

Gesundheitskompetenz als Kommunikationsherausforderung

von Eva Baumann¹

ABSTRACT

Wenn es um die Übernahme einer aktiven Patientenrolle sowie um informierte und partizipative Entscheidungen in gesundheitsrelevanten Fragen geht, ist Gesundheitskompetenz gefragt. Im Mittelpunkt steht das Gesundheitswissen und die Fähigkeit der Menschen, sich die für sie relevanten Informationen zu beschaffen, sie sich zu eigen zu machen und anzuwenden. Neben dem medizinischen Fachpersonal stellen Informationen aus traditionellen Massenmedien und insbesondere aus dem Internet wichtige Informationsquellen in Gesundheitsfragen dar. Befragungsdaten für Deutschland verweisen jedoch darauf, dass die Menschen besonders große Schwierigkeiten haben, mit Gesundheitsinformationen aus den Medien umzugehen. Der Beitrag fokussiert daher auf die Rolle der Medien im Kontext der Förderung von Gesundheitskompetenz. Adressiert werden die Anforderungen nicht nur an qualitativ hochwertige Inhalte, sondern auch an die zielgruppengerechte Vermittlung medialer Informationen. Der Beitrag skizziert zudem die Herausforderungen, vor denen Kommunikatoren des Gesundheitswesens ebenso stehen wie Journalisten.

Schlüsselwörter: Gesundheitskompetenz, Gesundheitskommunikation, Gesundheitsinformation, Medien

When it comes to health-related informed and shared decision making, health literacy is known as a key factor. Health literacy focuses on people's knowledge and competences to access, understand, and apply health information. Health professionals are certainly key persons in this process, but people also rely on traditional mass media and particularly the internet as major sources of health information. Survey data from Germany suggest that people encounter particular problems when searching for health information and trying to acquire them from the media. Hence, the article focuses on the role the media play with regard to the promotion of health literacy in the public. Health professionals as well as journalists face certain challenges, when they try to provide not only high quality content, but also target group-oriented media and information material. These challenges and the characteristics of high quality information are also outlined.

Keywords: health literacy, health communication, health information, media

1 Einleitung

Mit dem Wandel der Rollenverständnisse im Gesundheitswesen wird von Patienten höhere Eigenverantwortung sowie eine aktivere Beteiligung an medizinischen Entscheidungen erwartet. Dieser Paradigmenwechsel erfordert ein höheres Maß an Patientensouveränität, die ihrerseits Wissen über Gesundheitsfragen – und damit die Fähigkeit und Bereitschaft zur informierten und partizipativen Entscheidungsfindung – voraussetzt (Elwyn et al. 2012). Das Leitbild mündiger Patien-

ten, die Ärzten informiert und aufgeklärt auf Augenhöhe gegenüberstehen, wurde bereits mit dem Patientenrechtegesetz ausdrücklich und unmissverständlich zur gesundheitspolitischen Zielstellung erklärt. Wörtlich heißt es, dass Patienten „nicht mehr nur vertrauende Kranke, sondern auch selbstbewusste Beitragszahler und kritische Verbraucher“ sein sollen (BMG 2014).

Auch wenn eine partizipative und aktive Patientenrolle grundsätzlich wünschenswert ist und man davon ausgehen

¹ Prof. Dr. Eva Baumann, Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover · Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung · Hanover Center for Health Communication · Expo Plaza 12 · 30539 Hannover · Telefon: 0511 3100-447 · E-Mail: eva.baumann@ijk.hmtm-hannover.de

kann, dass dies auch den patientenseitigen Bedürfnissen und Erwartungen im Kern entspricht (Klemperer 2011), stellt sich die Situation individuell sehr unterschiedlich dar. Denn „nicht alle Patienten vermögen dem [...] zugebilligten Autonomiegewinn nachzukommen, sei es, weil sie ressourcenbedingt nicht dazu in der Lage sind oder ihnen die dazu nötigen Kompetenzen fehlen“ (Schaeffer und Dierks 2012, 763). Bürger können diese Rolle also nur dann zu ihrem Vorteil beziehungsweise im Einklang mit ihren Bedürfnissen und Präferenzen für sich ausgestalten, wenn sie sich als selbstbestimmte Patienten und zu gesundheitlicher Verantwortungsübernahme und Entscheidungsfindung befähigt, ermächtigt und motiviert wahrnehmen (Hibbard und Peters 2003). Zudem müssen sie über entsprechendes Wissen sowie Informations- und Handlungskompetenzen verfügen, um dies umsetzen zu können (Schulz und Nakamoto 2013).

2 Informationskompetenz als Schlüsselfaktor

Gesundheitskompetenz ist ein entscheidender Faktor, wenn es um erfolgreiche Prävention, Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung geht. Das European Health Literacy Consortium definiert Gesundheitskompetenz basierend auf einer umfassenden Literatursynopse als „das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit der Menschen, auf Gesundheitsinformationen zuzugreifen, diese zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen, um im täglichen Leben Urteile und Entscheidungen zu fällen in Bezug auf Gesundheit, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung mit dem Ziel, im Lebensverlauf die Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern“ (Sørensen et al. 2012, 3; Übersetzung der GGW-Redaktion aus dem Englischen). Damit werden funktionale (Informationen aufnehmen und verstehen), interaktive (Informationen aktiv beschaffen, sie interpretieren und anwenden) und kritische (Informationen reflektieren, bewerten und diskutieren) Informations- und Kommunikationskompetenzen (Nutbeam 2000) als Voraussetzungen der erfolgreichen Übernahme einer aktiven Patientenrolle sowie der informierten und partizipativen Entscheidungsfindung in den Mittelpunkt gestellt.

Wie (schlecht) es – auch im europäischen Vergleich – um die selbst eingeschätzte Gesundheitskompetenz der Menschen in Deutschland gestellt ist, hat 2014 eine viel beachtete, für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherungen repräsentative Befragung gezeigt (Schaeffer et al. 2016; Zok 2014, vergleiche auch Analyse 1 in dieser GGW). Hiernach geben 44,6 beziehungsweise 9,7 Prozent der Befragten an, große beziehungsweise sehr große Schwierigkeiten damit zu haben, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen. Dies trifft in besonderem Maße auf vulnerable Bevölkerungsgruppen zu, also auf Menschen mit

Migrationshintergrund, niedrigem Bildungsniveau und niedrigem Sozialstatus sowie auf jene mit chronischer Krankheit und höherem Lebensalter, die von gesundheitlichen Problemen besonders betroffen sind und für die Gesundheitskompetenz daher besonders wichtig wäre (Schaeffer et al. 2016). Vor diesem Hintergrund wurde im Juni 2017 vom Bundesgesundheitsministerium zusammen mit 14 Partnern des Gesundheitswesens die Allianz für Gesundheitskompetenz ins Leben gerufen, die sich die Verbesserung des Gesundheitswissens durch Gesundheitsbildung, die Bereitstellung guter Gesundheitsinformationen vor allem im Internet sowie eine Stärkung der kommunikativen Kompetenzen von Ärzten und von allen anderen Gesundheitsberufen zum Ziel gesetzt hat (BMG 2017). Im Nachgang hat eine Expertengruppe nach internationalen Vorbildern den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz erarbeitet und mit Repräsentanten aus Politik, Praxis und Gesellschaft konsentiert (www.nap-gesundheitskompetenz.de). Dieser Aktionsplan soll den strategischen Rahmen schaffen, um die Gesundheitskompetenz in Deutschland nachhaltig zu stärken.

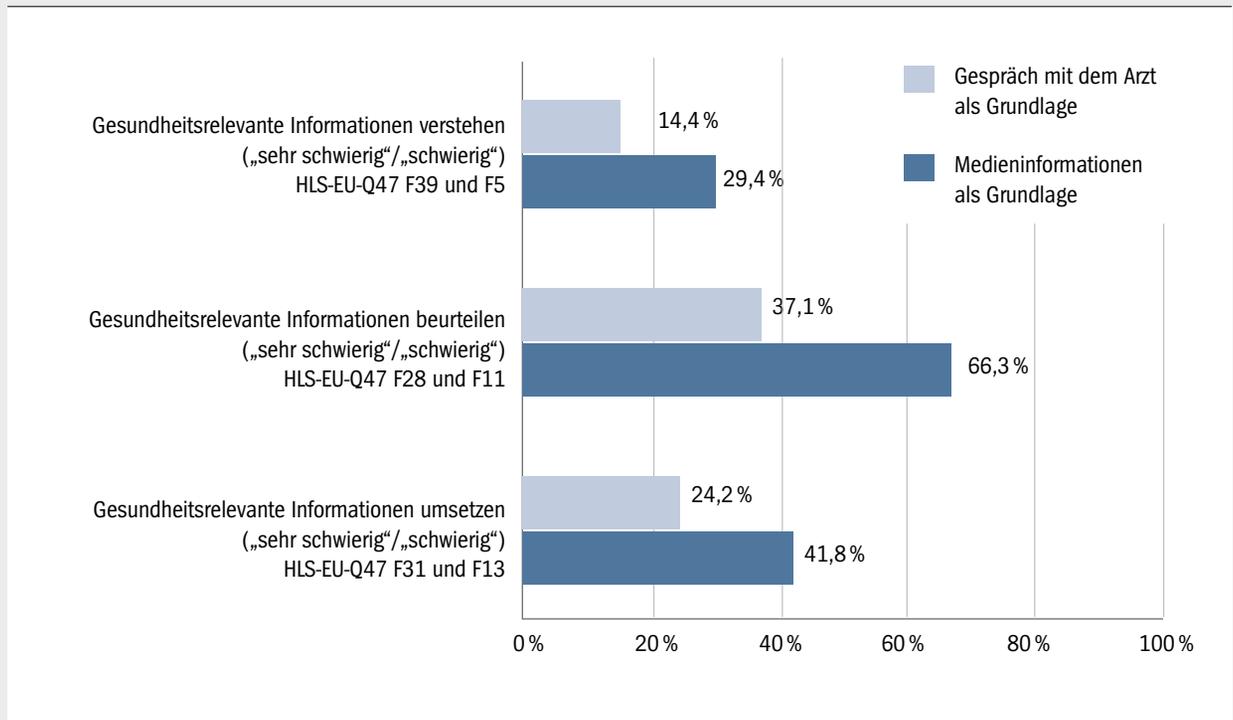
3 Gesundheitsbezogene Medienkompetenz im Fokus

Neben Unterschieden zwischen Bevölkerungsgruppen sowie den verschiedenen Ebenen der Gesundheitskompetenz zeichnet sich in der Selbstwahrnehmung der Deutschen ab, dass sie verglichen mit der persönlichen Gesprächssituation in der Arztpraxis deutlich größere Schwierigkeiten im Umgang mit medialen Informationsquellen sehen (Zok 2014). Während Patienten in der Face-to-Face-Interaktion mit dem Arzt offenbar noch relativ gut damit zurechtkommen, Informationen zu erhalten, zu verstehen und anzuwenden, stellt für viele insbesondere der Umgang mit Informationen aus den Medien ein Problem dar (Abbildung 1). Man kann dies als ein wahrgenommenes Defizit der eigenen Kompetenzen im Umgang mit Informationen aus Medien interpretieren. Alternativ jedoch kann man dies auch als Ausdruck von Kritik am Informationsangebot deuten, das es dem Nutzer schwer macht, die für ihn persönlich relevanten und hilfreichen Informationen zu finden und anzuwenden. Ein Indiz für diese Alternativerklärung als eine medienskeptische Haltung könnte sein, dass der Anteil höher gebildeter Personen, die diese Probleme im Umgang mit medialen Informationen artikulieren, deutlich höher ist, als es in bildungsferneren Gruppen der Fall ist. Dies könnte auf die grundsätzlich kritischere und stärker hinterfragende Einstellung von Menschen mit höherem sozioökonomischen Status verweisen (vergleiche Zok 2014, 6–7).

Für diesen Befund lassen sich aber noch weitere plausible Erklärungen finden. Die Menschen haben – trotz aller Probleme und Herausforderungen in der Gesundheitsversor-

ABBILDUNG 1

Schwierigkeiten mit Arzt- und Medieninformationen im Vergleich



Menschen haben dem eigenen Bekunden nach weniger Schwierigkeiten, Informationen von Ärzten als Informationen in den Medien zu verstehen. Die Vergleichbarkeit der hier jeweils zugrunde liegenden Fragen zu gesundheitsrelevanten Medieninformationen und zum Arztgespräch muss allerdings als eingeschränkt betrachtet werden, da die Formulierungen ähnlich und vergleichbar, aber nicht identisch sind.

Quelle: eigene Darstellung, basierend auf Zak 2014, 4; Grafik: G+G Wissenschaft 2018

gung – auch im europäischen Vergleich mit 89 Prozent immer noch ein hohes Vertrauen in Ärzte (*GfK 2016*), während das generelle, also auf wichtige Fragen bezogene Medienvertrauen der Deutschen bei aktuell 42 Prozent liegt (*JGU 2017*). Hinzu kommt, dass die persönliche Gesprächssituation bei aller Zeitknappheit durch ein hohes Maß an Zuschnitt der Informationen auf den individuellen Patienten gekennzeichnet ist. Hier stehen – anders als bei der Nutzung von Medien – verbale, paraverbale und nonverbale Kommunikationsmodi gleichzeitig zur Verfügung, die das Verständnis und die Verständigung erleichtern. Zudem ist die Situation von der Möglichkeit zur direkten Rückkopplung, zum Beispiel durch Nachfragen und die unmittelbare Reaktion auf das Gesagte, gekennzeichnet.

4 Gesundheit in den Medien

Zusammen verweisen die skizzierten Befunde und Interpretationsansätze darauf, dass den Medien als Informationsquel-

le besondere Aufmerksamkeit im Kontext der Förderung von Gesundheitskompetenzen beizumessen ist und hier Optimierungsansätze gefragt sind. Daher sollte sich der Blick auch auf die vielfältigen Formen der Thematisierung von Gesundheit und Krankheit in den Medien richten (vergleiche *Scherr 2014*).

Journalistische Berichterstattung über Gesundheitsthemen findet sich insbesondere in Nachrichten und Boulevardmagazinen, Ratgebersendungen, in verschiedenen Rubriken der Tageszeitungen sowie in Fitness- oder Gesundheitszeitschriften. Vorrangig werden Gesundheitsrisiken und Krankheiten, Diagnose- und Behandlungsmethoden thematisiert, seltener geht es um Prävention oder Früherkennung (*Ruhrmann und Guenther 2014*). Die Präsenz einzelner Krankheitsbilder steht dabei meist nicht in Relation zur tatsächlichen Prävalenz oder Sterberate. Journalisten berichten vor allem über Phänomene und Ereignisse, die kurzfristig viele Menschen bedrohen, die außergewöhnlich oder überraschend erscheinen,

ABBILDUNG 2

Die „Blackbox“ des Informationsverhaltens



Das vereinfachte Modell zeigt den Prozess der Zuwendung zu und Verarbeitung von (Gesundheits-)Informationen.

^{T1} bezeichnet den Zeitpunkt vor Informations-/Botschaftskontakt, ^{T2} den danach.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2018

in der Wissenschaft oder Gesundheitsinstitutionen kontrovers diskutiert werden und die sich leicht visualisieren und personalisieren lassen (Fromm et al. 2011). Dies ist nicht nur auf gängige journalistische Selektionskriterien zurückzuführen, sondern auch im Zusammenhang mit der Tabuisierung bestimmter Themen in der Gesellschaft oder interessengeleiteter Information und entsprechender Pressearbeit von Akteuren der Gesundheitswirtschaft zu sehen.

Häufig wird ein Mangel an Evidenzbasierung der medialen Berichterstattung beklagt, die den aktuellen Forschungsstand umfassend, exakt und anschaulich abbildet, ohne den Rezipienten durch missverständliche oder unvollständige Informationen irreführen (Albrecht et al. 2014). Entsprechend kommt der Inhaltsqualität des Gesundheitsjournalismus eine besonders zentrale Rolle zu (Lilienthal et al. 2014), da eine Über- oder Unterschätzung von Risiken, Fehleinschätzungen von Schaden und Nutzen bis hin zu problematischen Gesundheitsentscheidungen insbesondere bei Vielnutzern von Medien die Folge sein können. Eine in diesem Zusammenhang erwähnenswerte Initiative, die

sich dem Qualitätsmonitoring im Gesundheits- und Medizinjournalismus verschrieben hat, ist das Projekt „Mediendoktor“ der Technischen Universität Dortmund (www.medien-doktor.de). Hier wird die Qualität medizinjournalistischer Beiträge in Publikumsmedien nach festen Kriterien bewertet, um hierfür zu sensibilisieren, Stärken und Schwächen transparent und nachvollziehbar zu machen und dazu beizutragen, die Berichterstattung besser und verständlicher zu machen.

Durch die dynamischen Entwicklungen im Bereich digitaler, interaktiver und mobiler Kommunikationswege hat sich insbesondere die Menge der im Internet verfügbaren gesundheitsbezogenen Informationen potenziert. Die Nutzer stehen insbesondere angesichts der Unüberschaubarkeit und Heterogenität des teils intransparenten Informationsangebotes vor enormen Herausforderungen, wenn es um Orientierung, Qualitätsbeurteilung und Informationsauswahl geht (Fischer und Dockweiler 2016). Entsprechend folgern auch die Autoren der deutschen Gesundheitskompetenz-Studie, dass die Informationsflut die Menschen überfordert und ihnen den Zugang

zu und das Erkennen von qualitätsgesicherten und für sie relevanten Gesundheitsinformationen erschwert (*Schaeffer et al. 2016, 60*).

5 Inhalts- und Vermittlungsqualität im Fokus

Um Bürger zu informierten Gesundheitsentscheidungen zu befähigen und sie in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zu unterstützen, bedarf es qualitativ hochwertiger – das heißt evidenzbasierter – Informationen, wie sie beispielsweise vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) auf der Website www.gesundheitsinformation.de bereitgestellt werden. Die Evidenzbasierung bezieht sich aber nicht nur auf die Inhalte, sondern auch auf die Frage, wie die Informationen aufbereitet und gestaltet werden sollten, um die Kommunikationsziele zu erreichen. Eine gute Handreichung zu den Qualitätsanforderungen an Gesundheitsinformationen liefert die „Gute Praxis Gesundheitsinformation“ des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V. (*2016*). Hinweise auf diese und weitere Arbeitshilfen zu Inhalten, Gesprächsführung und Informationsgestaltung der Gesundheitskompetenzförderung haben Schmidt-Kaehler et al. (*2017*) in einer übersichtlichen Material- und Methodensammlung zusammengestellt.

Während es bei der Evidenz auf inhaltlicher Ebene primär darum geht, die aktuelle medizinische Evidenzlage aufzuarbeiten und abzubilden, stellt die Vermittlungsevidenz die Frage nach wissenschaftlichen Belegen für die Erreichbarkeit der Zielgruppen und den Prozess der Nutzung, Verbreitung, Wahrnehmung und Verarbeitung gesundheitsbezogener Botschaften in den Vordergrund. Denn auch für die Sicherstellung der Vermittlungsleistung ist eine umfassende Evidenzgrundlage erforderlich, die sich aus Erkenntnissen der empirischen Gesundheitskommunikationsforschung speist. Einen wichtigen Beitrag leistet hierzu die formative Evaluationsforschung, die themen-, ziel- und zielgruppenspezifische Besonderheiten im Vorfeld der kommunikativen Umsetzung eruiert (*Atkin und Freimuth 2013*).

Inhalts- und Vermittlungsqualität sind für den Kommunikationserfolg von Gesundheitsinformationsangeboten gleichermaßen wichtig, da noch so qualitativ hochwertige Informationen letztlich wertlos sind, wenn sie nicht gefunden und wahrgenommen, verstanden, für glaubwürdig erachtet und in handlungsrelevantes Wissen überführt werden. Mit Blick auf den besonderen Stellenwert von Vermittlungsqualitäten evidenzbasierter Inhalte sei hier exemplarisch auf die Gesundheitsinformationen hingewiesen, die die Stiftung Gesundheitswissen entwickelt und im ersten Schritt am Beispiel des Themas Kniearthrose umgesetzt hat. Hier werden

verschiedene Aspekte des Themas in ganz unterschiedlichen medialen Formaten (Texte, Abbildungen, Infografiken, Faktenboxen, Videos und Erklärfilme, Entscheidungshilfen) aufbereitet, die in Inhalt und Form verschiedene Zielgruppen ansprechen (www.stiftung-gesundheitswissen.de).

6 Informationsverarbeitung als Vermittlungsherausforderung

Gerade weil mediale Quellen und insbesondere das Internet in Gesundheitsfragen in Ergänzung zum Arzt an Bedeutung stark gewonnen haben und weiterhin gewinnen werden (*Baumann und Link 2016*), stehen die Akteure des Gesundheitswesens, die Informations- und Aufklärungsmaterialien bereitstellen, ebenso wie die Journalisten vor großen Vermittlungsaufgaben. Um die Vermittlungsqualitäten von Gesundheitsinformationen optimieren zu können, ist eine prozessorientierte Perspektive auf die Suche nach und die Verarbeitung von Informationen unerlässlich. Dies erfordert auch, die Informationsbedarfe und -barrieren verschiedener Bevölkerungsgruppen einschließlich der vielschichtigen Einflussfaktoren zu kennen und die Komplexität des Informationsverarbeitungsprozesses in Betracht zu ziehen. Gleichermaßen gilt es zu erkennen, welche Bevölkerungsgruppen in welchen Lebenslagen keine Gesundheitsinformationen suchen und warum sie diese ignorieren oder gar vermeiden (*Barbour et al. 2011*).

Am Anfang des Vermittlungsprozesses steht die Chance, dass die angestrebte Zielgruppe, aber auch die anderen Personen (das heißt, auch potenziell jene, die mit den Informationen möglicherweise nicht adäquat umgehen können) in Kontakt mit der Information beziehungsweise der Risiko- oder Präventionsbotschaft kommen. Es folgt die Informationsaufnahme, eine mehr oder weniger elaborierte Verarbeitung bis hin zur potenziellen Überführung in einstellungs- und handlungsrelevantes Wissen. Auf diesen Informationsvermittlungsprozess wirkt eine Vielzahl personenbezogener und situativer sowie durch sozialen Kontext geprägter Einflüsse.

Zugespitzt formuliert wird jedoch häufiger ein zu einfaches Modell der Informationsvermittlung zugrunde gelegt, das im Kern davon ausgeht, den Patienten Informationen wie mit einer subkutanen Injektion verabreichen zu können. So wird häufig vernachlässigt, dass gesundheitsrelevante Entscheidungen – erst recht im Falle einer akuten Betroffenheit – meist nicht rational getroffen werden. Die Suche nach, aber auch die Vermeidung von Gesundheitsinformationen erfolgt auf Basis eigener oder stellvertretender Vorerfahrungen, emotional geprägter Einstellungen, Vorstellungen und Kompetenzerwartungen und wird von Unsicherheitswahrnehmungen und Unterstützungsbedarfen sowie vom sozialen

Umfeld beeinflusst. Dies wiederum steuert die Verarbeitung der Informationen und damit auch die gesundheitsrelevanten Handlungsimpulse und Entscheidungen (*Baumann und Hastall 2014*).

Ein Blick in die „Blackbox“ (Abbildung 2) scheint daher ebenso notwendig wie lohnenswert. Denn ein fundiertes Wissen darüber, mit welchen Zielen die Menschen wie elaboriert nach welcher Art von Gesundheitsinformationen suchen, welche Kanäle sie wählen oder vermeiden, welche Formate und Formen der Informationsaufbereitung sie präferieren, verstehen und für glaubwürdig befinden, erscheint daher in mehrfacher Sicht relevant. Es hilft im ersten Schritt, das Informationsverhalten der jeweiligen Zielgruppe besser zu verstehen und den Einfluss der Informationsnutzung auf das Gesundheitsverhalten zu prognostizieren. Diese Grundlage kann dann den Kommunikatoren dazu dienen, ihre Angebote bedarfsgerechter zu gestalten, die einzelnen Teilzielgruppen passgenauer zu adressieren und unerwünschte Informationswirkungen zu reduzieren.

7 Kommunikationsstrategische Erwägungen

Für die Vorgehensweise bei der Entwicklung und Gestaltung medialer Informationen gibt es angesichts der individuell unterschiedlichen kognitiven, motivationalen und affektiven Ausgangslagen der Personen, die es zu erreichen gilt, sowie der Komplexität, Situations- und Kontextabhängigkeit des Kommunikationsprozesses keine wirklichen Patentrezepte. Mit Blick auf die Information über und die Darstellung von medizinischer Evidenz zu therapeutischen, diagnostischen und Screeningmaßnahmen, die es korrekt, umfassend und verständlich darzustellen und auch zu visualisieren gilt (zum Beispiel hinsichtlich der angemessenen Risikodarstellung), liefert die aktuelle Leitlinie evidenzbasierter Gesundheitsinformation bereits eine wertvolle Grundlage (*Lühnen et al. 2017*). Diese sollte für Medizinjournalisten ebenso handlungsleitend sein wie für Gesundheitsakteure, die über die medizinische Evidenzlage informieren und aufklären wollen.

Die Frage der Bedingungen erfolgreicher Gesundheitsinformationsvermittlung ist jedoch noch breiter zu denken und setzt bereits mit der Frage an, welches Interesse an und welchen Zugang zu welchen Informationsquellen welche Menschen haben, über welche Medien also eine höhere Kontaktwahrscheinlichkeit zu welchen Zielgruppen besteht als über andere Kanäle. Zu der im Vorfeld jeder Entwicklung von Informationsangeboten notwendigen Situationsanalyse gehört ebenso die Analyse der konkreten Informationsbedürfnisse wie die Klärung anderer Voraussetzungen der mehr oder weniger vertiefenden Auseinandersetzung mit ge-

sundheitsbezogenen Inhalten (*Bonfadelli und Friemel 2010*). Diese beziehen sich beispielsweise auf Motivation, Interesse und Fähigkeit zur Aufnahme und Verarbeitung von Informationen in verschiedenen Zielgruppen; wer desinteressiert ist oder Angst hat, sich eine Entscheidung oder Verhaltensänderung nicht zutraut oder sozialen Druck in eine bestimmte Richtung verspürt, wird mit denselben Informationen ganz anders umgehen als andere in anderen Lebenslagen. Diese Abwägungen stellen das Fundament jeder erfolgreichen Informationsvermittlung dar.

In der strategischen Gesundheitskommunikation wie beispielsweise bei Kampagnen, Interventionen oder Programmen zur Gesundheitsedukation und -förderung (siehe dazu zum Beispiel *Bonfadelli und Friemel 2010*), die auf gezielte Aufmerksamkeitslenkung, Einstellungs- und Verhaltensänderung ausgerichtet sind, folgen Überlegungen dazu, welche thematischen Aspekte für welche Zielgruppen mittels welcher Persuasions- und Botschaftsstrategien wie aufbereitet werden sollten (*Hastall 2014; Keller und Lehmann 2008*). In Abhängigkeit von Persönlichkeitsmerkmalen, Vorerfahrungen, Einstellungen, Risikowahrnehmungen, Kontrollüberzeugungen oder auch der wahrgenommenen sozialen Norm können Botschaftsstrategien wie Furchtappelle, Gewinn- oder Verlustframes, eine humorvolle Aufbereitung, Unterstützungsbotschaften, die Adressierung sozialer Normen, Fallbeispiele, Expertenaussagen oder die Einbindung von Testimonials in manchen Zielgruppen vielversprechend, in anderen sogar kontraproduktiv sein (vergleiche *Hastall 2017*). Es schließt die Frage an, welche Formate und Kommunikationskanäle sich zur Verbreitung der inhaltlich, sprachlich und gestalterisch zielgruppenadjustierten Botschaften eignen. So haben verschiedene Kommunikationswege hinsichtlich Reichweite, vermittelbarer Informationstiefe, Interaktionsgrad, Themensetzungspotenzial, Glaubwürdigkeit und anderer Parameter unterschiedliche Stärken und Schwächen. In der Regel empfiehlt sich ein Medien- und Maßnahmenmix, der die Kontaktwahrscheinlichkeit in der Zielgruppe erhöht und durch Wiederholungseffekte die Aufmerksamkeitslenkung sowie die Informationsaufnahme, -verarbeitung und -verinnerlichung steigert (siehe dazu beispielsweise *Fromm et al. 2011*).

8 Perspektiven und Herausforderungen für Kommunikatoren

Anbieter von Patienten- und Gesundheitsinformationen sind gefragt, niedrigschwellige Informationen, die in Inhalt, Aufmachung und Usability auch auf ältere und bildungsferne Bevölkerungsgruppen angepasst sind, zu entwickeln beziehungsweise ihre bestehenden Angebote dahingehend zu optimieren. Allerdings wird ein reines Mehr an Angeboten die Probleme einer kompetenten Suche und Bewertung von

Gesundheitsinformationen keinesfalls beseitigen können. Angesichts der Vielfalt und Unübersichtlichkeit gesundheitsbezogener Informationen, insbesondere im Internet, sowie angesichts dessen, dass Google und Wikipedia die zentralen Anlaufstellen für Informationssuchende im Internet sind (Baumann und Czerwinski 2015), besteht die zentrale Herausforderung darin, Orientierung zu bieten und das Auffinden verlässlicher und qualitativ hochwertiger Angebote zu erleichtern. In die Richtung eines Informationsnavigators oder einer Suchmaschine für qualitätsgesicherte Gesundheitsinformation geht die Idee eines Nationalen Gesundheitsportals, das das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erarbeitet hat. Es soll zum zentralen deutschen Internetangebot für Informationen rund um Fragen zur Gesundheit werden und damit einen Beitrag zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung leisten: „Die an Evidenz orientierten Anbieter von Informationen zu Gesundheitsfragen [sollen sich] – freiwillig und unter Beibehaltung ihrer Eigenständigkeit – auf gemeinsame Qualitätsstandards einigen und als ‚Content-Partner‘ ihre Inhalte auf einer kooperativen Plattform bereitstellen“ (IQWiG 2018, 1). Häufig vernachlässigt wird jedoch neben der Schaffung geeigneter Informationsangebote die eventuell sogar noch größere Herausforderung, nämlich ein solches neues Informationsangebot in der Bevölkerung so bekannt zu machen und die Mediennutzer von der Wertigkeit und Nützlichkeit zu überzeugen, dass sie bestehende, über einen langen Zeitraum verinnerlichte Informationsroutinen ändern.

Zusammenfassend gilt es, nicht nur bei Sensibilisierung, bei der Medien- und Gesundheitskompetenzförderung der Nutzer medialer Informationen sowie bei der Inhalts- und Vermittlungsqualität von Informationsangeboten anzusetzen, sondern auch die Health Professionals als „Informations-Lotsen“ zu etablieren, auch sie in ihren Medien- und Informationskompetenzen zu stärken und die Förderung der Gesundheitskompetenz zur Anforderung an ihre kommunikativen Kompetenzen zu machen. Die Gesundheitsprofis sollten nicht nur eine realistische Vorstellung davon haben, in welchen Medien ihre Patienten, Klienten oder Kunden üblicherweise nach Informationen suchen, sondern überdies wissen, welche laiengerecht aufbereiteten und qualitativ hochwertigen Quellen ihren Patienten im konkreten Bedarfsfall zur vertiefenden Information zu empfehlen wären. Auch die Einbindung von qualitätsgesicherten Materialien wie Infografiken und anderen Visualisierungshilfen könnte das persönliche Gespräch unterstützen.

Literatur

- Albrecht M, Mühlhauser I, Steckelberg A (2014):** Evidenzbasierte Gesundheitsinformation. In: Hurrelmann K und Baumann E (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Verlag Hans Huber, 142–158
- Atkin CK, Freimuth VS (2013):** Guidelines for Formative Evaluation Research in Campaign Design. In: Rice RE, Atkin CK (Hrsg.): Public Communication Campaigns. Thousand Oaks, Calif: Sage, 53–68
- Barbour JB, Rintamaki LS, Ramsey JA, Brashers DE (2011):** Avoiding Health Information. *Journal of Health Communication*, Vol. 17, No. 2, 212–229
- Baumann E, Czerwinski F (2015):** Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung Neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen. In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 57–79
- Baumann E, Hastall MR (2014):** Nutzung von Gesundheitsinformationen. In: Hurrelmann K, Baumann E (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Verlag Hans Huber, 451–466
- Baumann E, Link E (2016):** Onlinebasierte Gesundheitskommunikation: Nutzung und Austausch von Gesundheitsinformationen über das Internet. In: Fischer F, Krämer A (Hrsg.): eHealth in Deutschland. Berlin, Heidelberg: Springer, 385–406
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2014):** Patientenrechtgesetz; www.bundesgesundheitsministerium.de → Service → Begriffe von A–Z
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2017):** Gründung der „Allianz für Gesundheitskompetenz“; www.bundesgesundheitsministerium.de → Ministerium → Meldungen → 2017 → Juni
- Bonfadelli H, Friemel TN (2010):** Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich: Grundlagen und Anwendungen. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2016):** Gute Praxis Gesundheitsinformation. Version 2.0. Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V.; www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/gpgi2.pdf
- Elwyn G et al. (2012):** Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 27, No. 10, 1361–1367
- Fischer F, Dockweiler C (2016):** Qualität von onlinebasierter Gesundheitskommunikation. In: Fischer F, Krämer A (Hrsg.): eHealth in Deutschland. Berlin, Heidelberg: Springer, 407–419
- Fromm B, Baumann E, Lampert C (2011):** Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer
- GfK (Gesellschaft für Konsumforschung) (2016):** Weltweites Ranking: Vertrauenswürdige Berufe; www.gfk-verein.org → Compact → Fokusthemen
- Hastall MR (2014):** Persuasions- und Botschaftsstrategien. In: Hurrelmann K, Baumann E (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Verlag Hans Huber, 399–412

Hastall MR (2017): Abwehrreaktionen und negative Effekte von Gesundheitsinformationen. *Public Health Forum*, Vol. 25, No. 1, 63–65

Hibbard JH, Peters E (2003): Supporting Informed Consumer Health Care Decisions: Data Presentation Approaches that Facilitate the Use of Information in Choice. *Annual Review of Public Health*, Vol. 24, 413–433

IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2018): Konzept für ein nationales Gesundheitsportal. Konzeptentwurf. Version 2.0; www.iqwig.de → Projekte & Ergebnisse → P17-02

JGU (Johannes Gutenberg Universität Mainz) (2017): Forschungsprojekt Medienvertrauen. Forschungsergebnisse der Welle 2017; <https://medienvertrauen.uni-mainz.de/forschungsergebnisse/>

Keller PA, Lehmann DR (2008): Designing Effective Health Communications: A Meta-Analysis. *Journal of Public Policy & Marketing*, Vol. 27, No. 2, 117–130

Klemperer D (2011): Lohnt sich die partizipative Entscheidungsfindung? *Public Health Forum*, Vol. 19, No. 1, 28

Lilienthal V, Reineck D, Schnedler T (Hrsg.) (2014): Qualität im Gesundheitsjournalismus. Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis. Wiesbaden: Springer VS

Luehnen J, Albrecht M, Mühlhauser I, Steckelberg A (2017): Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation; www.leitlinie-gesundheitsinformation.de

Nutbeam D (2000): Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*, Vol. 15, No. 3, 259–267

Ruhrmann G, Guenther L (2014): Medienberichterstattung über Gesundheitsrisiken. In Hurrelmann K, Baumann E (Hrsg.): *Handbuch*

Gesundheitskommunikation. Bern: Verlag Hans Huber, 184–194

Schaeffer D, Dierks ML (2012): Patientenberatung. In Hurrelmann K, Razum O (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim/Basel: Juventa

Schaeffer D, Vogt D, Berens EM, Hurrelmann K (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften; www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf

Scherr S (2014): Gesundheit in den Medien und die Bedeutung von Medieninhalten für die Gesundheit. In: Hurrelmann K, Baumann E (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Bern: Verlag Hans Huber, 239–252

Schmidt-Kaehler S et al. (2017): Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz; www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Material-_und_Methodensammlung.pdf

Schulz PJ, Nakamoto K (2013): Health Literacy and Patient Empowerment in Health Communication: The Importance of Separating Conjoined Twins. *Patient Education and Counseling*, Vol. 90, No. 1, 4–11

Sørensen K et al. (2012): Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*, Vol. 12, No. 1, 1–13

Zok K (2014): Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. *WIdO-Monitor*, Jg. 11, Heft 2, 1–12

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 27. März 2018)

DIE AUTORIN



Prof. Dr. phil. Eva Baumann, Dipl.-Medienwiss.,

Jahrgang 1974, studierte Medienmanagement und promovierte 2008 an der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover (HMTMH). Nach Stationen als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der HMTMH, als Akademische Rätin auf Zeit an der WWU Münster, als Vertretungsprofessorin für Kommunikationswissenschaft an der Universität Erfurt und der LMU München sowie als Akademische Oberrätin auf Zeit an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld wurde sie 2015 als Professorin für Kommunikationswissenschaft ans Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung (IJK) der HMTMH berufen. Dort leitet sie das Hanover Center for Health Communication.