen..

Aufgrund ihrer meist eingengten Sicht von der Welt (Faltermaier 2005) reagieren Präventionsexperten überwiegend nur auf physiologische Krankheitszeichen und auf psycho-soziale Determinanten der Krankheitsentstehung und des Krankheitsverlaufs erst dann, wenn diese in unmittelbaren statistischen Zusammenhang mit bio-physiologischen Risiken gebracht werden können. Die ist z.B. der Fall, wenn chronisch schlecht oder gar nicht verarbeiteter Stress (so genannter „Distress“) eines Menschen mit dauerhaften Bluthochdruck dieser mit Arteriosklerose und diese mit stenotischen Verengung z. B. der Herzkranzgefäße und dieses mit einem Herzinfarkt in Verbindung gebracht werden kann (Schnabel 2007). Hier eröffnen sich dann für die Verhaltensprävention so typische Wege, wie gegen ungenügende Belastungsverarbeitung als Gründe für Distress durch Verbesserung individueller *Bewältigungskompetenzen* („coping“) oder etwa *medikamentös* gegen den Bluthochdruck als Folge von chronischem Distress vorzugehen. In der Regel wird dass dann, in *asymmetrischen*, d. h. expertengesteuerten Situationen, auf kursförmige Weise und mit den Mitteln belehrend kognitiver, oft abschreckungspädagogischer Interventionen unternommen, von denen man inzwischen weiß, dass sie nur bei älteren, meist aus der Mittelschicht stammenden Menschen mit Krankheitserfahrung wirklich (Ornish 1992), bei Kindern und Jugendlichen, den wichtigsten Adressaten vorbeugender Maßnahmen jedoch, so gut wie überhaupt nicht wirken (Leppin 1995).

Die vom Salutogenese-Konzept A. Antnovskys und den Strategieempfehlungen der Ottawa-Charta der WHO (1986) inspirierte Gesundheitsförderung hingegen, geht den Erkenntnissen der Sozialisations- und Gesundheitsforschung (Hurrelmann 1998) davon aus, dass *alle* auf kommunikativem Wege von Mensch zu Mensch gelernte und verarbeitete *Erfahrungen* auf der körperlichen, seelischen und sozialen Ebene mit dem Entstehen bzw. Nicht-Entstehen und mit der Aufrechterhaltung oder Zerstörung von Gesundheit zu tun haben. Und sie sieht es von daher als ihre gesundheitskommunikative Aufgabe, aber auch besondere Gelegenheit an, möglichst *früh* im Leben der Menschen auf *allen* Ebenen und bei allen sich bietenden Gelegenheiten, insbes. in der Familie, im Kindergarten in der Schule, während der Ausbildung im Betrieb u. a. so genannten „*Settings*“ mit altersangemessenen *Medien* und mit einer gesundheitsverträglichen und positiv sanktionierenden Umwelt auf sachangemessen, bedürfnisorientierte und nachhaltige, weil auch in das Lebens- und Arbeitsumfeld der Menschen eingreifende Weise zu intervenieren (Naidoo/Wills 2003). Dem von der WHO vorgegebenen Ziel, den Menschen in modernen Gesellschaften einen größtmöglichen Teil derjenigen *Verantwortung* für Gesundheit und Lebensführung nicht bloß aus ökonomischen, sondern vor allem aus persönlichkeitsstabilisierenden Gründen *zurück* zu geben, die sie fast völlig an mehr schlecht als recht funktionierende Professionen und Institutionen verloren zu haben scheinen, kommen Konzept und Vorgehensweisen der Gesundheitsförderung besonders entgegen. Denn sie findet vorzugsweise in Situationen (z. B. repräsentativ besetzten Arbeitsgemeinschaften, Qualitäts- und Gesundheitszirkeln) und unter kommunikativen *Bedingungen* statt, die im Unterschied zur expertenkontrollierter und initiiertes Kommunikation auf die Ermöglichung eines Höchstmasses an Transparenz, Bedürfnisbefriedigung und Partizipation angelegt sind.

Jüngste Ergebnisse der Präventions- und Gesundheitsförderungsforschung belehren uns, dass die überwiegende Mehrheit der Maßnahmen vorbeugenden Versorgungshandelns, die gegenwärtig aus solidarischgemeinschaftlich (z. B. durch Krankenkassen- und andere Versicherungsbeiträge) und steuerlich aufgebracht Mitteln finanziert werden, überwiegend der Präventivmedizin und Verhaltensprävention, und lediglich ein knapp *20%iger Rest* der Gesundheitsförderung zugerechnet werden kann (Altgeld 2006). Bekannt ist inzwischen auch, dass das Gros der so gepolten Aktivitäten nur bei den besser gesellschaftlich besser Situierten ankommt, die ihrer am wenigsten bedürfen und an denen *vorbei geht*, die sie aufgrund ihrer Belastungen und Risiken am *nötigsten* hätten (Bauer 2005). Eben diese Umstände, die neben der gleichfalls empirisch belegten Ungleichverteilung der Erkrankungsrisiken und ungleichen Zugangschancen zu

kurativen und rehabilitativen Diensten zur *gesundheitlichen* Ungleichheit in unserer Gesellschaft beitragen (Richter & Hurrelmann 2007), sind ganz wesentlich auf die Langzeitwirkung *asymmetrischer* Präventionsdiskurse zurück zu führen, in denen professionelle statt Patienten- bzw. Klienteninteressen, anbieterorientierte Denkmuster der oben beschriebenen Art und Kommunikationsrituale anstelle von Sachargumenten dominieren.

Die Gesundheitswissenschaften sind in Lehre und Forschung angetreten, um den von kurativ-medizinischen Denk- und Interventionsmustern bestimmten, durch einen *alternativen* Diskurs zu ersetzen, der es erlaubt, neben medizinischen auch *sozialwissenschaftliche* Erkenntnisse in die politischen und versorgungspraktischen Entscheidungen darüber einzubeziehen, was auf dem Sektor vorbeugenden Versorgungshandelns getan werden soll. Als Folge dieses Wirkens haben zahlreiche entsprechend ausgebildete Gesundheitskommunikations-, Präventions- und Gesundheitsförderungsexpertinnen und –experten überall in der Gesellschaft ihre Arbeit aufgenommen und dafür gesorgt, dass auch und gerade in der Präventionspolitik nicht nur über Krankheitsverhinderung, sondern vermehrt auch über Gesundheitsförderung *gesprochen* wird. In der Praxis jedoch, d. h. dort wo konkret versorgt und die Versorgung finanziert wird, ist davon bisher nur wenig angekommen. Die Art, wie vor kurzem das „Gesetz zur Verbesserung der gesundheitlichen Prävention“ scheiterte, dessen Aufgabe es werden sollte, die Vorbeugungs- als „vierte Säule“ der Versorgungspolitik in Deutschland zu etablieren und für eine Aufwertung der psycho-sozial operierenden (Gesundheitsförderung in Settings) gegenüber den präventivmedizinischen und verhaltenspräventiven Konzepten und Vorgehensweisen zu sorgen, kann dafür als Beleg gewertet werden. Es (das Scheitern) zeigt, dass der Weg bis hin zu einer interdisziplinär fundierten, von symmetrischer Kommunikation bestimmten und an objektivierbaren Erfolgskriterien, wie denen der *Sachangemessenheit*, *Bedürfnisorientierung* und *Nachhaltigkeit* orientierten Vorbeugungspolitik noch weit ist. Und es macht deutlich, dass dieser Weg – wie s. Zt. in der Ottawa Charta der WHO (1986) vorhergesehen - ohne flankierende Sozial- und Gesundheitspolitik, ohne die Rekonfiguration des auf Krankheit und Gesundheit bezogenen *Alltagshandelns*, ohne gesundheitsbezogenes Engagement der Sozialisationsinstanzen und – last but not least – ohne Umorientierung der *Gesundheitsdienste* nicht erfolgreich gegangen werden kann.

4. Gesundheitskommunikation und Gesundheitsmarketing – ein ambivalentes Verhältnis

Nachdem Gesundheitskommunikation definiert, Gesundheitskommunikati-

onsforschung als integraler Bestandteil der Gesundheitswissenschaften beschrieben, als Aktions- bzw. Interventionsmodus charakterisiert und in Beziehung zu den im Gesundheitswesen verbreiteten Formen der Krankheitskommunikation gesetzt worden ist, kann abschließend auch der Frage nach dem *Verhältnis* von Gesundheitskommunikation und Social-Marketing nachgegangen werden. Das macht jedoch nur Sinn, wenn unter Social-Marketing in Absetzung von *verunschärfend* allgemeinen oder zu stark *einengenden* Sichtweisen der von wissenschaftlichen Erkenntnissen geleitete, mediengestützte Einsatz kommerzieller Werbemethoden mit dem Ziel verstanden wird, eine höchst mögliche Akzeptanz für bestimmte, gesellschaftlich erwünschte Einstellungen und Verhaltensweisen in möglichst großen Kollektiven zu erzeugen (Conta Gromberg 2006). Damit käme es in konzeptioneller, strategischer und methodischer Hinsicht dem sehr *nahe*, was oben unter dem Namen „Campaigning“ neben interpersonaler (counseling) und systemischer (consulting) als drittes wichtiges Forschungs- und Betätigungsfeld von Gesundheitskommunikationsexpertinnen und -experten dargestellt worden ist.

Wenn dieses so ist, dann gilt aber auch, was in gleichen Zusammenhang aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht über die Möglichkeiten und Grenzen zu sagen war. Als Teil dessen, was Gesundheitskommunikation als Ganzes ausmacht, kann Sozial- und/oder Health-Marketing Menschen dazu bewegen, sich neuen wichtigen Problemen auf der zuzuwenden, bereits vorhandene Einstellungen und Verhaltensweisen stärken und anderweitige, z. B. durch Maßnahmen personaler und/oder systemischer Kommunikation in Gang gesetzte Innovationen erfolgsfördernd zu begleiten. *Verhaltensweisen* nachhaltig verändern, kann man dadurch nach allem, was wir bisher über deren Wirkungsweise mediengestützter Kampagnen wissen (Göpfert 2001, Pott 2005, Bonfadelli & Friemel 2006) auch dann *nicht*, wenn diese sich im Bereich ihrer jeweiligen Möglichkeiten um eine zielgruppenspezifisches Vorgehen bemühen. Im Ergebnis möglich werden die gewünschten Verhaltensänderungen erst, wenn man Marketingstrategien an der richtigen Stelle innerhalb eines *integrierten*, sowohl multimodal und als auch multimedial operierenden und durch personen- und systemkommunikative Aktivitäten unterstützten *Interventionskonzeptes* zum Einsatz bringen kann.

Literatur

- Abholz H.-H. (Hrsg.) (1997) Soziale Medizin. Hamburg : Argument-Verlag
- Altgeld T. (2006). Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen. In: M. Richter /K. Hurrelmann (Hrsg.). Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag, 389-404
- Antonovsky A. (1987). Unravelling the Mystery of Health. San Francisco/Cal.: Josey-Bass
- Bauer /U.Bittlingmayer U./Richter M. (2007). Health Inequalities. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (im Erscheinen)
- Bonfadelli H./Friemel T. (2006). Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Konstanz : UVK Verlag
- Broesskamp-Stone U. (2004) Assessing networks for health promotion : framework and examples. Münster: LIT
- Bruns C./Christ H./Richter H. (2000). Kommunikation im Krankenhaus. Köln: Stamm Verlag
- Deppe H.- U. (1981). Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Frankfurt a. M. : Suhrkamp
- Ewing M. T. (Hrsg.) (2001). Social Marketing. Binghamton/NY: Haworth Press Inc.
- Frindte W. (2001). Einführung in die Kommunikationspsychologie. Weinheim/Basel: BELTZStudium
- Göpfert W. (2001). Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsaufklärung über Massenmedien. In: K. Hurrelmann/A. Leppin (Hrsg.). Moderne Gesundheitskommunikation. Bern u.a.: Hans Huber, S. 131-141
- Greenhalgh T./Hurwitz B. (Hrsg.) (2005). Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag. Bern u.a.: Hans Huber
- Hurrelmann K. (2002). Gesundheitswissenschaftliche Ansätze in der Sozialisationsforschung. In: K. Hurrelmann /D. Ulich (Hrsg.) Handbuch Sozialisationsforschung. Weinheim/Basel: Beltz, 189-213
- Hurrelmann K. (2006). Gesundheitssoziologie. Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim/München: Juventa
- Hurrelmann K./Ulich D. (Hrsg.) (1991). Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim /Basel: Beltz
- Hurrelmann K./Klotz T./Haisch J. (Hrsg.) (2004). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern u. a.: Hans Huber
- Iseringhausen, O./Schott, T./v. Orde, A. (2002): Die Qualität der Organisati-

- on kardiologischer Rehabilitation - Ein Vergleich stationärer und ambulanter Versorgungsformen. *Rehabilitation*, 41, S. 130-139.
- Kolip P. (1997), *Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen*. Opladen: Leske+Budrich
- Kotler P., Ned R./Lee N. (2002) (Hrsg.). *Social Marketing. Improving the Quality of Life*. Thousand Oakes/Cal.: Sage Publications
- Laaser U./Hurrelmann K.(1998). *Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung*. In K. Hurrelmann/U. Laaser (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa
- Lademann J./Kolip P. (2005). *Gesundheit von Männern und Frauen im mittleren Lebensalter: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert-Koch-Institut
- Leppin A. (1995). *Gesundheitsförderung in der Schule*. In: P. Kolip/K. Hurrelmann/P.- E. Schnabel (Hrsg.). *Jugend und Gesundheit*. Weinheim & München. Juventa, 235-250
- Luhmann N. (1984). *Soziale Systeme*. Frankfurt a. M. : Suhrkamp
- Marmot et al. (1999). *Health inequalities among British Civil Servants: The Whitehall II Study*. *Lancet* 337, 1387-1393
- Michaelsen K./Stegmüller K. (2004). *Gesundheit und Gesundheitspolitik im Flexiblen Kapitalismus*. In: G. Elsner/T. Gerlinger/K. Stegmüller (Hrsg.). *Markt versus Solidarität*. Hamburg: VSA Verlag, 42-55
- Müller-Mundt, G. (2001): *Patientenedukation zur Unterstützung des Selbstmanagements*. In: Hurrelmann, K./Leppin, A. (Hg.): *Moderne Gesundheitskommunikation*. Bern: Huber, 94-106
- Neidoo J./Wills J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.). Köln: BZgA
- Nothdurft W. (2002). *Dialogische Kommunikation. Internetgestütztes Lernmodul*. http://www.system2teach.de/hfg/re_ressources/2865/352/index.html (v. 26. 10. 2007)
- Ornish D. (1992). *Revolution in der Herztherapie*. Stuttgart : Kreuz-Verlag
- Parsons T. (1958). *Struktur und Funktion der modernen Medizin*. In: R. König (Hrsg.). *Probleme der Medizinsoziologie*. Sonderheft 3 der *Kölner Zeitschriften für Soziologie und Sozialpsychologie*, 16-34
- Pott. E. (2005). *Health Campaigning by media–Campaigning*. http://www.Sytem2teach.de/hfg/re_ressources/2552/Health%20Communication%20by%20media%20%20Campaigning_2006.pdf, v. 04. 10. 2007
- v. Reibnitz C./Schnabel P.-E./Hurrelmann K. (Hrsg.) (2001). *Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen*. Weinheim & München: Juventa

- Richter M./Hurrelmann K. (2006) (Hrsg.) (2006). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Richter M./Hurrelmann K. (2007). Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. Aus Politik und Zeitgeschichte 42, 3-10
- Rosenbrock R./Kümpers (2006). Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: M. Richter/K. Hurrelmann (Hrsg.) Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 371-388
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003). Gutachten 2003.Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I "Finanzierung und Nutzerorientierung" Baden-Baden: Nomos Verlag
- Schaeffer Doris, Müller-Mundt Gabriele (Hrsg.) (2002): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Hans Huber, Bern
- Schmidt-Kaehler S. (2006). Ergebnisse zur Evaluation der Internetangebote der Unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation nach § 65 SGB V. Veröffentlichungsreihe des IPW, P06-131. Bielefeld
- Schnabel P.-E. (2001). Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. Weinheim & München: Juventa
- Schnabel P.-E. (2006). Gesundheitskommunikation auf dem Weg zum Beruf ?. In: J. Pundt (Hrsg.). Professionalisierung im Gesundheitswesen. Bern u.a.: Hans Huber, 127-145
- Schnabel P.-E. (2007). Krankheit prävenieren und Gesundheit fördern. Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns. Weinheim/München: Juventa
- Schott T. (2005).Eingliedern statt ausmustern. Möglichkeiten und Strategien zur Sicherung der Erwerbstätigkeit älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Weinheim/München: Juventa
- Watzlawick P., Beavin J. H./Jackson D. D. (1985). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien.. Bern u. a.: Hans Huber
- Willke H. (1992). Beobachtung, Beratung, Steuerung von Organisationen in Systemischer Sicht. In: R. K. Wimmer (Hrsg.). Organisationsberatung Wiesbaden: S. Gabler, 17-42
- World Health Organization (WHO) (ed.) (1946). Constitution of the World Health Organization. Geneva/Switzerland (http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf, v. 04.09. 2007)
- World Health Organization (WHO).(ed.) (Hr (1986). Ottawa Charter for Health

Promotion. Ottawa/ Canada ([http://www.euro.who.int/ AboutWHO/ Policy/20010827_2.v. 04. 09. 07](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2.v.04.09.07))