



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**Der Mensch im Mittelpunkt bei dm: Soziale Verantwortung
mit der „Leichter Leben“-Kampagne 2006**

Eine Medienresonanzanalyse im Bereich der Printmedien

Verfasserin

Daniela Kaluza

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A301 295

Studienrichtung lt. Studienblatt: Publizistik und Kommunikationswissenschaft

Betreuerin / Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Peter Vitouch

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mit bei all jenen bedanken, die mich bei der Durchführung dieser Arbeit durch Anregungen, Hilfeleistungen und Rückmeldungen unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern für die immerwährende Unterstützung in allem, was ich mache. Mama danke, dass Du mir bei allen „Höhen und Tiefen“, die waren und noch kommen, beistehst.

Außerdem danke ich meinem Freund Roman – mit Dir ist alles leichter, wo Du bist, will ich auch sein – Du bedeutest mir so viel!

Ganz besonders bedanken möchte ich mich bei Hannes für die tatkräftige Unterstützung der statistischen Auswertungen. Vielen Dank für die hilfreichen Anregungen und die Engelsgeduld. Ebenso danke ich Jürgen, Babsi, Isa und Nici, die mir immer beiseite standen und mich immer wieder motiviert haben.

Ein herzliches Dankeschön auch an BM a. D. Dr. Ernst Strasser (MEP) für die moralische Unterstützung und das ständig große Interesse an meiner Diplomarbeit. Ich fühle mich sehr getragen!

Außerdem danke ich meiner Freundin Anna für die vielen Stunden, in denen Du mir mit Rat und Tat zur Seite stehst – eine Freundschaft, die für mich unsagbar wichtig ist.

Mein weiterer Dank geht an Babsi, die sich die Zeit genommen hat, meine Arbeit sorgfältig Korrektur zu lesen.

Abschließend danke ich Herrn Prof. Dr. Peter Vitouch für die Vergabe und Betreuung der Diplomarbeit.

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1 Das biopsychosoziale Modell (nach Engel 1977)..... | 17 |
| Abbildung 2 Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung im Überblick | 38 |
| Abbildung 3 Die Lasswell-Formel, Lasswell 1948..... | 49 |
| Abbildung 4 Ablaufschema einer Medienresonanzanalyse, Klewes 1994 | 51 |
| Abbildung 5: Medienberichte Kampagnenübersicht (Absolutzahlen)..... | 58 |
| Abbildung 6: Verteilung der Spezialthemen (Absolutzahlen) | 59 |
| Abbildung 7: Übersicht der dm-Spezialthemen verglichen mit der restlichen Berichterstattung | 61 |
| Abbildung 8: Wertung der Medienberichte über den Kampagnenzeitraum (gesamt) | 63 |
| Abbildung 9: Wertung der Medienberichte (gesamt) | 64 |
| Abbildung 10: Wertung der "Leichter Leben"-Medienberichte über den Kampagnenzeitraum | 65 |
| Abbildung 11: Wertung der "Leichter Leben"-Medienberichte..... | 66 |
| Abbildung 12: Relation von Presseaussendungen und Medienberichten zur "Leichter Leben"- Kampagne..... | 67 |
| Abbildung 13: Anzahl der Medienberichte in den einzelnen Mediengattungen..... | 70 |

Anmerkung

Um den Textfluss nicht zu stören, wird für die gesamte Diplomarbeit die grammatikalisch maskuline Form gewählt. Selbstverständlich sind in diesen Fällen immer Frauen und Männer gemeint.

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|---|-----------|
| DANKSAGUNG..... | 2 |
| ABBILDUNGSVERZEICHNIS..... | 3 |
| 1 EINLEITUNG | 6 |
| 1.1 AUFBAU DER ARBEIT | 8 |
| 2 GESUNDHEIT & KRANKHEIT | 8 |
| 2.1 BEGRIFFSDEFINITIONEN UND ABGRENZUNG | 8 |
| 2.2 DER EXPERTENBEGRIFF VON GESUNDHEIT | 9 |
| 2.3 DER EXPERTENBEGRIFF VON KRANKHEIT..... | 10 |
| 3 THEORETISCHE GESUNDHEITSMODELLE DER GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE | 11 |
| 3.1 VORSTELLUNG VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT IM GESCHICHTLICHEN WANDEL..... | 11 |
| 3.1.1 <i>Das biomedizinische Gesundheitsverständnis</i> | 12 |
| 3.1.2 <i>Das biopsychosoziale Gesundheitsverständnis</i> | 13 |
| 3.2 GESCHLECHTSSPEZIFISCHES GESUNDHEITSVERSTÄNDNIS..... | 14 |
| 3.2.1.1 Geschlechterstereotype | 15 |
| 3.2.1.2 Ungleiche Macht und Statusverteilung..... | 16 |
| 3.2.1.3 Ungleiche gesellschaftliche Wertung | 17 |
| 4 PSYCHOSOZIALE BEDINGUNGEN VON GESUNDHEIT..... | 17 |
| 4.1 DAS GESUNDHEITSVERHALTEN..... | 17 |
| 4.1.1 <i>Modell gesundheitlicher Überzeugung</i> | 18 |
| 4.1.2 <i>Theorie des rationalen Handelns und des geplanten Verhaltens</i> | 19 |
| 4.1.3 <i>Selbstregulation und Selbstwirksamkeit</i> | 20 |
| 4.1.4 <i>Salutogenese</i> | 21 |
| 5 MASSEN MEDIEN UND MASSENKOMMUNIKATION | 23 |
| 5.1 MASSENKOMMUNIKATION | 23 |
| 5.1.1 <i>Der strategische Einsatz von Massenmedien</i> | 24 |
| 5.2 WIRKUNGEN DER MASSENKOMMUNIKATION..... | 24 |
| 5.2.1 <i>Der Opinion Leader</i> | 25 |
| 5.2.2 <i>Der Nutzenansatz</i> | 25 |
| 5.2.3 <i>Die Agenda Setting Hypothese</i> | 26 |
| 5.2.4 <i>Die Schweigespirale</i> | 26 |
| 6 HEALTH COMMUNICATION | 27 |
| 6.1 HISTORISCHER ABRISS | 27 |
| 6.2 BEGRIFFLICHE DEFINITION..... | 28 |
| 6.3 ZIELGRUPPEN DER GESUNDHEITSKOMMUNIKATION | 30 |
| 6.4 ZIELE DER GESUNDHEITSKOMMUNIKATION..... | 31 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 6.4.1 | <i>Kognitive Veränderungen</i> | 32 |
| 6.4.2 | <i>Konkret handlungsbezogene Veränderungen</i> | 32 |
| 6.4.3 | <i>Verhaltensänderungen</i> | 33 |
| 6.4.4 | <i>Wertänderungen</i> | 33 |
| 6.5 | DIE KOMMUNIKATIONSKAMPAGNE..... | 34 |
| 7 | KRANKHEITSPRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG ALS INTERVENTIONSFORMEN | 36 |
| 7.1 | WIRKUNGSPRINZIP DER KRANKHEITSPRÄVENTION..... | 38 |
| 7.2 | WIRKUNGSPRINZIP DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG..... | 39 |
| 7.3 | GESELLSCHAFTLICHER BEDARF..... | 40 |
| 8 | DIE KAMPAGNE „LEICHTER-LEBEN 2006“ | 42 |
| 8.1 | ABLAUF DER AKTION..... | 42 |
| 8.1.1 | <i>Das „Leichter-Leben“-Paket</i> | 43 |
| 8.1.2 | <i>Der „Leichter-Leben“-Plan</i> | 43 |
| 8.1.3 | <i>Die Anmeldung und der „Gesundheitseuro“</i> | 44 |
| 8.1.4 | <i>Der „Leichter Leben“-Truck</i> | 44 |
| 8.1.5 | <i>Die Gesundheitspässe des BMGF</i> | 45 |
| 8.2 | ZIELSETZUNG UND ZIELGRUPPEN..... | 45 |
| 8.3 | GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN IN ÖSTERREICH..... | 46 |
| 9 | THEORETISCHER TEIL | 48 |
| 9.1 | METHODEN DER PUBLIC RELATIONS-ERFOLGSKONTROLLE..... | 48 |
| 9.2 | DIE MEDIENRESONANZANALYSE..... | 48 |
| 9.3 | TYPEN DER MEDIENRESONANZANALYSE..... | 49 |
| 9.3.1 | <i>Die Langzeit-Clip-Tracking-Analyse</i> | 49 |
| 9.3.2 | <i>Die Ad-hoc-Evaluationsanalyse</i> | 50 |
| 9.3.3 | <i>Die Taktik-orientierte Analyse</i> | 50 |
| 9.4 | ABLAUF EINER MEDIENRESONANZANALYSE..... | 51 |
| 10 | EMPIRISCHER TEIL | 53 |
| 10.1 | ZIELSETZUNG UND FORSCHUNGSFRAGEN..... | 53 |
| 10.2 | BEGRÜNDUNG DER METHODENWAHL..... | 54 |
| 10.3 | GEGENSTAND DER UNTERSUCHUNG..... | 54 |
| 10.4 | DATENMATERIAL..... | 55 |
| 11 | AUSWERTUNG UND INTERPRETATION DER GRAFIKEN | 56 |
| 12 | RESÜMEE | 71 |
| 13 | QUELLENVERZEICHNIS | 73 |

1 Einleitung

In unserer heutigen Gesellschaft ist es fast schon Usus, eine Begrüßung mit den Worten „Wie geht’s“ oder "Wie geht es Ihnen“ zu ergänzen. Die standardisierte Antwort „Gut, danke“ kann dabei nur als Floskel verstanden werden. Meinungsumfragen deuten immer wieder darauf hin, dass unsere Gesellschaft den Begriff „Gesundheit“ als höchstes Gut und als einen der bedeutendsten Werte nennt. Unsere Lebensqualität wird durch den Gesundheitszustand stark beeinflusst und ist weiters ein wichtiger Faktor für die wirtschaftliche und soziale Leistungsfähigkeit. Unser Gesundheitszustand ist stark abhängig vom Auftreten von lang andauernden, also chronischen Krankheiten sowie von unserem sozialen Wohlbefinden. Die chronischen Krankheiten spielen dahingehend eine große Rolle, dass sie uns bei Tätigkeiten des täglichen Lebens stark einschränken, beeinträchtigen und damit unsere Lebensqualität mindern. Trotz der hohen Bedeutung der Gesundheit in unserer Gesellschaft ist das Bemühen um das eigene Wohlbefinden immer noch zu gering. Welche Einschränkungen mit dem Verlust von Gesundheit verbunden sind, wird uns leider oft erst mit dem Älterwerden bewusst.

Berichte der Statistik Austria und der WHO zeigen deutlich, dass die österreichische Gesellschaft nicht die gesündeste ist. Obwohl kein Tag vergeht, an dem nicht in den Tageszeitungen etwas über Gesundheit und Krankheit berichtet wird, ist die österreichische Bevölkerung nicht bereit, ihre Einstellungen für das eigene Wohlergehen dahingehend zu ändern, mehr auf die eigene Gesundheit achten zu wollen.

Neben der Aufklärung über häufige und seltene Erkrankungen, spielen Gesundheitstipps in den Zeitungen eine große Rolle. Vorsorgeprogramme gewinnen immer größere Bedeutung, werden propagiert und laufen dann doch immer wieder ins Leere. Dm hat es sich mit seiner „Leichter Leben“-Kampagne zur Aufgabe gemacht, dem entgegenzuwirken und soziale Verantwortung zu übernehmen.

Ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel gelten in der heutigen Gesellschaft als Hauptursache für Übergewicht und Adipositas, die ihrerseits zu den bedeutendsten Risikofaktoren für Herz-Kreislaufbeschwerden, koronare Herzkrankheiten, Schlaganfälle, Diabetes, Osteoporose und psychosoziale Probleme verantwortlich sind. Der Versuch, durch bloße Aufklärung in unterschiedlichen Medien die Gesellschaft zu verändertem Verhalten zu bewegen, kann schon lange als gescheitert gesehen werden. Medieninformation ohne

interpersonale- bzw. Gruppenunterstützung zeigte keine nachhaltige Wirkung und kann damit als weitgehend wirkungslos gesehen werden.¹

Durch den Einsatz gezielter Kommunikationsaktivitäten soll es nun möglich werden, eine relativ große Zahl von Menschen in einem gewissen Zeitraum zu bewegen, spezifische Ergebnisse oder Wirkungen im Bezug auf ihre Einstellung oder ihr Verhalten zu ändern, um in weiterer Folge gesundheitsbewusster zu leben und damit die eigene Gesundheit zu verbessern.

Die Ursachen für solch ausufernde Epidemien wie Adipositas liegen in der Gesellschaft und machen erhebliche Änderungen an der Strategie erforderlich. Es muss versucht werden, ein besseres Gleichgewicht zwischen auf Einzelpersonen abzielenden und bevölkerungsweiten Strategien sowie auf Aufklärung abzielenden und sektorenübergreifenden Interventionen gefunden werden.² Es muss uns endlich bewusst werden, dass Adipositas eine wachsende Bedrohung für unsere Gesundheit darstellt. Eigentlich bedarf es keiner neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse, zu wissen, dass für die Bekämpfung von Adipositas nur zwei Ziele maßgeblich sind: zum einen die Optimierung der Ernährung (Ausgewogenheit bei der Nahrungsaufnahme) und zum anderen die Verstärkung der körperlichen Bewegung. Doch die immer weiter steigenden Zahlen der Statistiken machen deutlich, dass die österreichische Bevölkerung noch nicht genug gesundheitsbewusstes Verhalten lebt.

Nun bleibt zu hoffen, dass zukünftig die beste Möglichkeit, Verhaltensweisen nachhaltig zu verändern, in Strategien liegt, die auf der Schaffung eines förderlichen Umfelds und der Förderung gesundheitsbewusster Entscheidungen beruhen.

¹ Vgl. Signitzer (1989), S. 114 ff.

² Vgl. Faktenblatt EURO/13/05, S. 4

1.1 Aufbau der Arbeit

Die Ausarbeitung dieser Diplomarbeit umfasst mehrere Kernbereiche. Zuerst wird im Rahmen der Arbeit detailliert auf die Begriffe Gesundheit und Krankheit eingegangen, die für das weitere Verständnis notwendig sind.

Der folgende Theorieteil beschäftigt sich mit den relevanten wissenschaftlichen Ansätzen, die im Wesentlichen meine Gedankengänge erklären und zum Verständnis meiner Vorgehensweise beitragen, um anschließend den Weg zu meiner Sichtweise zu ebnen.

Den empirischen Teil widme ich meiner Untersuchung, wobei sowohl Forschungsfragen als auch Vorgangsweise, Analyse und schließlich die Ergebnisse präsentiert werden.

Abgeschlossen wird die Arbeit mit einem Resümee.

2 Gesundheit & Krankheit

2.1 Begriffsdefinitionen und Abgrenzung

Es vergeht kaum ein Tag, an dem nicht in den unterschiedlichsten Medien etwas über Krankheit und Gesundheit berichtet wird. Neben der Aufklärung über häufige und seltene Erkrankungen – erstere, damit sich eine breite Leserschaft angesprochen fühlt, letztere, damit Bedürfnisse der Neugier und Sensation befriedigt werden – sowie Gesundheitstipps für das richtige Verhalten im Frühling, Sommer, Herbst und Winter.

Auf den ersten Blick ist die Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit nicht so einfach, wie sie scheinen mag. Ich möchte in diesem Kontext auf die Begrifflichkeiten von Gesundheit und Krankheit eingehen, weil sie wechselseitig aufeinander bezogen und im Grunde kaum zu trennen sind. Vereinfacht heißt das: „Wer nicht krank ist, der ist gesund – und umgekehrt.“

Von der etymologischen Wortbedeutung her ist „krank“ mit „schwach, schmal, schlank, schlecht, leidend“ (mittelhochdeutsch: kranc) und mit „kraftlos werden“ (althochdeutsch: chrancholon) assoziiert.³ Im Laufe der Sprachgeschichte ersetzte „krank“ das ältere Wort „siech“, das Kranksein und Verfall bedeutete: Siechtum und dahinsiechen sind in der Literatur des 19. Jahrhunderts durchaus noch geläufige Begriffe, die heute als „langes Leiden“ beschrieben werden.⁴

„Gesund“ hat dagegen in der deutschen Sprache den Bedeutungsgehalt von „mächtig“ und „stark“.

2.2 Der Expertenbegriff von Gesundheit

In der Literatur ist eine Vielzahl von Definitionen des Begriffes „Gesundheit“ zu finden.

Bis dato konnte man sich noch nicht auf einen einheitlichen Gesundheitsbegriff einigen. Je nach theoretischer Perspektive finden sich ganz unterschiedliche Bestimmungen von Gesundheit. So verschiedenartig diese Definitionen auch sind und so viele Aspekte sie enthalten, so überschneiden sie sich doch teilweise und sind häufig offensichtlich voneinander beeinflusst. Im Folgenden möchte ich etwas Klarheit in die Vielfalt der Begrifflichkeiten bringen und habe versucht, drei Definitionen zu wählen, die sich in wesentlichen Aspekten unterscheiden. Meiner eigenen Auffassung von Gesundheit entspricht dabei am ehesten die zuerst angeführte.

Die drei gewählten Definitionen sind:

- Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.⁵
- Zustand der optimalen Leistungsfähigkeit eines Individuums für die Erfüllung der Aufgaben und Rollen, für die es sozialisiert wurde.⁶
- Gesundheit ist ein ganzheitliches Phänomen, das sich auf einer körperlichen, psychischen und sozialen Ebene beschreiben lässt.⁷

³ Vgl. Faltermaier (2005), S. 31

⁴ Vgl. Franke (2006), S. 52

⁵ WHO (1946)

⁶ Parsons (1968), S. 344

⁷ Faltermaier (2005), S. 35

Das Streben nach einer einheitlichen Definition von Gesundheit wird vermutlich eine Illusion bleiben. In der Regel bringt man die Definition jedoch auf eine einfache und pragmatische Formel: „Gesundheit ist die Abwesenheit einer Krankheit.“⁸

2.3 Der Expertenbegriff von Krankheit

Im medizinischen Denkmodell wird Krankheit im Allgemeinen so verstanden, wie sie Pschyrembel im verbreiteten Wörterbuch der Medizin wie folgt formuliert:

„Krankheit bedeutet (...) im weiteren Sinn Fehlen von Gesundheit, im engeren Sinn Vorhandensein von subjektiv empfundenen bzw. objektivfeststellbaren körperlichen, geistigen bzw. seelischen Veränderungen bzw. Störungen“⁹

Der Medizinsoziologe Parsons definierte den Begriff Krankheit aus soziologischer Sicht, indem er sie als die Unfähigkeit eines Menschen bezeichnete, seine sozialen Rollen zu erfüllen. Krankheit kann somit auch als Form abweichenden Verhaltens verstanden werden.

„Zusammenfassend können wir die Krankheit als einen Zustand der Störung des ‚normalen‘ Funktionierens des Menschen bezeichnen, sowohl was den Zustand des Organismus als auch was seine individuellen und sozialen Anpassungen angeht.“¹⁰

Krankheit bekommt somit eine soziale Bedeutung, die mit dem sozialen System verbunden wird und damit auch als Abweichung von sozialen Normen zu verstehen ist. Sie impliziert somit Störungen im Organismus, die als Abweichung von einer Norm definiert werden kann und objektiv messbar ist. Dies kann auch so verstanden werden, dass Krankheit schließlich in psychisch erlebbarer Form wahrgenommenen Schmerzen und Beschwerden und den damit verbundenen Ängsten und Belastungen gesehen werden kann.

⁸ Ebenda, S. 33

⁹ Pschyrembel (1990), S. 900

¹⁰ Parsons (1958), S. 12

3 Theoretische Gesundheitsmodelle der Gesundheitspsychologie

3.1 Vorstellung von Gesundheit und Krankheit im geschichtlichen Wandel

Die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit haben im Laufe der Zeit einen geschichtlichen Wandel durchlebt. Wie die Gesellschaft Gesundheit und Krankheit verstand, spiegelte sich im Weltbild ihrer Zeit wider.

Im Mittelalter wurden die Begriffe Gesundheit und Krankheit als göttliche Fügung verstanden, als Schicksal, gegen das der Mensch wenig machen konnte, außer gottgefällig zu leben. Die Krankheit wurde somit als eine Strafe Gottes gesehen, als Buße für ein sündhaftes Leben und als Mahnung zur Rückbesinnung auf Gott.

Im Übergang zur Neuzeit hatte das religiöse Weltbild im Bezug auf Krankheit seine Geltung verloren. Durch die Aufklärung und der Einfluss zunehmenden wissenschaftlichen Denkens veränderte langsam das Weltbild der Gesellschaft. Durch die Verweltlichung lösten sich die Menschen von der Vorstellung, dass Gott die alleinige Verfügung über ihr Leben hat. Die Vorstellung der Menschen, dass Krankheit und früher Tod zu verhindern sind, war anfangs eine neue Idee.

Im Zeitalter der Aufklärung entwickelte sich die Vorstellung, dass die Gesellschaft und der Einzelne für die Lebensumstände verantwortlich sind. In dieser Zeit wurde erstmals die Selbstverantwortung für Gesundheit propagiert. Durch entsprechendes Verhalten könnte man Krankheit vermeiden und länger leben.

Mitte des 18. Jahrhunderts kamen die ersten Schriften an die Bürger, die ein Programm für den Erhalt der Gesundheit, das als Diätetik¹¹ bekannt wurde, beinhalteten. Diese formulierten in Anlehnung an die Antike Regeln für eine gesunde Lebensweise und ein natürliches Leben. Die Vernunft jedes Einzelnen und die Aufklärung, wie man vernunftgemäß nach einer solchen Ordnung leben soll und dadurch gesund bleiben kann, wurden in den Schriften propagiert.

Der Philosoph und Naturforscher Jean-Jacques Rousseau verstand Gesundheit als einen natürlichen Zustand, der die Vorteile des einfachen Lebens betont – im Gegensatz zu der unmäßigen, untätigen und empfindlichen Körperkultur der Aristokratie einerseits und zu den

¹¹ Vgl. Sammelbegriff für Maßnahmen, die sich mit gesunder Lebensweise in seelischer und körperlicher Beziehung mit Krankheitsvorbeugung und Krankheitsheilung befassen.
<http://www.altenpflegeschueler.de/ernaehrung/diaetetik.php> (10.01.2009)

schädlichen Einflüssen der Zivilisation andererseits: Menschen werden durch ihre Lebensverhältnisse in den Städten, durch ein Leben in Luxus, Maßlosigkeit und Laster in den wohlhabenden Schichten und durch übermäßige Arbeit krank. Die rohe Naturkraft ist in den veränderten Lebensverhältnissen verloren gegangen.¹² Die Gesundheitsregeln zielen auf Mäßigung in allen Lebenssituationen ab.

Mitte des 19. Jahrhunderts endete diese angestregte Thematisierung von Gesundheit. Die Medizin entwickelte sich immer mehr als Naturwissenschaft und richtete ihre Aufmerksamkeit zunehmend auf Krankheit und den Weg zur ihrer Bekämpfung. In dieser Zeit begann die naturwissenschaftliche Medizin erstmals mit experimenteller Forschung und erzielte die ersten Erfolge bei der Bekämpfung der Infektionskrankheiten Tuberkulose, Cholera und Ruhr. Auch auf den Gebieten der Physiologie, Chemie und Pathologie gab es ein schnelles Voranschreiten der naturwissenschaftlichen Medizin und Forschung. Der menschliche Organismus wurde im Laufe der Zeit in immer kleineren Einheiten (Organ, Gewebe, Zelle) erforscht. Krankheit wurde vom einzelnen Menschen und seinem Leben getrennt. Der menschliche Körper stand unter Beaufsichtigung und bedurfte ärztlicher Hilfe, somit entwickelte sich die Berufsgruppe der Ärzte. Langsam bildete sich in groben Zügen ein Versorgungssystem auf, in dem das Krankenhaus als Prototyp galt.¹³ Das Gesundheitssystem, wie wir es in unserem heutigen Kulturkreis wiederfinden, kann daher als Produkt des 19. Jahrhunderts betrachtet werden.

Die philosophische Auseinandersetzung mit Gesundheit und die unendlichen Versuche, Gesundheit zu definieren, gibt es also schon lange, doch wenn es um die Theoriebildung geht, herrscht gähnende Leere. In den 70er Jahren hat man erstmals begonnen, an unterschiedlichen Gesundheitsmodellen zu arbeiten.

3.1.1 Das biomedizinische Gesundheitsverständnis

Im 19. Jahrhundert gab es erstmals die Vorstellung, dass Krankheit und Gesundheit vollständig als naturwissenschaftliche Zustände biologischer Organismen definiert werden können. Krankheit mündet in seiner Definition dabei allein auf operationalisierbaren und empirischen Kriterien. Das heißt, dass Abweichungen biologischer Funktionen von der Norm

¹² Vgl. Sturmer (2001), S. 55ff

¹³ Vgl. Faltermaier (2005), S. 41ff

einer Referenzgruppe (z. B.: alle 20-Jährigen) oder Störungen des Organismus das Überleben gefährden. Krankheiten werden dabei ausschließliche genetische Ursachen zugeschrieben, wie Bakterien und Viren. Die Behandlungsmöglichkeiten rein somatisch (z. B. Operationen, medikamentöse Behandlungen etc.) entbinden den Kranken jegliche Verantwortung für seinen Zustand.

Für die Gesundheit bedeutet das Modell die Abwesenheit von Krankheit. Es gibt keine Verantwortlichkeit für die eigene Gesundheit. Körper und Geist werden als getrennte Einheiten betrachtet. Unterschiedlichste Krankheiten können zwar psychisches Unwohlsein hervorrufen, aber nicht umgekehrt. Die Präventivmaßnahmen beinhalten dabei Impfungen und die Reduktion schädlicher Stoffe in der Umwelt.¹⁴

3.1.2 Das biopsychosoziale Gesundheitsverständnis

Im 20. Jahrhundert wurde das biomedizinische Modell abgelöst. Ab dann herrschte die Vorstellung, dass Krankheiten von einem Wechselspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren verursacht werden, wie die nachstehende Abbildung veranschaulichen soll:

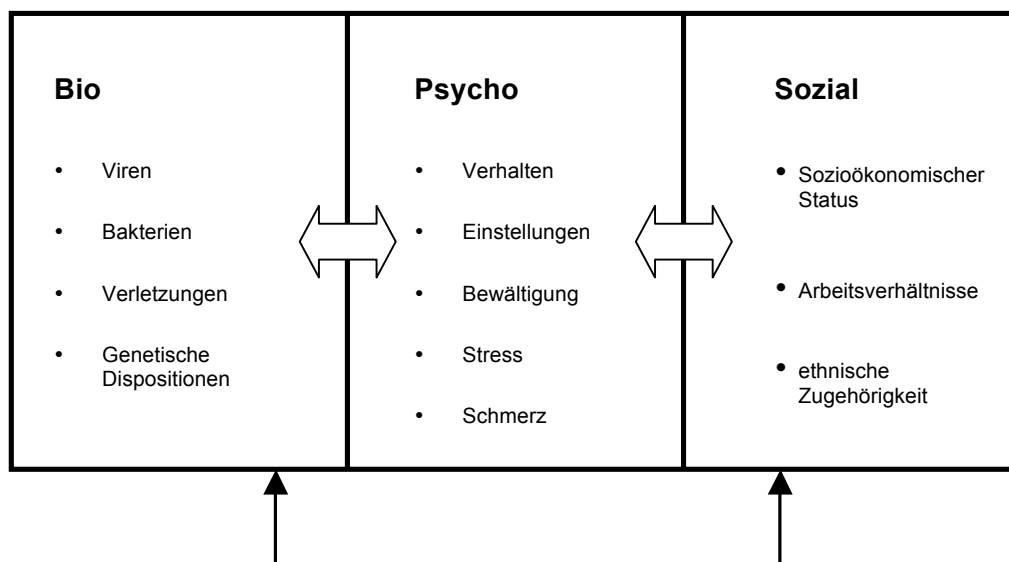


Abbildung 1 Das biopsychosoziale Modell (nach Engel 1977)

¹⁴ Vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann (2005), S 18

Aus der folgenden Abbildung geht hervor, dass sowohl bei der Entstehung als auch im Verlauf von Krankheiten psychische Faktoren wie Emotionen (z. B. chronische Angst, Depression) und Kognitionen (z. B. subjektive Theorien über Verhaltensweisen, die zur Genesung beitragen, Erwartungen an den Krankheitsverlauf) sowie sozial-gesellschaftliche Faktoren (z. B. Erwartungen an Krankheitsverhalten, finanzielle Entlastung in der Versorgung) miteinander in kausalem Zusammenhang stehen und sich gegenseitig beeinflussen.

Die Begriffe Gesundheit und Krankheit werden im biopsychosozialen Modell als Endprodukt eines Ganzen gesehen. Ausformuliert bedeutet dies, dass die Chronizität und der Auftretungszeitpunkt und dessen Auswirkungen auf das Funktionieren im Alltag eine wichtige Rolle einnehmen. So ist es für einen gesunden Menschen „normal“, ab und zu eine Erkältung zu bekommen. Häufige oder länger anhaltende Erkrankungen gelten jedoch als ungesund und behandlungsbedürftig.¹⁵

Das biopsychosoziale Modell betont die aktive Rolle jedes Einzelnen bei der Erhaltung und Förderung seiner Gesundheit.

Greift man auf sozialpsychologische Grundlagen zurück, hat man schon lange die Erkenntnis gewonnen, dass spezifische Emotionen wie Angst, Schuld oder Trauer, kognitive Inhalte wie Pessimismus sowie Verhaltensweisen wie etwa die aktive Suche nach sozialer Unterstützung vs. sozialer Rückzug verschiedene Krankheitsprozesse fördern oder auch abschwächen.

Zusammengefasst liegt beiden Modellen die Theorie zu Grunde, dass die Verantwortlichkeit für die eigene Gesundheit bei uns selbst liegt.

3.2 Geschlechtsspezifisches Gesundheitsverständnis

Grundsätzlich fußen die Erkenntnisse bei Männern und Frauen auf Basis des allgemein zu Grunde liegenden Verständnis von Gesundheit und Krankheit und den damit verbundenen Indikatoren, die daraus abgeleitet werden können. Versucht man also wesentliche Unterschiede im Gesundheitsverständnis von Männern und Frauen zu erfassen, so kann man feststellen, dass Männer ihre Gesundheit vorwiegend über Aspekte wie Abwesenheit von Krankheit und Leistungsfähigkeit beschreiben, während sich das Gesundheitsverständnis von

¹⁵ Vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann (2005), S. 20ff.

Frauen weit differenzierter und vielschichtiger offenbart. Die wesentlichen Kategorien bei Frauen sind das Wohlbefinden und das Körpererleben. Dieses Verständnis deutet auf eine höhere Symptomaufmerksamkeit bei Frauen hin. Das heißt, dass es neben vielen Unterschieden im Gesundheitsverständnis von Männern und Frauen auch viele Gemeinsamkeiten gibt, die in Abhängigkeit von anderen Faktoren wie soziale Schicht oder Alter näher betrachtet werden müssen.¹⁶

Gender-Theorien gehen grundsätzlich davon aus, dass es Geschlechtsunterschiede im Geschehen um Gesundheit und Krankheit gibt, sie leugnen jedoch, dass die Unterschiede biologisch bedingt sind oder überhaupt zu biologischen Variablen in Beziehung stehen. Sie gehen davon aus, dass Unterschiede zwischen den Geschlechtern durch kulturelle und soziale Variablen bedingt sind, also sozial konstruiert sind.

Im Folgenden möchte ich nun ein paar Variablen aufzeigen, denen in diesen Konstruktionsprozessen besondere Bedeutung zugesprochen wird:

3.2.1.1 Geschlechterstereotype

Darüber, wie Männer und Frauen sich jeweils zu verhalten haben, gibt es in der Gesellschaft eindeutige Vorstellungen, die als Stereotype das Verhalten und Erleben jeder Person beeinflussen. Die Geschlechterstereotype können als Maßstab gesehen werden, an dem sich die gegenseitige Beurteilung orientiert.

Der Einfluss von Geschlechterstereotypen auf die Beurteilung von Menschen als gesund oder krank zeigt sich am deutlichsten im Bereich der psychischen Störungen. Denn die Vorstellung von psychisch gesunden Menschen ist nicht geschlechtsneutral, sondern stark durch Geschlechterstereotype beeinflusst.

Diese machen sich im Gesundheits- und Krankheitsgeschehen weiters auf folgende Weise wirksam: Die Übereinstimmung mit dem Geschlechterstereotyp wird von vielen Menschen als entlastend erlebt und kann damit gesundheitsfördernd sein, wohingegen Abweichung vom Geschlechterstereotyp als Stress und damit als gesundheitsschädigend erlebt werden kann. An dieser Stelle möchte ich das Beispiel der Essstörung Bulimie anführen. Frauen mit Bulimie fühlen sich sehr oft zwischen den verschiedenen Rollenanforderungen („Du musst schlank sein“), mit denen sie in der Gesellschaft konfrontiert sind, zerrissen. Einerseits sollen sie liebevolle Partnerin sein, Geliebte, emotional unterstützend und für die Familie sorgend,

¹⁶ Vgl. <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/5B4613A676/23B01B7BE9.pdf>

andererseits versuchen sie, der Rolle der selbstbewussten, unabhängigen, emanzipierten Frau gerecht zu werden. Der Versuch, diese beiden Rollen miteinander zu vereinen und diese voneinander unabhängigen Rollen in einer Person zu realisieren, scheitert meist und manifestiert sich im Krankheitsbild der Bulimie.

3.2.1.2 *Ungleiche Macht und Statusverteilung*

Einen weiteren Faktor bei der näheren Betrachtung im Gesundheits- und Krankheitsgeschehen erkennen Gender-Theorien in der ungleichen Verteilung von Macht und Status in unserer Gesellschaft. Gender-Theorien gehen dabei von einem Problem aus, welches sich durch die gesamte Gender-Forschung zieht, nämlich, ob es sich jeweils um eine Forschung aus Männer- oder Frauenperspektive handelt.

Der überwiegende Teil der Gender-Forschung ging bis jetzt aus der Frauenperspektive hervor, dass Frauen in den bisherigen Theoriebildungen zu wenig beachtet worden sind und sich die aktuelle Theoriebildung vor allem am Mann orientiert.

Die in allen gesellschaftlichen Bereichen geringe Machtposition von Frauen wird in Bezug auf Gesundheitsliteratur im Allgemeinen als Gesundheitsrisiko beobachtet. Im Gegenzug dazu stellt sich bei Autoren, die den Blick auf das männliche Geschlecht richten, die dominante Männerrolle als besonderer Risikofaktor dar. Männer stehen dieser Annahmen zufolge unter immerwährendem Stress, da sie dem beruflichen und gesellschaftlichen Erfolgsdruck standhalten müssen und damit ein Leben auf der Überholspur führen.¹⁷

Da jedoch nicht alle Männer die Erfolgsleiter hochklettern, ergibt sich für jene, die es nicht schaffen, Dauerstress, der noch dadurch verstärkt wird, dass sie ihre Gefühle nicht zeigen dürfen und nicht gelernt haben, von sich selbst und ihrem eigenen Erleben zu sprechen. Gestützt auf der Annahme, dass sie nicht ausreichend auf ihre Gesundheit achten und ihren Körper wenig pflegen, sind dies weitere Faktoren, die von männerorientierten Forschern als wesentliches Kriterium dafür gesehen werden, dass Männer eine deutlich geringere Lebenserwartung haben als Frauen.¹⁸

¹⁷ Vgl. Franke (2006), S. 193

¹⁸ Vgl. Altgeld (2004), S. 192

3.2.1.3 *Ungleiche gesellschaftliche Wertung*

Da die Geschlechterstereotype per se schon die Gesundheit und Krankheit beeinflussen, wird dies noch dadurch verstärkt, dass die Verhaltens- und Erlebnisweisen der Gesellschaft bei beiden Geschlechtern unterschiedlich gewichtet sind.

Unter näherer Betrachtung der Geschlechterstereotypen und deren sozialer Wertung geht hervor, dass Frauen deutlich gefährdeter sind, Erkrankungen zu erleiden, die mit Ängstlichkeit, depressivem Rückzug und mangelnder Durchsetzungsfähigkeit in Verbindung stehen. Männer hingegen weisen ein höheres Risiko für Erkrankungen und Todesursachen, die mit Aggressivität, Ausagieren und Ignoranz gegenüber den eigenen Bedürfnissen zu tun haben, auf. Unfälle, Suizid und Lungenkrebs sind dabei eindruckliche Beispiele.

Diese Unterschiede dieser Geschlechterstereotypen wirken sich auch auf unser Gesundheitssystem und dessen Kosten aus. Für Frauen beispielsweise birgt die negative Bewertung ihrer eher introvertierten Verhaltensweisen zum Beispiel die Gefahr eines übermäßigen Medikamentenkonsums und der daraus folgenden Abhängigkeit. Die Zahlen zu den Daten der Geschlechterunterschiede bei der Medikamentenverordnung lassen deutliche Zahlen sprechen: Frauen werden bis zu 70 Prozent mehr Arzneimittel verordnet. Migränepräparate werden Frauen drei Mal häufiger verordnet als Männern. Über 65 Prozent aller Psychopharmaka werden im Durchschnitt Frauen verschrieben – und das sind nur einige erwähnte Zahlen aus der Statistik.

4 Psychosoziale Bedingungen von Gesundheit

4.1 Das Gesundheitsverhalten

Unter dem Begriff Gesundheitsverhalten versteht man ein Verhaltensmuster, eine Handlung oder eine Gewohnheit, die mit der Erhaltung, der Wiederherstellung oder mit der Verbesserung von Gesundheit im Zusammenhang steht. Der Begriff Gesundheitsverhalten lässt sich an Beispielen wie regelmäßiger körperlicher Aktivität, gesunder Ernährung, regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen oder der Verwendung von Sonnenschutzcreme erklären. Eine andere Verhaltensform stellt das Risikoverhalten dar, darunter versteht man den Konsum von Alkohol, Drogen,

Zigaretten uvm. Auch das Unterlassen von Risikoverhalten kann als Gesundheitsverhalten verstanden werden.

Die Veränderung von Gesundheitsverhalten ist Gegenstand vieler Theorien und soll die wichtigsten Faktoren, die den Prozess beeinflussen und erklären können, identifizieren.

4.1.1 Modell gesundheitlicher Überzeugung

Das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (engl. Health Belief Model, HBM) wurde in den 50er Jahren im Zuge mangelnder Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen entwickelt. Die Grundannahme des HBM lautet, dass

„die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung mit dem Grad der wahrgenommenen Gesundheitsbedrohung und mit dem Ausmaß der wahrgenommenen Wirksamkeit der Verhaltensänderung als Mittel der Bedrohungsreduktion ansteigt.“¹⁹

Die wahrgenommene Bedrohung auf die Gesundheit setzt sich bei diesem Modell aus zwei Faktoren zusammen: Die *subjektive Vulnerabilität* betrifft Überzeugungen über die Anfälligkeit für eine Erkrankung. Ein Beispiel hierfür: Einem Raucher, der sich als gefährdet erlebt, Lungenkrebs zu bekommen, ist demnach eine hohe eingeschätzte Vulnerabilität zuzusprechen. Zweitens der *Schweregrad einer Krankheit*, dieser Faktor betrifft die Schwere der Konsequenzen einer Erkrankung wie beispielsweise Lungenkrebs im Allgemeinen, der als eine schwerer wiegende Erkrankung wahrgenommen wird als eine Erkältung. Ob sich das Verhalten auf Grund einer solchen Wahrnehmung ändert, hängt von der Wahrnehmung des Nutzens der Verhaltensänderung sowie bestehenden Barrieren für die Änderung ab.²⁰

Einer solchen Gesundheitsbedrohung durch eine Krankheit (Bsp. Lungenkrebs) steht die Wirksamkeit einer Gegenmaßnahme gegenüber, etwa mit dem Rauchen aufzuhören.²¹

¹⁹ Knoll/Scholz/Rieckmann (2005), S. 33

²⁰ Vgl. Rosenbrock/Michel (2006), S. 26

²¹ Vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann (2005), S. 33

Modifiziert wurde das BHM unter Miteinbeziehung folgender Faktoren:

- Demografische Variablen (Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit)
- Sozialpsychologische und sozioökonomische Variablen (Persönlichkeitsmerkmale, Charakteristika der sozialen Schicht, Bezugs- u.- Personengruppen)
- Handlungsauslöser, z. B. Präventionskampagnen, Berichterstattung in den Medien, Beratung durch Ärzte etc.

Daraus resultiert, dass dem Gesundheitsverhalten ein mehr oder weniger rationaler Entscheidungsprozess jedes Einzelnen vorausgeht.²²

4.1.2 Theorie des rationalen Handelns und des geplanten Verhaltens

Die Theorie des geplanten Verhaltens ist eine der am häufigsten verwendeten Ansätze zur Vorhersage und Erklärung von Gesundheitsverhalten. Sie ist eine Erweiterung zum rationalen Handeln, oder anders, der Handlungsveranlassung, die ursprünglich entwickelt wurde, um den Zusammenhang zwischen Einstellung und Verhalten zu erklären.²³

Nach der Theorie des rationalen Handelns gibt es zwei Variablen, die bei der Herausbildung einer Verhaltensabsicht hervorstechen:

- Einstellungen, d. h. Ansichten über die Folgen eines Verhaltens und die Bewertung dieser Folgen sowie der Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung
- Die subjektive Einschätzung sozialer Normen und Erwartungshaltungen²⁴

Diese Variablen zeigen – anders als beim HBM –, dass die Bedeutung von sozialen Beziehungen und Normen als Einflussfaktoren auf das Verhalten wirkt. Dazu gehören gesellschaftliche Normen, z. B. im Hinblick auf das Erscheinungsbild (Übergewicht),

²² Ebenda, S. 33ff

²³ Ebenda, S. 36

²⁴ Ebenda, S. 27

spezifische Normen des sozialen Umfeldes, u. a. der sozialen Schicht, spezifische Normen in einem Setting und Ansichten von Bezugspersonen wie Eltern und Freunde.

Eine Weiterentwicklung der Theorie des rationalen Handelns zur Theorie des geplanten Verhaltens wurde neben den Ansichten über die Ergebnisse eines Verhaltens, der Bewertung dieser Ergebnisse sowie sozialen Normen und ihrer Motivationswirkung als weiterer Einflussfaktor erweitert. Demnach unterscheiden sich Menschen unter anderem dadurch, inwieweit sie glauben, ihre Gesundheit und deren Bestimmungsgrößen beeinflussen zu können.²⁵

4.1.3 Selbstregulation und Selbstwirksamkeit

Die Selbstregulation bezeichnet die Fähigkeit, Handlungen auch dann aufzunehmen und durchzuhalten, wenn ablenkende oder beeinträchtigende Faktoren auftreten. Ohne diese Fähigkeit würde jeder von uns daran scheitern, seiner Intention zu folgen und ein seiner Gesundheit förderliches Verhalten umzusetzen. Fehler der Selbstregulation sind die Unter- und Fehlregulationen.

Eine *Unterregulation* liegt dann vor, wenn jemand nicht in der Lage ist, ausreichende Kontrolle über sein Verhalten auszuüben (z. B. trotz entgegengesetzter Intention Fernsehen statt Sport).

Bei einer *Fehlregulation* werden ungeeignete Strategien zur Zielrealisierung gewählt (z. B. jemand untrainiertes nimmt sich einer Sportart an, ohne ausreichend vorbereitet zu sein, mit der Folge einer Sportverletzung).

Für die Selbstregulation stellt die Selbstwirksamkeitserwartung einen zentralen Punkt dar. Diese Erwartung bezeichnet die subjektive Gewissheit, schwierige oder neue Anforderungen erfolgreich bewältigen zu können. Eine ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung unterstützt ein konstruktives Gesundheitsverhalten und die Bewältigung von Stress und Krankheit. Zweifel an der eigenen Selbstwirksamkeit können dagegen dazu führen, dass man trotz sinnvoller Vorsätze daran scheitern kann, Reizen zu widerstehen.

²⁵ Ebenda, S 27

Es gibt drei Interventionsprinzipien die die Selbstwirksamkeitserwartung erhöhen können:

- Hilfe zu Erfolgserfahrungen durch Setzen von Nahzielen und Unterstützung,
- Verhaltensmodelle, die zur Nachahmung empfohlen werden, wenn nicht genügend Gelegenheiten bestehen, eigene Erfolgserfahrungen zu sammeln und
- Zureden mit allerdings unsicherer Erfolgsaussicht²⁶

Zusammengefasst kann man sagen, dass der Glaube an die eigene Handlungskompetenz und die Fähigkeit zur Lebensbewältigung mit dem Selbstwertgefühl eines jedem in enger Beziehung steht.

4.1.4 Salutogenese

Das Modell der Salutogenese beruht auf zwei Grundannahmen, erstens, dass Krankheiten eine normale Erscheinung im menschlichen Leben sind und nicht Abweichungen von der Normalität und zweitens, dass Gesundheit und Krankheit Pole eines gemeinsamen Kontinuums sind.²⁷

In Umsetzung verschiedener Gesundheitsförderungskonzepte hat sich der Schwerpunkt der neueren Gesundheitsforschung auf Ansätze verlagert, in denen neben einer Senkung der Pathogenen (krank machenden) Faktoren, gleichberechtigt die Förderung salutogener Faktoren berücksichtigt wird. Darunter versteht man die Bemühungen zur Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit sowohl von spezifischen Krankheiten als auch von Erkrankungen überhaupt. Ziel der Salutogenese ist die Belastungssenkung und gleichzeitige Ressourcenstärkung (Gesundheitsförderung). Diese beiden Faktoren sollten in der Regel gleichzeitig verfolgt werden und miteinander in Beziehung stehen.²⁸

Das Modell der Salutogenese wurde vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky entwickelt. Antonovsky hat drei Faktoren – die Vorhersehbarkeit, die Beeinflussbarkeit und die Sinnhaftigkeit – zusammengenommen, die das Kohärenzgefühl (sense of coherence) bilden.

²⁶ Vgl. Franke (2006), S. 28

²⁷ Vgl. Ebenda, S. 158

²⁸ Vgl. Rosenbrock/Michel (2007), S. 28ff

Ein Beispiel für ein solches Zusammenwirken dieser Faktoren wäre, im unterstützend kollegialen Kommunikationszusammenhang des Arbeitsplatzes unter als halbwegs gerecht und transparent erlebten Bedingungen eine anregende und entwicklungsfähige Arbeitsaufgabe ohne schädigende physikalische und chemische Einflüsse zu erfüllen.

Auf der Basis zahlreicher empirischer Studien an vielen verschiedenen Bevölkerungsgruppen entwickelte Antonovsky dieses Modell. Danach bleiben Individuen und Gruppen auch unter hohen Belastungen gesund:

- Wenn die Anforderungen und Zumutungen, mit denen sie konfrontiert werden, einigermaßen vorhersehbar und einordnungsfähig sind (comprehensibility)
- Wenn Möglichkeiten der Reaktion und des Eingreifens, wenn Chancen der Einflussnahme auf Entwicklungen und Ereignisse gegeben sind (manageability) und
- Wenn Möglichkeiten bestehen, unter diesen Bedingungen individuelle oder kollektive Ziele anzustreben und auch zu erreichen (meaningfulness) – wie oben schon durch das Beispiel erklärt.²⁹

²⁹ Vgl. Franke (2006), S. 29ff

5 Massenmedien und Massenkommunikation

Massenmedien können dem Publikum bestimmte, wichtige Themen nahe legen, indem sie diese oft und intensiv behandeln; außerdem beeinflussen sie die Aufmerksamkeitsstrukturen ihrer Leser-, Zuseher- u. Hörer durch die Symbole und Begriffe, die sie in ihrer Berichterstattung verwenden.³⁰

Massenmedien und die darin platzierte Werbung sind eine Informationsquelle über Produkte und Dienstleistungen, deren Konsum den Gesundheitszustand beeinflussen können. Die Produktwerbung stärkt bestehende Neigungen, während aus der Perspektive der Primärprävention versucht werden müsste, bestehenden Neigungen und Konsumwünschen entgegenzuwirken um auf längere Sicht einen Konsumverzicht zu bewirken. Massenmedien wie Fernsehen, Radio, Kino etc. transportieren Lebensbilder und Rollenmodelle. Medien werden seit vielen Jahren dazu genutzt, um gezielt Informationen über gesundheitsdienliche Verhaltens- und Konsummuster zu transportieren. Heute wissen wir, dass Massenmedien

- Die Öffentlichkeitswirksamkeit von Gesundheitsthemen erhöhen,
- Einfache Botschaften vermitteln und
- Dazu beitragen, Verhalten zu verändern, wenn andere Faktoren wie ein geeignetes Lebensumfeld diese Verhaltensänderung unterstützen bzw. wenn der Veränderung keine größeren Hindernisse entgegenstehen³¹

Durch die Massenmedien wird Massenkommunikation vermittelt.

5.1 Massenkommunikation

Der Einsatz medial vermittelter Kommunikation - über Fernsehen, Radio, Internet, Plakate, Tageszeitungen etc. – zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens ist in vielen Ländern weit verbreitet. Jüngste Forschungsergebnisse einer Metaanalyse in den USA haben ergeben, dass mediale Kampagnen oftmals erfolgreicher bei der Beeinflussung gesundheitsrelevanter

³⁰ Vgl. Schenk (1987), S. 5ff

³¹ Rosenbrock/Michel (2007), S. 34ff

Einstellungen und Verhaltensweisen, auch wenn die Effekte, insbesondere bei schwer zu ändernden Verhaltensweisen wie dem Rauchen, recht gering sind, erfolgreich waren.³²

Doch die Effizienz mehrerer Millionen Menschen über die Massenmedien zu erreichen spricht für ein kostengünstiges Mittel, um Gesundheitsverhalten zu beeinflussen.

5.1.1 Der strategische Einsatz von Massenmedien

Über Massenmedien können verbreitete Neue Informationen gezielt auf Personen abgestimmt werden, die sich in der Absichtsbildung befinden. Diese Personen sind sich eines Gesundheitsrisikos bewusst und wägen die Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung ab.

Massenmedien haben also für diejenigen Zielgruppen einen Nutzen, die uninformiert sind oder ein bestimmtes Gesundheitsrisiko nicht akzeptieren wollen. Medienkampagnen können daher sehr effizient sein, indem sie das Bewusstsein für gesundheitliche Probleme durch das häufige Aufgreifen eines Themas fördern und Menschen durch das Bereitstellen neuer Informationen gezielt beeinflussen.

Eine solche effektivere Problemerkennung führt zu einer besseren Zugänglichkeit relevanter Themen, zu dem Zeitpunkt, wenn verhaltensbezogene Entscheidungen getroffen werden. Es muss dafür gesorgt werden, dass die Themen durch eine fortgesetzte Präsenz in den Medien verstärkt und geeignete situationsbezogene Inhalte verwendet werden.

5.2 Wirkungen der Massenkommunikation

Medienwirkungen ergeben sich aus multiplen, Stimulationen und Reaktionen, durch die sich im Laufe der Zeit die Wahrscheinlichkeiten verändern, mit denen verschiedenste Faktoren des Wirkungspotenzials der Medien wie des Rezeptionspotentials der Rezipienten zum Zuge kommen.³³

Nachfolgend möchte ich kurz einige Wirkungstheorien der Massenkommunikation anführen:

³² Vgl. Kerr/Weitkunat/Moretti (2007), S. 328

³³ Vgl. <http://visor.unibe.ch/~agnet/kaptheoriekh.htm>

5.2.1 Der Opinion Leader

Den Opinion Leader, zu deutsch Meinungsführer ist ein äußerst interessanter Ansatz in der Kommunikationsforschung. Der Opinion Leader kann als ein Verbindungsglied zwischen Massenmedien und Rezipienten verstanden werden. Die Gruppe die als Opinion Leader fungiert, versucht andere Personen von ihren Meinungen, z. B. politischer Natur, zu überzeugen.

Der Opinion Leader Ansatz geht davon aus, dass Massenmedien den Rezipienten mit ihrer Botschaft nicht direkt erreichen. Die Botschaften gelangen bei diesem Modell erst zu den Meinungsführern und erst in späterer Folge zu den Rezipienten.³⁴

Der Opinion Leader ist über folgende Rollenmerkmale zu definieren:

- Eine überdurchschnittliche ausgeprägte Geselligkeit, die sich in der Anzahl der sozialen Kontakte äußert, welche diese Person zu anderen Personen unterhält
- Überdurchschnittlich aktives kommunikatives Verhalten an den Tag legt,
- Bestimmten Positionen bzw bekleiden bestimmte Rollen, die sie für die übrigen Mitglieder ihrer sozialen Gruppen haben
- Überdurchschnittliches Interesse an dem betreffenden Themenbereich³⁵

5.2.2 Der Nutzenansatz

Der Nutzenansatz zeigt Medienzwendungen im Zusammenhang mit menschlicher Bedürfnisbefriedigung. Er knüpft stark an des Uses-and-Gratifications Approach an, der davon ausgeht, dass der Mensch die Massenmedien zur Befriedigung von bestimmten Interessen, Wünschen und Bedürfnissen benützt.

Man geht davon aus, das verschiedene Menschen, aus unterschiedlichen Gründen, demselben Medium zuwenden und jeder für sich unterschiedliche Gratifikationen durch diese Zuwendung erlangt.³⁶

³⁴ Vgl. Burkart (2002), S. 210

³⁵ Vgl. Burkart (2002), S. 210

Ein Beispiel hierfür wäre: zwei Mädchen aus ein und derselben Dokusoap ganz verschiedene Gratifikationen beziehen: die eine will am nächsten Tag mit ihren Freundinnen darüber reden was in der letzten Folge passiert ist, die andere möchte eine Stadt wiedersehen, in der sie zuletzt Urlaub machte.

5.2.3 Die Agenda Setting Hypothese

Bei dieser Hypothese geht man davon aus, dass die Massenmedien immer weniger auf die Beeinflussung des Einzelnen abzielen. Wo einst im Focus, was das Publikum denken soll, stand verlagerte sich in, worüber wir nachzudenken haben. Die Themen die wir auf unsere Tagesordnung setzen, werden dabei primär durch die Massenmedien bestimmt.³⁷

5.2.4 Die Schweigespirale

Ausgangspunkt der Schweigespirale ist die Isolationsflucht einer Person, die Anerkennung sucht und Ablehnung vermeiden möchte. Diese Person ist ständig auf dem neuesten Stand und beobachtet ihr Umfeld genau. Dafür nützt die Person die Massenmedien und den unmittelbaren Bekanntenkreis. Das was die Person in ihrer Umwelt wahrnimmt, bestimmt schlussendlich ihr Verhalten und die Redebereitschaft. Extorvertierte Personen die sich zu einer großen Gruppe zugehörig fühlen, haben keine Probleme ihre Meinung zu äußern, die, die sich in der Minderheit sehen, schweigen. Dadurch entstehen zwei unterschiedliche Meinungslager, wobei nur eines sichtbar wird. Die Mehrheit erscheint größer als sie ist, die Minderheit kleiner als sicher der Fall.

Die Wahrscheinlichkeit dass die mehr Personen der Mehrheit anschließen ist dabei zu vermuten. So kommt die Schweigespirale in Gang, wobei auch die Massenmedien eine Rolle spielen und über den Prozess von Zustimmung oder Ablehnung, Meinungen beeinflussen können.³⁸

³⁶ Vgl. Burkart (2002), S. 221ff

³⁷ ebenda, S. 249

³⁸ Vgl.

<http://www.demokratiezentrum.org/fca35839983094bbfcee005e4ec2334a/de/startseite/wissen/lexikon/schweigespirale.html>

6 Health Communication

Als Grundstein möchte ich hier das Buch von Kreps und Thornton erwähnen, welches einen Meilenstein im Bereich der Health Communication gelegt hat. Es versteht sich als ein Lehrbuch, welches erstmals verbindliche Definitionen des Begriffs Health Communication lieferte. Jahre später bildet es immer noch die Grundlage für Überlegungen verschiedenster Forscher auf diesem Gebiet.

Zusammenfassend kann man sagen, dass der Begriff Gesundheitskommunikation zwei interdisziplinär ausgerichtete Wissenschaftsgebiete zusammenfasst, nämlich einerseits die Gesundheitswissenschaften und andererseits die Kommunikationswissenschaften.

6.1 Historischer Abriss

Gesundheitskommunikation versteht sich als ein eigenständiges Teilgebiet der Gesundheitswissenschaften, welche in den USA in den letzten 30 Jahren immer stärkere Bedeutung gewonnen haben.³⁹

Jazbinsek zeichnet in seinem Sammelband „Gesundheitskommunikation“ die Entwicklung in den USA nach.

Der Begriff Health Communication etablierte sich erstmals in den 70er Jahren als selbstständiges Teilgebiet von Public Health. Weiters gab es erstmalige Untersuchungen zur bevölkerungsweiten Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens durch gezielte Gesundheitsinformationen über öffentliche Kampagnen und schulische Gesundheitserziehung.

Im Laufe der 80er Jahre wurde das Forschungsgebiet erstmals erweitert. Erstmalige Untersuchungen zu der Frage, welche beabsichtigten und unbeabsichtigten Funktionen die Nutzung der Massenmedien wie Fernsehen, Computer, Hörfunk und Presse auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten haben, wurden angestellt. Man versuchte

³⁹ Vgl. Atkin/Wallak (1990)

herauszufinden, wie Massenmedien in Strategien der Gesundheitsförderung einbezogen werden können.

In den 90er Jahren verdichteten sich die gewonnenen Informationen und wurden ausgebaut und zusammengeführt. Gesundheitskommunikation galt ab diesem Moment als ein wichtiger Bestandteil einer modernen Gesundheitspolitik, die sich verschiedenen Medien und Strategien bediente, um gesundheitsfördernde Verhaltensweisen in der Bevölkerung zu initiieren und zu unterstützen.⁴⁰

6.2 Begriffliche Definition

Der Begriff Gesundheitskommunikation (englisch: Health Communication) steckt ein breites Forschungsfeld ab, in dessen Rahmen die unterschiedlichsten Formen der Kommunikation über Gesundheit und Krankheit mit Hilfe verschiedener Vermittlungskanäle in einer Fülle unterschiedlicher sozialer Kontexte untersucht werden.⁴¹ Auch hier lassen die meisten Definitionen großen interpretatorischen Spielraum.

Auf Grund der immer noch mangelnden theoretischen Grundlagenarbeit in diesem Fach kann der Begriff Gesundheitskommunikation von Hurrelmann und Leppin als aktuellste Definition zum gegenwärtigen Zeitpunkt verstanden werden:

„Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den gesundheitlichen Versorgungsprozess einbezogen sind, und /oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind.“⁴²

Als bekannteste und heute noch am weitesten verbreitete Darstellung des Begriffes in diversesten Fachliteraturen gilt die Definition von Kreps und Thornton aus dem Jahre 1984. Die beiden sprechen der Gesundheitskommunikation ein weites Betätigungsfeld zu:

⁴⁰ Vgl. Jazbinsek (2000). S. 13

⁴¹ Vgl. Kreps, Bonaguro & Query (1998). S 1ff

⁴² Hurrelmann / Leppin (2001). S. 11.

„Health Communication is an area of study concerned with human interaction in the health care process.“⁴³

Was nun für Kreps und Thornton Bereiche bzw. Felder in der Gesundheitskommunikation sind, hat Signitzer⁴⁴ in seinem Artikel zusammengefasst:

- Das *Kommunikationsverhalten* von Ärzten, Dentisten, Apothekern, Krankenschwestern, Krankenhausadministratoren, Gesundheitsbürokratie usw.
- Die *Kommunikationspartner*: Patienten, Angehörige der Patienten, Krankenversicherte usw.
- Die verschiedenen *Ebenen der Kommunikation* auf denen Kommunikation stattfinden kann:
 - intrapersonale Ebene: ein Beispiel hierfür wäre, wenn sich jemand Gedanken über seinen Gesundheitszustand macht und über sich selbst spricht
 - interpersonale Ebene: das Arzt – Patienten Gespräch, das Arzt – Arzt Gespräch oder das Patienten – Patienten Gespräch
 - Organisationsebene: dazu zählen zum Beispiel die Öffentlichkeitsarbeit eines Krankenhauses oder die Kommunikation in einem Krankenhaus
 - Gesellschaftliche Ebene: zum Beispiel die Medizinberichterstattung in Medien, medial vermittelte Images von Gesundheit und Krankheit, medizinische Fachpublizistik, aber auch die Rolle der Kommunikation bei Gesundheitskampagnen und Gesundheitsförderungsprojekten
- Ökonomische, soziale, (multi-)kulturelle und ethische Fragen als Rahmenbedingungen für Gesundheitskommunikation. Zum Beispiel die unterschiedlichsten Konzepte (wie managed care) oder der Gesundheitsbegriff.

⁴³ Kreps / Thornton (1984). S. 2.

⁴⁴Vgl. SIGNITZER, Benno: Ansätze und Forschungsfelder der Health Communication, In: Hurrelmann Klaus / Leppin Anja (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern. 2001. 22-25.

Die tatsächliche Bedeutung von Gesundheitskommunikation wird somit aus der These abgeleitet, dass sich in einem Zusammenhang von Gesundheit und Krankheit „Kommunikation“ als wichtigstes Instrument herauskristallisiert, wenn man eine erfolgreiche Gestaltung der Gesundheitsfürsorge anstrebt.

6.3 Zielgruppen der Gesundheitskommunikation

In der modernen Kampagnenforschung gibt es die Einsicht, dass Kommunikationskampagnen immer an spezifische Zielgruppen gerichtet sein muss. Wie schon in (Kap. 5) beschrieben, deswegen, weil die Massenkommunikation als wichtigster Kanal von Kampagnenbotschaften technisch vermittelt, also undirektional ist, und darum kein unmittelbares Feedback möglich ist, müssen Kampagnenbotschaften je spezifisch auf die anzusprechenden Zielgruppen hin konzipiert werden und die zu erwartenden Reaktionen der Zielgruppen in der Planung mitberücksichtigt werden.

Unterschiedliche Verfahren der Analyse und Segmentierung von Zielgruppen, können vielfach kombiniert werden:

- **Soziodemografie:** Die Zielgruppen werden dabei aufgrund äußerlicher Kriterien wie Alter, Geschlecht, Bild und, sozioökonomischer Status etc. definiert und festgelegt. Hier besteht die Gefahr, dass der Bezug zum Kampagnenproblem nur indirekt gegeben ist.
- **Lebensstile:** zusätzlich werden psychografische und soziale Aspekte des Lebensstils und der Werthaltungen miteinbezogen, weil die Soziodemografie allein die Zielgruppen nicht genug trennen kann.
- **Mediennutzung:** Gruppen mit spezifischen Mustern der Mediennutzung dienen als Basis für die Segmentation sowohl der Zielgruppen als auch der Kanäle.
- **Problembezug:** Dieser Segmentierung liegt die Annahme zugrunde, dass je spezifischer der Bezug der Zielgruppe zum Problem im Sinne unterschiedlicher Risikoexpositionen wie 1) nicht durch das Problem betroffen, aber als Bezugsperson involviert, 2) oder betroffen, aber

desinteressiert, 3) oder sensibilisiert aber noch kein Handel, 4) sensibilisiert und Handel.⁴⁵

6.4 Ziele der Gesundheitskommunikation

Über Gesundheit in der Öffentlichkeit zu kommunizieren stellt immer eine große Herausforderung dar.

Einer Kampagne sollten immer explizit formulierte Zielsetzungen zugrunde liegen. Bei der Definierung der Ziele sollte immer klar hervorgehen, sowohl für den Initianten und Auftraggebern als auch bei den Zielgruppen, was überhaupt mit der Kampagne erreicht werden soll. Eine klare Definition von Zielen ist auch Voraussetzungen für die Wahl der Strategie und die inhaltliche Bestimmung der Botschaften.

Die Ziele von Kampagnen sollten zudem immer möglichst explizit, verhaltensbezogen und realistisch definiert werden, sodass sie von der Zielgruppe auch tatsächlich erreicht werden können.

Die Zielsetzung des Social Marketings ist meist auf die Förderung eines sozialpolitischen Anliegens ausgerichtet. Die Akzeptanz bestimmter gesellschaftspolitischer Vorstellungen oder Verhaltensweisen muss bei der angesprochenen Zielgruppe erreicht werden.

Als oberstes Ziel einer Sozialkampagne ist das Erreichen der Verhaltensänderung.⁴⁶

Kotler beschreibt vier Arten sozialer Veränderung, deren Herbeiführung auf unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden aufbaut und im Folgenden näher erklärt werden:

⁴⁵ Vgl. Bonfadelli/Friemel (2006), S. 32ff

⁴⁶ Vgl. Kotler (1991) S. 37ff

6.4.1 Kognitive Veränderungen

Auf der kognitiven Ebene beginnt das Problematisieren. Dabei werden nicht sensibilisierte Zielgruppen auf ein Problem aufmerksam gemacht. Auf dieser Ebene wird meist informiert, das Wissen über Ursachen und Zusammenhänge kommuniziert um sich orientieren zu können.

Bei kognitiven Veränderungen handelt es sich meist um Informations- oder Aufklärungskampagnen. In diesem Stadium wird vorerhand nur Aufmerksamkeit erzeugt und Wissen geschaffen. Doch auch auf dieser Ebene kann es zu Fehlschlägen kommen, denn wenn die Botschaft nicht interessant ist für das Publikum und unklar formuliert und nicht in gewissen Einklang mit den Werten der Zielgruppen steht, ist ein Scheitern vorprogrammiert.⁴⁷

6.4.2 Konkret handlungsbezogene Veränderungen

Auf dieser Ebene findet die Sensibilisierung auf ein bestimmtes Thema statt. Es wird versucht eine Akzeptanz für empfohlene Handlungen zu schaffen. Zum Beispiel Frauen zu einer Krebsuntersuchung zu veranlassen, Wanderer zur Zeckenschutzimpfung aufrufen. Zum Ausführen von bestimmten Verhaltensweisen wird also auf dieser Ebene motiviert.⁴⁸

Doch solch eine konkrete Handlung ist schwer zu motivieren., da die Zielgruppe etwas verstehen muss und darauf folgend, eine gewisse Handlung vollbringen muss.⁴⁹ In diesem Stadium dürfen auch die Kosten die mit einer solchen Handlung in Verbindung stehen, nicht außer acht gelassen werden. Die Entfernung, der Zeitaufwand oder das Überwinden der Trägheit müssen berücksichtigt werden. Aus diesem Grund kann es passieren, dass eine Person die von ihr erwartete Handlung nicht setzt.

⁴⁷ Vgl. Kotler (1991), S. 37ff

⁴⁸ Vgl. Bonfadelli/Friemel (2006), S. 35

⁴⁹ Vgl. Kotler (1991), S. 40ff

6.4.3 Verhaltensänderungen

Auf dieser Ebene wird versucht, bestehende Verhaltensweisen in eine bestimmte Richtung zu lenken. Es wird weiter mobilisiert und versucht zu konkret (neuen) Verhaltensweisen anzuregen.⁵⁰

Bei der Verhaltensänderung müssen alte Gewohnheiten gebrochen, neue erlernt und beibehalten werden. Dies ist zumal oft der schwierigste Teil der Verhaltensänderung, da es oft sehr festgefahrene Verhaltensmuster gibt, die schon über viele Jahre beibehalten wurden. Dem Schwerpunkt dieser Ebene liegt also das Ziel zugrunde, dass neu gelernte Verhalten oder in der Aneignung einer Fähigkeiten, ein Verhalten, von dessen Sinnhaftigkeit man überzeugt ist, auch ausführen zu können.

Am Beispiel einer Anti-Raucher-Kampagne kurz dargestellt:

Eine Verhaltensänderung wurde nicht erreicht, wenn eine Anti-Raucher-Kampagne eine Zielperson zwar davon überzeugt, dass Rauchen der Gesundheit schadet und diese Person sich tatsächlich das Rauchen abgewöhnen will, jedoch nicht über genügend Stärke verfügt, das Rauchen auch wirklich zu unterlassen.

So ist der einer Person die schädliche Auswirkung ihres Verhaltens zwar bewusst, sie kann oder will jedoch nicht das Verhalten aus eigener Anstrengung ändern. An dieser Stelle müssen Lösungsmöglichkeiten geboten werden, die der Person bei der Verhaltensänderung behilflich sind.

Zu den verschiedenen Programmen, die Verhaltensänderung unterstützen, müssen im Zuge einer Kampagne Strategien entwickelt werden, die andere Personen davon abhalten, sich gewisse Verhaltensweisen überhaupt anzugewöhnen.

6.4.4 Wertänderungen

Als eine der schwierigsten Aufgaben kann der Versuch, tief empfundene Wertvorstellungen ändern zu wollen gesehen werden. Tief verwurzelte Einstellungen und Werte, die eine Zielgruppe auf eine bestimmte Thematik hat sind meist religiös oder an gewisse Ideologien angelehnt oder auch pragmatisch begründet. In diese Ebene würde das Beispiel, jungen Paaren den Wert der Treue zu vermitteln, um der Gefahr von Aids zu bannen, fallen.

⁵⁰ Vgl. Bonfadelli/Friemel (2006), S. 35

Wertvorstellungen zu ändern erfordert also ein zähes Programm, auch wenn die Erfolgsaussichten gering bleiben. Um dem entgegenzuwirken wurde in den vergangenen Jahrzehnten oft auf die Sozialpartner zurückgegriffen um den Weg des geringsten Widerstands zu gehen, indem man einfach diesbezügliche Gesetze erlassen hat.

An dieser Stelle kann das Beispiel der Rassentrennung erwähnt werden. In den USA wurde über 100 Jahre lang Überzeugungsarbeit geleistet, um die Schulen der Südstaaten von der Rassentrennung abzubringen. Nachdem diese Bemühungen fehlgeschlagen sind, wurde das Gesetz der Rassentrennung 1954 gesetzlich aufgehoben.⁵¹

6.5 Die Kommunikationskampagne

In der Kommunikationswissenschaft, aber auch in der Kommunikationspraxis werden verschiedenste Namen benutzt wie öffentliche Informationskampagnen, Kommunikationskampagnen, PR-Kampagnen, Präventions- oder Gesundheitskampagnen und im englischsprachigen Raum Public Information Campaigns, Communication Campaigns, Social Marketing uvm. Nachfolgend möchte ich nun durchgängig den Begriff „Kommunikationskampagne“ verwenden, weil er mir im Kontext mit der „Leichter Leben“-Kampagne und seiner nachfolgenden Begriffsdefinition am treffendsten erscheint.

Die Bezeichnung „Kommunikationskampagne“ wird präferiert, weil Kampagnen nicht nur informieren, wie der enger gefasste Begriff Informationskampagne nahe legt, sondern auch Meinungen und Verhalten beeinflussen wollen. Umgekehrt bezieht sich das weiter gefasste „Social Marketing“-Konzept nicht nur auf Kommunikationsaktivitäten, sondern umfasst im Rahmen der Marketingperspektive auch produktspezifische Momente.

PR-Kampagnen wiederum intendieren weniger Bewusstseins- oder Verhaltensänderungen bei ihren Zielgruppen, sondern bezwecken vorab die öffentlichkeitswirksame Darstellung von Images oder Themen von Auftrag gebenden Organisationen.⁵²

⁵¹ Vgl. Kotler (1982), S. 506

⁵² Vgl. Röttger (2001), S. 15

Der Begriff „Kommunikationskampagne“ lässt sich laut Rogers, Rice und Bonfadelli wie folgt zusammenfassen:

- 1) die Konzeption, Durchführung und Kontrolle von
- 2) systematischen und zielgerichteten
- 3) Kommunikationsaktivitäten zur
- 4) Förderung von Problembewusstsein und Beeinflussung von Einstellungen und Verhaltensweisen gewisser
- 5) Zielgruppen in Bezug auf
- 6) Soziale Ideen, Aufgaben oder Praktiken, und zwar im
- 7) Positiven, d. h. gesellschaftlich erwünschten Sinn.

7 Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung als Interventionsformen

Der Begriff Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung entwickelte sich im 19. Jahrhundert aus der Debatte um soziale Hygiene und Volksgesundheit. Das wesentliche Ziel der „Krankheitsprävention“ ist die *Vermeidung des Auftretens von Krankheiten* und damit die Verringerung ihrer Verbreitung und die Verminderung ihrer Auswirkungen auf die Mortalität der Bevölkerung. Die zentrale Strategie bei der Krankheitsprävention ist, die Auslösefaktoren von Krankheiten zurückzudrängen oder ganz auszuschalten.

Die Krankheitsprävention beschreibt eine Form der „Intervention“. Hierbei handelt es sich um das gezielte Eingreifen von öffentlich, professionell Handelnden, um sich abzeichnende Entwicklungen von Morbidität und Mortalität bei einzelnen Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen.⁵³

Die Prävention ist also auf ein bestimmtes Ziel gerichtet, nämlich auf die Bewahrung der Gesundheit sowie die Verhütung und Früherkennung von Krankheiten. Das BMGFJ unterscheidet zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.⁵⁴

- *Die Primärprävention* setzt an, noch bevor es zur Krankheit kommt. Sie trägt dazu bei, gesundheitsschädigende Faktoren zu vermeiden, um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern.
- *Die Sekundärprävention* soll das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums durch Frühdiagnostik und -behandlung verhindern. Sie greift also in bestehende Risikosituationen ein und versucht, diese abzuwenden. Krankheitssymptome einer Krankheit sollen möglichst früh erkannt werden.
- *Die Tertiärprävention* konzentriert sich nach einem Krankheitsereignis auf die Wiederherstellung der Gesundheit. Folgeschäden sollen somit vorgebeugt und Rehabilitation ermöglicht werden.

⁵³ Vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch (2004) S.11

⁵⁴ <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0771&doc=CMS1201505682652> (04/2008)

Der Begriff „Gesundheitsförderung“ ist wesentlich jünger. Er entwickelte sich aus gesundheitspolitischen Debatten der WHO, bei dem neben bevölkerungsmedizinischen auch ökonomische, politische, kulturelle und soziale Impulse miteinbezogen wurden. Bei der Gesundheitsförderung geht es um die *Promotionsstrategie*, bei der Menschen durch die *Verbesserung ihrer Lebensbedingungen eine Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten* erfahren sollen.

Die WHO definiert den Begriff Gesundheitsförderung im Jahr 1986 wie folgt:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“⁵⁵

Im Unterschied zur Prävention verfolgt die Gesundheitsförderung ein anderes Ziel. Es geht nicht um die Verhinderung von Krankheiten, sondern um die Erreichung von Gesundheit in ihrer positiven Bedeutung.

Doch wie unterscheiden sich nun Prävention und Gesundheitsförderung? Laut Waller lassen sich Prävention und Gesundheitsförderung in ihren prioritären Zielen und Strategien unterscheiden.⁵⁶ Bei der Prävention geht es primär darum, Risiken zu vermeiden, abzubauen und spezifische Krankheiten zu verhindern. Um präventiv arbeiten zu können, muss ein bestimmtes Wissen über die Entstehung einer Krankheit haben.

Dagegen setzt die Gesundheitsförderung auf die Stärkung und den Aufbau von Ressourcen, um Gesundheit in ihrer positiven Ausprägung zu fördern.⁵⁷

⁵⁵ WHO Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986

⁵⁶ Vgl. Waller (2002); Hurrelmann / Klotz / Haisch (2004)

⁵⁷ Vgl. Faltermaier (2005). S 299

Die nachfolgende Tabelle soll nun die Unterschiede zwischen Prävention und Gesundheitsförderung in ihren Zielen exemplarisch darstellen:

| | Prävention | Gesundheitsförderung |
|--------------------------------|--|---|
| | <u>Grundprinzip:</u> Krankheitsrisiken vermeiden oder abbauen | <u>Grundprinzip:</u> Gesundheitliche Ressourcen und Lebensweisen stärken oder aufbauen |
| Personal-Körperlich | Impfung Krankheitsfrüherkennung | Körperliche Fitness, Körperbewusstsein |
| Personal-Psychisch | Risikoverhalten Typ – A – Muster | Gesundheitsverhalten, Gesundheitskompetenzen, Bewältigungskompetenzen Kontroll- u. Selbstwirksamkeitsüberzeugungen |
| Soziale Netzwerke | Soziale Isolation und Ausgrenzung Soziale Konflikte und Belastungen | Soziale Unterstützung und soziale Integration, befriedigende u. stabile Beziehungen |
| Lebenswelt | Belastende u. riskante Arbeitsverhältnisse u. Familienstrukturen | Befriedigende Arbeit, erholsame Freizeitaktivitäten |
| Gesellschaftliche Verhältnisse | Armut, Arbeitslosigkeit, Diskriminierung | Gesellschaftliche Anerkennung, gesellschaftliche Integration, ökonomische Sicherheit |
| Umwelt | Schadstoffe in Luft, Wasser, Nahrung | Naturerlebnisse, gesunde und erholsame Umwelt |

Abbildung 2 Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung im Überblick

7.1 Wirkungsprinzip der Krankheitsprävention

Im Wortsinn bedeutet Krankheitsprävention, einer Krankheit zuvorkommen. Im Gesamten soll es darauf hinauslaufen, dass die zukünftige Entwicklung des Krankheitsgeschehens individuell vorhergesagt werden kann. So wie allen Interventionen beruht auch die Interventionsform der Prävention auf einer Zukunftsprognose, bei der die Eintrittswahrscheinlichkeit des Ereignisses Krankheit angegeben werden kann.

Ob eine Prävention nun gelingt oder nicht, wird daran gemessen, in welchem Ausmaß der erwartbare Krankheitsausbruch oder der sich verschlimmernde Krankheitsverlauf verhindert werden können. Der ideale Zeitpunkt für die präventive Intervention orientiert sich an der Wirkung von Risikofaktoren, die als Ursache für die weitere Entwicklung des Krankheitsverlaufes angenommen werden. Diese Risikofaktoren können in drei Gruppen unterteilt werden:

- *Genetische, physiologische und psychische Dispositionen* sind zum Beispiel Arterienverengungen, Neubildungen und psychische Überlastungen, die nach heutigen Erkenntnissen im weiteren Zeitverlauf zu einer Krankheit führen können.

- *Behaviorale Dispositionen* sind zum Beispiel Verhaltensweisen wie Zigarettenrauchen, fettreiche Ernährung und wenig Bewegung, die nach heutigen Erkenntnissen im Zeitverlauf zu einer Krankheit führen können.
- Regionalen *umweltbezogene Dispositionen*, dazu zählen zum Beispiel erhöhte Strahlenbelastung durch Uranerze, Mangel an Selen, durch jahrhundertelange Intensivlandwirtschaft Ozonbelastung mit erhöhter Sonnenstrahlung, die nach heutigen Erkenntnissen im Zeitverlauf zu einer Erkrankung führen können.⁵⁸

All diese Aussagen zum Wirkungsprinzip der Prävention beruhen laut Hurrelmann auf einer Wahrscheinlichkeitsbasis. Selbst wenn man heute einen Risikofaktor erkennt, ist es nicht möglich, nach dem heutigen Erkenntnisstand eine exakte Wahrscheinlichkeitsaussage zu treffen.

7.2 Wirkungsprinzip der Gesundheitsförderung

Die wichtigsten theoretischen Annahmen bei der Prävention folgen der Wahrscheinlichkeitslogik. Ziel der Interventionsform der „Promotion“ ist es, so früh wie möglich den erwartbaren Verlauf der Entwicklung des gesunden Zustandes eines Menschen oder einer ganzen Gruppe von Menschen mit dem Ziel zu beeinflussen, dass ein höheres Niveau der Gesundheitsqualität erreicht wird.

Hier lassen sich nachfolgende „Schutzfaktoren“ in Gruppen einteilen:

- *Soziale und wirtschaftliche Faktoren*, hier spricht man von einer Verbesserung der Bedingungen am Arbeitsplatz und der sozioökonomischen Lebenslage;
- *Umweltfaktoren*, dazu zählt man die Verbesserung der Luft- und Wasserqualität und der Wohnbedingungen sowie der sozialen Netzwerke (Freunde, Familie)

⁵⁸ Vgl. Hurrelmann / Klotz / Haisch (2004). S. 12 ff

- *Faktoren des Lebensstils*, wie Förderung von angemessener Bewegung, Ernährung und Spannungsbewältigungen und reduzierter Konsum von legalen und illegalen Drogen⁵⁹
- *Psychologische Faktoren*, insbesondere erhöhte Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit, Eigenverantwortung und Schutzmotivierung;
- *Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen* und Institutionen, insbesondere zu Krankheitsversorgung, Pflege, Rehabilitation und Gesundheitsberatung, aber auch zu Bildungs- und Sozialeinrichtungen;

All diese Interventionsformen greifen ineinander und es ist nicht sehr sinnvoll, sie scharf voneinander abzugrenzen.

7.3 Gesellschaftlicher Bedarf

Über die Notwendigkeit einer stärkeren gesundheitlichen Versorgung herrscht unter Fachleuten, Politikern und der Bevölkerung Einigkeit. In allen modernen Industriegesellschaften dominieren heute Krankheiten, die chronisch und degenerativ verlaufen und nicht immer mit Mitteln der Medizin zu heilen sind. Sehr viele dieser Krankheiten sind in ihrer Entstehung und ihrem Verlauf durch Risikofaktoren bedingt, die sich verändern lassen. Jede Krankheit, die sich vermeiden lässt, erspart dem Betroffenen das Leiden und auch der Gesellschaft eventuell anfallende Behandlungskosten.

Die Verantwortung für die Erhaltung von Gesundheit liegt somit bei allen Politikbereichen und bei den beteiligten Menschen als Individuen, Familien und Gemeinschaften etc. Es läuft immer darauf hinaus, gesündere Lebensweisen zu fördern, als auch bessere gesellschaftliche, politische und ökologische Voraussetzungen für Gesundheit zu schaffen.

In Österreich leistet die Vorsorgeuntersuchung seit 1974 als ein fixer Bestandteil unseres Gesundheitssystems einen großen Beitrag dazu. Sie richtet sich an alle Personen, die ihren

⁵⁹ Vgl. Kolip (2003). 155 ff

Wohnsitz in Österreich haben - also auch an jene, die nicht versichert sind. Das Gesundheitsressort übernimmt die Untersuchungskosten für nicht versicherte Personen.

Mit der „Vorsorgeuntersuchung Neu“ haben der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Österreichische Ärztekammer seit 2005 ein genderspezifisches medizinisches Programm entwickelt, das dem aktuellen Stand der internationalen Medizin entspricht und nachweislich einen Gesundheitsnutzen für die österreichische Bevölkerung bringen soll.⁶⁰

Die Zahl der Krankenhausaufenthalte und der Krankheiten durch falschen Lebensstil wie Allergien, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Adipositas etc. steigt jedoch weiterhin. Deswegen sollten wir weiterhin mit geeigneten Politiken und Kampagnen Primärprävention betreiben, um diese Krankheiten zu reduzieren.

⁶⁰ Vgl. <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0771&doc=CMS1201505682652>; (4/2008)

8 Die Kampagne „Leichter-Leben 2006“

Anlässlich seines 30. Geburtstags startete dm im ersten Halbjahr 2006 eine außergewöhnliche Initiative rund um die Gesundheitsförderung in Österreich. Mit der „Leichter Leben“-Initiative sollten wichtige Gesundheitsinitiativen in ganz Österreich unterstützt werden und weiters ein Beitrag zur Gesundheit geleistet sowie für die Steigerung der Lebensqualität der Österreicher gesorgt werden. Über 330.000⁶¹ Teilnehmer konnte der dm-Drogeriemarkt für seine „Leichter Leben“-Initiative begeistern. Somit gehört diese Kampagne zu einer der erfolgreichsten Gesundheitsinitiativen in ganz Österreich.⁶²

8.1 Ablauf der Aktion

Bereits drei Wochen vor dem Start der Aktion wurden im ORF-Fernsehprogramm Trailer gesendet, welche als Teaser fungierten und auf die bevorstehende Kampagne aufmerksam machen sollten. Ab März hatte jeder Österreicher die Möglichkeit, aktiv an der Aktion „Leichter Leben“ teilzunehmen. Die Aktion „Leichter Leben“ setzte ihr Hauptaugenmerk jeden Monat - im Zeitraum von Februar bis Juni - auf einen anderen Themenschwerpunkt.

Im Fokus standen:

- Februar: Gesundheitsvorsorge
- März: Gesunde Ernährung
- April: Kinder und Jugendliche
- Mai: Zahngesundheit
- Juni: Bewegung

Dm hat sich in den letzten Jahren verstärkt im Gesundheits- und Wellnessbereich positioniert und zählt somit zu den profiliertesten Unternehmen in diesem Bereich.⁶³

Auf Grund der wöchentlichen Kundenfrequenz von ca. einer Million⁶⁴ in allen dm-Filialen in ganz Österreich ist dm prädestiniert dafür, viele Menschen in Österreich mit dieser Initiative zu erreichen.

⁶¹ Presseinformation vom 27.01.2006, S. 1

⁶² Vgl. Informationsbroschüre von dm vom 22.06.2006

⁶³ Vgl. <http://www.personal-fitness.at>; (09.2006)

⁶⁴ www.dm-drogeriemarkt.at; (12.2006)

8.1.1 Das „Leichter-Leben“-Paket

Auf verschiedensten Werbeplakaten wie auch online und im Radio wurden alle Österreicher wie folgt angesprochen:

„Wir rufen alle ÖsterreicherInnen dazu auf, sich in unseren Filialen für die Leichter-Leben-Initiative anzumelden und ihr gratis Leichter-Leben-Paket abzuholen.“⁶⁵

Das „LeichterLeben“-Paket enthielt einen „Leichter Leben“-Plan, welcher über einen Zeitraum von 14 Wochen taggenau umsetzbare Informationen und Anleitungen zu Ernährung, Bewegung und Entspannung beinhaltet und enthielt weiters ein kleines Geschenk (beispielsweise Zahnseide oder Zahncreme, Mundspülung, eine Wellnessdusche, Fußbalsam), welches als Anreiz dienen sollte. Ein weiterer Anstoß, möglichst viele Menschen zum Mitmachen zu motivieren, bestand aus einem kleinen Gutscheinheft im Wert von 100,- EUR zu Produkten aus dem dm-Sortiment und von speziellen Kooperationspartnern.⁶⁶

8.1.2 Der „Leichter-Leben“-Plan

Dieser Plan war im „Leichter-Leben“-Paket enthalten und wurde in Zusammenarbeit von dm und Universitätsprofessor Dr. Dr. Josef Niebauer entwickelt. Bei diesem Plan wurde das Hauptaugenmerk auf die umsetzbare Änderung des Lebensstils gelegt. Der Plan soll helfen, guten Vorsätzen auch Taten folgen zu lassen, sodass mit kleinen aber stetigen Schritten das Ziel einer gesunden Lebensführung erreicht wird.⁶⁷

Der Plan sollte als Anleitung dienen, wie man durch gesunde Ernährung, regelmäßige Bewegung zu einem stetigen Wohlbefinden gelangen kann.

⁶⁵ <http://advantage.at/>; (03.2006)

⁶⁶ Vgl. <http://www.pmu.ac.at/536.htm>; (07.2006)

⁶⁷ Niebauer, Josef Dr. Dr.: In: Presseinformation vom 27.01.2006, S. 2

8.1.3 Die Anmeldung und der „Gesundheitseuro“

Dm spendete pro angemeldeten Teilnehmer und abgeholtes „Leichter Leben“-Paket einen „Gesundheitseuro“ für Projekte des AKS⁶⁸ in ganz Österreich. Die Anmeldung zu „Leichter Leben“ war in ganz Österreich kostenlos. Die Anmeldeformulare lagen in jeder der 332 dm-Filialen, im dm-Journal und bei der „LeichterLeben“-Tour auf.

Hier als Beispiel der Start der Kampagne im Februar – in diesem Monat stand das Thema „Gesundheitsvorsorge“ im Fokus. Folgende Projekte wurden in diesem Zeitraum mit dem Gesundheitseuro von dm finanziert und gleichzeitig gefördert:⁶⁹

- die Dorfgesundheitswochen in Tirol
- Diabetikerberatung und -schulung in Salzburg
- die „Gesunde Gemeinde“-Aktionstage in OÖ
- Gesundheitsberatung mit der MA 15 in Wien
- das Projekt „Gesundes Dorf“ im Burgenland
- und der Vorsorgetag in den „Gesunden Gemeinden“ in Kärnten

8.1.4 Der „Leichter Leben“-Truck

Innerhalb von 69 Tagen und an 28 verschiedenen Standorten tourte der „Leichter Leben“-Truck durch ganz Österreich, um allen die Möglichkeit für einen kostenlosen Aktiv-Check zu bieten. Die Aktiv-Checks standen unter der Aufsicht der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg und dem geschulten dm-Personal, dessen Aufgabe darin bestand, die Besucher zu beraten und zu betreuen. Bei den verschiedenen Stationen Balance-Check, Cholesterin- und Blutzuckermessung, Body-Mass-Index- und Körperfettmessung sowie Blutdruckmessung erhielten die Besucher auch wichtige Informationen und Erkenntnisse zur eigenen Gesundheit. Zusätzlich gab es die Möglichkeit einer separaten Ernährungsberatung und eine Verkostung der „Alnatura“-Produkte von dm, die den Aktiv-Check abrundeten.⁷⁰

⁶⁸ AKS Austria – Forum Österreichischer Gesundheitsarbeitskreise

⁶⁹ Vgl. Presseinformation vom 27.01.2006, S. 2

⁷⁰ Vgl. Presseinformation vom 27.01.2006, S. 2

8.1.5 Die Gesundheitspässe des BMGF

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen war ein wichtiger Teil der „Leichter Leben“-Initiative. Mit den Gesundheitspässen sollte verstärkt auf die seit 1974⁷¹ existierende Vorsorgeuntersuchung hingewiesen werden.

Die Gesundheitspässe sollten als Dokument dienen, in denen die Untersuchungsergebnisse und Laborbefunde festgehalten werden konnten. Die Pässe ermöglichen es, die wichtigsten Ergebnisse von mehreren Vorsorgeuntersuchungen nebeneinander darzustellen und zu vergleichen.

„Dieser Gesundheitspass und die dazu gehörige Begleitbroschüre sind als Leitfaden für Ihre Vorsorgeuntersuchungen gedacht. Ich lade Sie ein, Ihrer Gesundheit zuliebe regelmäßig davon Gebrauch zu machen, (...) für die Gesunderhaltung Ihres Körpers.“⁷²

8.2 Zielsetzung und Zielgruppen

Ziel der Kampagne war es, die Österreicher dabei zu unterstützen und zu motivieren, sich gesünder zu ernähren, sich mehr zu bewegen und durch weniger Stress mehr Lebensqualität zu erreichen. Insbesondere sollte der Bevölkerung ein Weg zur gesünderen Lebensweise geebnet werden. Besonderer Schwerpunkt dabei war auf die Gesundheitsvorsorge.

„Die Tatsache, dass sich die Häufigkeit von Adipositas seit den 80er Jahren in Europa mindestens verdreifacht hat bzw., dass Schätzungen der WHO zufolge bis zum Jahre 2010 rund 150 Millionen Erwachsene in Europa adipös sein werden, erklärt, warum die Bereiche Ernährung, Bewegung und die damit verbundene persönliche Gesundheitsvorsorge einen solch großen Stellenwert in der Gesundheitsförderung erhalten.“⁷³

Die Zielgruppe, die mit der Aktion angesprochen werden sollte, beschränkte sich nicht nur auf übergewichtige Menschen, sondern umfasste die gesamte österreichische Bevölkerung als potenzielles Zielpublikum. Dementsprechend musste die gesamte Aktion von dem sehr facettenreich konzipiert werden.

⁷¹ Gesundheitspass 18 plus; S. 4

⁷² Kallat-Rauch: Einleitung. In: Gesundheitspass 18 plus; S. 1

⁷³ Diller: Koordinator des aks Austria. In: Presseinformation vom 06.2006; S. 1

Genauere Zielgruppen wurden bei den „Leichter Leben“-Vorsorgepässen des BMGF definiert. Mit den Gesundheitspässen, die speziell für jeden Lebensabschnitt entwickelt wurden, wurden maßgeschneiderte Gesundheitstipps und viele unterschiedliche Informationen zur Vorsorgeuntersuchungen vermittelt. Die Gesundheitspässe wurden speziell auf verschiedene Altersgruppen (Jugendliche, die Altersgruppen 19-40 Jahre, 41-60 Jahre und der Gesundheitspass 60 plus) zugeschnitten.⁷⁴

8.3 Gesundheitsbewusstsein in Österreich

Gesundheitsbewusstsein ist ein viel zitierter Begriff. Faltermaier⁷⁵ umfasst das Konstrukt „Gesundheitsbewusstsein“ biografische und kognitiv-emotionale Komponenten sowie Aspekte der Körperwahrnehmung von Gesundheitsrisiken und -ressourcen und den sozialen Kontext von Gesundheit⁷⁶. Das Konstrukt „Gesundheitshandeln“ bezieht sich auf den bewussten Umgang mit der eigenen Gesundheit und mit Krankheiten, mit dem Körper, mit Belastungen, mit gesundheitlichen Ressourcen und sozialem Gesundheitshandeln sowie gesundheitsbezogenen Veränderungen.

Das Verständnis von Gesundheit hat sich in den vergangenen Jahrzehnten ständig verändert – und ist sicherlich auch weiterhin in dem Maß im Wandel begriffen, in dem sich gesellschaftliche Bedingungen laufend verändern.

Lange Zeit verstand man Gesundheit in erster Linie als eine bloße Abwesenheit von Krankheit, so hat sich spätestens seit der Einigung auf die Ottawa Charta im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation WHO Mitte der 80er Jahre ein neues Verständnis durchgesetzt: Gesundheit soll, so sehen es Gesundheitspolitiker und Gesundheitsförderungsfachleute, positiv definiert werden: Nämlich als ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden.⁷⁷

Eine österreichweite ISMA-Umfrage des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) hat ergeben, dass es eine positive, signifikante Veränderung bei der Eigenverantwortung in Sachen Gesundheit gegeben hat. Bei der Umfrage wurden Werte aus den Jahren 1999 bis 2006 verglichen. Dabei konnte festgestellt werden, dass 75 Prozent der Österreicher mit ihrem Gewicht zufrieden sind

⁷⁴ Ebenda, S. 1

⁷⁵ Faltermaier (1994), S. 20

⁷⁶ Bengel/Belz-Merk (1997), S. 23-41

⁷⁷ Vgl. <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung>

und sich weiters als normalgewichtig bezeichnen; 21 Prozent fühlen sich über-, drei Prozent untergewichtig. Etwas die Hälfte der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren, also 44 Prozent, betreibt regelmäßig Sport, also zumindest ein Mal pro Woche; 42 Prozent ab und zu, 13 Prozent betreiben überhaupt keinen Sport. Erfreulich ist hier, dass sich der Anteil der Sportmuffel im Vergleich zu 1999 mit 24 Prozent fast halbiert hat.⁷⁸

Zusammenfassend kann man an dieser Stelle sagen, dass mittlerweile jeder weiß, worauf man bei einer gesundheitsorientierten Lebensführung achten sollte, jedoch die gesunde Lebensweise zu praktizieren von äußeren Umständen wie Arbeit, Kinder etc. nicht ganz unbeeinflusst ist.

⁷⁸Vgl. Presseaussendung vom 6. April 2007 Gesundheit Österreich GmbH

9 Theoretischer Teil

9.1 Methoden der Public Relations-Erfolgskontrolle

Bisher gibt es nur sehr wenige Methoden zur Messung des PR-Erfolges. In den letzten Jahren jedoch haben die meisten Unternehmen zunehmend erkannt, wie wichtig die Existenz von Methoden zur Messung des PR-Erfolges ist. Der bis dato in der Praxis vielfach angewandte Ansatz zur Erhebung des PR-Erfolges ist die reine Aufzählung von Pressebeiträgen beziehungsweise Erwähnung des Unternehmens in den Medien. Dabei werden alle in den Medien veröffentlichten Beiträge im Hörfunk, Fernsehen und sämtliche Zeitungsartikel, so genannte Clippings über das Unternehmen gesammelt und dokumentiert. Dieses Vorgehen gibt jedoch nur darüber Aufschluss, ob die Mitteilung für die Journalisten interessant war oder wie viele Rezipienten auf Grund der Reichweite des Mediums die Pressemeldung aufnehmen konnten. Problem jedoch ist, dass ein Unternehmen keine Hinweise darüber erhält, wie seine Wirkung der PR-Aktivität, im vorliegenden Fall die „Leichter Leben“-Kampagne von dm, sowohl bei den Journalisten als auch den Mediennutzern hatte.

Aus diesem Grund werden in der Praxis Inhaltsanalysen in Form von Contentanalysen oder qualitativen und quantitativen Medienresonanzanalysen durchgeführt.

Hierbei erfolgt nicht nur eine reine Aufzählung der Presseartikel, sondern vielmehr eine Analyse des Aussagegehalts eines solchen. Bei der Inhaltsanalyse wird die veröffentlichte Meinung von den Medien analysiert.⁷⁹

9.2 Die Medienresonanzanalyse

Eine Medienresonanzanalyse ist unserem Verständnis nach, ganz allgemein gesagt, ein computergestütztes, empirisches Instrument zur Beobachtung der veröffentlichten Meinung im Print-, Hörfunk- und TV-Bereich.⁸⁰ Bei der Medienresonanzanalyse werden Meinungstendenzen und ihre Entwicklung quantitativ und qualitativ verfolgt und bewertet. Sie bietet weiters einen Überblick über das Was, Wer, Wie und Wo der unternehmens-,

⁷⁹ Vgl. Bruhn (1997), S. 597

themen-, aber auch produktspezifischen Berichterstattung. In Anlehnung an die berühmte Formel von Harold D. Lasswell, der Pionierarbeit im Bereich der Medienresonanzanalyse geleistet hat, kann man den Ansatz auch durch die folgende Frage beschreiben:

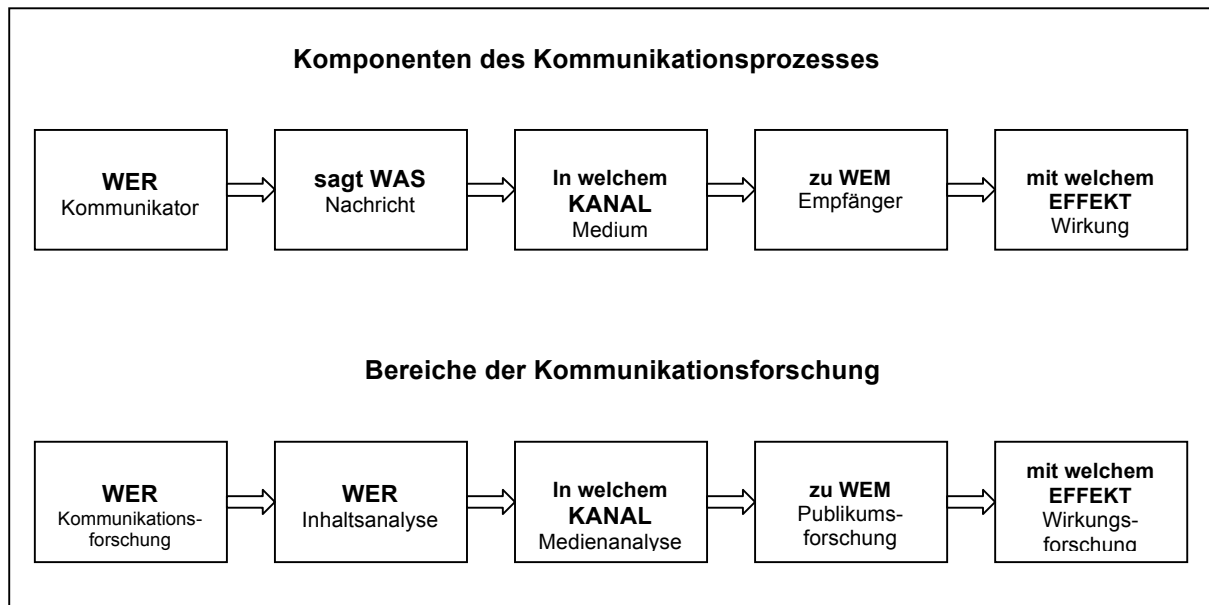


Abbildung 3 Die Lasswell-Formel, Lasswell 1948

9.3 Typen der Medienresonanzanalyse

Für die spezifische Bewertung von Öffentlichkeitsarbeit unterscheidet man drei Typen der Medienresonanzanalyse:

9.3.1 Die Langzeit-Clip-Tracking-Analyse

Diese Form der Analyse ist besonders aussagekräftig. Der Schwerpunkt liegt in der Langzeitbeobachtung und auf der Bewertung von größeren Datenmengen, also Presseauschnitten und Clippings. Die inhaltliche Ausrichtung hängt dabei von der Art der Datenreduktion ab. Bei diesem Analysetypen sind die Durchschnittswerte von Meinungstendenzen und ihre Entwicklung sowie Kenngrößen von Bedeutung, da sie einen schnellen Überblick über die veröffentlichte Meinung im Printbereich liefern.

9.3.2 Die Ad-hoc-Evaluationsanalyse

Dieser Analysetypus bewertet PR-Aktivitäten in einem kurzen, eng definierten Zeitraum, der sich aktionsabhängig ergibt. Ein kurzes Beispiel: Ford bringt einen neuen Fahrzeugtyp auf den Markt. Das Marketingkonzept hebt die unterschiedlichen Aspekte des neuen Autos wie Komfort, Hubrau, Preis, Leistung etc. in Abhängigkeit vom spezifischen Zielgruppenprofil mehr oder minder stark hervor. Die Positionierung sollte nach der Produkteinführung in der Außenwirkung wieder zu finden sein. Konkret bedeutet das: Stimmen die Inhalte der Medienresonanz mit den Botschaften der produktbezogenen Pressearbeit und der Soll-Positionierung des Konzeptes überein?

9.3.3 Die Taktik-orientierte Analyse

Diese Analyse wertet die tägliche praktische PR-Arbeit aus. Namensartikel in meinungsbildenden Zeitungen werden zu bestimmten Themen kontinuierlich verfolgt und gesammelt. Dies gibt Aufschluss darüber, mit welchen Medien kooperiert werden sollte, wo ein Artikel am besten platziert wird, welcher Journalist oder welcher Titel spezifischen Informationsbedarf hat und vieles mehr.⁸¹

Im Zuge meiner Arbeit wird die „Langzeit-Clip-Tracking-Analyse“ zum Einsatz kommen, da sich die „Leichter Leben“-Kampagne“ über einen Zeitraum von acht Monaten erstreckt.

⁸¹ Vgl. Femers/Klewes (1995), S. 118.

9.4 Ablauf einer Medienresonanzanalyse

Wie eine Medienresonanzanalyse grundsätzlich abläuft, zeigt die nachstehende Grafik:

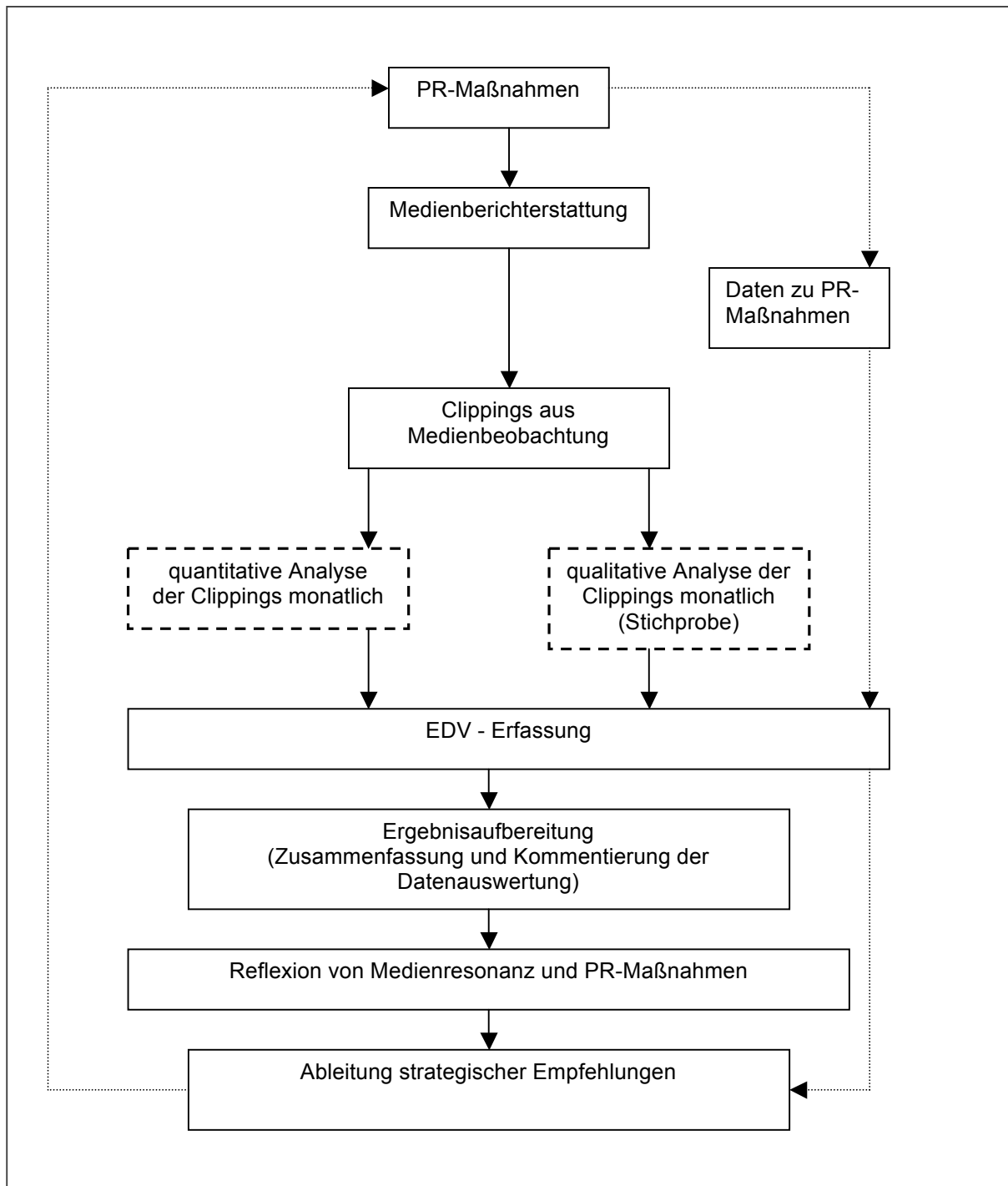


Abbildung 4 Ablaufschema einer Medienresonanzanalyse, Klewes 1994

Die Maßnahmen, die für ein Unternehmen oder eine Institution oder gar ein Thema durchgeführt werden, finden ihre Resonanz in veröffentlichten Meinungen. Die Aussagen in Medien über ein bestimmtes Thema werden unter Berücksichtigung bestimmter Suchbegriffe aus Zeitungen, Zeitschriften (Tageszeitungen, Wochenzeitungen, Fach- und Publikumsmedien) herausgefiltert und gesammelt.

Die archivierten Presseauschnitte (Clippings) stellen also das Rohmaterial für die Weiterverarbeitung in einem computerunterstützten Programm dar (vgl. Abbildung 4).

Die ausgewählten Clippings werden dann anschließend in einem festgelegten Rhythmus (täglich, monatlich, wöchentlich oder auch quartalsmäßig) einer qualitativen und quantitativen Analyse unterzogen.

Das heißt, bestimmte, zuvor festgelegt Merkmale eines Berichtes werden formal registriert – andere wiederum inhaltsanalytischen Wertungen unterzogen. Danach werden diese Ergebnisse und ersten Auswertungsschritte in der Datenbank erfasst.

Zusatzinformationen, die für den Analysemonat wichtig sind, zum Beispiel medienrelevante Zahlen, Daten zu Veranstaltungen, Pressemeldungen etc. sind weiters in die Datenbank einzuspeisen.

Nach Ablauf eines bestimmten Analysezeitraumes, im Fall der „Leichter Leben“-Kampagne sechs Monate, werden die Ergebnisse zu den einzelnen Facetten der Berichterstattung und den gespielten PR-Maßnahmen grafisch und/oder auch tabellarisch aufbereitet. Anschließend werden die Hauptbefunde der Analyse schriftlich kommentiert.

Auf der Basis eines solchen Reflexionsprozesses können strategische Empfehlungen abgeleitet werden.

Zusammenfassend kann man sagen:

Das Ziel der Evaluierungen und Medienresonanzanalysen ist es, den Weg der Pressearbeit über die Medien bis zum Endverbraucher zu verfolgen, um diesen optimal zu steuern.

10 Empirischer Teil

10.1 Zielsetzung und Forschungsfragen

Die Akteure der Gesundheitspolitik haben die Aufgabe, die Bevölkerung über gesundheitspolitisch relevante Sachverhalte zu informieren und aufzuklären. Noch nicht genug wurde über die Existenz von Beratungsstellen, Gesundheitsvorsorge etc. informiert. Die Bevölkerung muss weiterhin motiviert werden, sich für eine gesunde Lebensführung zu entscheiden. Es müssen mehr Informationen über die verschiedenen Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge in die Bevölkerung gebracht werden und es muss zukünftig für noch mehr Schutz der Gesundheit gesorgt werden.

Dm hat es sich mit der Kampagne „LeichterLeben“ zur Aufgabe gemacht, als ein Akteur der Gesundheitspolitik zu agieren und die Bevölkerung im Zeichen des immer wieder neu herrschenden Gesundheitskultes dabei zu unterstützen, ihr Leben gesundheitsbewusster zu gestalten.

Bei meinem Vorhaben stelle ich also folgende Fragen:

- Wie hoch ist der Anteil der Kampagnen in der Gesamtkommunikation?
- Gab es eine Beeinflussung des Images des Unternehmens beziehungsweise der Marke dm durch die „Leichter Leben“-Kampagne?
- Gibt es Mediengattungen, die sich für den Transport der Kampagnenbotschaften besonders gut eignen?

Da die Kampagne weiters ein Beispiel für strategisch geplante, integrierte Kommunikation mit aktiver Beteiligung in den Disziplinen klassische Werbung, Gesundheitskommunikation, Social Marketing darstellt⁸², möchte ich mich im Zuge dieser Arbeit theoretisch und generell etwas näher mit Gesundheitskommunikation bzw. Social Marketing und gesundheitspsychologischen Modellen von Krankheit und Gesundheit auseinander setzen.

⁸² <http://derstandard.at/?id=2368712>; (05.2006)

10.2 Begründung der Methodenwahl

Bei der Methodenwahl ist meine erste Überlegung auf die rekonstruktive Sozialforschung nach Bohnsack gefallen. Im Zuge meines letzten Seminars bei Frau Dr. Payrhuber wurde ich auf die Möglichkeiten der rekonstruktiven Sozialforschung verwiesen und begann mich etwas näher mit den Arbeiten Bohnsacks auseinander zu setzen. Auf Grund weiterer Überlegungen erschien mir die Wahl des qualitativen Arbeitens im Kontext meines Themas als perfekt.

Aus diesem Grunde galt meine erste Präferenz bei der Wahl meiner Methode dem Erhebungsinstrument des Gruppendiskussionsverfahrens.

Eine weitere Begründung meiner Methodenwahl fußte auf der Überlegung, dass für die „Leichter Leben“-Kampagne“ von dm bis dato noch keine empirischen Ergebnisse vorlagen und ich es als sinnvoll erachtete, ein möglichst offenes Verfahren zu wählen.

Leider erwies sich dieses Vorhaben geeignete Gruppen zu finden, als äußerst schwierig und es war am Ende unmöglich, bei dieser Methode zu bleiben. Das Scheitern, geeignete Gruppen für meine Diskussionen zu finden, brachte mich im Zuge der Arbeit zur Verzweiflung und drängte mich am Ende dazu, meine Methode zu ändern und eine Medienresonanzanalyse anzustreben.

2006 begann ich an der Publizistik den Postgraduate-Lehrgang für Öffentlichkeitsarbeit. Neben vielen schon gehörten Theorien im Laufe meines Studiums gab es doch viel Neues, was mein Wissen bereicherte und sehr interessant war. An dieser Stelle möchte ich das Thema der Evaluierung aufgreifen.

Für die unterschiedlichen Erkenntnisinteressen und Bedürfnisse der Unternehmenskommunikation, in meinem Fall am Beispiel dm, bieten Medienanalysen ein Tool zur Optimierung der strategischen Kommunikationsarbeit.

10.3 Gegenstand der Untersuchung

Bei meiner Untersuchung handelt es sich um eine klassische Medienresonanzanalyse im Printmedienbereich, deren Ziel es ist, zu zeigen, welche Medieninhalte der „Leichter Leben“-Kampagne im Bereich der Printmedien ins öffentliche Bewusstsein gelangt sind.

Das verwendete Datenmaterial beinhaltet Medienberichte, die für dm eine Rolle spielen oder auch wichtige Themen für das Unternehmen dm beinhalten.

Die Untersuchung erstreckt sich über einen Zeitraum von Jänner bis August 2006. Untersucht wurden verschiedenste Zeitungsartikel aus den unterschiedlichsten Mediengattungen.

10.4 Datenmaterial

Die Agentur Ecker&Partner stellte mir das gesamte Datenmaterial zur Verfügung, das für die „Leichter Leben“-Kampagne während des Zeitraumes von sechs Monaten gesammelt wurde. Die Daten, die für die Analyse herangezogen wurden stammen ausschließlich aus dem Pressespiegel von Ecker&Partner. Dieser wurde angelegt, um festzuhalten, wann welche Meldung in welchem periodischen Printmedium erschienen ist.

Die Medienbeobachtung wurde monatlich in Ordnern erfasst und mit einem detaillierten Inhaltsverzeichnis versehen, in welchem aufgelistet wurde, in welcher Zeitung ein Artikel erschienen ist. Zusätzlich sind das Datum und die Schlagzeile (Überschrift des Artikels) vermerkt. Des Weiteren sind die Artikel mit ihrem gesamten Text und teilweise ihrem Verfasser angegeben.

Eine weitere Datenquelle stellten die Presseaussendungen von dm dar. Diese von den Mitarbeitern der Pressestelle verfassten Artikel wurden entweder als OTS Meldung ausgesandt oder über die APA gespielt. Die Presseaussendungen wurden im Inhaltsverzeichnis der Clippingsammlung separat ausgewiesen.

11 Auswertung und Interpretation der Grafiken

Abbildung 5 zeigt die Verteilung der medialen Berichterstattung über den Kampagnenzeitraum. Durchschnittlich wurde pro Monat 104 Mal über dm berichtet. Spitzenreiter in der Monatswertung ist der Mai mit 142 Presseberichten. Ein Vergleich mit den Spezialthemen zeigt allerdings, dass im Monat Mai die Kampagne „Leichter Leben“ keine große Rolle gespielt hat (vgl. Abb.7).

Das Balkendiagramm in Abbildung 6 zeigt die Spezialthemenverteilung über den Kampagnenzeitraum Jänner bis August 2006.

Zahlenmäßig wird deutlich, dass in den sehr starken Monaten März, Juni und August nicht die Kampagne „Leichter Leben“ im Mittelpunkt der Berichterstattung stand. Im März werden die Spezialthemen von der dm-Eigenmarke dominiert, im Juni ist der Frauenlauf am stärksten vertreten. Letzteres ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass im Sommermonat Juni der alljährlich von dm veranstaltete Frauenlauf in Wien stattfindet und demnach eine intensive Berichterstattung die logische Folge ist. Im August wiederum dominiert die dm-Fotoausarbeitung. Hier zeigt sich die Schwerpunktsetzung von dm auf dieses Spezialthema in Abstimmung mit der Haupturlaubszeit der Österreicher. Im Monat Februar sprechen die Zahlen für die „Leichter Leben“-Kampagne. Die Medienberichterstattung zum Anlauf der Kampagne ist besonders stark.

Den Statistiken lässt sich außerdem entnehmen, dass im März die beiden Tophemen „Leichter Leben“ und dm-Eigenmarken zusammen 58 Medienberichte ausmachten und damit sehr auffällig waren. Diese beiden Bereiche zusammen positionierten dm damit in den Medien besser als sämtliche Spezialthemen zusammengenommen in den Monaten Januar, Februar, April, Mai und Juli.

Im Juni und August ergab sich mit 64 bzw. 69 Berichten (Frauenlauf und Fotoausarbeitung) über Spezialthemen knapp eine höhere Zahl als durch die beiden Tophemen im März. Das zeigt, wie stark sich dm durch seine Eigenmarke, aber auch durch neue, innovative Kampagnen in einzelnen Monaten in den Medien positionieren kann.

Die Bedeutung einer Kampagne wie „Leichter Leben“ zeigt sich anhand der Gesamtclippings. „Leichter Leben“ hat mit 84 Presseberichten im Zeitraum Jänner bis August 20 Prozent der Spezialthemen eingenommen und teilt sich damit mit der dm-Eigenmarke den ersten Platz aller Spezialthemen im Kampagnenzeitraum, Platz drei geht an den Frauenlauf mit knapp 19 Prozent. Es zeigt sich, dass diese drei Themen zusammen nicht ganz zwei Drittel der gesamten Spezialthemen in der Berichterstattung einnehmen.

Abbildung 5: Medienberichte Kampagnenübersicht (Absolutzahlen)

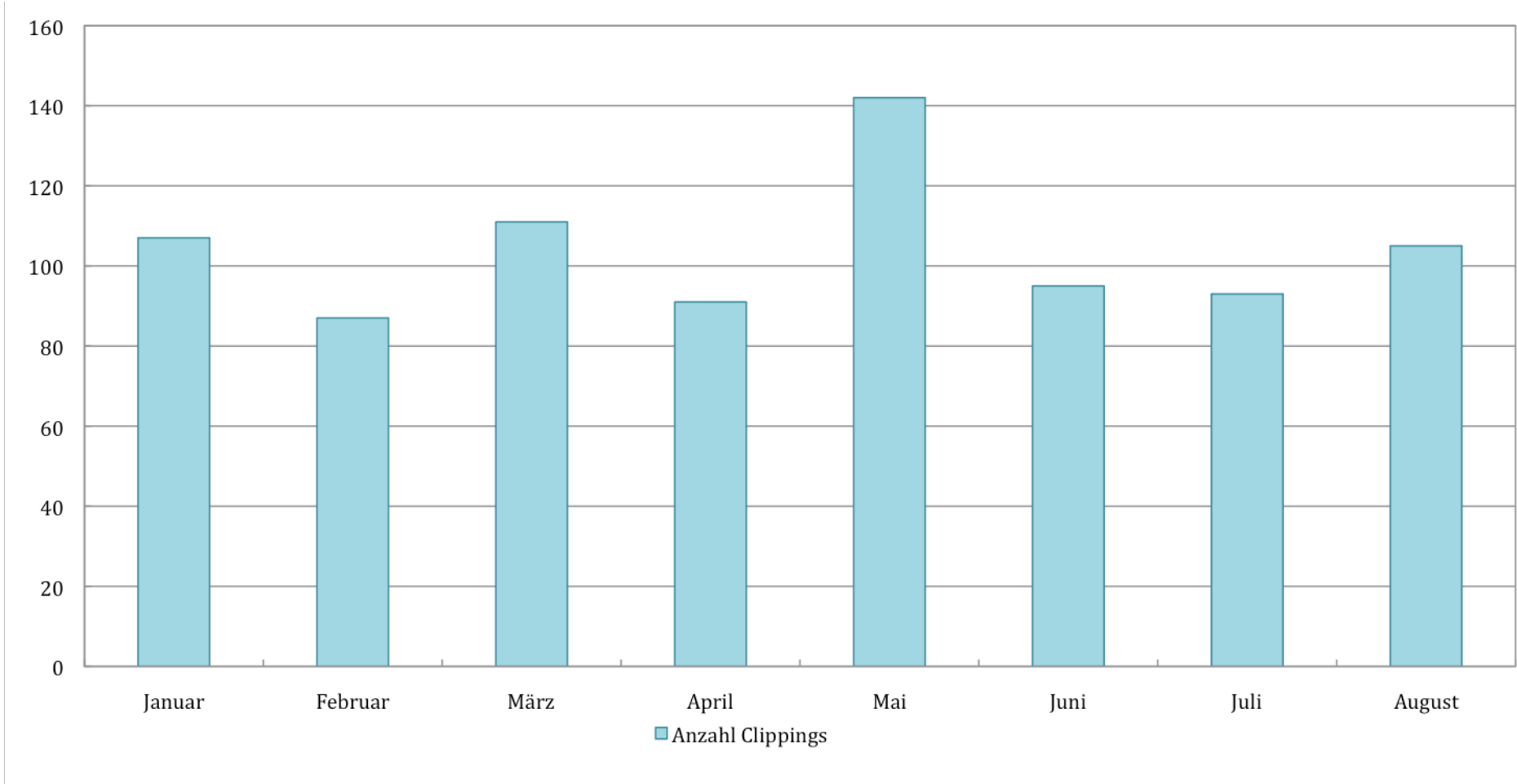
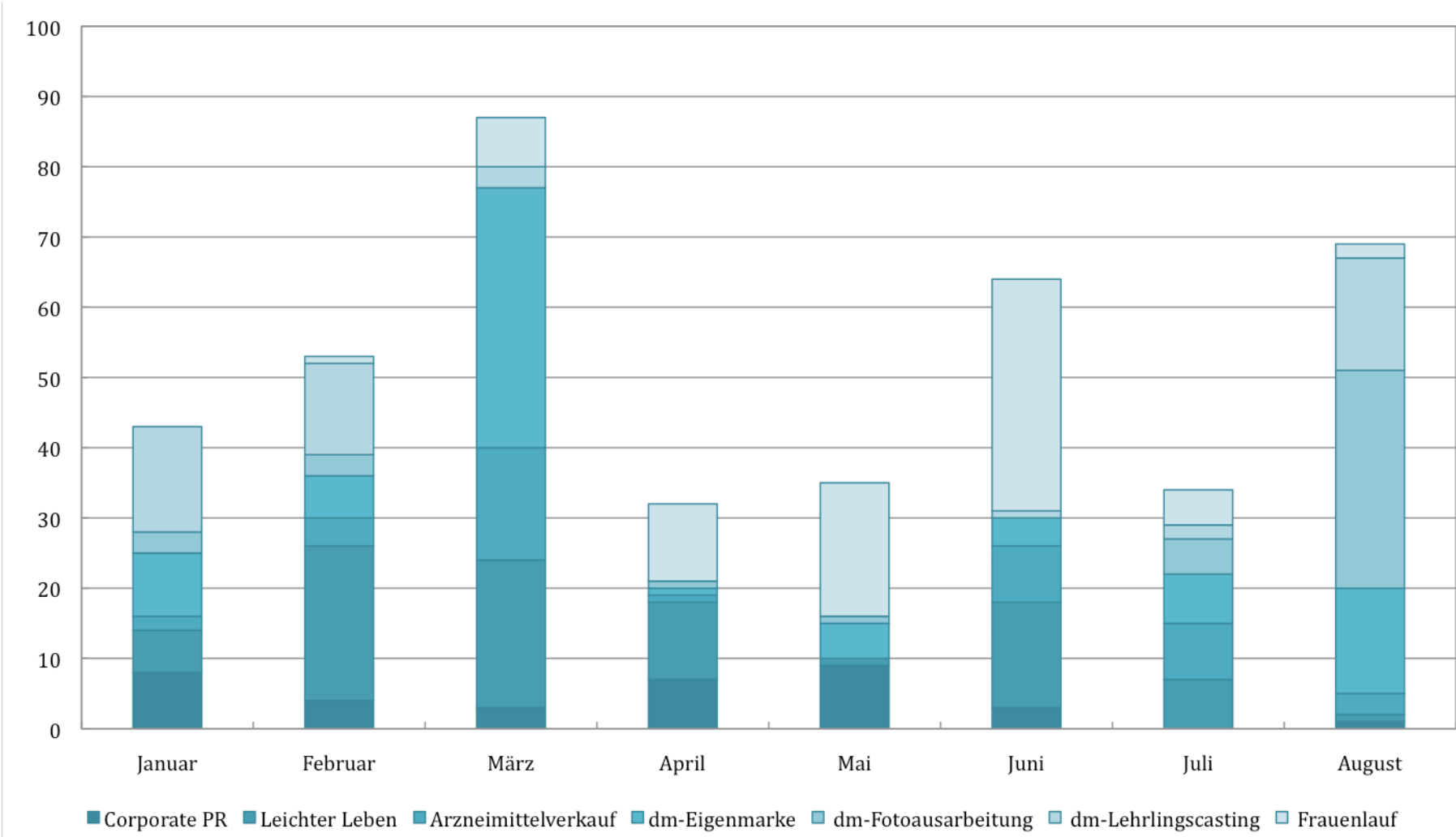


Abbildung 6: Verteilung der Spezialthemen (Absolutzahlen)



Das folgende Balkendiagramm (Abbildung 7) zeigt das Verhältnis zwischen dm-Spezialthemen und den sonstigen dm-Themen. Im Topmonat Mai (vgl. Abb. 5) zeichnet sich deutlich ab, dass sich rund 75 Prozent aller Presseberichte nicht um Spezialthemen gedreht haben. Anders als im März, da konnten die Spezialthemen knapp 80 Prozent der dm-Medienberichte einnehmen. Dabei drehten sich 33 Prozent um die dm-Eigenmarken und rund ein Fünftel (18,9 Prozent) um die „Leichter Leben“-Kampagne.

Der stärkste Monat für „Leichter Leben“ war der Februar. Von allen Spezialthemen wurde im Februar vor allem über „Leichter Leben“ berichtet (22 Medienberichte entsprechen etwa einem Viertel (25,29 Prozent) der Gesamtmedienberichterstattung im Februar).

Nach dem Ende der Kampagne beinhaltet der Pressespiegel noch einen Monat – den August. Hier zeigt die zahlenmäßige Darstellung der Ergebnisse, dass der Kampagne keine nachhaltige Positionierung der Themen in den Medien gelungen ist. Lediglich ein Pressebericht zum Thema „Leichter Leben“ findet sich in allen untersuchten Medien (das entspricht 9,5 Promille der gesamten Berichterstattung über dm im Monat August).

Interessant ist wiederum auch, dass zu Beginn der Kampagne sehr wohl ein Positionierungseffekt erzielt werden konnte. Zum Start der Kampagne im Februar reichten sechs Presseaussendungen, die im Jänner und Februar versandt wurden, aus, um den Februar zum Topmonat für „Leichter Leben“ zu machen.

Der März wurde mit 21 „Leichter Leben“-Berichten zum zweitstärksten Monat. Dabei stützte sich die Berichterstattung auf die Berichte aus den Monaten davor und auf acht zusätzliche im März versandte Presseaussendungen.

Im April wurden keine weiteren Presseaussendungen ausgesandt, dennoch wurden elf Medienberichte verzeichnet. Dies zeugt von einer nachhaltigen Positionierung dank intensiver PR-Arbeit in den Monaten davor. Nach dem Einbruch im Mai (keine Presseaussendung, minimale Berichterstattung) ist die Kampagne „Leichter Leben“ einen Monat später wieder gut in den Medien vertreten. Die 15 verzeichneten Presseberichte stehen in ausgezeichneter Relation zu den zwei Aussendungen im (vgl. Abb. 12).

