



# MAGISTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Magisterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Die medialen Repräsentationen von Gesundheit im Kontext der Gesundheitskultur und der gesundheitlichen Ungleichheit. Eine inhaltsanalytische Untersuchung der Gesundheitsberichterstattung österreichischer Tageszeitungen“

verfasst von / submitted by

Valentin Sützl, Bakk.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Magister der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, 2016 / Vienna 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

A 066 841

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Magisterstudium Publizistik- u.  
Kommunikationswissenschaft

Betreut von / Supervisor:

tit. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Duchkowitsch

Mitbetreut von / Co-Supervisor

-



## **EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG**

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, 8. Oktober 2016

---

Valentin Sützl

### **Hinweis:**

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf geschlechterspezifische Formulierungen verzichtet. Es sei an dieser Stelle aber darauf verwiesen, dass alle Formulierungen geschlechtsneutral zu verstehen sind.



## **Danksagung**

Ich möchte mich bei all den Menschen bedanken, die mich während meines Studiums und während der Erarbeitung der vorliegenden Arbeit unterstützt haben. Mein besonderer Dank gilt meiner Familie, meinen Freunden sowie meinem Betreuer Wolfgang Duchkowitsch



## **Inhaltsverzeichnis:**

|  |    |
|--|----|
| 1. Einführung: .....   | 1  |
| 1.1. Vorgehensweise:.....  | 3  |
| 1.2. Gesundheitsbegriff und Gesundheitskonzept: .....                              | 4  |
| 2. Gesundheitskonzept und Gesundheitskultur .....                                  | 7  |
| 2.1. Entwicklungsgeschichtlicher Rückblick: .....                                  | 7  |
| 2.1.1. Industrialisierung: .....   | 7  |
| 2.1.2. Aufklärung und moderne Medizin:.....  | 10 |
| 2.1.3. Weitere Entwicklungen im 20. und 21. Jahrhundert: .....                     | 14 |
| 2.1.3. Ein neues Verständnis von Gesundheit: .....                                 | 18 |
| 2.1.4.1. Das Ganzheitlich-Psychosomatische Gesundheitsverständnis: .....           | 20 |
| 2.1.4.2. Gesundheitsförderung: .....   | 21 |
| 2.1.2. Fazit: .....  | 22 |
| 2.2. Merkmale der zeitgenössischen Gesundheitskultur: .....                        | 23 |
| 2.2.1. Expansion der Gesundheit: .....   | 24 |
| 2.2.1.1. Expansion medizinischer Bewertungen (Medikalisierung): .....              | 24 |
| 2.2.1.1.1. Expansion gesundheitlicher Bewertungen (,Moderne‘ Medikalisierung): ... | 25 |
| 2.2.1.1.2. Pathologisierungstendenz: .....   | 26 |
| 2.2.1.1.3. Soziale Kontrolle:.....   | 29 |
| 2.2.1.2. Expansion der Ansprüche an Gesundheit: .....                              | 31 |
| 2.2.1.3. Expansion in die alltägliche Lebenswelt und den Lebensstil:.....          | 32 |
| 2.2.2. Ökonomisierung und Kommodifizierung der Gesundheit:.....                    | 35 |
| 2.2.2.1. Ökonomisierte Gesundheit:.....  | 36 |
| 2.2.2.2. Kommodifizierte Gesundheit .....  | 39 |
| 2.2.2.2.1. Gesundheitsmarkt: .....   | 39 |
| 2.2.2.2.2. Konsum von Gesundheitsprodukten:.....                                   | 42 |
| 2.2.2.2.3. Einfluss der Ökonomie auf ,Gesundheit‘: .....                           | 44 |
| 2.2.3. Individualisierung von Gesundheit: .....                                    | 45 |
| 2.2.3.1. Individuelles Verhalten: .....  | 46 |
| 2.2.3.2. Individuelle Verantwortung: .....   | 48 |
| 2.2.3.3. Verlagerung sozialer Probleme auf das Individuum: .....                   | 51 |
| 2.2.3.4. Gesundheits-Klassengesellschaft: .....                                    | 53 |
| 2.2.4. Fazit: .....  | 54 |

|  |     |
|--|-----|
| 3. Der soziologische Blick auf Gesundheit: .....   | 55  |
| 3.1. Bedingungsfaktoren von Gesundheit: .....  | 55  |
| 3.2. Gesundheitliche Ungleichheit.....   | 61  |
| 3.2.1. Erklärungsansätze zur gesundheitlichen Ungleichheit: .....                          | 69  |
| 3.2.1.1. Kulturell-verhaltensbezogener Ansatz .....  | 73  |
| 3.2.1.2. Belastungen: .....  | 75  |
| 3.2.1.3. Ressourcen .....  | 76  |
| 3.3. Fazit: Gesundheitskultur und sozialstrukturelle Bedingungsfaktoren der Gesundheit: 82 |     |
| 4. Gesundheitskommunikation:.....  | 85  |
| 4.1. Bezug zur Gesundheitskommunikation:.....  | 85  |
| 4.2. Beschreibung und Systematisierung der Gesundheitskommunikation: .....                 | 87  |
| 4.2.1. Arten von Gesundheitskommunikation .....  | 90  |
| 4.2.2. Zielrichtungen der Gesundheitskommunikation.....                                    | 90  |
| 4.2.3. Analyseebenen der Gesundheitskommunikation:.....                                    | 92  |
| 4.2.4. Fazit: .....  | 94  |
| 4.3. Massenmediale Gesundheitskommunikation: .....   | 95  |
| 4.4. Informativ-persuasive Gesundheitskommunikation:.....                                  | 98  |
| 4.4.1. Wirkungsmodell:.....  | 99  |
| 4.4.2. Kritik am Wirkungsmodell: .....   | 100 |
| 4.4.2.1.Unterkomplexes Modell.....   | 100 |
| 4.4.2.1.1. Health Belief Modell .....  | 101 |
| 4.4.2.1.2. Integratives Modell zur Vorhersage des Gesundheitsverhaltens.....               | 102 |
| 4.4.2.2. Wissenskluft.....   | 105 |
| 4.4.2.2.1. Die Wissenskluft-Hypothese .....  | 106 |
| 4.4.3. Fazit.....  | 109 |
| 4.5. Wirkung der Massenmedien auf das Gesundheitskonzept:.....                             | 110 |
| 4.5.1. Agenda-Setting Effekte:.....  | 111 |
| 4.5.1.1. Framing: .....  | 113 |
| 4.5.2. Kultivierungseffekte: .....   | 114 |
| 4.6. Mediale Gesundheitsberichterstattung: .....   | 117 |
| 4.6.1. Problematische Darstellungsmuster:.....   | 119 |
| 5. Empirische Untersuchung: .....  | 123 |
| 5.1. Vorgehensweise.....   | 123 |
| 5.1.1. Untersuchungsgegenstand: .....  | 123 |

|  |     |
|--|-----|
| 5.1.2. Erkenntnisinteresse: .....                | 124 |
| 5.1.3. Methode: .....                            | 125 |
| 5.1.4. Untersuchungszeitraum.....                | 128 |
| 5.1.6. Stichprobenziehung: .....                 | 129 |
| 5.1.7. Auswahl der Tageszeitungen: .....         | 130 |
| 5.1.8. Auswahlkriterien der Artikel: .....       | 130 |
| 5.2. Forschungsfragen und Hypothesen: .....      | 131 |
| 5.3. Ergebnisdarstellung: .....                  | 134 |
| 5.3.1. Allgemeine Ergebnisse .....               | 134 |
| 5.3.2. Themen: .....                             | 136 |
| 5.3.3. Krankheiten:.....                         | 139 |
| 5.3.4. Tageszeitungen im Vergleich: .....        | 141 |
| 5.3.5. Behandlung der Hypothesen: .....          | 143 |
| 5.3.6. Beantwortung der Forschungsfragen: .....  | 163 |
| 5.3.7. Fazit: .....                              | 170 |
| 6. Schlussbetrachtung.....                       | 172 |
| 6.1. Ausblick Gesundheitsberichterstattung ..... | 174 |
| 7. Quellenverzeichnis: .....                     | 178 |
| 8. Anhang .....                                  | 188 |
| 8.1. Abstract.....                               | 188 |
| 8.2. Abstract English Version.....               | 190 |
| 8.3. Künstliche Wochen.....                      | 191 |
| 8.4. Codebuch .....                              | 192 |

## **Abbildungsverzeichnis:**

|   |     |
|---|-----|
| Abbildung 1: Beziehung der Bedingungsfaktoren .....                                     | 60  |
| Abbildung 2: Lebenserwartung nach Sozialschicht: Männer .....                           | 63  |
| Abbildung 3: Lebenserwartung nach Sozialschicht : Frauen.....                           | 63  |
| Abbildung 4: Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitsstatus.      | 68  |
| Abbildung 5: Untersuchungsmodell.....   | 72  |
| Abbildung 6: Wichtigste Quellen in denen Gesundheitsinformationen gesucht werden.....   | 97  |
| Abbildung 7: Lineares Disseminationsmodell der autoritativen Gesundheitserziehung ..... | 99  |
| Abbildung 8: Das integrative Modell zur Vorhersage des Gesundheitsverhaltens.....       | 103 |
| Abbildung 9: Artikel nach Tageszeitung .....  | 134 |
| Abbildung 10: Anteile der Analyseebenen .....   | 137 |
| Abbildung 11: Analyseebenen nach Tageszeitung .....                                     | 139 |
| Abbildung 12: Ursachen nach Kategorien .....  | 144 |
| Abbildung 13: Ursachen nach Themen auf Mikro Ebene.....                                 | 147 |
| Abbildung 14: Krankheiten nach Ursachen .....   | 150 |
| Abbildung 15: Thematische Analyseebenen nach Wirkungsebenen .....                       | 152 |
| Abbildung 16: Lösungen nach Kategorien.....   | 154 |
| Abbildung 17: Lösungen nach Themen auf Mikro Ebene .....                                | 157 |
| Abbildung 18: Krankheiten nach Lösungen.....  | 159 |
| Abbildung 19: Handlungseinschränkende Faktoren .....                                    | 161 |

## **Tabellenverzeichnis:**

|  |     |
|--|-----|
| Tabelle 1: Bedingungsfaktoren von Gesundheit .....   | 56  |
| Tabelle 2: Soziale Schicht und Mortalität .....  | 64  |
| Tabelle 3: Schulbildung und Lebenserwartung.....   | 65  |
| Tabelle 4: Empirische Befunde zum Zusammenhang von sozioökonomischem Status und Gesundheitsverhalten ..... | 74  |
| Tabelle 5: Ebenen und theoretische Perspektiven der Gesundheitskommunikation.....                          | 93  |
| Tabelle 6: Artikel pro Ausgabe nach Tageszeitung .....   | 135 |
| Tabelle 7: Artikel in Tageszeitung nach Darstellungsform .....   | 135 |
| Tabelle 8: Themen - Mikro Ebene .....  | 137 |
| Tabelle 9: Themen - Meso Ebene .....   | 138 |
| Tabelle 10: Themen - Makro Ebene.....  | 138 |
| Tabelle 11: Krankheiten und negative Auswirkungen auf Gesundheit.....                                      | 140 |
| Tabelle 12: Krankheiten nach Tageszeitungen .....  | 141 |
| Tabelle 13: Ursachen - Individuelles Verhalten.....  | 145 |
| Tabelle 14: Ursachen - Individuelles Umfeld .....  | 145 |
| Tabelle 15: Ursachen: Individuelle bio-psychische Konstitution .....                                       | 145 |
| Tabelle 16: Ursachen: Menschliche bio-psychische Konstitution .....  | 145 |
| Tabelle 17: Ursachen: Gesellschafts- und umweltbezogene Verhältnisse.....                                  | 146 |
| Tabelle 18: Ursachen nach Tageszeitung.....  | 149 |
| Tabelle 19: Lösungen - Individuum.....   | 155 |
| Tabelle 20: Lösungen - Gesellschafts- und umweltbezogene Verhältnisse.....                                 | 155 |
| Tabelle 21: Lösungen nach Tageszeitungen .....   | 158 |



## **1. Einführung:**

„Gesundheit“ gilt heute als omnipräsentes Thema, dem ein hoher Stellenwert beigemessen wird. Sie stellt einen zentralen Wert unserer gegenwärtigen Gesellschaft dar (vgl. Schmidt-Semisch; Paul, 2010, S. 7) und ist sowohl in öffentlichen als auch in privaten Bereichen ein wesentlicher Bezugspunkt unseres Denkens und Handelns. Was genau unter Gesundheit verstanden wird und wie dieser Begriff definiert wird, ist dabei nicht allgemein festgelegt, und dementsprechend existieren heute viele unterschiedliche Definitionen und Auffassungen davon. Trotzdem herrschen in unserer Kultur auch allgemeine Anschauungen in Bezug auf Gesundheit vor, die man als die Gesundheitskonzeption bezeichnen kann. Diese Konzeption umfasst bestimmte Vorstellungen und Ideen, die mit Gesundheit assoziiert sind, sowie grundlegende Annahmen über die Bedeutung, die Beschaffenheit und die Bedingtheit dieses Phänomens. Diese Grundannahmen prägen sowohl die gesellschaftliche als auch die individuelle Herangehensweise an Gesundheit und offenbaren sich etwa darin, wie sie organisiert wird, welche Definitionen und Praktiken kulturell vorherrschend sind, aber ganz wesentlich auch darin, wie über sie kommuniziert wird. Gerade letzteres ist für die vorherrschenden Auffassungen und für die allgemeine Wahrnehmung von Gesundheit von besonderer Bedeutung. Denn in der gesellschaftlichen Kommunikation über Gesundheit werden diese Auffassungen nicht nur wiedergegeben, sondern auch bestätigt, wodurch sie ihre Gültigkeit behalten, wie hier zu zeigen sein wird. Nicht zuletzt aus diesem Grund ist in dieser Arbeit von besonderem Interesse, wie über Gesundheit kommuniziert wird, wobei das Augenmerk auf einem bestimmten Teilbereich liegt: der medialen Kommunikation. Einerseits ist dieser „Kanal“ für die gesellschaftliche Kommunikation immer wesentlicher geworden, und andererseits nimmt darin auch das Thema Gesundheit einen immer größer werdenden Stellenwert ein (vgl. Fromm, 2011, S. 11). In ihrer gesellschaftlichen Bedeutung sind dabei vor allem die Massenmedien hervorzuheben, die von der Bevölkerung in zunehmendem Maße als Informationsquelle für gesundheitsbezogene Fragen herangezogen werden und dabei auch die gesundheitsbezogenen Handlungen und Entscheidungen der Menschen beeinflussen (vgl. Rossmann, 2016, S. 307). Diese Entwicklung muss allerdings kritisch bewertet werden, da die medialen Repräsentationen „Gesundheit“ nicht realitätsgetreu wiedergeben. Vielmehr wurde bereits mehrfach nachgewiesen, dass mediale Darstellungen gewisse Muster aufweisen, die zu verzerrten Wahrnehmungen führen und ein Bild über eine Thematik nahelegen, das sich nicht an den realen Verhältnissen orientiert (vgl. Rossmann, 2016, S. 307). Die Mediendarstellungen von Gesundheit geraten in der vorliegenden Arbeit genau hinsichtlich dieser Problematik in den Fo-

kus. Sie interessieren dahingehend, inwiefern die gesundheitsbezogenen Darstellungen von den realen Verhältnissen abweichen und inwiefern dies dazu beiträgt, dass in der heutigen Gesellschaft ein verzerrtes Bild über Gesundheit vorherrscht.

Allerdings wäre es verkürzt, diese Problematik nur an den Medien festzumachen und abweichende Vorstellungen über das Thema Gesundheit nur auf die medialen Darstellungen zurückzuführen. Denn bereits in den kulturell zugrunde gelegten Auffassungen über Gesundheit sind Annahmen über die Beschaffenheit und die Bedingtheit dieses Phänomens enthalten, die davon abweichen, was der aktuelle Forschungsstand zu belegen in der Lage ist. Wie in dieser Arbeit gezeigt wird, hat sich unser Gesundheitskonzept nicht nur aufgrund einer fachlichen Auseinandersetzung mit der Thematik entwickelt. Vielmehr wurde es von verschiedensten Interessen beeinflusst, was auf die tiefgreifenden Verknüpfungen von ‚Gesundheit‘ in unserer Gesellschaft verweist und auf die unterschiedlichen Funktionen, die diese für bestimmte Gesellschaftsbereiche erfüllt. Wie Gesundheit verstanden wird, welche Wahrnehmungen vorherrschen und welche Vorstellungen als Handlungsgrundlage herangezogen werden, ist auch vor diesem Hintergrund zu verstehen.

Aus dem Blickwinkel einer soziologischen und sozioepidemiologischen Herangehensweise an Gesundheit ist an der kulturell vorherrschenden Sichtweise besonders hervorzuheben, dass der momentane Fokus auf ganz bestimmten Dimensionen der Gesundheit liegt, während andere vernachlässigt werden. Es herrscht eine Überzeugung vor, wonach Gesundheit vor allem durch Faktoren bestimmt wird, die im individuellen Einflussbereich liegen, was auch den legitimierenden Hintergrund dafür darstellt, dass in den verschiedensten Bereichen der heutigen Gesundheitskultur die Verantwortung für Gesundheit tendenziell auf das Individuum übertragen wird. Dies äußert sich etwa im Rückgang sozialstaatlicher Leistungen im Gesundheitswesen, oder in den politischen Forderungen nach gesundheitlicher Eigenverantwortung der Bürger (vgl. Schmidt-Semisch; Paul, 2010, S. 12 f.). Wie mit einer soziologischen Perspektive auf Gesundheit zu zeigen sein wird, verfügt jedoch nicht jedes Individuum in gleichem Maße über die notwendigen Ressourcen, um dieser Verantwortung gerecht zu werden, da es vor allem auch soziale und sozial vermittelte Ressourcen sind, die die Gesundheit beeinflussen (vgl. Jungbauer-Gans; Gross, 2009, S. 77 ff). Daraus ergibt sich die spezifische Problematik, vor deren Hintergrund das Thema dieser Arbeit behandelt werden soll. Die unverhältnismäßige Schwerpunktsetzung in unserer Gesundheitskonzeption führt dazu, dass eine gesundheitliche Kluft entsteht, die nicht zufällig ist, sondern die mit der sozialen Hierarchie unserer Gesellschaft einhergeht (vgl. Hurrelmann; Richter, 2009, S. 13). Und sowohl die Gesundheitskonzeption als auch die gesellschaftliche Gesundheitskommunikation sind in diese Problema-

tik eingebunden, denn sie erhalten die Vorstellungen aufrecht, durch die sich eine gesellschaftliche ‚Organisation‘ der Gesundheit rechtfertigen lässt, von der nicht jedes Gesellschaftsmitglied gleichermaßen profitieren kann.

### **1.1. Vorgehensweise:**

Um sich dieser Problematik theoretisch anzunähern, soll in einem ersten Schritt das zeitgenössische Gesundheitskonzept beschrieben werden, wobei die wichtigsten historischen Entwicklungen des Verständnisses von Gesundheit überblicksmäßig nachvollzogen werden. Außerdem wird dargestellt, zwischen welchen Spannungsfeldern und Interessenskonflikten sich unsere Gesundheitskonzeption bewegt, wobei auch die heutigen gesellschaftlichen Funktionen der Gesundheit aus einer kritischen Perspektive beschrieben werden. Gleichzeitig werden dabei die wichtigsten Merkmale und Trends des hegemonialen Gesundheitskonzepts dargestellt, wobei primär zu belegen sein wird, dass sich die gesellschaftspolitische Auseinandersetzung mit Gesundheit heute vorwiegend auf die individuellen Dimensionen konzentriert und insgesamt ein subjektorientierter Zugang dominant ist.

Dieser Darstellung soll in einem nächsten Schritt eine soziologische und sozialespidemiologische Perspektive auf Gesundheit gegenübergestellt werden. Dabei wird vor allem die Bedeutung strukturell bedingter Faktoren für die Gesundheit sowie die soziale Einbettung dieses Phänomens betont, was nicht zuletzt anhand der ‚gesundheitlichen Ungleichheit‘ veranschaulicht wird. Diese erweiterte Sicht auf die Bedingungsfaktoren der Gesundheit wird auch den Referenzrahmen für die anschließende kommunikationswissenschaftliche Untersuchung darstellen, die sich mit der massenmedial vermittelten Berichterstattung über Gesundheit beschäftigt.

In einem weiteren Schritt wird die Disziplin der Gesundheitskommunikation behandelt, wobei zunächst auf den Forschungsstand sowie auf den Anwendungsbereich eingegangen wird. Im Hinblick auf die folgende empirische Untersuchung wird dabei insbesondere auf die Gesundheitsberichterstattung und auf die bisherigen Erkenntnisse zu problematischen Darstellungsmustern sowie auf mögliche negative Effekte dieser Muster eingegangen. Zudem wird in Bezug auf die Ausrichtung dieser Disziplin das zugrunde gelegte Modell der Wirkung von Medieninhalten auf das Gesundheitsverhalten kritisch hinterfragt, wobei als Referenzpunkt wieder die zuvor vorgestellte Perspektive der sozialen Genese von Gesundheit dienen wird (vgl. dazu: Leppin; Hurrelmann, 2001, S. 14 f). Weiters soll hier die Frage behandelt werden, inwiefern Gesundheitskommunikation bzw. Gesundheitsberichterstattung dazu beiträgt, dass

gesundheitliche Ungleichheit aufrecht erhalten bleibt (vgl. dazu etwa: Jazbinsek, 2001, S. 156).

Aufgrund dieser theoretischen Ausführungen soll in der anschließenden, inhaltsanalytischen Untersuchung österreichischer Tageszeitungen schließlich primär herausgefunden werden, ob auch in der Gesundheitsberichterstattung ein Fokus auf subjektorientierte und verhaltensbezogene Zugänge feststellbar ist, oder ob auch Ansätze und Erklärungen berücksichtigt werden, die die sozialstrukturelle Abhängigkeit von Gesundheit betonen. Es soll geklärt werden, ob durch die mediale Darstellung eine Perspektive vermittelt wird, die die Abhängigkeit von sozialen Faktoren und die Ungleichverteilung der Gesundheit berücksichtigt, oder ob diese vielmehr auch in der medialen Darstellung vorwiegend als individuelles und selbst zu verantwortendes Problem konstruiert wird. Insofern interessiert an den gesundheitsbezogenen Darstellungen besonders, welches Bild sich über die Bedingtheit der Gesundheit ergibt bzw. welche kausalen Zuschreibungen zu finden sind und wie die Frage der Verantwortung dargestellt wird bzw. welche Verantwortungsattributionen vorgenommen werden.

Mit der Beantwortung dieser Fragen soll schlussendlich eine Aussage darüber getroffen werden, inwiefern die Gesundheitsberichterstattung in österreichischen Tageszeitungen die zuvor kritisierte Ausrichtung auf individuelle Dimensionen der Gesundheit bestätigt und inwiefern sie daher in die Problematik der gesundheitlichen Ungleichheit eingebunden ist.

## **1.2. Gesundheitsbegriff und Gesundheitskonzept:**

Prinzipiell handelt es sich bei ‚Gesundheit‘ um ein dynamisches, formbares Konstrukt. Immer wieder wurde es im Laufe der Geschichte neu ausgehandelt, neu definiert und mit unterschiedlichen Bedeutungen sowie normativen Leitideen assoziiert. Ein historischer, wie auch ein kulturvergleichender Blick macht deutlich, wie sehr sich speziell dieser Begriff durch seine Wandlungsfähigkeit, seine Kontingenz und seine Unbestimmtheit auszeichnet (vgl. Brunnett, 2009, S. 12 f).

Ein Begriff wie ‚Gesundheit‘, wie auch der Gegenbegriff ‚Krankheit‘, steht dabei nicht für sich alleine, sondern verweist gleichzeitig auf die jeweilige Gesellschaft, die diesen in seiner spezifischen Ausformung hervorgebracht hat. Denn jegliche Konzeption von Gesundheit ist tief in einer Gesellschaft verwurzelt, sie ist ein Produkt der historischen Begebenheiten und der Grundvorstellungen und Praktiken, die sich darin ausgebildet haben. Anhand der Gesundheitskonzeption lassen sich demnach weitreichende Schlüsse über die jeweilige Gesellschaft ziehen. Denn in der konkreten Ausgestaltung dieses Konzepts spiegeln sich Menschen- und

Weltbilder (vgl. Engelhardt, 2004, S. 25; S. 35) und zentrale Werte einer Gesellschaft wider (vgl. Labisch, 1992, S. 319). Insofern betrifft die Auffassung von Gesundheit auch nicht nur die Medizin oder die Heilmethoden und lässt sich auch nicht nur auf den Gesundheitszustand der Menschen oder ihre gesundheitsbezogenen Praktiken begrenzen. Vielmehr prägt ein Gesundheitskonzept „Inhalt und Bezugspunkt der Vorstellungen und Verhaltensweisen jedes einzelnen Menschen“ (Engelhardt, 2004, S. 25). So verweist dieses Konzept etwa auf die Wahrnehmung und das Verständnis des Körpers und der Körperlichkeit der Individuen (vgl. dazu Labisch, 1992, S. 305; vgl. Lupton, 1997, S. 98 f). Es schlägt sich aber beispielsweise auch darin nieder, wie das Verhältnis des Menschen zur Natur – zur eigenen, sowie auch zur äußeren - in der jeweiligen Gesellschaft gedeutet wird. Fühlt man sich dieser überlegen und versucht sie zu beherrschen und zu verbessern, oder wird die Natur in ihrem „ursprünglichen“ Zustand akzeptiert (vgl. Labisch, 1992, S. 27 f)? In der Gesundheitskonzeption spiegeln sich demnach konstitutive Vorstellungen einer Gesellschaft und sie verweist darauf, wie die Welt erkannt und das Leben sinnhaft geordnet wird (vgl. Labisch, 1992, S. 27).

Zudem bietet der Begriff Gesundheit eine Projektionsfläche für positive und negative Vorstellungen einer Gesellschaft. So sind darin etwa auch Vorstellungen darüber enthalten, wie ein verfehltes oder geglücktes Leben aussieht (vgl. Engelhardt, 2004, S. 36). Gerade in der heutigen Gesellschaft, in der Gesundheit ein expliziter und zentraler Stellenwert beigemessen wird, gibt es Überschneidungen zu vielen anderen, grundlegenden Begriffen wie Glück, Schönheit, Erfolg, etc., die mit der Vorstellung von Gesundheit im Zusammenhang stehen und teilweise zusammenlaufen.

Insofern lässt sich konstatieren, dass die vorherrschende Gesundheitskonzeption stark mit der jeweiligen, gesellschaftlichen Wirklichkeit in Verbindung steht. Aufgrund dessen ist es offensichtlich, dass jede Vorstellung von Gesundheit streng genommen nichts anderes als eine kontingente, zeitlich und örtlich bedingte und begrenzt gültige Konstruktion sein kann. Sie stellt sich auf eine bestimmte Weise dar, aufgrund spezifischer historischer, kultureller und gesellschaftlicher Entwicklungen und ergibt sich weniger daraus, dass sich eine bestimmte Sichtweise aufgrund ihrer sachlichen und objektiven Richtigkeit aufdrängt. Daher sind auch gewisse Aspekte unseres Gesundheitskonzepts, die als gesichertes ‚Wissen‘ vorausgesetzt werden und prinzipiell nicht zur Diskussion stehen, auf kontingente Bedingungen und auf unseren spezifischen „Denkstil“ (Fleck, 1980, S. 52) zurückzuführen. Dieser Denkstil umfasst das grundlegende Problembewusstsein und all das, was momentan als „selbstverständliche Realität“ (Fleck, 1980, S. 53) angenommen wird und somit unbewusst jeder Erkenntnis vorge-schaltet ist.

Generell basieren Wissenssysteme, so auch das gesundheitsbezogene bzw. das medizinische Wissenssystem, immer auch auf bestimmten Grundannahmen. Laut Fleck sind „wenigstens drei Viertel und vielleicht die Gesamtheit alles Wissenschaftsinhaltes (...) denkhistorisch, psychologisch und denksoziologisch bedingt und erklärbar“ (ebd., 1980, S. 23). Fleck bezieht sich dabei auf die Naturwissenschaften generell, speziell aber auf die naturwissenschaftlich und biologisch ausgerichtete Medizin, die mit ihrer spezifischen Ausrichtung auch den Rahmen für unsere zeitgenössische Konzeption von Gesundheit absteckt.

Man kann also davon ausgehen, dass auch Teile des medizinischen Wissens das Produkt historisch und sozial kontingenter Rahmenbedingungen sind (vgl. Lachmund, 1996, S. 56) und dass auch dieses für unser Gesundheitskonzept so prägende Wissen auf gewissen Grundannahmen beruht, die unhinterfragt vorausgesetzt werden. Als eine dieser Grundannahmen der Medizin kann etwa gelten, dass gesundheitsrelevante Vorgänge primär *im* Körper zu verorten und nicht z.B. in der sozialen Umgebung des Individuums zu suchen sind.

Diese sozialkonstruktivistische Perspektive auf das Gesundheitskonzept sollte hier einleitend angesprochen werden da sie bewusst macht, dass auch unser derzeitiger Zugang zu Gesundheit paradigmatische Grundannahmen beinhaltet, die nicht nur den alltäglichen Vorstellungen der Laien, sondern auch der wissenschaftlichen Auseinandersetzung damit inhärent sind. Es sollte damit ein Hintergrund für die Problemstellung dieser Arbeit geschaffen werden, der die Relativität des Gesundheitskonzepts, aber auch der damit zusammenhängenden gesellschaftlichen Leitideen berücksichtigt. Denn gerade bei einem oft so vagen und vielseitig konnotierten Begriff wie Gesundheit ist es wichtig im Hinterkopf zu behalten, dass dieser maßgeblich durch spezifische Umstände und Interessen sowie durch Annahmen beeinflusst ist, die weniger universell sind als sie den Anschein erwecken wollen.

## **2. Gesundheitskonzept und Gesundheitskultur**

### **2.1. Entwicklungsgeschichtlicher Rückblick:**

Hinführend auf die Beschreibung unserer Gesundheitskultur sollen hier die wichtigsten Weichenstellungen und Entwicklungen der letzten 200 Jahre beschrieben werden, die für die aktuellen Tendenzen mitbestimmend waren. Die Darstellung des entwicklungsgeschichtlichen Hintergrunds und der Historizität dieser Tendenzen sollen dabei zum besseren Verständnis der momentanen Situation beitragen. Allerdings wird diese Darstellung nur sehr verallgemeinernd und reduziert ausfallen und im Hinblick auf den Fokus dieser Arbeit geschehen. Bei einer differenzierteren Betrachtung dieser Entwicklungen müsste berücksichtigt werden, dass dabei mehrere, in unterschiedlichen lokalen, wirtschaftlichen und politischen Kontexten hervorgebrachte Aspekte eine Rolle spielten – insbesondere die Entwicklungen in Deutschland, Frankreich und England im Gesundheitssektor sind dabei relevant (vgl. dazu Foucault, 2003c, S. 272 ff.). Diese müssten gesondert behandelt und im Hinblick auf ihren Einfluss auf den Rest der westlichen Gesellschaften befragt werden. Hier liegt der Fokus allerdings auf den Entwicklungen, die hinsichtlich der Fragestellung dieser Arbeit und der spezifischen Perspektive auf die Gesundheitskultur, den größten und relevantesten Einfluss auf die derzeitige Konzeption von Gesundheit hatten. Zudem ist einschränkend anzumerken, dass dabei ganze historische Phasen nur sehr verallgemeinernd und primär im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die heutige Situation betrachtet werden. Eine genauere Darstellung müsste dabei die zeitliche Abfolge der Ereignisse differenzierter betrachten.

#### **2.1.1. Industrialisierung:**

Als eine der einflussreichsten Phasen, wenn nicht die einflussreichste Phase, für die heutige Gesundheitskultur kann die Industrialisierung gelten. Diese war sowohl für den gesamtgesellschaftlichen Stellenwert, sowie für die Organisation von Gesundheit von höchster Relevanz. Die technischen Neuerungen brachten weitreichende politische, wie soziale Veränderungen mit sich (vgl. Labisch, 1992, S. 112), was auch, mehr oder weniger direkt, mit unserer heutigen Vorstellung von Gesundheit assoziiert ist. In Bezug auf den gesellschaftlichen Stellenwert der Gesundheit sind aber vor allem die mit der Industrialisierung einhergehenden wirtschaftlichen Veränderungen zu nennen, deren Bedeutung für die heutige Konzeption und Organisation der Gesundheit etwa auch Foucault maßgeblich herausstellte (vgl. Foucault; 1973; 2003). Denn erst die neuen ökonomischen Bedingungen und Möglichkeiten setzten Prozesse in ande-

ren gesellschaftlichen Bereichen in Gang bzw. machten diese, unter ökonomischen Gesichtspunkten betrachtet, die in dieser Phase stattfindende Re-Organisation der Gesundheit erst notwendig.

Eine der wesentlichen und grundlegenden Veränderungen zu dieser Zeit betrifft dabei den politischen und wirtschaftlichen Stellenwert der Individuen als Arbeitskräfte. Dabei ist zunächst zu berücksichtigen, dass das frühneuzeitliche Europa merkantilistisch geprägt war, wirtschaftlich, aber auch politisch, insofern dieses Wirtschaftsmodell eine bestimmte politische Praxis erforderte, die darauf abzielte das Wirtschaftsgeschehen zu lenken und zu regulieren (vgl. Foucault, 2003c, S. 278). Man versuchte internationale Geldströme zu regulieren und entsprechende Warenflüsse hervorzurufen, wobei zunehmend auch die produktive Tätigkeit der Bevölkerung als relevanter, wirtschaftlicher Faktor erkannt wurde, die es demnach ebenfalls zu regulieren galt (vgl. ebd.). Primär zielte man auf ein Anwachsen der Produktion, wodurch es notwendig wurde ein Anwachsen der *produktiven* Bevölkerung zu erreichen, um einen monetären Austausch einrichten zu können (vgl. ebd.), der es erlaubt „den größtmöglichen Einfluss zu erreichen und so die Unterhaltung der Armeen und des gesamten Apparates zu finanzieren, der einem Staat in seinen Beziehungen zu den anderen Staaten die wirkliche Stärke gewährt“ (ebd.). Unter dieser vorwiegend politischen bzw. ökonomischen Zielsetzung galt es für den Staat das Gesundheitsniveau der Bevölkerung anzuheben. ‚Gesundheit‘ wurde als explizit anzustrebende Dimension zu dieser Zeit neu entdeckt. Auf Seiten der politischen Macht entstand dabei die Vorstellung eines Sozialkörpers und damit eine Perspektive, die die Gesundheit der Gesamtbevölkerung thematisierte und zu verbessern suchte, da sich diese entscheidend auf die Verfügbarkeit von Arbeitskräften und in weiterer Folge auf die Produktivität der Gesellschaft auswirkte (vgl. ebd., S. 23). Gesundheit wurde somit erstmals ausdrücklich als ökonomisches und politisches Problem berücksichtigt und dabei aus einer neuen Perspektive betrachtet, wonach ihr eine hohe Relevanz für die gesamte Gesellschaft und die Öffentlichkeit zugeschrieben wurde.

Gleichzeitig veränderten sich in der Phase der Industrialisierung auch die Lebensbedingungen für die Menschen. Die gewerbliche Produktion wurde erheblich ausgeweitet und zahlreiche technische Neuerungen wurden Schritt für Schritt eingeführt (vgl. Labisch, 1992, S. 69), was sich neben den Arbeitsbedingungen vor allem auch auf die Lebensbedingungen auswirkte. Denn die Städte wurden nun zu den neuen Zentren der Produktion und zum neuen Lebensmittelpunkt für viele Menschen (vgl. ebd., S. 112). Viele zogen dorthin in der Hoffnung auf Ar-

beit und das rasante Anwachsen der Bevölkerung verstärkte den Zulauf in den Städten umso mehr. Die dortigen Bedingungen waren auf diese neue Situation und auf die neuen Anforderungen, die diese Menschenmassen erforderlich machten, allerdings noch nicht eingestellt. Neben Infektionskrankheiten gab es schwerwiegende Probleme mit den Wohnverhältnissen, der Ernährung, der Abfallbeseitigung, der Wasserversorgung etc. (vgl. ebd., S. 124) und die Lebenserwartung in den Städten war dementsprechend niedrig. Erschwerend kam dabei hinzu, dass die neuen Produktions- und Lebensformen auch vermehrt auf dem freien Austausch von Gütern und Diensten beruhten, wodurch eine viel höhere Mobilität der Arbeitskräfte, aber auch der Bevölkerung generell befördert wurde. Und so sehr dies für die Wirtschaftsordnung notwendig war, so sehr beförderte es auch gesundheitliche Probleme, wie Infektionskrankheiten (z.B. die Cholera, die als typisch für die erste Industrialisierungsphase gilt) (vgl. ebd., S. 125; 156 f.), die durch die mobilere Bevölkerung umso schneller verbreitet wurden.

Sowohl mit diesem Perspektivenwechsel auf die Gesundheit als ökonomisches und politisches Problem, als auch mit den gesundheitlichen Bedingungen in den neuen Produktionszentren scheint die zeitgleich erfolgende Organisation einer Gesundheitspolitik und die ‚Entdeckung‘ des Bereiches der öffentlichen Gesundheit untrennbar verbunden zu sein (vgl. Foucault, 2003a, S. 19 f.). Zwar wurde die dabei entstehende Gesundheitspolitik nicht erst zu diesem Zeitpunkt erfunden, doch wurden ihr zu dieser Zeit neue Regeln vorgeschrieben und sie wechselte auf eine Stufe ausdrücklicher und geplanter Analyse, wie sie es bis dahin nicht gekannt hatte (vgl. ebd., S. 20). Es war nun zu einem „wesentlichen Ziel der politischen Macht“ (ebd., S. 23) geworden, das Gesundheitsniveau des Sozialkörpers in seiner Gesamtheit anzuheben (vgl. ebd.) und diese dahingehend zu organisieren und zu regulieren. Das sich dabei abzeichnende politische Projekt einer Bevölkerungstechnologie ist mit der Veränderung der Konzeption von Gesundheit eng verschränkt, insofern als sich die kulturelle Denkweise über Gesundheit zu verändern begann, sowie deren soziale Bedeutung, die man ihr zuschrieb und die Vorstellungen darüber, wie diese zu gewährleisten sei. Man führte nun demografische Schätzungen durch, man berechnete die Alterspyramide, die verschiedenen Lebenserwartungen und die Sterblichkeitsraten, führte Untersuchungen durch zum Verhältnis zwischen dem Anwachsen der Reichtümer und der Bevölkerung, oder der Entwicklung von Erziehung und Berufsausbildung (vgl. Foucault, 2003a, S. 25). Die Bevölkerung erschien mit ihren Variablen Zahl, räumliche oder chronologische Verteilung, Langlebigkeit und Gesundheit nun nicht mehr nur als theoretisches Problem, sondern auch als Gegenstand der Überwachung und Analyse, von Interventionen und verändernden Operationen (vgl. ebd.). Zwar ging es ursprünglich

und primär um die Erhaltung der Arbeitskraft für die Wirtschaft (vgl. ebd., S. 24), doch hatten die dazu ergriffenen Maßnahmen auch weitreichende gesellschaftliche Implikationen, insofern als dass das Konstrukt ‚Gesundheit‘ verändert wurde. ‚Gesundheit‘ war spätestens seit den oben beschriebenen Veränderungen kein isoliertes Problem eines Individuums mehr, sondern wurde in einen Kontext gestellt, der den Fortschritt der Gesellschaft betraf, wodurch eine weitere Kulturschwelle im wechselseitigen Einfluss von Medizin und Gesellschaft erklommen wurde (vgl. Labisch, 1992, S. 81).

### **2.1.2. Aufklärung und moderne Medizin:**

Zeitlich waren dieser Neu-Organisation der Gesundheitspolitik, sowie der zugrundeliegenden Denkweise über Gesundheit als gesellschaftlich relevante und explizit anzustrebende Dimension, allerdings noch andere Entwicklungen vorgeschaltet, die diese überhaupt erst ermöglichen und auf die ebenfalls kurz eingegangen werden soll. Zudem äußern sich auch in diesen Entwicklungen gesundheitsbezogene Grundausrichtungen, die bis heute konstitutiv auf die Ausrichtung unserer Gesundheitskultur einwirken und die von daher für eine Beschreibung der historischen Bedingungen unserer Gesundheitskultur von Bedeutung sind.

Um Gesundheit überhaupt als Dimension wahrzunehmen, die auf diese Weise an einem Individuum erkannt, gemessen und auch verbessert werden kann, war es zunächst notwendig gewesen, sich von der Vorstellung des Leibes als göttlich gegeben zu lösen. Erst seit dies mit der Aufklärung geschehen war, galt individuelles Leben als prinzipiell gestalt- und veränderbar (vgl. Brunett, 2007, S. 171), was gleichermaßen der Medizin in ihrer heutigen Rolle und ihrem heutigen Selbstverständnis den Weg ebnete. Zuvor wurde Gesundheit noch gänzlich anders wahrgenommen und war gänzlich anders ‚organisiert‘, wie auch die heilkundlichen Praktiken, die Rolle des Arztes, sowie die Auffassung von Krankheiten noch gänzlich verschieden waren. Der Körper und seine Krankheiten galten noch nicht als beherrschbar, wie sie es seit der Etablierung der modernen Medizin zunehmend taten. Ebenso wenig galt Gesundheit in diesem Maße als individuell steuerbar. Das Leben wurde vielmehr von der Natur beherrscht „die den Menschen nach unerforschlich-göttlichem Ratschluß entgegentrat“ (Labisch, 1992, S. 247). Auch die Rolle der Medizin war noch nicht mit der heutigen vergleichbar. Die meisten Menschen waren im Fall von Krankheit, Unfall, Geburt oder Tod auf die Hilfe durch Heilkundige in Familie und Dorf angewiesen und es war noch keineswegs selbstverständlich gesundheitliche Probleme an Ärzte zu delegieren. Diese konkurrierten im Feld der Heilkunde vielmehr noch mit nichtärztlichen Heilern, mit Hausmitteln und selbst gewähl-

ten diätetischen Maßnahmen (vgl. Lachmund, 1996, S. 59) und boten nur eine von mehreren Alternativen Krankheiten zu begegnen.

Entsprechend dieser Konkurrenzsituation waren auch ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ noch unkämpfte Begriffe und noch nicht vorwiegend medizinisch-naturwissenschaftlich vereinnahmt, wie sie es heute sind. Generell ist für die Zeit vor der Aufklärung zu konstatieren, dass wissenschaftliche Tatsachen oder technische Artefakte noch nicht den Status fragloser Wirklichkeit erlangt hatten, was die Interpretationsspielräume wieder zu Bewusstsein bringt, die damals im Hinblick auf diese Konstruktionen noch bestanden hatten und durch deren soziale Schließung diese erst zu stabilen und selbstevidenten Tatsachen wurden (vgl. Lachmund, 1996, S. 58). ‚Gesundheit‘ war zu dieser Zeit demnach auch noch keine Dimension der Körperlichkeit, die man explizit anstrebte, sie war kein konkretes Ziel im Denken, sowie in den (Be-)handlungen, sondern wurde eher als ein Nebenereignis religiösen Denkens und Tuns betrachtet, sowie als ein Zeichen von Glauben und Gottgefälligkeit (vgl. Labisch, 1992, S. 43; S. 311).

Mit der Aufklärung löste man sich allerdings von dieser vorwiegend religiösen Weltansicht und die Naturwissenschaften setzten sich im intellektuellen Denken durch. Zwar wurde Gott dabei weiterhin als Schöpfer angenommen, er griff in der damaligen Vorstellung aber nicht mehr in die Ordnung der Natur ein, denn dieser wurde mittlerweile eine eigenständige Gesetz- sowie Sinnhaftigkeit zugeschrieben (vgl. Labisch, 1992, S. 71). Die Natur – auch die menschliche Natur und der Körper – wurde dadurch für die (Natur-)Wissenschaften zugänglich bzw. offen für die Erforschung ihrer nunmehr eigenständigen Regelhaftigkeit, die nicht mehr als vorwiegend göttlich bestimmt betrachtet wurde, sondern vom Menschen erforscht werden musste. Damit galt sie nun auch als potenzieller Gegenstand der Bearbeitung durch den Menschen und sukzessive auch als Gegenstand der Unterwerfung bzw. als ‚Objekt‘ in das eingegriffen werden konnte, was bezeichnend und konstitutiv für den naturwissenschaftlichen Zugang der Medizin ist (vgl. ebd.).

Für den heutigen Zugang zu Gesundheit sind diese Entwicklungen insofern relevant, als dass der aufklärerische, wissenschaftliche Paradigmenwechsel eine veränderte Betrachtung des Menschen generell und eine veränderte „Auffassung, Betrachtungsweise und Bewertung von Natur und Gesellschaft“ (Labisch, 1992, S. 70) bewirkte. Und dies tangierte nicht nur die Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit, sowie die Voraussetzungen und Umstände, die diese Vorstellungen formten, sondern ermöglichte und bedingte in weiterer Folge auch die strukturellen Veränderungen in der gesellschaftlichen Organisation der Gesundheit.

Im Zuge dieses aufklärerischen Rationalisierungsschubs und des einsetzenden Wissenschaftsglaubens fand die bis dahin eher randständige Medizin ihre Rolle. Erst im Übergang des 18. Jahrhunderts zum 19. Jahrhundert ordnete diese sich eindeutig den Naturwissenschaften als Bezugsdisziplin zu (vgl. Labisch, 1992, S. 304). Foucault behandelt in seinem Werk „Die Geburt der Klinik“ (1976) die damit einhergehende, fundamentale Reorganisation des ärztlichen Blicks, wodurch erst die ‚Bedingung der Möglichkeit‘ für die bis heute dominante Form der medizinischen Erfahrung geschaffen wurde (vgl. Lachmund, 1996, S. 56), was hier aber nicht vertieft behandelt werden kann. Für diese Arbeit reicht es vielmehr aus diesbezüglich festzuhalten, dass durch die Zuordnung der Medizin zu den Naturwissenschaften *erstens* die Voraussetzungen geschaffen wurden für die Rolle, die die Medizin seit der Industrialisierung in unserer Gesellschaft hat und *zweitens*, dass durch diese Rolle ein naturwissenschaftlich determiniertes Körperbild dominant wurde, welches die kulturell dominanten Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit maßgeblich beeinflusste. Denn im Kontext der neuen gesellschaftlichen Anforderungen und der neuen Perspektive auf Gesundheit bzw. der für den Staat und die Wirtschaft erforderlich gewordenen Neu-Organisation der Gesundheit, wurde die Medizin mit einer neuen Rolle bedacht. Sie bekam eine zentrale Aufgabe in den gesundheitspolitischen Bemühungen zugesprochen. Sie nahm einen immer wichtigeren Platz ein in den Verwaltungsstrukturen „jener Machtmaschinerie, die sich im Lauf des 19. Jahrhunderts unaufhörlich ausdehnt und behauptet“ (Foucault, 2003a, S. 31). Herrscher und Staatsverwaltungen entdeckten die Bedeutung von Gesundheit für das Kalkül der Macht und wandten sich an die Medizin (vgl. Labisch, 1992, S. 104). Diese wiederum entdeckte „(...) ihre Bedeutung für die Herrschaft und erkannte dabei ein eigenes, neues und gesellschaftlich anerkanntes Wirkungsfeld“ (ebd.). Auf diese Weise begannen sich ärztliches Fachwissen und staatliche Autorität in einem neu eröffneten Raum zu verknüpfen (vgl. Labisch, 1992, S. 93). Die Ärzte nahmen zunehmend ihre Positionen in den verschiedenen Machtinstanzen ein (vgl. Foucault, 2003a, S. 32) und begannen sich als Welterklärer individueller und öffentlicher Gesundheit zu professionalisieren (vgl. Labisch, 1992, S. 253). Die Medizin kam so in eine Position, die ihr fortan ein Definitions- und Handlungsmonopol über Gesundheit und Krankheit sicherte (vgl. ebd., S. 304). Und aus dieser Position heraus prägte sie mit ihrer Auffassung und Zugangsweise die letzten 200 Jahre unsere Vorstellungen über den Körper und damit auch über Gesundheit und Krankheit.

Dieser „Aufstieg“ der Medizin (Foucault, 2003b, S. 59), darauf muss erneut hingewiesen werden, war allerdings nur möglich, da sich die Medizin nun als Naturwissenschaft verstand.

Sie bot eine dem naturwissenschaftlichen Selbstverständnis entsprechende Sichtweise auf den Körper an, die befreit war von theologischen, philosophischen oder moralischen Deutungen (vgl. Labisch, S. 304) und die für sich beanspruchte neutral, objektiv und wertfrei zu sein, was den Vorstellungen der aufklärerischen Denkausrichtung entsprach. Die Medizin wurde daher als moderne Heilkunst betrachtet, sie wurde als einzig zulässige Institution der Heilkunst installiert und jede andere Form der Heilkunde wurde als Quacksalberei regelrecht bekämpft (vgl. ebd., S. 104).

Es ist wichtig dabei herauszustellen, dass die spezifischen historischen, wirtschaftspolitischen und sozialen Bedingungen ausschlaggebend für diese strukturellen Veränderungen waren, sowie für die einsetzende Dominanz der modernen Medizin und ihrer Sichtweise auf den Körper. ‚Gesundheit‘ wurde als explizite Kategorie der Körperlichkeit erst aufgrund dieser Bedingungen gesellschaftlich so relevant. Auch die *spezifische* Perspektive, die mit der Medizin nunmehr auf Gesundheit eingenommen wurde, setzte sich erst aufgrund dieser Bedingungen durch. So bemerkte auch Foucault, dass es im Wesentlichen ökonomische Anforderungen waren, die der modernen Medizin zum Aufstieg verhelfen und dass diese ihren Durchbruch im Rahmen von Marktbeziehungen hatte (vgl. Foucault, 2003c, S. 274). Es war also weniger die fachliche und inhaltliche Überlegenheit oder die Objektivität und die Neutralität ihres Zugangs, die zur Etablierung dieses spezifischen Blicks auf den Körper führte. Vielmehr waren es gesellschaftlich, sozial und historisch kontingente Bedingungen, die dem naturalistischen und mechanistischen Blick der Medizin (vgl. Engelhardt, 2004, S. 26) zu seiner Dominanz verhelfen und die es erlaubten, dass ‚Gesundheit‘ lange Zeit aus der Sicht von nur einer einzigen Disziplin definiert wurde.

In diesem Kontext ist auch darauf hinzuweisen, dass die Medizin paradoxerweise ein negatives Verhältnis zur Gesundheit unterhält, denn sie besitzt keinen positiven Begriff von Gesundheit. Gesundheit wird in der Medizin immer nur als Abwesenheit von Krankheit, als „Nicht-Krankheit“ (Noack, 1993, S. 15), gedeutet. So lautet eine medizinische Definition von Gesundheit etwa „(...) das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher, geistiger u. seelischer Störungen od. Veränderungen bzw. ein Zustand, in dem Erkrankungen u. pathologische Veränderungen nicht nachgewiesen werden können“ (Psyhyrembel, 2002, S. 594).

‚Gesundheit‘ stellt für die Medizin immer nur einen Reflexionswert dar, der dem eigentlichen Gegenstandsbereich - den Krankheiten - als Referenz dient. Dies ist auch eines der Argumente das der Zugangsweise der biologisch-naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin (der „Biomedizin“) aus einer kritischen Perspektive vorgehalten wird. Denn mit der medizinischen

Sichtweise wird dem Körper eine bestimmte, mechanistische Funktionsweise unterstellt (vgl. Noack, 1993, S. 14), wodurch allerdings nur ein Teil der gesundheitsrelevanten Faktoren erfasst werden kann, wie noch genauer gezeigt wird.

### **2.1.3. Weitere Entwicklungen im 20. und 21. Jahrhundert:**

Grob gefasst stand zur Zeit der Industrialisierung im 19. Jahrhundert die Sicherung der öffentlichen Gesundheit im Fokus (vgl. Kickbusch, 2006, S. 11). Der Staat übernahm dabei zunehmend die Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung und es entwickelte sich eine historisch neue, funktionale, staatliche Organisation der Gesundheit – das Gesundheitssystem (vgl. ebd., S. 25). Diese Entwicklung wurde im 20. Jahrhundert weiter konsolidiert und in dieser grob gefassten Phase, kann die Ausweitung der medizinischen Versorgung als Hauptfokus ausgemacht werden. Immer mehr Menschen wurde dabei der Zugang zu immer mehr medizinischen Leistungen ermöglicht und Gesundheit wurde zu einem individuellen Gut (vgl. ebd., S. 103). Begünstigt durch die Entwicklungen in Wissenschaft und Forschung, die Professionalisierung der Medizin und die Staatslenkung verankerte sich das Gesundheitssystem in der Gesellschaft. ‚Gesundheit‘ wurde als Bezugskategorie Schritt für Schritt zum selbstverständlichen Teil der Regeln, Normen und Prinzipien (vgl. ebd., S. 25).

Mit dieser Entwicklung veränderte sich auch die Beziehung des Staates zur Gesundheit. War diese im 19. Jahrhundert noch als eine Art paternalistische Schutzfunktion zu charakterisieren, wobei sich der Staat um Gesundheit als ein öffentliches Gut sorgte und dabei auch Elemente sozialer Kontrolle beinhaltete, so veränderte sich dies im Laufe des 20. Jahrhunderts insofern, als dass Gesundheitspolitik nun hauptsächlich als Versorgungspolitik praktiziert wurde. Die Gesundheit der Bevölkerung sollte durch medizinische Versorgung gewährleistet werden, wobei die Zuständigkeit mehr und mehr auf die Medizin als zunehmend eigenständiges Segment übertragen wurde (vgl. Kickbusch, 2006, S. 105 f.). „Der Paternalismus verlagerte sich vom Staat auf das medizinische System, insbesondere den Arzt“ (Kickbusch, 2006, S. 104).

Für unseren heutigen Gesundheitsstandard waren diese beiden Phasen im 19. Und 20. Jahrhundert von größter Bedeutung. Denn mit den damaligen Maßnahmen und Entwicklungen wurde die Grundlage dafür geschaffen, dass sich die gesundheitliche Situation so drastisch verbesserte und die durchschnittliche Lebenserwartung, die im 18. Jahrhundert noch bei 35 Jahren lag, mehr als verdoppelte (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 21). Somit wurde in die-

sen Phasen auch der Grundstein für die heutige gesundheitliche Situation der Bevölkerung gelegt.

Was die Medizin betrifft, so ist dabei aber auf einen Umstand hinzuweisen, der ihre historische Rolle bei diesen Entwicklungen ein Stück weit relativiert, womit der Thematik dieser Arbeit und der an späterer Stelle beschriebenen Perspektive auf Gesundheit bereits ein Stück weit vorgegriffen wird:

Die (sozial-)epidemiologische Forschung zeigt, dass die Medizin in weitaus geringerem Maße zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung beitrug, als es die vorherrschende Auffassung nahelegt. Demgegenüber betont dieser Ansatz die zentrale Rolle der sozialpolitischen Interventionen bei diesem Prozess. Es konnte gezeigt werden, dass es weniger die medizinischen Interventionen, sondern zu einem weitaus größeren Anteil die strukturellen Verbesserungsmaßnahmen im Gesundheitsbereich waren, die die Gesundheitsstandards verbesserten (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 85). Die Rolle der Medizin wird bei obengenannter Entwicklung demnach stark überschätzt, wie von Seiten der kritischen, gesundheits- und medizinsoziologischen Auseinandersetzung mit Gesundheit und ihrer Determinanten betont wird (vgl. Helmert; Schorb, 2009, S. 146; vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 85). Zwar waren historisch betrachtet die medizinischen Errungenschaften und die Sicherung der medizinischen Versorgung zweifelsohne wichtig und trugen ihren Teil zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit bei, doch waren andere Faktoren noch ausschlaggebender, obwohl ihnen weitaus weniger Bedeutung beigemessen wird. Dies lässt sich etwa anhand der erfolgreichen Bekämpfung der Infektionskrankheiten veranschaulichen, was lange Zeit der Medizin zugeordnet und als einer ihrer Haupterfolge als klinische Wissenschaft verbucht wurde. Historische und epidemiologische Untersuchungen können dahingegen belegen, dass der Rückgang der Infektionskrankheiten im 19. Jahrhundert (Tuberkulose, Keuchhusten, Masern, Scharlach, Pocken, Diphtherie) bereits vor der Identifizierung der Erreger einsetzte und die medizinischen Impfprogramme im späten 19. Jahrhundert und auch die Einführung der Chemotherapie im 20. Jahrhunderts diese Entwicklung nur noch konsolidierten (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 85; vgl. McKeown, 1982, S. 136; vgl. Foucault, 2003c, S. 272). Sie kommen zu dem Schluss, dass der Rückgang der Infektionskrankheiten im 19. Jahrhundert weniger auf medizinische, als vielmehr auf allgemeinere Faktoren zurückzuführen ist (vgl. Kickbusch, 2006, S. 24). Sie betonen, dass es vor allem die sozialpolitischen Interventionen und die strukturellen Verbesserungen waren, die den Ausschlag für die verbesserte Gesundheit gaben, wie die verbesserten Lebens- und Arbeitsbedingungen, vor allem aber auch die verbesserten hygieni-

schen Bedingungen, die mit dem Modernisierungsprozess einhergingen. Dazu gehörten etwa die Einführung des Kunstdüngers, der die Ernährungslage verbesserte, die verbesserten Bautechniken und Wohnverhältnisse, die Wasserversorgung, die Gas- statt Feststoffheizungen, die Organisation von Abwasser- und Abfallbeseitigung, sowie die Bekämpfung von Armut und Elend (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 85). Die Steigerung der öffentlichen Gesundheit ist also vielmehr der Kombination aus bevölkerungsweiten sanitären, gesundheits- und sozialpolitischen Aktivitäten mit medizinischen Interventionen zuzuschreiben, als allein der Medizin (vgl. ebd., S. 85).

Allein mit diesem historischen Beispiel lässt sich zeigen, dass ‚Gesundheit‘ von weit mehr Determinanten beeinflusst wird, als die Medizin mit ihrer spezifische Ausrichtung und Perspektive auf den Menschen und seinen Körper abdeckt. Trotzdem gilt auch in der heutigen Gesellschaft und in der allgemeinen Wahrnehmung vor allem die Medizin als Schlüssel zur Gesundheit. Auch heute orientiert sich die Politik, wie auch die Wissenschaft hauptsächlich an biomedizinisch ausgerichteten Parametern, um Gesundheit zu fassen, zu erklären und zu verbessern (vgl. ebd., S. 23). Insofern ist auch in Bezug auf die heutige Situation eine „Überbetonung der biomedizinischen Forschung“ (ebd., S. 22) zu konstatieren.

Für den Zweck dieser Arbeit muss an der biomedizinischen Perspektive besonders hervorgehoben werden, dass es sich um einen Zugang zu Gesundheit handelt, der auf der individuellen Ebene ansetzt, der die (möglichen) Probleme also auf das Individuum beschränkt und darüber hinaus gehende Faktoren nicht beachtet. Dabei wird Gesundheit, wie schon anhand des oben angeführten Beispiels gezeigt wurde, durchaus auch von anderen Faktoren beeinflusst. Kickbusch schätzt die nicht medizinischen Faktoren, die zu einer guten Gesundheit führen, sogar auf etwa 60-80% ein (vgl. ebd., 2006, S. 24). Die (historische) Vormachtstellung der Medizin führte aber dazu, dass Ansätze, die mehr als nur die individuellen Determinanten berücksichtigen, zu wenig beachtet wurden wodurch sie auch heute im Vergleich zur Biomedizin eine relativ geringe Rolle spielen. Aus diesem Grund wird die „verursachende Schlüsselrolle der gesellschaftlichen Verhältnisse“ (Hurrelmann; Richter 2013, S. 23) für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung auch heute nur unzureichend berücksichtigt, wodurch die Bemühungen um mehr Gesundheit immer nur teilweise erfolgreich sein können, wie im Laufe dieser Arbeit gezeigt wird.

Darüber hinaus, muss im Hinblick auf die heutige Situation noch eine weitere Entwicklung hervorgehoben werden, die sich im 20. Jahrhundert abzeichnete: Durch die angesprochenen

Errungenschaften für die Gesundheitsstandards wurde eine andere, gesundheitliche Ausgangslage geschaffen. Die Schwierigkeiten, die zu Beginn der Industrialisierung noch bestanden hatten, konnten weitgehend gelöst werden. Die ‚akuten Krankheiten‘ (Infektionskrankheiten) wurden weitgehend besiegt und auch die medizinische Versorgung wurde erheblich ausgebaut (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 21 f). Die vormals größten Schwierigkeiten waren somit beseitigt und die gesundheitsbezogenen Standards wurden angehoben. Mit dieser neuen Ausgangslage traten nun allerdings andere Probleme in den Fokus. Sukzessive kam es zu einer Verschiebung des Krankheitsspektrums, was aber nicht nur darauf zurückzuführen ist, dass man es sich mit der neuen Situation leisten konnte auf andere, kleiner Probleme zu achten, sondern vor allem auch darauf, dass durch die veränderten Lebensbedingungen und Lebensweisen der Menschen neue Probleme *hervorgerufen* wurden (vgl. Brunett, 2009, 14). Man hatte es nunmehr mit den gesundheitlichen Folgen zu tun, die die selbst geschaffenen Umstände mit sich brachten und die durch die Lebens- und Arbeitsweisen bedingt sind, die sich am Ende des 20. Jahrhunderts ausgebildet hatten (vgl. Kickbusch, 2006, S. 14). Seither dominieren die chronischen Krankheiten das Krankheitsspektrum der westlichen Gesellschaften. Diese lebenslang anhaltenden, gesundheitlichen Beeinträchtigungen werden durch lang andauernde Überlastungen der körperlichen, psychischen und sozialen Anpassungskräfte eines Menschen ausgelöst (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 21). Beispiele dafür sind etwa Herz-Kreislauf Erkrankungen, Krebskrankheiten, Atemwegs-, Haut- und Stoffwechselerkrankungen oder auch psychische Krankheiten. Diese können ein ganzes Leben lang bestehen bleiben und sie stellen heute das größte Problem für das gesundheitliche Versorgungssystem dar (vgl. ebd., S. 22).

Für eine gesamtgesellschaftlich dominante Auffassung von Gesundheit ist diese Entwicklung nun insofern relevant, als dass davon auszugehen ist, dass diese Verschiebung des Krankheitsspektrums „ebenso wie die soziale Sicherung der Gesundheitsversorgung die sozialen Bedeutungen von Gesundheit (mit)bedingt“ (Brunett, 2009, S. 14). Denn mit dem Auftauchen der chronischen Krankheiten wurden die Grenzen der kurativen Medizin aufgezeigt (vgl. Noack, 1993, S. 14). Die hohen Erwartungen an diese begannen sich damit zunehmend auf die persönlichen Faktoren der Gesundheit zu verlagern, also auf die Gesundheitsrisiken, die durch das persönliche Verhalten entstehen (vgl. Kickbusch, 2006, S. 13). Und dadurch scheint zumindest teilweise erklärbar, dass sich spätestens seit den 1980ern ein neues Gesundheitsbewusstsein auszubreiten begann. Es besteht heute ein breiter Konsens darüber, dass sich zu diesem Zeitpunkt praktisch, wie kulturell ein neues Verständnis durchzusetzen begann, das sich von einer rein medizinisch definierten Gesundheit entfernte (vgl. dazu etwa. Brunett,

2009, S. 68 ff.; Crawford, 1980, S. 365 ff.; Kickbusch, 2006, S. 38 ff.; Mazumdar, 2004, S. 15).

### **2.1.3. Ein neues Verständnis von Gesundheit:**

Ende der 1970er / Anfang der 1980er Jahre wurde ‚Gesundheit‘ in vielen westlichen Industrieländern zum Gegenstand politischer Kämpfe, wodurch sich das allgemeine, kulturell hegemoniale Gesundheitsbild sukzessive zu verändern begann (vgl. Brunett, 2007, S. 63). Das ‚neue‘ Gesundheitsverständnis wurde dabei maßgeblich von sozialen Bewegungen getragen, wie der Gesundheits-, Frauen-, und Ökologiebewegung. Diese Bewegungen wandten sich gegen die biomedizinische Gesundheitsversorgung, sie kritisierten das medizinische Definitivitätsmonopol auf Gesundheit, sowie die Bürokratisierung, Ökonomisierung und die Unterdrückung der Natur im Menschen durch die Medizin (vgl. ebd., S. 172). In bewusster Abgrenzung dazu forcierten sie alternative Zugänge zu Gesundheit<sup>1</sup>. Für den Großteil der in die Gesundheitsbewegung involvierten Gruppierungen standen dabei Bestrebungen nach stärkerer Partizipation, Selbsthilfe und alternativen Angeboten im Mittelpunkt (vgl. Kühn, 1989 zit. nach Brunett, 2009, S. 66)<sup>2</sup>.

In diesem Kontext entstanden verschiedenste Gesundheitsinitiativen, wie Kontakt- und Informationsstellen zur Selbsthilfe, (Frauen-)Gesundheitszentren, Selbsthilfegruppen, Öko-Institute und alternative Behandlungs- und Beratungseinrichtungen (vgl. ebd., S. 172). Die dabei verbreiteten alternativen Gesundheitsverfahren wurden seit diesem Zeitpunkt stark popularisiert und hatten einen maßgeblichen Einfluss auf die Veränderung des sozial und kulturell hegemonialen Verständnisses von Gesundheit (vgl. ebd., S. 74), was sich bereits in den 80ern in einem veränderten, gesellschaftlichen Gesundheitsdiskurs niederschlug (vgl. Mazumdar, 2004, S. 15). Jüngere Analysen zum Thema Gesundheit kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass man sich zu dieser Zeit von einer ausschließlich biomedizinisch geprägten Vorstellung von Gesundheit löste und dass das biomedizinische Verständnis gegenüber einem ganzheitlich-psychosomatischen Verständnis an Bedeutung verlor (vgl. Brunett, 2009, S. 12).

---

<sup>1</sup> ‚Alternative Gesundheit‘ definiert sich in diesem Kontext aber weniger über gemeinsame Inhalte, sondern vorwiegend über die Kritik an der Biomedizin (vgl. Brunett, 2007, S. 172). Auch wenn im Folgenden von einem ‚alternativen Gesundheitskonzept‘ gesprochen wird, so ist darunter kein homogener Zugang zu verstehen, sondern es werden darunter mehrere, verschiedene Verfahren subsummiert, die aber Gemeinsamkeiten in ihrer Denkweise über Gesundheit aufweisen und die hier vor allem hinsichtlich ihrer kulturellen Auswirkungen relevant sind.

<sup>2</sup> Kühn, Hagen (1989): Glanzvolle Ohnmacht. Zum politischen Gehalt des Ganzheitlichkeitsanspruchs in der Medizin. In: Das Argument 162, S. 111-128

Zusätzlich zu den Bestrebungen der sozialen Bewegungen wurden zu dieser Zeit außerdem universitäre Strukturen und Projekte aufgebaut, Forschungen durchgeführt und Konzepte für alternative Zu- und Umgänge mit Gesundheit entwickelt (vgl. ebd., S. 172). Somit erweiterten sich zu dieser Zeit auch die Gesundheitswissenschaften im engeren Sinne (vgl. Noack, 1993, S. 18). Richtungsweisend war dafür eine Definition der WHO (,World Health Organization‘) gewesen, einer Unterorganisation der Vereinten Nationen, die bereits 1946 in ihrer Gründungsakte ,Gesundheit‘ wie folgt definierte:

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO, 1946, S. 1).

Konzentrierte man sich mit der biomedizinischen Perspektive noch isoliert auf die körperliche Dimension, so wurde Gesundheit mit dieser Definition nun erstmals in einem offiziellen gesundheitspolitischen Dokument als eine positive, inhaltlich bestimmbare Größe beschrieben, wobei das deutliche Signal gesetzt wurde, Gesundheit sowie Krankheit interdisziplinär und multidimensional zu verstehen (vgl. Hurrelmann, 2006, S. 116 f.). Wiewohl es aus heutiger Sicht berechnete Kritik an dieser Definition gibt (siehe dazu: Hurrelmann, 2006, S. 117 f.), so war sie in der Entwicklungsgeschichte der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Gesundheit trotzdem von zentraler Bedeutung und prägte die weitere Auseinandersetzung damit. Denn auch andere Disziplinen als die Medizin begannen sich mit Gesundheit zu befassen und aus ihrer jeweiligen Perspektive zu behandeln. Dabei muss vor allem die Psychologie hervorgehoben werden, deren Fachgebiet (,Gesundheitspsychologie‘) unter den Gesundheitswissenschaften stark expandierte und auch einen starken Einfluss auf das Gesundheitsbild entwickelte (vgl. Noack, 1993, S. 18). Sie beförderte die vermehrte Berücksichtigung der subjektiven Einschätzung und des persönlichen Empfindens eines Menschen, wodurch Gesundheit seither maßgeblich auch auf die Eigenwahrnehmung und auf die Selbsteinschätzung eines Menschen bezogen wird (vgl. Hurrelmann, 2006, S. 117). Persönlich-subjektive Aspekte, subjektive Gesundheitstheorien und ihr Einfluss auf gesundheitsbezogenes Verhalten, Stresswahrnehmung und –bewältigung bzw. die persönliche Kompetenz mit Anforderungen der Umwelt, sowie mit inneren Anforderungen umzugehen, wurden dabei als gesundheitsrelevante Themengebiete offengelegt (vgl. Noack, 2003, S. 18; S. 20 ff.).

Dies war auch für die in den 80ern auftauchenden alternativen Gesundheitsverfahren grundlegend, da diese Gesundheit nicht mehr nur als ein rein physisches Problem, sondern ganz wesentlich auch mit der emotionalen, mentalen und spirituellen Befindlichkeit eines Menschen assoziierten (vgl. Crawford, 1980, S. 366).

Sowohl das kulturelle Verständnis als auch die wissenschaftlich-theoretische Annäherung an Gesundheit begannen sich in dieser Phase also zu ändern. Das hegemoniale, biomedizinisch dominierte Verständnis wurde aufgebrochen und es wurden zunehmend alternative Denk- und Behandlungsweisen etabliert. Die Vormachtstellung der (Bio-)Medizin auf die Definition, wie auf die Interpretation gesundheitsrelevanter Vorgänge, wurde damit beendet. Allerdings wurde das biomedizinische Paradigma dadurch nicht verdrängt, sondern lediglich in seiner Monopolstellung angefochten. Die Biomedizin stellte weiterhin, wie es auch heute noch der Fall ist, den weltweit dominierenden Mainstream dar (vgl. Noack, 1993, S. 14), wenn sie sich auch ein Stück weit an die alternativmedizinischen Zugangsweisen adaptieren musste.

#### ***2.1.4.1. Das Ganzheitlich-Psychosomatische Gesundheitsverständnis:***

Im Gegensatz und in Abgrenzung zur biomedizinischen Herangehensweise, die Gesundheit als normale Funktionsfähigkeit des Körpers auffasste (vgl. Brunett, 2007, S. 178), wurde mit den alternativen Konzeptionen nun eine Herangehensweise popularisiert, die dem Subjekt eine viel stärkere und aktivere Rolle verleiht. Der Schwerpunkt lag dabei auf Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und der Orientierung an einem positiven und lebensweltorientierten Umgang mit der eigenen Gesundheit (vgl. ebd., S. 172).

„Nach dieser neuen Vorstellung ist Gesundheit mehr als das summierte Fehlen von Krankheit: sie ist von neuen und *positiven* Werten aufgeladen“ (vgl. Mazumdar, 2004, S. 15).

Anders als in biomedizinischen Therapien steht mit dieser Herangehensweise meist nicht die Beseitigung einer Pathologie im Zentrum, sondern vielmehr die Wiederherstellung subjektiver Gesundheit durch Aktivierung der Selbstheilungskräfte (vgl. Brunett, 2009, S. 75 f.). Denn ganzheitliche Ansätze sprechen dem Individuum die Fähigkeit zur internen Balance und Kontrolle zu und damit das Potenzial zur Erhaltung und Wiederherstellung eines ganzheitlich verstandenen, gesundheitlichen Wohlbefindens (vgl. Noack, 2003, S. 17). Gesundheit gilt nicht mehr als ein passiver Zustand, sondern als ein labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Geschehen zwischen den äußeren Einflüssen/ Risiken und dem individuellen Bewältigungsvermögen des Organismus (vgl. Mazumdar, 2004, S. 18). Bei allen Formen einer ganzheitlichen Zugangsweise zu Gesundheit wird das Individuum daher angehalten, ein selbstverantwortlicher, aktiver Teilnehmer im Heilungsprozess zu sein (vgl. Crawford, 1980, S. 366). Dadurch rücken tendenziell Faktoren in den Fokus, die auf ein individuelles, persönliches Vermögen der betreffenden Person rekurrieren. Die entscheidende Frage ist dann etwa

nicht mehr, wie gewisse Risikofaktoren abzuschalten sind, sondern in welchem Maße der Organismus damit umzugehen vermag (vgl. Mazumdar, 2004, S. 18).

#### **2.1.4.2. Gesundheitsförderung:**

Dieser oben beschriebene Zugang zu Gesundheit und vor allem die Einbindung des Individuums in diesen Prozess wurde nicht unwesentlich durch ein Konzept befördert, welches ebenfalls durch die WHO geprägt wurde. Dabei handelt es sich um die Gesundheitsförderung, die erstmals 1986 im Rahmen der Ottawa Charta definiert wurde.

Die Gesundheitsförderung ist nicht als ein einheitlicher Zugang zu Gesundheit zu betrachten, der theoretisch wie fachlich genau zuzuordnen wäre. Vielmehr steht sie für einen interdisziplinären Zugang zu Gesundheit und ist vielmehr als eine Rahmenkonzeption bzw. als eine politische Strategie anzusehen. Seit den 80ern wurde dieses Konzept politisch, wie sozial zunehmend bedeutsam (vgl. Brunett, 2009, S. 68) und kann heute sogar als das Paradigma des gesundheitspolitischen Handelns gelten (vgl. Kickbusch, 2006, S. 104). Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, wie und mit welchen Mitteln das Gesundheitspotenzial von Menschen durch strukturelle und politische Initiativen und durch persönliche Unterstützung gefördert werden kann (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 149). Die Ottawa Charta enthält folgende Definition der Gesundheitsförderung:

*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. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. (...) Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin (WHO, 1986).*

Wie aus dieser Beschreibung ersichtlich, weist das der Gesundheitsförderung zugrundegelegte Verständnis von Gesundheit weit über das der Biomedizin hinaus (vgl. Brunett, 2009, S. 69). Gesundheit wird nicht mehr nur als körperlich-biologische Dimension verstanden, sondern um politische, soziale und psychische Dimensionen erweitert (vgl. ebd., 172). Zudem zeichnet sich dieses Konzept dadurch aus, dass die gesundheitsrelevanten Lebensweisen der Menschen und deren Einfluss auf Gesundheit berücksichtigt werden, sowie dadurch, dass sich das Ziel Gesundheit auf alle Bevölkerungsgruppen bezieht und nicht nur auf einzelne sogenannte Risikogruppen (vgl. ebd.).

Diese erweiterte Sichtweise auf Gesundheit, wie sie durch die Gesundheitsförderung vorgeschlagen wird, ist nun insofern als ein Fortschritt anzusehen, als dass dadurch der Komplexität und Mehrdimensionalität von Gesundheit Rechnung getragen wird. Gleichzeitig beförderte diese Auffassung aber auch eine tendenzielle Orientierung am Subjekt, was vor dem Hintergrund der sozialen Bedingtheit von Gesundheit problematische Auswirkungen hat, wie im Laufe dieser Arbeit gezeigt wird. Dies ist einerseits auf die programmatische Ausrichtung der Gesundheitsförderung selbst zurückzuführen, in der die aktive Rolle und die Förderung von Kompetenzen des Individuums, sowie das individuelle, gesundheitsbezogene „Empowerment“ und die damit einhergehende Vorstellung von Eigenverantwortung konstitutive Elemente darstellen (vgl. Brunett, 2007, S. 172). Andererseits ist die dadurch beförderte Orientierung am Subjekt aber auch darauf zurückzuführen, dass dieses Konzept seit seiner Verankerung partiell durch politische Strategien in Dienst genommen wurde (vgl. Naidoo; Wills, 2003 zit. nach Brunett, 2009, S. 71)<sup>3</sup>, wodurch immer nur bestimmte Elemente betont und benutzt wurden, während man andere vernachlässigte. Denn neben der Ausrichtung auf aktive und eigenverantwortliche Individuen enthält das Konzept der Gesundheitsförderung auch Elemente einer sozialpolitischen Ausrichtung, was in den politischen Handlungsstrategien allerdings weniger Berücksichtigung findet (vgl. Naidoo; Wills, 2003 zit. nach Brunett, 2007, S. 172).

### **2.1.2. Fazit:**

Sowohl die Etablierung alternativmedizinischer Ansätze, als auch die zunehmende Bedeutung der Gesundheitsförderung trugen zu der aus dieser Phase resultierenden „Institutionalisierung subjektorientierter Zugänge“ (Brunett, 2009, S. 68) bei. Es entstand ein ganzheitliches und positives Gesundheitsverständnis, das sich an der Lebenswelt der ‚aktiven‘ Subjekte orientiert und das die Machbarkeit der Gesundheit durch Alltagspraktiken betont und sowohl die Selbstbestimmung, als auch die Eigenverantwortung der Individuen herausstellt (vgl. ebd., S. 172; vgl. Kickbusch, 2006, S. 35). Die Popularisierung von Heilmethoden wie Homöopathie, Akupunktur, Meditation und Biofeedback, Polaritätstherapien, Ernährungstherapien, Bewegungs- oder Tanztherapien, Massagen und diverser anderer Heilmethoden, die von östlichen Traditionen adaptiert wurden (vgl. Crawford, 1980, S. 366), aber auch jüngere Phänomene, wie die Fitness- und Wellness Bewegung (vgl. Mazumdar, 2004, S. 15) sind mit dieser Entwicklung assoziiert. ‚Gesundheit‘ wurde dabei zunehmend in das Subjekt verlagert. Seit der Etablierung des ganzheitlich-psychosomatischen Gesundheitsverständnis‘ wird sie mit dem

---

<sup>3</sup> Naidoo, J.; Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln, S. 131 - 151

individuellen Verhalten einer Person assoziiert und tendenziell auf deren Persönlichkeit und Willen zurückgeführt (vgl. Brunett, 2007, S. 178), was auch ein zentrales Merkmal der heutigen Auffassung von Gesundheit darstellt.

Vor dem Hintergrund dieser historischen Weichenstellungen soll nun im Folgenden die momentane Gesundheitskultur beschrieben werden. Dabei wird kritisch auf die maßgeblichsten Tendenzen eingegangen, sowie auf deren „Megatrends“, wie Kickbusch die zugrundeliegenden Eigenschaften der zeitgenössischen, kulturellen Auffassung und Praxis von Gesundheit nennt (ebd., 2006). Diese Auseinandersetzung wird sich dabei einerseits auf Tendenzen beziehen, die sich aus der biomedizinischen Perspektive auf ‚Gesundheit‘ entwickelten, ganz wesentlich aber auch auf Tendenzen, die sich in dieser Form erst mit der Popularisierung der alternativmedizinischen Ansätze entwickelten. Speziell zu dieser Differenzierung sollte aber noch ergänzt werden, dass diese beiden Perspektiven heute keine Gegensätze mehr darstellen. Die früher konstitutiven Grenzen zwischen Medizin und alternativen Gesundheitsverfahren haben sich aufgelöst (vgl. Brunett, 2009, S. 80) und wir haben es, insbesondere in der kulturellen Auffassung, aber auch in der therapeutischen Praxis, oft mit einer Mischform aus diesen beiden Ansätzen zu tun. Denn das erweiterte, ganzheitliche Gesundheitsverständnis der alternativen Gesundheitsverfahren fand in neu entstandenen, interdisziplinären medizinischen Gebieten zunehmend seine Berücksichtigung (vgl. Noack, 1993, S. 16). Aber auch die weiterhin stark biomedizinisch bzw. *biopsychisch* ausgerichtete Medizin wurde von ganzheitlichen und subjektorientierten Ansätzen beeinflusst. So bieten Ärzte heute etwa alternative Heilmethoden in ihren Praxen an und sogar Krankenkassen integrieren alternative Gesundheitsverfahren in ihr Leistungsangebot (vgl. Brunett, 2009, S. 78 f.). Insofern kann man diesbezüglich nicht mehr von streng getrennten Bereichen ausgehen, sondern muss, insbesondere wenn es um eine kulturell verallgemeinerte Auffassung von Gesundheit geht, von einer Mischform ausgehen.

## **2.2. Merkmale der zeitgenössischen Gesundheitskultur:**

Als erste Orientierung für die heute relevanten und hier hervorzuhebenden Tendenzen der Gesundheitskultur kann eine schon früh entstandene Definition von Robert Crawford (ebd., 1980) dienen. Auch dieser beobachtete, dass in den 1980ern ein neues Gesundheitsbewusstsein um sich griff und er versuchte in einem Artikel dessen zugrundeliegenden Konzepte und Annahmen zu identifizieren. Wie auch die jüngeren Trend-Beschreibungen übereinstimmend betonen (vgl. dazu Brunett, 2009, S. 68 ff.; Mazumdar, 2004, S. 15; Kickbusch, 2006, S. 38 f), sah auch er dieses neue Bewusstsein stark von den ganzheitlichen Ansätzen beeinflusst.

Den Ausgangspunkt für Crawford's Überlegungen boten die Beobachtungen, dass Gesundheit zu einer ‚nationalen Hauptbeschäftigung‘ geworden war, dass ständig steigende persönliche Anstrengungen, monetäre Ausgaben der Konsumenten, sowie politische Aufmerksamkeit im Namen der Gesundheit aufgewandt wurden, was sich beispielsweise in Phänomenen wie der Fitness Bewegung äußerte, oder der teilweise aggressiven Anti-Raucher Einstellung, dem Auftauchen von populären Gesundheits-Magazinen bzw. von Gesundheitsthemen in den Zeitungen, oder der verbreiterten Palette an ‚Gesundheitsprodukten‘ (vgl. ebd. 1980. S. 365). Crawford umschrieb dabei das neue Gesundheitsbewusstsein mit dem Begriff „Healthism“ (vgl. ebd, 1980, S. 368) und definierte dieses wie folgt:

„ ... the preoccupation with personal health as a primary – often *the* primary – focus for the definition and achievement of well-being; a goal which is to be attained primarily through the modification of life styles, with or without therapeutic help” (ebd.).

Diese Definition spricht nun mehrere Aspekte an, die auch für das heutige Gesundheitsbewusstsein eine Rolle spielen und die in diesem Kapitel aufgegriffen werden. Die dabei zu behandelnden Aspekte werden im Folgenden im Rahmen von 3 grundlegenden Tendenzen gefasst, wobei jeweils auf mehrere Ausprägungen dieser Tendenzen eingegangen wird.

### **2.2.1. Expansion der Gesundheit:**

Mit ‚Expansion‘ wurde hier ein sehr grober Überbegriff gewählt, der mehrere Phänomene fassen soll. Im Großen und Ganzen wird damit die Tendenz angesprochen, dass sich ‚Gesundheit‘ in unserer Gesellschaft immer weiter ausdehnte, was aber unter mehreren Gesichtspunkten und für mehrere Bereiche relevant ist. Ein weit verbreitetes, ‚klassisches‘ medizinkritisches Konzept bietet dabei den ersten Ansatzpunkt.

#### ***2.2.1.1. Expansion medizinischer Bewertungen (Medikalisierung):***

Die bereits angesprochene Kritik an der Gesundheitsversorgung durch die sozialen Bewegungen der 60er, vor allem aber der 70er und 80er Jahre (vgl. Lupton, 1997, S. 95), fand ihren Ausdruck im medizinkritischen Konzept der ‚Medikalisierung‘. Dieses Konzept wies insgesamt keine theoretische Geschlossenheit auf, sondern fungierte vielmehr als Oberbegriff für marxistische, ideologiekritische, feministische und poststrukturalistische Zugänge. Die minimale Gemeinsamkeit dieser Zugänge bestand aber darin, dass sie die moderne Biomedizin in ihrer sozialen Herrschaftsfunktion ablehnten (vgl. Brunett, 2007, S. 171). Sie kritisierten die Macht und den Einfluss der Medizin und argumentierten, dass das soziale Leben und soziale

Probleme mehr und mehr durch die medizinische Perspektive problematisiert und einer medizinischen Lösung zugeführt, also ‚medikalisiert‘ wurden (vgl. Lupton, 1997, S. 95). Die (Bio-)Medizin, so die Kritik, weitete demnach ihren Einflussbereich expansiv auf immer mehr Bereiche des Sozialen, auf den Körper, die Gesundheit und das Leben aus, wobei sie gleichzeitig gesellschaftspolitische Funktionen für Politik und Ökonomie erfüllte und sich in den Dienst der Mächtigen stellte (vgl. Brunett, 2007, S. 171). So wurden etwa schon früh sehr disparate Bereiche des menschlichen Lebens und Verhaltens als medizinisch relevant betrachtet, wie Essen und Trinken, Sexualität und Fruchtbarkeit oder die Art der Bekleidung (vgl. Foucault, 2003a, S. S. 31). Mit dieser Expansion der medizinischen Zuständigkeit wurden, so etwa der Vorwurf im viel rezipierten Werk Illichs (Illich, 1995 zit. nach Brunett, 2007, S. 171)<sup>4</sup>, Vorgänge ‚normalen‘, menschlichen Lebens zunehmend mit der Institution der Medizin verflochten – mit ihrer Profession, ihrer therapeutischen Praxis und ihrer medizinischen Diagnose – und dabei mit einem medizinischen Interpretationsschema bedacht. Dabei wurden diese Vorgänge aufgrund der spezifischen Sichtweise der Medizin automatisch unter pathologischen Gesichtspunkten betrachtet und in medizinisch zu behandelnde *Probleme* umdefiniert (vgl. ebd.). Vormalig normale Phänomene, wie Geburt oder Tod, wurden so aus dem Deutungsbereich des sozialen Lebens verdrängt und die zu entnehmenden Interpretationen dieser Erfahrungen zunehmend in einem Rahmen gefasst, der von medizinischen Praktiken und medizinischen Begriffen gestaltet wurde (vgl. ebd.).

So können wir mit der Medikalisation als ersten Aspekt für die Expansion der Gesundheit festhalten, dass, wie Foucault es ausdrückt, die Medizin allmählich keinen Bereich mehr hat, der ihr äußerlich ist (vgl. ebd., 2003b, S. 68) und immer mehr Bereiche des sozialen Lebens medizinischen Deutungen zugeführt werden. Das soziale Leben, sowie auch soziale Probleme, wurden zunehmend in den Zuständigkeitsbereich der Medizin gestellt und dabei als ‚gesundheitlich relevant‘ definiert (vgl. Lupton, 1997, S. 95).

#### **2.2.1.1.1. Expansion gesundheitlicher Bewertungen (,Moderne‘ Medikalisation):**

Die ursprüngliche, ‚klassische‘ Medikalisationkritik bezog sich auf die Biomedizin (vgl. Brunett, 2007, S. 171). In Abgrenzung zu dieser, etablierten sich mit den sozialen Bewegungen der 70er und 80er die alternativmedizinischen Ansätze und ein ganzheitlich-psychosomatisches Gesundheitsverständnis, wodurch das biomedizinische Definitionsmonopol auf Gesundheit gebrochen wurde. Doch auch wenn die sozialen Bewegungen die Medikalisation an der Biomedizin kritisierten und dagegen vorgingen, so wurde die Ausweitung

---

<sup>4</sup> Illich, Ivan (1995): Die Nemesis der Medizin: Die Kritik der Medikalisation des Lebens. München

medizinischer Bewertungen mit dem Paradigmenwechsel im Gesundheitsverständnis sogar eher noch gefördert, als gestoppt. Allerdings war diese nun nicht mehr so stark an das Gesundheitsverständnis der Medizin gekoppelt, sodass mit Medikalisierung seit diesem Zeitpunkt eine Ausweitung *gesundheitlicher*, statt rein ‚medizinischer‘, Bewertungskategorien verstanden werden kann. Auch Crawford wies darauf hin, dass das neue Gesundheitsbewusstsein, entgegen den Ansprüchen und ersten Eindrücken, eher eine weitere Medikalisierung unserer Kultur bewirkt hat, insbesondere eine Medikalisierung dessen, wie das Problem der Gesundheit verstanden wird (vgl. ebd., 1980, S. 369). Denn die Bewegungen, die dieses Bewusstsein sowie die Abkehr von der rein biomedizinisch definierten Auseinandersetzung mit Gesundheit förderten, fanden in einer Gesellschaft statt in der Gesundheit bereits entgrenzt war und in der sie als Bewertungskategorie immer weiter vordrang (vgl. ebd., S. 370). Durch die Bestrebungen der sozialen Bewegungen die Kontrolle über Gesundheit zu verlagern, weg von den Ärzten, hin zur Bevölkerung, wurde so zwar die klinische Form der Medikalisierung beschränkt, gleichzeitig aber eine andere Form gefördert, die sich in der präventiven Medizin und der Selbsthilfe manifestierte (vgl. Lupton, 1997, S. 107).

Generell ist zu bemerken, dass der in den 80er Jahren stattfindende Paradigmenwechsel im Gesundheitsverständnis nur teilweise einen Bruch mit den negativen Begleiterscheinungen der Biomedizin brachte. Zwar wurden etliche dominante, medizinische Paradigmen bekämpft oder modifiziert, doch blieben auch einige der fundamentalsten und hemmendsten Konzeptionen unberührt (vgl. Crawford, 1980, S. 369). Gesundheit wurde zwar nun auf eine positive Weise betont, die therapeutischen Praktiken des Gesundheitssystems wurden entsprechend erweitert und es wurde vermehrt auf psychische Vorgänge, wie auch auf die Umwelt des Individuums geachtet. Aber dies bewirkte trotzdem weiterhin, dass der Einflussbereich der Gesundheit bzw. des Gesundheitssystems auf ‚normale‘ gesellschaftliche und soziale Phänomene expandierte (vgl. Schneider, 2013a, S. 217), die mit dem Deutungsschema der Gesundheit/Krankheit bedacht wurden, seien diese nun aus einer biomedizinischen Perspektive gedeutet, oder aus einer ganzheitlichen.

#### ***2.2.1.1.2. Pathologisierungstendenz:***

Ausgehend von der im Konzept der Medikalisierung formulierten Kritik, also der Ausweitung dessen was als gesundheitlich relevant betrachtet wird, kommt es automatisch auch zu einer Ausweitung und Verallgemeinerung dessen, was potenziell als pathologisch gefasst werden kann (vgl. Mazumdar, 2004, S. 13). Menschliche Zustände, Verhaltensweisen und Erfahrungen werden dadurch in zunehmendem Maße als Krankheiten klassifiziert und entsprechend

behandelt (vgl. Wolff, 2011, S. 1252). Potenziell wird der Krankheitsbegriff dadurch auf alles anwendbar. Er wird immer weiter ausgedehnt und erstreckt sich auf immer mehr Bereiche des an und für sich ‚normalen‘ sozialen Lebens.

Tatsächlich waren wohl die Anzahl der wahrgenommenen „Gefahren“ für die Gesundheit und der potenziellen „Krankheiten“ wohl noch nie so zahlreich wie heute, wobei hinzuzufügen ist, dass dabei nicht primär lebensbedrohende Krankheiten gemeint sind, bei denen naturgemäß weniger Interpretationsspielraum besteht, ob diese nun als ‚schädlich‘ zu gelten haben oder nicht, sondern zunächst einmal nur Phänomene, die als abweichend oder störend betrachtet werden. Als Beispiel dafür kann man etwa altersbezogene Symptome heranziehen, wie die Andropause oder Haarverlust. Phänomene wie diese, werden heute pathologisiert und es wird nach medizinischen Lösungen für das „Problem“ gesucht, wiewohl es sich dabei um gewöhnliche und ‚natürliche‘ Begleiterscheinungen des Alterns handelt. Auch Müdigkeitssymptome („Chronische Müdigkeit“) kann man als aktuelles Beispiel dafür anführen, dass oft vorschnell nach medizinischen Erklärungen wie ‚Eisenmangel‘ gesucht wird, wiewohl vielfältige andere Ursachen dafür verantwortlich sein können (vgl. Wolff, 2011, S. 1252).

Die Pathologisierungstendenz äußert sich auch darin, dass entsprechende, neue medizinische Kategorien und Krankheitsbilder um die als problematisch erachteten Phänomene auftauchen, wie in den letzten 4 Jahrzehnten häufig geschehen. Anorexie und Essstörungen, RSI-Syndrom (Sekretärinnenkrankheit), Fibromyalgie, Prämenstruelles Syndrom, Posttraumatische Belastungsstörung, oder multiple chemische Empfindlichkeits-Syndrome wurden etwa erst in der jüngeren Vergangenheit „entdeckt“ (vgl. Conrad, 2007, S. 46). Beispiele wie diese verdeutlichen, dass körperliche Phänomene bzw. Reaktionen heute sehr schnell in einen gesundheitlichen Kontext gesetzt werden. Die Gründe dafür, sowie die Lösungen dieser Probleme werden dabei meist isoliert beim Individuum gesucht, anstatt in der Umwelt oder der Gesellschaft.

Durch die mittlerweile große gesellschaftliche, aber auch individuelle Offenheit gegenüber der Wahrnehmung psychischer Prozesse, sowie psychischer Beeinträchtigungen sind von der Pathologisierungstendenz heute aber nicht mehr nur Phänomene betroffen, die sich physisch manifestieren, sondern eben auch psychische Abweichungen bzw. Krankheiten. Diesen Krankheiten wird generell eine hohe Relevanz zugeschrieben, was etwa durch die Anzahl der ärztlichen Diagnosestellungen, oder durch epidemiologische Studien, die bemerkenswert hohe Erkrankungszahlen erheben, bestätigt wird (vgl. Schneider, 2013b, S. 222). Trotzdem bleibt zu fragen, inwiefern die dadurch suggerierte Bedeutung psychischer Krankheiten die „Wirklichkeit“ abbildet und inwiefern die Definition einiger dieser Phänomene als Krankheiten

zwingend notwendig ist (vgl. ebd., S. 222 f.). Denn auch psychiatrische Diagnosen sind nicht unbedingt als Indikatoren für objektive Befindlichkeiten, sondern vielmehr als das Ergebnis von interaktiven Aushandlungsprozessen anzusehen, die von sozioökonomischen Bedingungen beeinflusst sind (vgl. Conrad, 2007, S. 48). „Gerade auf der Ebene der psychischen Störungen werden subjektive Befindlichkeitsstörungen zunehmend zu Krankheiten hochdefiniert, was sicherlich vielfach für somatoforme Störungen, Anpassungsstörungen oder auch das Burn-out-Syndrom gilt“ (Schneider, 2013b, S. 223).

Darüber hinaus muss bedacht werden, dass auch auf individueller Ebene eine erhöhte Bereitschaft besteht, psychische Befindlichkeiten als ‚anormal‘ oder ‚krank‘ zu erleben (vgl. ebd., S. 227). „Der öffentliche Hype um die gravierenden psychosozialen gesellschaftlichen Anforderungen, den alltäglichen und beruflichen Stress hat dazu geführt, dass die Bevölkerung nachhaltig für diese Thematik sensibilisiert worden ist“ (ebd).

Auch psychische Phänomene werden heute also oft vorschnell als Krankheiten gefasst. So wurde etwa die Krankheitskategorie der bipolaren Störung für Kinder eingeführt, deren Diagnose seit 2000 um das Vierfache zugenommen hat. Aber auch die Klassifikation von Schüchternheit oder Lampenfieber als „soziale Phobie“ (vgl. Schneider, 2013b, S. 224), oder die Behandlung von Süchten, wie der ‚Spielsucht‘ oder der ‚Sexsucht‘ als Krankheiten (vgl. Wolff, 2011, S. 1252) können beispielhaft für die Pathologisierung psychischer Phänomene genannt werden. Generell werden psychische Befindlichkeiten und Gefühle wie Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Trauer, soziale Verunsicherungen und Ängste heute sehr schnell als medizinische Probleme verstanden und entsprechend behandelt (vgl. Schneider, 2013a, S. 218).

In diesem Kontext ist erneut zu betonen, dass sich die Definitionen dessen was als krank gilt immer an einem soziokulturell konstruierten Ideal-Bild orientieren. Die Onaniehysterie im 18. Jahrhundert war genauso von gesellschaftlichen Wertvorstellungen geprägt wie der heutige Diskurs über das Übergewicht (vgl. Wolff, 2011, S. 1252). Und in Bezug auf den heutigen soziokulturellen Hintergrund ist festzuhalten, dass dieser von einem sehr hoch angesetzten Gesundheits- und Leistungsideal geprägt ist, wobei Abweichungen oftmals wenig toleriert werden (vgl. Schneider, 2013a, S. 218). Im Zeichen dieser Ideale dienen auch viele Instrumentarien und Methoden der heutigen medizinischen und therapeutischen Praxis in erster Linie dazu, gewissen Wunschvorstellungen zu entsprechen, wie Jugendlichkeit, Leistungsfähigkeit oder Schönheit (vgl. Wolff, 2011, S. 1252). Dabei wird sich nicht mehr vorrangig an Faktoren orientiert, die die ‚Gesundheit‘ eines Menschen determinieren, sondern vielmehr daran, die Angepasstheit an das gesellschaftlich verbindliche Leistungs- und Gesundheitsideal

zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund sind auch viele „Krankheitsbilder“ zu verstehen, die oft weniger eine ‚gesundheitliche‘ Auswirkung per se beschreiben, als vielmehr eine Auswirkung auf eine soziokulturell kontingente Dimension, die unter dem Konstrukt ‚Gesundheit‘ gefasst wird.

Erstaunlicherweise erfährt diese Tendenz zur vorschnellen Pathologisierung innerhalb der Psychiatrie und der Psychosomatik sehr wenig Kritik, weder bei den Vertretern der jeweiligen Fächer innerhalb des medizinischen Versorgungssystems, noch bei den sozialpädagogisch Tätigen, noch in der Öffentlichkeit (Schneider, 2013b, S. 224 f.). Im gesamten Gesundheitswesen schreitet die Pathologisierungstendenz relativ widerstandlos voran. Die Pointierung der Sorge um Gesundheit und um das persönliche Wohlbefinden wird kaum hinterfragt, denn sie gilt als human und sozial verantwortlich. Dass dabei Abweichungen von der Norm auf der körperlichen, sozialen und psychischen Ebene oftmals zu schnell als „krank“ bewertet werden und dass dabei Probleme, die zu viel größeren Anteilen durch die Lebensumstände generiert werden, in medizinische Probleme umdefiniert werden, wird dabei zu wenig reflektiert und kritisch diskutiert (vgl. ebd., S. 218 ff.).

#### ***2.2.1.1.3. Soziale Kontrolle:***

Die bisher angesprochenen Merkmale drehten sich vorwiegend um Phänomene die damit einhergehen, wie der gesundheitliche ‚Normalzustand‘ definiert wird. Dies steht auch mit einer Funktion von ‚Gesundheit‘ in Verbindung, die prinzipiell jeder Gesundheitskonzeption eingeschrieben ist und die auch hier kurz angesprochen werden soll:

Die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit verhalten sich zueinander so, dass das Gesunde meist über den Ausschluss des Kranken definiert wird (vgl. Mazumdar, 2004, S. 13). Diese Vorstellungen gehen auch damit einher, was in einer Gesellschaft als wünschenswert, als normal, als akzeptabel und was als abweichend, unnatürlich und abzulehnend gilt. Insofern ist mit einer Vorstellung von Gesundheit, so die Kritik, auch eine Dimension verbunden, wodurch deviante, unliebsame Verhaltensweisen oder Zustände stigmatisiert werden, indem sie als krank bezeichnet werden und somit sanktioniert werden können. Ganz grundlegend beinhaltet ‚Gesundheit‘ somit auch eine soziale Kontrollfunktion und eine Tendenz zur Pathologisierung von Devianz. Dies trifft allerdings nicht erst auf die Gesundheitskonzeption in ihrer heutigen Form zu, denn zumindest seit der Moderne geriet das „was nicht passte (...) unter einen generellen Krankheitsverdacht. Dazu gehörten anthropologische Typen wie der Verbrecher, der Obdachlose, die ‚hysterische‘ Frau, der Homosexuelle, das Problemkind.

Dazu gehörten aber auch allgemeinere anthropologische Tatsachen wie die Sexualität, der Wahnsinn, das Denken“ (Mazumdar, 2004, S. 13 f.).

Darüber hinaus können auch Alkoholismus, Drogensucht, Dickleibigkeit, oder Gewalt als Beispiele für deviante Verhaltensweisen angeführt werden, die mit der Zeit im begrifflichen Rahmen von Krankheiten gefasst wurden, wodurch gewisse Verhaltensweisen und Zustände als unerwünscht definiert wurden (vgl. Crawford, 1980, S. 370). Mit der Definition eines Phänomens als ‚krank‘ kann also potenziell Widerständiges entschärft und sozial nicht akzeptiertes Verhalten ausgegrenzt werden (vgl. Schneider, 2013a, S. 217).

In den Begriffen und den Auffassungen von Gesundheit und Krankheit manifestieren sich somit auch die gesellschaftlich verbindlichen Vorstellungen dessen, was als wünschenswert und was als abzulehnend, als gut oder als schlecht gilt. Insofern hat diese Funktion eines Gesundheitsbildes auch eine politische Dimension, denn diese Vorstellungen wurden seit jeher im Sinne der Mächtigen und der wirtschaftlichen und politischen Ordnung bzw. im Sinne der Stabilität der bestehenden, gesellschaftlichen und sozialen Ordnung ausgestaltet. So wurde etwa früher die Ungleichheit zwischen Mann und Frau medizinisch begründet, wodurch die patriarchale Gesellschaftsstruktur gestützt wurde (vgl. Labisch, 1992, S. 274). Weiblichkeit wurde dabei als Pathologie betrachtet, die Gebärfähigkeit der Frau als öffentlich bedeutsame Funktion behandelt und dadurch kontrolliert (vgl. ebd.).

Auch heute sind in der Konzeption von Gesundheit und Krankheit die für die bestehende Ordnung förderlichen Vorstellungen dessen enthalten, welche Verhaltensweisen und Zustände für unsere wirtschaftspolitische, sowie gesellschaftspolitische Ordnung wünschenswert bzw. zielführend und nützlich sind, und welche nicht. Etwa der Umstand, dass wenig angepasste, unaufmerksame und lernschwache Kinder - mittlerweile allzu häufig auch auf Initiative der Eltern, Lehrer oder Kinderärzte (vgl. Schneider, 2013b, S. 224) - mit dem Krankheitsbild ADHS diagnostiziert und entsprechend therapiert werden, spricht für das Idealbild an dem wir uns orientieren. Dass solche „Symptome“ heute als Hinweis auf eine Krankheit verstanden werden, hat auch damit zu tun, dass das zeitgenössische Leistungsanforderungsprofil nach anderen Qualitäten verlangt. Und die gängige Vorgehensweise eine solche Devianz zu stigmatisieren ist, diese als Krankheiten zu definieren, wodurch gleichzeitig unterstrichen wird, welche Qualitäten/ Fähigkeiten/ Verhaltensweisen in unserer Gesellschaft erwünscht sind. Dabei ist das Phänomen ADHS bei weitem nicht das einzige Beispiel. So haben auch andere Lern-, Leistungs- oder Anpassungsprobleme den Stellenwert einer Diagnose erhalten (z. B. Legasthenie oder Akalkulie) (vgl. Schneider, 2013b, S. 224).

Eine Vorstellung von Gesundheit und die gleichzeitige Definition dessen was als ‚krank‘ zu betrachten ist, besitzt also immer auch eine Dimension die dem Einzelnen suggeriert, wie ein „richtiges“ Leben auszusehen hat (vgl. Schneider, 2013a, S. 217). Dies ist als eine Form der sozialen Kontrolle über die Mitglieder einer Gesellschaft anzusehen, die auch auf die Gesundheitskonzeption in ihrer heutigen Form zutrifft. Für die gesellschaftliche Ordnung unerwünschte Zustände oder Verhaltensweisen werden als Krankheiten klassifiziert. So wird etwa auch kriminelles Verhalten pathologisiert (vgl. Schneider, 2013b, S. 221) und in den Deutungsbereich der Medizin überführt, wenn etwa die Gehirne von Straftätern auf Unterschiede zu angepassten Menschen überprüft werden. Doch ist die Funktion der sozialen Kontrolle eben nicht nur in Bezug auf offensichtlich problematische Phänomene relevant, wie etwa bei Gewaltverbrechen, sondern auch in Bezug auf Phänomene, die erst vor dem Hintergrund der soziokulturellen, gesellschaftlichen Wertvorstellungen zu einem Problem werden, wie die mit ADHS assoziierten Verhaltensauffälligkeiten.

### **2.2.1.2. Expansion der Ansprüche an Gesundheit:**

Es wurde bereits angesprochen, dass sich im Laufe des 20. Jahrhundert einerseits auch andere wissenschaftliche Disziplinen mit Gesundheit zu beschäftigen begannen und dass sich andererseits spätestens seit den 80er Jahren eine komplexere und umfassendere Vorstellung von Gesundheit etablierte. Dies zeigte sich auch in den theoretischen Definitionen, wovon eine hier exemplarisch angeführt sei:

*Neben körperlichem Wohlbefinden (z.B. positives Körpergefühl, Fehlen von Beschwerden und Krankheitsanzeichen) und physischem Wohlbefinden (z.B. Freude, Glück, Lebenszufriedenheit) gehören auch Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung dazu. Gesundheit hängt ab vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung und dem Umgang mit Belastungen, von Risiken und Gefährdungen durch soziale und ökologische Umwelt sowie vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung, Erschließung und Inanspruchnahme von Ressourcen. Die sozialwissenschaftlichen Definitionsversuche des Phänomens Gesundheit zeichnen sich dabei durch eine Komplexität aus, die historisch betrachtet als neu zu bezeichnen ist (Bengel; u.a., 2001 zit. nach Fromm, 2011, S. 18)<sup>5</sup>.*

In dieser Definition ist die neue Komplexität der Gesundheitsdefinitionen nicht nur angesprochen und demonstriert, sondern sie macht auch auf eine weitere Dimension aufmerksam, die heute in unserem Gesundheitsbild verankert ist: Die Annäherung der Konzeption von Gesundheit an die des Glücks (vgl. Mazumdar, 2004, S. 15) und die damit einhergehenden, wachsenden Ansprüche, die an ‚Gesundheit‘ gestellt werden.

Auch dieser Aspekt ist auf die aus medizinkritischer Perspektive entwickelten, alternativen Gesundheitskonzeptionen zurückzuführen. Diese orientieren sich, wie erwähnt, einerseits viel

---

<sup>5</sup> Bengel, J.; Strittmater, R.; Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BZgA

stärker an subjektiver Sinnstiftung von Gesundheit/ Krankheit (vgl. Brunett, 2009, S. 75 f.) und andererseits konnotieren sie Gesundheit positiv und haben die Vorstellung davon mit positiven Werten aufgeladen (vgl. Mazumdar, 2004, S. 15). Dadurch angestoßen ist Gesundheit heute zum Synonym für Wohlbefinden, Lebensglück, Lebensqualität, Ausgeglichenheit, Freude und Genuss geworden. Die vormals gültige Gegensätzlichkeit von Gesundheit und Genuss hat sich aufgehoben und sie gilt nun vermehrt auch als das lustvolle Arbeiten am eigenen Wohlbefinden (vgl. Mazumdar, 2004, S. 15).

„Gegen Ende der achtziger Jahre mündete diese Vorstellung von Gesundheit in den Begriff *Wellness*, der mittlerweile längst die Gesundheitsdiskussion in den Medien beherrscht und in dem, so scheint es, (a) das Band zwischen Gesundheit und Krankheit sich gelockert hat und (b) die Beziehung zwischen Gesundheit und Glück enger geknüpft worden ist“ (Mazumdar, 2004, S. 15).

Das subjektive Wohlbefinden ist dabei ein zentraler Bestandteil dieser Annäherung an ‚Gesundheit‘. Auch dies trägt zu einer Pathologisierung individueller Befindlichkeitsstörungen bei, indem jedes subjektiv empfundene Unwohlsein potenziell als Krankheit, oder zumindest als Gesundheits-Defizit, gedeutet werden kann. Die positive Konnotation von Gesundheit wird dabei insofern noch erweitert, als dass diese zusätzlich verbunden wird mit Erlebnis, Genuss, Gefühlen und Verwöhnen (vgl. Kickbusch, 2006, S. 40). Die Wellness Bewegung steht somit exemplarisch für einen Zugang zu Gesundheit, der die Maßstäbe daran sehr hoch ansetzt und der die Ansprüche an Gesundheit stark erhöht, da sie tendenziell mit allgemeinen und komplexen Vorstellungen wie Wohlbefinden, persönliche Zufriedenheit und persönlichem Glück verknüpft wird (vgl. Schneider, 2013b, S. 221).

Die Vorstellungen von Gesundheit und von Glück nähern sich somit einander an (vgl. Mazumdar, 2004, S. 15), was ebenso zu einer ‚Expansion der Gesundheit‘ beiträgt. Denn der Begriff wird dadurch tendenziell mit allem Positiven im Leben assoziiert, was zu einer immer komplexeren, aber auch undefinierbaren Vorstellung davon führt. Gesundheit wird zu einem unhinterfragten und kaum noch definierbaren Zweck. Der Begriff wird verschwommen, ungenau und grenzenlos (vgl. Kickbusch, 2006, S. 10).

### ***2.2.1.3. Expansion in die alltägliche Lebenswelt und den Lebensstil:***

Neben der Betonung der positiven Dimensionen von Gesundheit ist für die ganzheitlich- psychosomatische Gesundheitskonzeption außerdem noch bezeichnend, dass sie den Schwerpunkt auf einen lebensweltorientierten Umgang mit der eigenen Gesundheit legt (vgl. Brunett,

2007, S. 172). Zur Zeit der biomedizinischen Vormachtstellung war Gesundheit noch an Experten gebunden und die Medizin war die dafür verantwortliche Institution. Die medizinkritischen, ganzheitlichen Ansätze der Gesundheitsbewegung kritisierten die bürokratischen, entfremdeten und standardisierten Behandlungsmethoden dieser Medizin (vgl. Brunett, 2009, S. 106 f.) und legten mit ihrer alternativen Zugangsweise darum großen Wert auf Selbstbestimmtheit, Eigenverantwortung (vgl. ebd., S. 172) und Emanzipation von der übermächtigen, medizinischen Expertise. Dementsprechend orientierte sich diese Gesundheitskonzeption an den Bedürfnissen der Laien, an alltäglichen und individuell steuerbaren Dimensionen der Gesundheit. Auf diese Weise wurden Fragen der Gesundheit in jeden Winkel des Alltags hinein verlagert (vgl. Lupton, 1997, S. 107), wodurch die heute stark bemerkbare Verankerung der Gesundheit in der alltäglichen Lebenswelt, was etwa Kickbusch als zentrales Merkmal der heutigen Gesundheitskultur herausstellt (vgl. ebd., 2006, S. 35), erklärbar erscheint. Die Konzeption von Gesundheit orientierte sich zunehmend an den für Laien zugänglichen Dimensionen der Gesundheit, an deren Alltagsbedürfnissen, sowie an deren subjektiven Empfindungen. Es etablierte sich dadurch eine Auffassung, die betont, dass man immer und überall etwas für seine Gesundheit tun kann. Gesunde Ernährung, genug Bewegung, ausreichend Erholung und Schlaf rückten dadurch vermehrt ins Zentrum der Aufmerksamkeit und gelten seit dem Paradigmenwechsel als Faktoren, die die Gesundheit positiv beeinflussen (vgl. Kickbusch, 2006, S. 35). Diese Betonung der Machbarkeit von Gesundheit im Alltag drückt sich auch in der großen Anzahl der Gesundheitsjournale, Wellness-Zeitschriften, Fit for Fun Ratgeber, Fernseh- und Radioshows über Gesundheit oder unüberschaubar vielen Gesundheitsseiten im Internet aus (vgl. ebd., S. 43), sowie in den omnipräsenten Tipps, um die eigene Gesundheit zu gestalten und zu optimieren.

Auch diese Lebensstil Orientierung lässt sich anhand der Wellness-Bewegung veranschaulichen. So heißt es in einem der frühen Wellness-Manifeste:

„Mehr und mehr setzt sich die Erkenntnis durch, dass die Findung eines persönlich zufriedenstellenden Lebensstils, das Ausbalancieren von Genussansprüchen, eigenen Anstrengungen und bewusst/ freiwillig gesetzten Einschränkungen die größte Chance bietet, im umfassenden Sinne körperliche und seelisch-geistige Gesundheit zu erreichen (...)“ (Lautenschläger u.a., 1987 zit. nach Mazumdar, 2004, S. 16)<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Lautenschläger, F (u.a) (1987): Wellness: Die neue Fitness. Ihr persönliches Ernährungs-, Bewegungs- und Harmonieprogramm für die neunziger Jahre, München, S. 9

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung, sowie der Verknüpfung von Gesundheit mit Wohlbefinden/ Glück, lässt sich auch die zunehmende Etablierung einer „Lifestyle-Medizin“ verstehen (vgl. Schneider, 2013b, S. 221). Es ist eine zunehmende Akzeptanz zu beobachten, das angestrebte, persönliche Wohlbefinden nicht nur mit Hilfe von alternativen Heilmethoden, sondern auch mit Hilfe von Lifestyle Drogen herzustellen, also mit Medikamenten, die in erster Linie keine Krankheit kurieren, sondern Wohlbefinden und Aussehen verbessern, wie z.B. Nahrungsergänzungsmittel (vgl. Kickbusch, 2006, S. 46 f.). Auch den hohen Leistungserwartungen wird durch Medikamente nachgeholfen. Eine besonders besorgniserregende Entwicklung bei Kindern und Studenten in den USA ist etwa die Zunahme des Medikaments Ritalin, mit dem die Konzentrationsfähigkeit verbessert werden kann (vgl. ebd., S. 46). Aber auch Psychopharmaka und dabei insbesondere Antidepressiva stellen dafür ein aktuelles Beispiel dar. Die Antidepressiva-Verschreibungen haben sich in den Jahren 2000-2010 verdoppelt, bei Frauen sind sie sogar um 130% gestiegen. Aber auch Medikamente zur Verbesserung der Sexualität, etwa zur Behandlung von erektilen Dysfunktionen, können hier beispielhaft genannt werden (vgl. Schneider, 2013b, S. 223).

Unsere Kultur scheint sich demnach weg zu bewegen von einem ‚pharmakologischen Kalvinismus‘, hin zur Vorstellung, dass Designer Drogen die Funktionsfähigkeit von nahezu jedem Menschen verbessern können (vgl. Conrad, 2007, S. 62). Es ist vermehrt eine Auffassung vorhanden, wonach Gesundheit mit Wohlbefinden im Alltag gleichgesetzt und außerdem das eigene, als ausschlaggebend empfundene und individuell steuerbare Gesundheitsverhalten in den Lebensstil integriert wird. Der Alltag wird dadurch mehr und mehr nach gesundheitlichen Kriterien strukturiert, die wiederum von der Medizin und vom gesamten System der Gesundheitsversorgung bestimmt werden (vgl. Schneider, 2013b, S. 220).

Gerade diese Tendenz ist für unsere heutige Gesundheitskonzeption sehr relevant. In der Kombination mit den bisher angesprochenen Tendenzen stellt sie den Hintergrund dafür dar, dass Gesundheit nicht mehr nur auf die medizinisch-biologischen Dimensionen reduziert wird, sondern heute auch ganz zentral in einen individuellen Verhaltenskontext gestellt wird, wie im Laufe der Arbeit noch genauer gezeigt wird.

In der bisherigen Darstellung wurde vor allem die entwicklungsgeschichtliche Bedeutung der sozialen Bewegungen der 70er und 80er, sowie des ganzheitlich-psychosomatischen Zugangs zu Gesundheit betont. Die angesprochenen Entwicklungen im Gesundheitswesen und im Gesundheitskonzept sind jedoch auch auf andere Einflussfaktoren zurückzuführen, die nun im Folgenden erörtert werden sollen.

### **2.2.2. Ökonomisierung und Kommodifizierung der Gesundheit:**

Als ein weiterer, sehr prägender Faktor für die heutige Gesundheitskultur und das vorherrschende Gesundheitskonzept ist die Ökonomie anzusehen bzw. die mit Gesundheit verknüpften wirtschaftlichen und ökonomischen Interessen, da diese die Rahmenbedingungen beeinflussen, innerhalb derer sich unsere Gesundheitskultur seit den 70er und 80er Jahren entwickelte. Auch dabei sind wieder unterschiedliche Ebenen relevant, die im Folgenden aufgegriffen werden. Einführend kann aber schon festgehalten werden, dass, wie in vielen anderen gesellschaftlichen Sektoren, auch im Gesundheitsbereich zunehmend marktwirtschaftliche Denkweisen und neoliberale Wettbewerbsstrategien eingeführt wurden. Dadurch werden heute auch im Gesundheitswesen ganz maßgeblich die ökonomischen Wertschöpfungspotenziale in den Vordergrund gerückt (siehe dazu auch: Brunett, 2009; Hensen, 2011).

Dies schlägt sich einerseits darin nieder, dass ein großer Gesundheitsmarkt entstanden ist, auf dem Gesundheitsprodukte und -Dienstleistungen angeboten werden (siehe dazu auch: Kickbusch, 2006, S. 79), und andererseits darin, dass das Gesundheitswesen vermehrt nach marktwirtschaftlichen Prinzipien reformiert wurde. Letzteres ist allerdings ebenso stark mit den bereits angeschnittenen, politischen Interessen an Gesundheit assoziiert, denn die ökonomischen und die politischen Interessen an Gesundheit gehen oft miteinander einher (Schmidt-Semisch; Paul, 2010, S. 12). Anhand dieser beiden Aspekte wird im Folgenden verdeutlicht, dass sich in der derzeitigen Gesundheitskonzeption auch handfeste ökonomische Interessen abbilden (vgl. Schneider, 2013b, S. 219). Außerdem kann dadurch gezeigt werden, inwiefern gewisse Tendenzen unserer Gesundheitskultur durch die ökonomischen Ansprüche an Gesundheit noch verstärkt wurden. So bemerkt auch Kickbusch, dass sich die Tendenzen unserer Gesundheitskultur nicht nur im Markt widerspiegeln, sondern durch diesen auch weiter verstärken (vgl. ebd., 2006, S. 38). So sind etwa die Tendenzen zur Pathologisierung oder zur Medikalisierung *auch* vor dem Hintergrund zu verstehen, dass ein ökonomisches Interesse an diesen Prozessen besteht – man denke etwa an Werbungen und Marketingkampagnen für Arzneimittel, oder auch an die Lobbying-Tätigkeiten von Pharmafirmen (vgl. Schneider, 2013b, S. 19). Doch der Einfluss der Ökonomie auf die Gesundheitskultur ist nicht nur auf diese beiden Tendenzen beschränkt. Vielmehr ist der Einfluss der Ökonomie bzw. der neoliberalen Doktrin des Marktes in Bezug auf die Gesundheitskultur *grundsätzlich* mitzudenken, wie mit den folgenden Ausführungen deutlich wird.

### **2.2.2.1. Ökonomisierte Gesundheit:**

Zunächst betrifft dieser Prozess die politische Organisation des Gesundheitssystems, also die gesundheitspolitischen Weichenstellungen für das Gesundheitssystem. Die reformpolitischen Umgestaltungen der letzten Jahre bewegten sich weg von einem solidarischen Wohlfahrtsstaat und hin zu einer neoliberalen Organisation des Gesundheitswesens. Im Zuge der dabei angewandten Ökonomisierungsstrategien wurde vor allem der Wettbewerb gestärkt, was eine Effizienzsteigerung und eine Kostensenkung gesundheitlicher Dienstleistungen zur Folge haben sollte (vgl. Bittlingmayer, 2008, S. 245). Die Grundidee bzw. die legitimierende Argumentation ist dabei, dass es durch die Stärkung des Wettbewerbs nicht nur zu einer effizienteren, sondern auch zu einer sozial gerechten gesundheitlichen Versorgung und Gesundheitsförderung kommt (vgl. ebd., S. 244).

Dieser Entwicklung ist vorzuschicken, dass das Verhältnis zwischen Staat und Ökonomie seit dem Fortschreiten des Neoliberalismus, bzw. dessen Grundideen und Organisationsprinzipien, grundsätzlich neu organisiert wurde. Der Staat reguliert nicht länger den Markt, sondern der Markt wurde umgekehrt zum organisierenden Prinzip des Staates (vgl. Brunett, 2007, S. 178). Die Ökonomie wird heute als analytische und programmatische Folie für die Regierungstechniken auf alle sozialen Bereiche des menschlichen Handelns ausgedehnt (vgl. ebd.). So wurde auch das Gesundheitswesen bereits seit den 70ern zunehmend nach ökonomischen Kriterien umgestaltet. Die expandierende Strukturpolitik („Versorgungspolitik“) der 70er Jahre transformierte sich dabei über viele korrigierende und kostendämpfende Maßnahmen in den 80er und 90er Jahren in eine auf Wirtschaftlichkeit ausgerichtete Ordnungspolitik (vgl. Hensen; Hensen, 2008a, S. 10). Dabei erlangten marktwirtschaftliche Elemente bei der Mittelallokation und der Import marktwirtschaftlicher Denk- und Verhaltensweisen eine zunehmende Relevanz und betriebswirtschaftliche Organisationsprinzipien setzten sich auf allen Ebenen des Gesundheitswesens durch (vgl. Hensen, 2011, S. 11 ff).

Die Gesundheitspolitik bewegt sich traditionell in einem Spannungsfeld welches einerseits von sozialstaatlichen Eingriffen zum Schutz des Solidarprinzips und andererseits von den Zwängen wirtschaftlichen Handelns und dem (neoliberalen) Grundsatz individueller Freiheit geprägt ist (vgl. Hensen; Hensen, 2008a, S. 9). Mit der zunehmenden Ökonomisierung waren die Positionen innerhalb dieses Spannungsfeldes in den letzten 30 Jahren einem großen Wandel unterworfen und die gesundheitspolitischen Zielsetzungen erlebten dabei nichts weniger als einen Paradigmenwechsel (vgl. ebd.), wie schon bei den grob gefassten Phasen des 19. Und 20. Jahrhunderts. Die marktwirtschaftlichen Reformierungen des Gesundheitswesens

unter dem Primat von Effizienz und Effektivität zeichnen sich heute in vielen Bereichen der medizinischen Versorgung ab (vgl. ebd.; vgl. ebd., 2008b, S. 17). Dies wird etwa durch die sichtbare ‚Betriebswirtschaftlichung‘ von Funktionseinheiten im Gesundheitswesen, wie z.B. Krankenhäuser, Krankenversicherungen, usw. deutlich (vgl. Hensen, 2011, S. 12).

In der Literatur werden mehrheitlich folgende Merkmale für Ökonomisierungsstrategien im Gesundheitswesen genannt:

- die Einführung marktwirtschaftlicher Elemente, mit denen eine Wettbewerbsordnung gewährleistet wird
- die Privatisierungen von Versorgungsstrukturen, die privatwirtschaftliche Gewinninteressen immer deutlicher hervortreten lassen und die zur strukturellen Kommerzialisierung des Gesundheitswesens beitragen
- die dadurch bedingte Übertragung finanzieller Lasten für die Gesundheitsversorgung auf die Versicherten (z.B. durch die Einführung von Sondertarifen für wohlhabende, gesunde Versicherte)

(vgl. Brunett, 2009, S. 51 f.; vgl. Hensen; Hensen, 2008b, S. 17).

„In diesem Kontext werden (...) ÄrztInnen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Reha-Zentren usw. zu (konkurrierenden) Unternehmen (bzw. Unternehmern), die ihre Dienstleistungen vor allem vor dem Hintergrund betriebswirtschaftlicher Berechnungen bereit stellen (...)“ (Schmidt-Semisch; Paul, 2010, S. 11).

Im Zuge dieser Umgestaltungen ist der Gegenstand Gesundheit zum Objekt direkter Profitinteressen geworden, was sich aber nicht mehr nur etwa in der Pharmaindustrie, sondern auch in den Handlungsrationitäten der in die gesundheitliche Grundversorgung eingebundenen Institutionen manifestiert, wie Suchtkliniken oder profitorientierte Krankenhausketten. Es gilt der simple kapitalistische Grundsatz, dass nicht in erster Linie für die Bedürfnisse der Patienten produziert wird, sondern um monetäre Profite zu erzeugen, und innerhalb dieser Rationalität sind Medikamente, medizintechnische Geräte oder die stationäre Versorgung von Patienten in ihrem Waren-Charakter gleichzusetzen mit Autos, Kühlschränken oder Staubsaugern (vgl. Bittlingmayer, 2008, S. 242).

Die umfassenden Privatisierungen und Deregulationen bewirkten also, dass sich das Gesundheitssystem von einem Sektor der Bereitstellung, zu einem Profit orientierten Sektor entwi-

ckelte (vgl. Schnabel; u.a., 2009 zit. nach. Schmidt-Semisch, 2010, S. 11)<sup>7</sup>. Dabei hat sich nicht nur auf systemtechnischer Ebene eine neue Qualität der Kostenkalkulation und eine vermehrte Profitorientierung und ‚Betriebswirtschaftlichung‘ durchgesetzt, sondern auch auf individueller Ebene ließ diese Entwicklung das ‚Grundgut‘ Gesundheit in vielen Belangen hinter ökonomische Kriterien zurücktreten (vgl. Hensen; Hensen, 2008a, S. 10; vgl. Schmidt-Semisch; Paul, 2010, S. 11). Im Kontext dieser Arbeit ist dabei ganz besonders zu betonen, dass es, wie oben schon angeführt, im Zuge dieses Prozesses zu einer finanziellen Umsteuerung auf den Einzelnen kommt. Gesundheitsleistungen werden zu Produkten mit einem Marktwert verwandelt, zu denen der individuelle Zugang vermehrt von den wirtschaftlichen Ressourcen der Zielgruppe abhängig gemacht wird (vgl. Hensen, 2011, S. 12). Der Patient wird „aufgrund der sukzessiven ‚Verschlankung‘ des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenkassen immer häufiger tatsächlich zum Kunden, der für seine Gesundheit selbst zu zahlen hat, mithin also zum Konsumenten, der sich für oder gegen bestimmte Leistungen entscheiden kann und auch muss“ (Schmidt-Semisch; Paul, 2010, S. 11). Die finanzielle Verantwortung für die eigene Gesundheit wird dadurch vermehrt auf den Einzelnen verlagert und die Gesundheitsrisiken werden privatisiert. Das Individuum hat dadurch die Konsequenzen seines persönlichen und selbstverantworteten Umgangs mit Gesundheit zunehmend selbst zu tragen (vgl. ebd., S. 13).

Politisch argumentiert und legitimiert man diese Umgestaltungen mit empathischen Reden über Autonomie und Eigenverantwortung der Patienten (vgl. ebd., S. 11) und nimmt dabei einen Aspekt auf, den auch die Gesundheitsbewegung durch ihre Abgrenzung zur Biomedizin (‚Empowerment‘) immer stark betonte. Genau diese Bezugnahme ist dabei allerdings äußerst paradox, denn die von dieser Bewegung betonte Eigenverantwortung impliziert die Aspekte Eigenständigkeit, Eigenmächtigkeit und Eigenwille. Gerade diese Elemente von Handeln sind aber nicht gemeint, wenn heute der Ruf nach eigenverantwortlichem Gesundheitsverhalten erschallt (vgl. Schmidt, 2010, S. 24). Nicht zuletzt darum kann kritisiert werden, dass es der Politik bei der Betonung von Eigenverantwortung wohl hauptsächlich daran gelegen ist, den Abbau wohlfahrtsstaatlicher Sicherungssysteme und sozialstaatlicher Leistungen zu legitimieren (vgl. Brunett, 2007, S. 180).

---

<sup>7</sup> Schnabel, P.E.; Bittlingmayer, U.H.; Sahrai, D. (2009): Normativität und Public Health. Einleitende Bemerkungen in problempräziserer und sensibilisierender Absicht. In: Bittlingmayer, U.H.; Sahrai, D.; Schnabel, P.E. (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen sozialer Ungleichheit. Wiesbaden, S. 11-43

Man kann diese Entwicklung mit Kickbusch zwar auch weniger kritisch beurteilen und ganz einfach festhalten, dass es „ein Kennzeichen der Gesundheitsgesellschaft ist, dass sich im Prozess der Expansion die emanzipatorischen und die marktwirtschaftlichen Dimensionen zunehmend überschneiden“ (Kickbusch, 2006, S. 52). Trotzdem muss unabhängig davon ganz nüchtern festgestellt werden, dass der hier beschriebene Prozess den Effekt erzielt, dass die Gesundheits- und Krankheitskosten immer mehr auf die Privathaushalte umgelegt werden (vgl. Bittlingmayer, 2008, S. 251) was sich, neben anderen Kritikpunkten, mit den solidarischen Ansprüchen der sozialstaatlichen Konzeption und Organisation des Gesundheitswesens schlägt (vgl. Hensen; Hensen, 2008b, S. 16).

### ***2.2.2.2. Kommodifizierte Gesundheit***

#### *2.2.2.2.1. Gesundheitsmarkt:*

Gleichzeitig ist die Gesundheitswirtschaft in den letzten Jahrzehnten zu einem der volkswirtschaftlich relevantesten Bereiche geworden. Zwischen 10 bis 15 Prozent aller europäischen Arbeitsplätze (Stand 2006) sind im Gesundheitsbereich angesiedelt (vgl. Kickbusch, 2006, S. 8). Eine Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsordnung prognostiziert dem Gesundheitswesen einen Beschäftigungszuwachs von 2,4 % pro Jahr. 2006 waren in Österreich 9,4% aller Erwerbstätigen im Gesundheits- und Sozialwesen tätig. Und für 2010 wurden etwa 324.000 unselbstständig Beschäftigte im Gesundheitswesen erwartet. Und die privaten und öffentlichen Ausgaben für Gesundheit sind zwischen 1990-2009 von 8,3% auf 11% Anteil am BIP gestiegen (vgl. Rothgang; Larisch, 2011, S. 30).

Dies ist auch dem ‚neuen‘ Gesundheitsmarkt geschuldet, der seit seiner Entstehung zunehmend expandierte. Im Gegensatz zum ‚klassischen‘ Gesundheitsmarkt, wie er vor der Popularisierung der alternativmedizinischen Ansätze bestanden hatte, hat sich das Produkt- und Dienstleistungsangebot dabei erweitert, aber auch die Angebote zur Förderung der Gesundheit, die außerhalb des staatlich organisierten Gesundheitswesens liegen, haben sich massiv ausgedehnt und besitzen heute eine hohe wirtschaftliche Relevanz (vgl. Kickbusch, 2006, S. 81). Als Beispiel hierfür kann etwa der Wellness-Bereich herangezogen werden, der in Deutschland ein Volumen umfasst, das vom Marktforschungsinstitut BBE auf 50 Milliarden Euro geschätzt wurde (Stand: 2006). Allein dieser Bereich schließt laut Kickbusch und Maag (2006) eine Vielzahl von Teilbereichen ein, rund um die Themen Schönheit, Ernährung, Gesundheit und Fitness. Und allein hier werden viele, höchst unterschiedliche Produkte und Dienstleistungen hervorgebracht, wie etwa Zeitschriften, Bücher, Ratgeber, Hormone, Kos-

metische Chirurgie, Viagra, Botox, Sauna, Solarium, Aromatherapie, Massage, Yoga, Alternative Medizin, Pilates, Mental Fitness, Sportgetränke, Vitamine, Nahrungsergänzung, Fitnessriegel, Gesundheitscheck, Raucherentwöhnung, Coaching, Vitalwoche, Wellnessweekends usw. (vgl. Kickbusch, 2006, S. 82 ff.).

Der heutige Gesundheitsmarkt lässt sich in einen ersten und einen zweiten Gesundheitsmarkt einteilen: Das solidarisch finanzierte, meist zentralstaatlich regulierte Gesundheitswesen kann dabei als erster Gesundheitsmarkt bezeichnet werden, der durch die funktionalen Gesundheitsausgaben abgegrenzt wird. Der zweite Gesundheitsmarkt umfasst hingegen alle gesundheitsrelevanten Dienstleistungen und Waren, die aus privaten Konsumausgaben finanziert, also nicht von einer privaten oder gesetzlichen Krankenkasse im Rahmen der Vollversicherung ganz oder teilweise übernommen, oder durch staatliche Mittel finanziert werden und der privatwirtschaftlichen Gesetzen folgt (vgl. Henke et al., 2010 zit. nach Rothgang; Larisch, 2011, S. 32)<sup>8</sup>. Dieser zweite Gesundheitsmarkt besteht vor allem aus Produkten und Dienstleistungen, die der Prävention dienen und die somit den ersten Gesundheitsmarkt durch die Vermeidung von Krankheit entlasten und den dort herrschenden Kostendruck abzufedern helfen (vgl. Hensen, 2011, S. 34).

Trotzdem gibt es auch am ersten Gesundheitsmarkt, in der medizinischen Grundversorgung, vermehrt Produkte und Dienstleistungen, die nach dieser Definition dem zweiten Gesundheitsmarkt zuzuordnen sind, weil sie aus der gesetzlichen Leistungspflicht ausgeschlossen sind. Beispiele sind etwa individuelle Gesundheitsleistungen, die von Vertragsärzten in der Privatpraxis angeboten werden, oder nicht erstattungsfähige Medikamente, die rezeptfrei erhältlich sind, oder auch sämtliche Produkte rund um die Zahnpflege (vgl. ebd., S. 35). Darin zeigt sich nun einerseits wieder die zuvor angesprochene Entwicklung einer Umlagerung der finanziellen Verantwortung auf den Einzelnen. Andererseits wird daran aber auch ersichtlich, inwiefern die zunehmende Privatisierung von Gesundheitskosten auch im Interesse der Wirtschaft liegt, denn finanzielle Eigenverantwortung bedeutet konkret den Konsum von Gesundheitsprodukten oder die Inanspruchnahme von Dienstleistungen, wodurch das Wirtschaftswachstum angekurbelt wird.

Die Gesundheitswirtschaft entwickelte sich also zu einem der wirtschaftlich signifikantesten Bereiche und das Angebot am expandierenden Gesundheitsmarkt weitete sich aus, was aber

---

<sup>8</sup> Henke et al. (2010): Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Nomos, Baden-Baden

auch daran liegt, dass immer mehr Produkte und Dienstleistungen mit dem Label ‚Gesundheit‘ vermarktet wurden. Denn nahezu jede Industrie, von der Textil- über die Möbel- bis hin zur Süßwarenindustrie, hat das Thema Gesundheit in ihre Produktplanung und Marketingstrategie aufgenommen (vgl. Hensen, 2011, S. 35). „Gesundheit ist zum Traumbild, Lockmittel, zur ‚Phantasmagorie‘ moderner Gesellschaften geworden (...) mit Hilfe derer sich fast alles, von der Armbanduhr über den Komfortschuh bis zum Milchriegel, von der Gefriertruhe bis zum Abenteuerurlaub, vermarkten lässt“ (Schnabel, 2007, S. 11).

Dementsprechend sind in den heutigen Gesundheitsmarkt auch eine Vielzahl von Branchen involviert, wie etwa die Biotechnologie, Informationstechnologie, Telekommunikation, Moderne Werkstoffe, Umweltdienstleister, Bildungsdienstleister und Lehrmaterial, Business Dienstleistungen und Outsourcing, sowie die Wellnessindustrie (vgl. Grönemayer, 2005 zit. nach Kickbusch, 2006, S. 82)<sup>9</sup>.

Anhand dieser Auflistung ist zunächst erkennbar, dass der Gesundheitsmarkt nicht mehr nur Branchen inkludiert, deren Produkte und Dienstleistungen direkt mit ‚Gesundheit‘ assoziiert sind (z.B. Biotechnologie), sondern eben auch solche, die nur indirekt darin involviert sind (z.B. Moderne Werkstoffe, die etwa zum Bau von technologischen Geräten für die Medizin verwendet werden). Außerdem wird daran ersichtlich, dass der heutige Gesundheitsmarkt nicht mehr nur ein Markt von Produkten und Dienstleistungen ist, sondern zunehmend auch ein virtueller Markt von Informationen und von finanziellen Dienstleistungen (vgl. Pilzer, 2002 zit. nach Kickbusch, 2006, S. 83)<sup>10</sup>. So sind etwa auch Medienunternehmen als Informationsanbieter in den Gesundheitsmarkt involviert und machen sich die gesamtgesellschaftlich zunehmende Gesundheitsorientierung zu Nutze. Kaum ein Fernsehsender verzichtet auf ein Gesundheitsmagazin, kaum eine Zeitung auf eine Gesundheitsbeilage (Schmidt-Semisch; Paul, 2010, S. 11) oder eine eigene Rubrik, ganz zu schweigen von den zahllosen Magazinen und Zeitschriften, die dezidiert das Thema Gesundheit behandeln (vgl. dazu auch Kickbusch, 2006, S. 88 f.). Darüber hinaus beinhaltet der Gesundheitsmarkt aber beispielsweise auch neue Formen des Versicherungswesens, die eine zunehmende Differenzierung der Kunden ermöglichen (vgl. ebd., S. 83).

---

<sup>9</sup> Grönemayer, Dietrich (2005): Kapital Gesundheit. Für eine menschliche Medizin. München: Willhelm Goldmann

<sup>10</sup> Pilzer, P.Z. (2002): The wellness revolution. New York: Wiley and Sons

Die Ausweitung der Palette an Gesundheitsprodukten, sowie die Ausweitung der Branchen die in den Gesundheitsmarkt involviert sind, soll hier nun einerseits ganz grundlegend untermauern welche *massives* Interesse der Wirtschaft an der ‚Gesundheit‘ besteht und aus wie vielen unterschiedlichen Branchen sich dieses Interesse zusammensetzt. Andererseits soll damit aber auch die hier zu betonende Tendenz der Gesundheitskultur veranschaulicht werden, dass Gesundheit mit der Ausweitung des Gesundheitsmarktes zunehmend ‚kommodifiziert‘ wurde, also zu einem Produkt mit einem Marktwert bzw. zu einer konsumierbaren Ware umgewandelt wurde (vgl. Hensen, 2011, S. 12). ‚Kommodifizierung‘ bezeichnet dabei genau diesen Prozess, bei dem eine Dienstleistung, oder ein Gegenstand zu einem marktwirtschaftlich gehandelten Gut wird und der Anbieter sein Handeln zunehmend am Gewinn orientiert (vgl. Sackmann, 2004, S. 66).

#### *2.2.2.2. Konsum von Gesundheitsprodukten:*

Einhergehend mit der Kommodifizierung entwickelte auch der Konsum von Gesundheitsprodukten einen hohen Stellenwert in der heutigen Gesundheitskultur. Für den Neoliberalismus stellt die Ausweitung des Konsums prinzipiell ein konstitutives Merkmal dar. Denn die Bedeutung von ‚Freiheit‘ hat sich darin gewandelt, von der liberalen Freiheit zur ökonomischen Freiheit (vgl. Brunett, 2007, S. 178). So wird der Staatsbürger heute vom Konsumenten überlagert und seine Freiheit manifestiert sich im Markt und nicht in der Politik (vgl. Kickbusch, 2006, S. 155). Diese Verlagerung betrifft auch die Gesundheit. Der Konsum von Gesundheitsprodukten und die Freiheit sich für oder gegen bestimmte Produkte und Dienstleistungen entscheiden zu können (bzw. zu müssen), stellt ein konstitutives Merkmal dafür dar, wie Gesundheit heute eingelöst und hergestellt wird (vgl. Brunett, 2009, S. 69).

Diese Entwicklung lässt sich abermals zu den sozialen Bewegungen der 70er Jahre zurückverfolgen. Diese kritisierten zwar die Biomedizin für ihre Ökonomisierung (vgl. Brunett, 2009, S. 64), sowie generell eine auf Massenkonsum ausgerichtete Gesellschaft (vgl. ebd., S. 38), trotzdem schlug sich deren neues Gesundheitsverhalten zunächst in einem ausgeprägten Konsum nieder, der materielle und ideell-intellektuelle Güter wie Ratgeberliteratur, Beratungsangebote, Physiotherapie und alternative Heilangebote umfasste (vgl. Boltanski, 1976 zit. nach ebd., S. 74)<sup>11</sup>. Anders als zuvor wurden zwar solche Güter nachgefragt, die alltagskulturell auch heute noch für Natürlichkeit und Ganzheitlichkeit stehen und eben nicht mit Kommerzi-

---

<sup>11</sup> Boltanski, Luc (1976): Die soziale Verwendung des Körpers. In: Dietmar, Kamper (u.a.) (Hg.): Zur Geschichte des Körpers. München: Hause, S. 128-184

alisierung und Industrialisierung verbunden werden (vgl. Collyer, 2004, S. 83; vgl. Brunett, 2009, S. 80). Aber trotzdem wurde einhergehend mit den neuen, alternativen Gesundheitspraktiken ein alternativer Gesundheitsmarkt aufgebaut, der außerhalb des an die gesetzliche Krankenversorgung gebundenen medizinischen Marktes lag und der nach marktwirtschaftlichen Kriterien funktionierte (vgl. ebd., S. 79). Und dabei wurden die emanzipatorischen Vorstellungen und Konzepte der ganzheitlich-psychosomatisch und subjektorientierten Gesundheitsbewegung sukzessive durch Prozesse der Kommodifizierung, sowie durch volkswirtschaftliche Strategien zur Steigerung des Wirtschaftswachstums in Dienst genommen (vgl. ebd., S. 105 f).

Dass der individuelle Konsum für die emanzipativen Ansprüche dieser Bewegung eine so zentrale Rolle einnahm, hat aber auch damit zu tun, dass ‚Gesundheit‘ im Rahmen der ganzheitlich-psychosomatischen Konzeption einen ‚symbolischen Wert‘ (vgl. Brunett, 2009, S. 87) entfaltete. Dieser steht im Gegensatz zum Gebrauchswert von Gesundheit, der mit der unmittelbaren Reproduktion des Körpers als Arbeitskraft gleichgesetzt werden kann (vgl. ebd., S. 88). Aufgrund der strukturellen Veränderungen im Modernisierungsprozess (weniger körperliche Arbeit) nahm der Gebrauchswert von Gesundheit allerdings ab und Gesundheit erweiterte sich so über eine existentielle Notwendigkeit hinaus in ein *kulturelles Bedürfnis*, welches, ähnlich wie Freizeit, wesentlich über Konsum konstituiert und transformiert wird (vgl. Buchmann et al, 1985 zit. nach Brunett, 2007, S. 174)<sup>12</sup>. So wurden die emanzipativen Ansprüche der Gesundheitsbewegung und Leitvorstellungen wie Eigenverantwortung und Autonomie im Konsum von Waren und Dienstleistungen eingelöst (vgl. ebd., S. 178). Gesundheit avancierte dabei zu einem Symbol für den eigenen Lebensstil und die Persönlichkeit, das über den Konsum von entsprechenden Produkten und Dienstleistungen herzustellen ist (vgl. Brunett, 2009, S. 97).

„Gesamtgesellschaftlich trug der Konsum von Gesundheitsprodukten und die Adaption alternativer Gesundheitspraktiken durch die neuen Fraktionen der sozialen Mittelklassen dazu bei, dass das kulturelle Verständnis von Gesundheit zunehmend in Lebensstile und den fordistischen Massenkonsum integriert und dadurch über die Grenzen der Mittelklassen hinaus verbreitet wurde. Infolgedessen hatte sich Mitte der 1990er Jahre (...) das Verständnis von Gesundheit so ausgedehnt, dass sie tendenziell von Konsumgütern, Sport und anderen Praktiken nicht mehr unterschieden werden konnte“ (Brunett, 2009, S. 76).

---

<sup>12</sup> Buchmann, M.; et al (1985): Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Alltag. Bern

Auch heute ist das Gesundheitsverhalten fast untrennbar mit dem Konsumverhalten verbunden und ‚Gesundheit‘ ist wesentlich mit individuellen Konsumententscheidungen assoziiert (vgl. Kickbusch, 2006, S. 99). Ob es sich dabei um die Entscheidung für oder gegen gewisse Vorsorge-Dienstleistungen handelt, um den Kauf von Sportgeräten oder um Ernährungsfragen – jede dieser Konsumententscheidungen ist gleichzeitig eine Gesundheitsentscheidung bzw. kann als solche gewertet werden. Unsere Gesundheitskultur zeichnet sich also dadurch aus, dass sich Machbarkeit, Produktion, sowie Konsum von Gesundheit durch Waren und Dienstleistungen zusammengeschlossen haben (vgl. Brunett, 2007, S. 174).

#### 2.2.2.2.3. *Einfluss der Ökonomie auf ‚Gesundheit‘:*

Sowohl die Entstehung des neuen und expandierenden Gesundheitsmarktes, als auch der Konsum der angebotenen Gesundheitsprodukte, sind als konstitutive Merkmale unserer Gesundheitskultur zu betrachten. Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, warum beispielsweise Kickbusch die heutige, historische Domäne der Gesundheit als die des Marktes bezeichnet (vgl. ebd., 2006, S. 33) – weil dieser die Struktur des Gesundheitswesens maßgeblich mitbestimmt. Sei es nun die Anwendung marktorientierter Denkweisen und Handlungsrationitäten, seien es die politischen Weichenstellungen in Richtung Wettbewerb und Eigenverantwortung, sei es die wirtschaftliche Signifikanz des Gesundheitsmarktes oder die kulturelle Rolle des Konsums von Gesundheitsprodukten: die Beschaffenheit unserer Gesundheitskultur ist zu einem maßgeblichen Teil an die Bedürfnisse des Marktes angepasst. Sowohl gesundheitspolitische, als auch kulturelle gesundheitsbezogene Praktiken sind wesentlich auf die Funktionalität am Markt ausgerichtet, was sich auch darauf auswirkt, welches Gesundheitsbild vorherrscht und wie in Bezug auf Gesundheit gehandelt wird. Kühn und Rosenbrock zeigten schon in einem Aufsatz von 1994, dass sich stets nur diejenigen Präventions- und Gesundheitsförderungskonzepte durchzusetzen pflegen und (vorrangig) zur Anwendung kommen, die am besten an die normativen und strukturellen Bedingungen des jeweiligen Gesundheitssystems angepasst sind und somit die bestehenden Verhältnisse am wenigsten antasten (vgl. Bittlingmayer u.a., 2009 zit. nach Schmidt-Semisch, Paul, 2010, S. 10)<sup>13</sup>. In Bezug auf die Marktbestimmtheit zeigt sich dies heute daran, dass sich die Chance eines Gesundheitskonzepts realisiert zu werden in dem Maße erhöht, in dem es sich in der Sprache des Systems, nämlich als Angebot von Waren, ausdrücken kann (vgl. Kühn; Rosenbrock, 2009 zit. nach

---

<sup>13</sup> Bittlingmayer, U. H.; u.a. (Hg.) (2009): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen sozialer Ungleichheit. Wiesbaden

Schmidt-Semisch, Paul, 2010, S. 12)<sup>14</sup>. Insofern lässt sich von einer Marktbestimmtheit unserer Gesundheitskonzeption sprechen, die über eine ökonomisierte Gesundheitspolitik vermittelt wird (vgl. Brunett, 2009, S. 15).

### **2.2.3. Individualisierung von Gesundheit:**

Auch mit ‚Individualisierung‘ wurde ein sehr allgemeiner Begriff gewählt, anhand dessen mehrere Merkmale unserer Gesundheitskultur veranschaulicht werden sollen. Im Großen und Ganzen wird dabei aber der Umstand angesprochen, dass Gesundheit heute vorwiegend auf individuelle Dimensionen reduziert wird. Die bisher dargestellten ökonomischen, politischen wie sozialen Einflüsse auf das allgemeine Gesundheitskonzept laufen nun in den hier unter ‚Individualisierung‘ gefassten Tendenzen zusammen und bedingen den zentralen Stellenwert, den diese für die heutige Gesundheitskultur und die für diese Arbeit gewählte Fragestellung haben. Insbesondere die Tendenzen der finanziellen Umsteuerung auf den Einzelnen, der Expansion in den Alltag, sowie der generellen Subjektorientierung der kulturell hegemonialen Gesundheitskonzeption stehen damit stark in Verbindung und sind dabei mitzudenken. Bei der folgenden Darstellung werden darum auch einige bereits angeschnittene Aspekte noch einmal aufgegriffen.

Eine tendenzielle Individualisierung von Gesundheit setzte nicht erst mit der neuen Gesundheitskonzeption ein, sondern zeigte sich schon in den vorangegangenen Entwicklungsprozessen. So trat die Gesundheit im Laufe des 20. Jahrhunderts mit dem Ausbau der medizinischen Versorgung aus dem Bereich der Fürsorge und wurde zu einem individuellen Recht jedes Einzelnen und von der Bevölkerung zunehmend als solches betrachtet (vgl. Kickbusch, 2006, S. 103 f.). Gesundheit wurde dabei zu einem individuellen Gut und zu einer privaten Angelegenheit zwischen Arzt und Patient (vgl. Kickbusch, 2006, S. 31), was auch auf den individualisierenden Behandlungsmodus der Biomedizin (vgl. Crawford, 1980, S. 373) zurückzuführen ist. Denn dieser nimmt einzelne Individuen in den Blick und löst sie aus ihrem Kontext heraus (aus den Lebensumständen, der Kultur, der Gesellschaft, der sozialen Situation, der psychischen Konstitution usw.). Das zugrunde liegende Problem wird dabei im Körper dieses Individuums lokalisiert und die Konzentration liegt auf dem unmittelbar Beobachtbaren und

---

<sup>14</sup> Kühn, H.; Rosenbrock, R. (2009): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: Bittlingmayer, U.H.; Sahrai, D.; Schnabel, P.E. (Hg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen sozialer Ungleichheit. Wiesbaden, S. 47-71

Sichtbaren (vgl. Crawford, 1980, S. 371, S. 373). Umwelt- oder lebensweltbezogenen, strukturellen, sozialen (sowie anfangs auch psychologischen) Einflüssen auf die Gesundheit wurde dadurch lange Zeit keine Beachtung geschenkt bzw. fielen diese durch das Raster der spezifischen medizinischen Perspektive.

Im 21. Jahrhundert wurde genau diese Sichtweise der Medizin mit dem neuen, ganzheitlichen Gesundheitsbewusstsein als ‚reduktionistisch‘ kritisiert. In Abgrenzung dazu wurden nun vor allem die subjektive Befindlichkeit und der (unmittelbare) soziale Kontext des Individuums betont. Diese ‚neue‘ Perspektive auf Gesundheit berücksichtigte die ganze Person mit ihren Erfahrungen. Der biomedizinische Körper-Geist-Dualismus wurde abgelehnt und es wurden komplexere Kausalitäts-Modelle als in der Biomedizin eingeführt (vgl. Crawford, 1980, S. 374). Doch trotz dieser scheinbaren Erweiterung der Gesundheitskonzeption wurde eine ‚Individualisierung‘ der Gesundheit dadurch noch weiter konsolidiert, wenn sich diese auch tendenziell vom klinischen in den privaten Bereich verschob (vgl. ebd., S. 374 f.). Denn auch das neue Gesundheitsbewusstsein blieb der medizinischen Perspektive insoweit verpflichtet, als dass das Individuum den primären Bezugspunkt der Aufmerksamkeit und der Intervention darstellt (vgl. ebd.). Somit erweiterten sich zwar die für Gesundheit als relevant erachteten Prozesse, doch änderte sich nichts an der Ebene der Intervention und an der Grundausrichtung, dass die Beeinflussung dieser Prozesse beim Individuum selbst stattzufinden habe.

Wenn also bereits der biomedizinische Zugang eine Konzentration auf die individuellen Dimensionen der Gesundheit und eine ‚Subjektorientierung‘ im Gesundheitskonzept förderte, so wurde dies mit den ganzheitlichen Ansätzen nun noch vertieft, indem noch weitere individuelle Dimensionen als nur die körperlich-biologische aufgedeckt wurden, die im Hinblick auf Gesundheit zu berücksichtigen sind. Zusätzlich wurde eine tendenzielle Orientierung am Subjekt dabei aber auch dahingehend gefördert, als dass die Beeinflussung dieser neuen Dimensionen von Gesundheit nun vermehrt in den Verantwortungsbereich des Individuums überführt und mit dessen Verhalten assoziiert wurden:

#### ***2.2.3.1. Individuelles Verhalten:***

Wie zuvor schon beschrieben wurde mit dem ganzheitlichen Gesundheitsbewusstsein eine Perspektive forciert, wonach Gesundheit als Bestandteil des Lebensstils betrachtet und vom Einzelnen durch ständige Entscheidungen im Alltag umgesetzt wird (vgl. Kickbusch, 2006, S. 90). In Abgrenzung zu der an Experten gebundenen medizinischen Sichtweise und im Zeichen des konstitutiven Elements der Selbstbestimmung (vgl. Brunett, 2009, S. 172)

betonten diese neuen Ansätze vor allem die alltäglichen und individuell steuerbaren Dimensionen von Gesundheit und das individuelle Potenzial zur Heilung durch Aktivierung der Selbstheilungskräfte (vgl. ebd., S. 173). Die aktive Gestaltungskraft des Einzelnen in Bezug auf seine Gesundheit erlangte dabei mehr und mehr Gültigkeit und das individuelle Verhalten wurde vermehrt als der entscheidende Einflussfaktor auf die Gesundheit wahrgenommen. Gesundheit drehte sich zunehmend um Fragen wie: Wie gestalte ich meine Freizeit? Was esse und trinke ich? Bewege ich mich genug? Wie bewältige ich die psychischen Anforderungen? Wie und wo informiere ich mich? Welche Medikamente konsumiere ich/ welche nicht? Etc. Das neue Gesundheitsbewusstsein orientierte sich nicht mehr an objektivierbaren Zeichen von Gesundheit und Krankheit, sondern an subjektiven Wahrnehmungen und Sinnstiftungen von Krankheit und Gesundheit (vgl. Brunett, 2007, S. 173). Wie oben schon beschrieben, wurde dabei die Ätiologie von Krankheiten im Gegensatz zur Biomedizin als komplexerer Vorgang mit multiplen Kausalitäten betrachtet, wobei neben subjektiven Befindlichkeiten auch das Umfeld des Individuums berücksichtigt wurde. Trotzdem wurden hauptsächlich individuelle Einstellungen, Emotionen und Verhaltensweisen als die relevanten Faktoren betont, bei denen es anzusetzen gilt (vgl. Crawford, 1980, S. 368). Dies zeigt nicht nur, inwiefern dadurch eine (weitere) paradigmatische Verschiebung der Gesundheitskonzeption hin zum Subjekt, sowie eine weitere Individualisierung des Problems ‚Gesundheit‘ stattfand (vgl. Brunett, 2007, S. 173), sondern auch inwiefern das ganzheitliche Gesundheitsbewusstsein einem reduktionistischen Denken verhaftet bleibt. Denn auch wenn der soziale Kontext prinzipiell berücksichtigt wird, so wird dieser meist auf den *unmittelbaren* Kontext der interpersonale Beziehungen des Individuums reduziert und auf dessen psychologische Atmosphäre (vgl. Crawford, 1980, S. 376). Man würde mit dieser Sichtweise zwar einräumen, dass gesundheitliche Probleme auch außerhalb des Individuums generiert werden können, etwa in den Arbeitsbedingungen, aber da diese Probleme *auch* mit dem Individuum und dessen Verhaltensweisen zu tun haben, werden die Lösungen weiterhin in der individuellen Psyche und dem individuellen Körper gesucht (vgl. ebd., S. 368; S. 374). Die ganzheitlichen Ansätze, bzw. die von Crawford als ‚Healthism‘ bezeichneten Tendenzen unserer Gesundheitskultur, veränderten die bis dahin dominanten medizinischen Vorstellungen von gesundheitlicher Kausalität also nur in Richtung eines ‚Psychobiologismus‘, in Richtung Widerstandskräfte und Adaption des Individuums (vgl. ebd., S. 375).

Auch mit dieser erweiterten Sichtweise auf Gesundheit verbleiben die pathogenen Ursachen somit beim Individuum und „(...) befinden sich dort auf der Verhaltensebene, die in der dominierenden Sichtweise wiederum auf Faktoren des so genannten ‚Lebensstils‘ reduziert wer-

den“ (Kühn; Rosenbrock, 2009 zit. nach Schmidt-Semisch, Paul, 2010, S. 10)<sup>15</sup>. Tendenziell werden damit die Bedingungsfaktoren von Gesundheit auf die vom Individuum beeinflussbaren Faktoren reduziert. Strukturelle und soziale Ursächlichkeiten von Krankheiten oder ‚ungesundem Verhalten‘ spielen dabei kaum eine Rolle und von der sozialstrukturellen Abhängigkeit der Gesundheit wird durch die Überbetonung der individuell beeinflussbaren Faktoren und dem individuellen Verhalten abgelenkt.

Natürlich ist eine solche Sichtweise nicht gänzlich unbegründet. Individuellen Faktoren sowie individuellen Verhaltensfaktoren kommen, gerade im Hinblick auf die heute dominierenden chronischen Krankheiten, tatsächlich eine entscheidende Rolle zu, wie viele empirische Studien betonen (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 25), denn diese Krankheiten haben eindeutig auch mit dem Verhalten von Menschen zu tun. Aber das Verhalten stellt bei der Frage nach den Ursachen von Krankheit/ Gesundheit nur die Spitze des Eisbergs dar und ist keinesfalls als alleiniger Faktor anzusehen. Denn einerseits machen individuelle Faktoren unter den Bedingungsfaktoren für Gesundheit nicht den Hauptteil der Erklärungsanteile aus, sondern sogar nur einen vergleichsweise geringen Teil (vgl. dazu etwa Giesecke; Müters, 2006, S. 353 ff.). Und andererseits sind auch individuelle Verhaltensfaktoren bzw. die Wahrscheinlichkeit von gewissen Verhaltensweisen maßgeblich von den strukturellen Bedingungen und strukturell vorgegebenen Möglichkeiten eines Individuums geprägt. Dem Verhalten sind somit andere, viel grundlegendere Faktoren vorgeschaltet, wie in Kapitel 3 noch genauer erläutert wird. Trotzdem dominiert in unserer Gesundheitskultur, mit ihrer starken Prägung durch die ganzheitlichen Ansätze, eine Sichtweise, wonach Gesundheit *hauptsächlich* abhängig ist von der individuellen Fähigkeit sich an die Umweltbedingungen zu adaptieren und sich entsprechend zu verhalten (vgl. Crawford, 1980, S. 368; S. 375).

### **2.2.3.2. Individuelle Verantwortung:**

Was in diesem Kontext in der Literatur zur momentanen Gesundheitskultur außerdem zentral herausgestellt wird, sind die Implikationen, die diese Sichtweise auf die Frage der Verantwortung hat (siehe dazu: Brunett, 2009; Kickbusch, 2006; Crawford, 1980; Schmidt-Semisch; Paul, 2010; Schmidt, 2010). Prinzipiell stellte in der durch die ganzheitlichen Ansätze geprägten Gesundheitsbewegung die individuelle, gesundheitsbezogene Eigenverantwortung ein

---

<sup>15</sup> Kühn, H.; Rosenbrock, R. (2009): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In: Bittlingmayer, U.H. u.a. (Hg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen sozialer Ungleichheit. Wiesbaden, S. 47-71

zentrales Element dar, was wieder stark mit der Abgrenzung von der Biomedizin und der dabei betonten Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit assoziiert ist (vgl. Brunett, 2007, S. 172). Auch Crawford stellt in Bezug auf die Healthism-Ideologie fest, dass die Lösung für das Problem Gesundheit in der individuellen Wahl des Verhaltens bzw. in der Modifikation der Lebensstile gesehen wird, was die Leitvorstellung inkludiert, Verantwortung für das eigene gesundheitsbezogene Handeln zu übernehmen (vgl. ebd., 1980, S. 368). Die persönliche Entschlossenheit den kulturellen Einflüssen, den Werbungen, den institutionellen und Umweltlichen Einschränkungen, oder auch den eigenen ungesunden Verhaltensweisen zu widerstehen werden dabei als die ausschlaggebenden Faktoren für Gesundheit betrachtet (vgl. ebd., S. 368). Tendenziell wird diese dadurch zu einer Frage der individuellen Lebensführung erklärt und als das Ergebnis einer Entscheidung betrachtet, für die das Individuum die Verantwortung zu tragen hat (vgl. Kickbusch, 2006, S. 67 ff.).

Neben dem Einfluss der sozialen Bewegungen auf die Gesundheitskonzeption ist in Bezug auf die Betonung der gesundheitsbezogenen Eigenverantwortung aber auch der Einfluss der veränderten politischen Leitvorstellungen herauszustellen, die begründend für die zuvor schon angesprochenen, gesundheitspolitischen Umgestaltungen waren. Im Gegensatz zum 19. bzw. 20. Jahrhundert, als der Staat die Gesundheit zu einem selbstverständlichen Teil seiner Aufgaben machte und sich die historisch neue Organisation der Gesundheit in Form des Gesundheitssystems entwickelte (vgl. Kickbusch, 2006, S. 25), gab es mit dem Fortschreiten neoliberaler Regierungstechniken eine tiefgreifende Umstrukturierung der gesellschaftlichen Verantwortungsverhältnisse und damit der Frage, was die Gesellschaft dem Einzelnen schuldet und was der Einzelne der Gesellschaft (vgl. Schmidt-Semisch; Paul, 2010, S. 13).

Zunehmend wurden dabei wohlfahrtsstaatliche Leistungen abgebaut und mit der Idee des ‚aktivierenden Sozialstaats‘ die Verantwortlichkeiten auf die Individuen verlagert (vgl. ebd.). Denn für die neoliberale Programmatik staatlichen Regierens ist es eine konstitutive Vorstellung, dass Individuen frei sind was die Wahl ihres Verhaltens betrifft (vgl. Rose, 1999 zit. nach Brunett, 2007, S. 178)<sup>16</sup>. Individuen werden als autonome Wesen betrachtet, die rational handeln und sich demnach in der Regel rational für Gesundheit *entscheiden* werden. Somit bestehen in der neoliberalen Konzeption von Gesundheit auch keine Einschränkungen bezüglich der individuellen Wahlmöglichkeit eines bestimmten, gesundheitsbezogenen Verhaltens. Alle Individuen besitzen *gleichermaßen* die Möglichkeit und die Fähigkeit etwa auf risikoreiches Verhalten wie ungesunde Essgewohnheiten zu verzichten, oder auch medizinische Vor-

---

<sup>16</sup> Rose, N. (1999): Powers of freedom. Reframing political thought. Cambridge, S. 94

sorgeleistungen in Anspruch zu nehmen (vgl. ebd.). Durch diese zugrunde liegende Vorstellung, interpretierte der Staat seine Verhältnis zur Gesundheit der Bevölkerung zunehmend so, dass er sich in einer fördernden, vermittelnden Rolle sah und er baute seine Verantwortung dafür sukzessive ab (vgl. Kickbusch, 2006, S. 104 f.). Denn Gesundheit lässt sich nach dieser Vorstellung vornehmlich in Eigenregie herstellen. Dabei wird allerdings die Tatsache ignoriert, dass Gesundheit/ Krankheit weitaus stärker von der sozialen Lage und weniger von persönlichen Leistungen bestimmt wird (vgl. Schmidt, 2010, S. 23), worauf in Kapitel 3 näher eingegangen wird.

Auch in der Politik rückte durch die neoliberalen Denkweisen also das aktive, selbst verantwortliche Subjekt paradigmatisch in den Vordergrund. Dies kann als ideologischer und legitimatorischer Hintergrund für die schon erwähnten gesundheitspolitischen Reformen in Richtung Eigenverantwortung und die finanzielle Umsteuerung auf den Einzelnen, sowie auch für die immer gewichtigere, politische Forderung nach Eigenverantwortung und Eigenvorsorge des Bürgers betrachtet werden (vgl. Schmidt-Semisch; Paul, 2010, S. 13; vgl. Kickbusch, 2006, S. 52 ff.). Zunehmend wurde dabei das Selbstmanagement rationaler Subjekte, und nicht mehr die wohlfahrtstaatliche Absicherung kollektiver sozialer Risiken, zum Ansatzpunkt des politischen Regierens (vgl. Brunett, 2007, S. 179).

Für die Gesundheitskultur und die kulturelle Bewertung von Gesundheit und Krankheit ist dies nun insofern relevant, als dass Gesundheit dadurch tendenziell mit der Persönlichkeit und dem individuellen Willen einer Person assoziiert wird (vgl. ebd., S. 178 f.). „Während Gesundheit den Individuen als gelungene Anpassung an die Umwelt und sich beständig verändernde Lebens- und Arbeitsbedingungen zugeschrieben wird, erscheint Krankheit für die Individuen selbst, aber auch für die Umgebung zunehmend als selbst zu verantwortendes Versagen, als äußerliches Zeichen der missglückten Anpassung an die Lebensbedingungen“ (ebd., S. 179). Dadurch wird vor allem Krankheit *in* den eigenen Willen verschoben. Sie ist entweder schon im (fehlenden) subjektiven Willen verankert, oder ein Ausdruck der freien Wahl von Individuen (vgl. ebd.).

Gerade dieser Aspekt ist vor dem Hintergrund der soziologischen und sozialespidemiologischen Erkenntnisse zu den sozialen Bedingungen von Gesundheit, sowie zu deren Abhängigkeit von sozial ungleich verteilten Ressourcen, höchst problematisch. Doch wird genau diesen Forschungsansätzen politisch wenig Aufmerksamkeit geschenkt, was durch die beschriebene Ausrichtung an der neoliberalen Gesundheitskonzeption erklärbar ist. Erklärungsansätze die nicht vorrangig individuelle (Verhaltens-)Faktoren der Gesundheit betonen und somit nicht

die Prämisse der Eigenverantwortung stützen, passen nicht in das Schema der Gesundheitspolitik und bleiben daher unterrepräsentiert. Nicht-biomedizinisch ausgerichtete Forschungsansätze zu den Ursachen von Gesundheit und Krankheit, die den engen Zusammenhang zwischen der Ausbreitung von chronischen Krankheiten und den sozialen Lebensbedingungen belegen, werden stark vernachlässigt (Hurrelmann; Richter, 2013, S. 23). Die Politik orientiert sich vielmehr an biomedizinischen Parametern, die bei individuellen Dimensionen der Gesundheit ansetzen. Dadurch kommt es allerdings zu einer „völlig unzureichenden Beachtung von soziologischen, psychologischen, pädagogischen und ökonomischen Erkenntnissen und hieraus abzuleitenden Handlungsstrategien“ (Richter, 2013 zit. nach ebd.)<sup>17</sup>. Zudem wird die „verursachende Schlüsselrolle der gesellschaftlichen Verhältnisse und des weitgehend darauf zurückzuführenden Gesundheitsverhaltens“ (ebd.) vernachlässigt. Denn eine solche Perspektive entspricht nicht den Leitvorstellungen, an denen sich die Politik orientiert und ist auch nicht geeignet, die Funktion zu erfüllen, die einer auf Eigenverantwortung aufbauenden Gesundheitskonzeption zuzuschreiben ist und auf die im Folgenden eingegangen wird.

### ***2.2.3.3. Verlagerung sozialer Probleme auf das Individuum:***

Zuvor wurde bereits angeschnitten, dass ein politisches Interesse an der Verlagerung der Verantwortung auf die Individuen und an der Akzentuierung der Eigenverantwortung besteht, da sich dadurch der Abbau wohlfahrtsstaatlicher Sicherungssysteme und sozialstaatlicher Leistungen (vgl. Brunett, 2007, S. 180) legitimieren lässt. Darüber hinaus ist aber noch eine weitere wichtige Funktion herauszustellen, die ebenfalls als politisch zu betrachten ist. Denn durch die starke Betonung der Verhaltensdimensionen der Gesundheit und der individuellen Verantwortung wird gleichzeitig von den Dimensionen der Gesundheit abgelenkt, die im Einflussbereich der Politik liegen, wo es um soziale Strukturen, um gesellschaftspolitische Fragen und um mögliche, wünschenswerte Veränderungen auf diesen Ebenen geht. Die Konzentration auf die individuellen Dimensionen der Gesundheit und die weiterhin starke Orientierung der Politik aber auch der Forschung an biomedizinischen, subjektbezogenen Parametern (vgl. Hurrelmann, Richter, 2013, S. 23) befördern somit eine entpolitisierende Tendenz, da dadurch problematische Entwicklungsbedingungen in der allgemeinen Wahrnehmung an Bedeutung verlieren (vgl. Schneider, 2013b, 235). Die Konzentration auf die Veränderung oder Modifizierung des Individuums und die (weitgehende) Nichtbeachtung der sozialen Strukturen und Verhältnisse tragen dazu bei, dass auf dieser Ebene keine Veränderungen vorgenom-

---

<sup>17</sup> Richter, M. (2013): Verkörperte Ungleichheiten. Herausforderungen für die psychosomatische Medizin. In: Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie. Nr. 63, S. 19-25

men werden. Wenn auch nicht bewusst und von einzelnen Personen gesteuert, so ist dies als eine politische Funktion zu betrachten. Denn sozialstrukturelle Schwierigkeiten werden dadurch in den Verantwortungsbereich der Individuen gestellt, die ihrerseits diese Schwierigkeiten als individuell begründet wahrnehmen (vgl. Schneider, 2013a, S. 218). Es findet dabei eine Rücküberantwortung sozialer Problemlagen ins Private statt (vgl. Schmidt-Semisch; Paul, 2010, S. 12).

Die Idee der Eigenverantwortung, als Facette unserer subjektorientierten, individualisierten Gesundheitskultur, fungiert insofern als entscheidendes Element für eine politische Funktion, mit der von gesellschaftspolitisch relevanten Fragestellungen abgelenkt wird und die bestehenden Verhältnisse konsolidiert werden (vgl. Schneider, 2013b, S. 234). Nicht zuletzt in diesem Sinne ist die Prämisse der Eigenverantwortung kritisch zu hinterfragen. Auch Crawford bemerkte dazu, dass individuelle Verantwortung als politische Sprache höchst problematisch ist. Denn es wird dadurch die Illusion gefördert, dass diese ausreichend sei und es wird eine Konzeption befördert, die die prinzipielle Bedeutung sozialer und struktureller Faktoren auf die Gesundheit, aber auch die sozialen Beschränkungen hinsichtlich der Wahlfreiheit von Verhalten ignoriert (vgl. ebd., 1980, S. 377).

„...in both conception and practice, those who adopt such efforts as a model tend to deny or choose to ignore the structural conditions which produce in our society the behaviors, attitudes, and emotions upon which so much attention is now focused” (ebd., S. 375).

In diesem Sinne kommt die neoliberale Prägung bzw. die Individualisierung unserer Gesundheitskultur den Erfordernissen des politischen Systems entgegen. Gleichzeitig wird an dieser Verknüpfung wieder ersichtlich, inwiefern diese Ausrichtung gleichermaßen den Erfordernissen der Ökonomie entgegenkommt. Denn politische Bedarfe werden dadurch in private Nachfrage verwandelt. Ursprünglich politisch bzw. strukturell zu verortende Probleme werden auf Individuen übertragen und dabei in Probleme solcherart transformiert, für die vermarktungsfähige Waren nachgefragt werden können (Schmidt-Semisch; Paul, 2010, S. 12). In Bezug auf Kühn und Rosenbrock wurde zuvor angeführt, dass sich meist die Präventions- und Gesundheitsförderungskonzepte durchzusetzen pflegen, die sich als Angebot von Waren ausdrücken können. Hinzuzufügen ist dazu nun noch, dass es sich dabei auch um solche Konzepte handelt, die es erlauben die infrage stehenden Probleme als individuelles Fehlverhalten in den

Blick zu nehmen und die somit das Konzept der Eigenverantwortung unterstützen (vgl. Bittlingmayer u.a., 2009 zit. nach ebd., S. 10)<sup>18</sup>.

#### **2.2.3.4. Gesundheits-Klassengesellschaft:**

Durch die Prämisse der Eigenverantwortung ist es legitimiert, dass heute vermehrt individuell zu erbringende Zuzahlungen und Selbstbeteiligung zur Realität werden (vgl. Kickbusch, 2006, S. 52; vgl. Hensen, 2008a, S. 10). Es wird von Menschen erwartet, gemäß der neoliberalen Konzeption von freien Individuen, sich eigenverantwortlich und somit gesund zu verhalten, sowie präventiv für die eigene Gesundheit vorzusorgen. Mit dieser Konzeption werden allerdings die ungleichen Ausgangsbedingungen der einzelnen Gesellschaftsmitglieder ignoriert, sowie die Einbettung der Gesundheit in gesellschaftliche Ungleichheitsverhältnisse (vgl. Brunett, 2007, S. 180). Denn Gesundheit ist von Ressourcen abhängig über die nicht jedes Gesellschaftsmitglied im selben Maße verfügt. Trotzdem wird die Möglichkeit Gesundheit für sich selbst realisieren zu können sukzessive von Bedingungen abhängig gemacht wie der finanziellen Situation eines Individuums, wodurch sich große gesundheitsbezogene Unterschiede in der Gesellschaft ergeben. Durch eine Konzeption, die jeder Person die gleiche Verantwortung zuschreibt und die jedem die grundsätzlich gleichen Möglichkeiten zur Gesundheit unterstellt, wird also indirekt auch die Entstehung einer Gesundheits-Klassengesellschaft unterstützt.

Diese Problematik zeigt sich etwa am Beispiel neuer Krankenversicherungsmodelle von Versicherungsunternehmen in denen Begünstigungen für Kunden vorgesehen sind, die sich gesünder verhalten. Dies bedeutet natürlich umgekehrt, dass ungesundes Verhalten mit teureren Tarifen einhergeht, was in mehrerer Hinsicht bedenklich ist, vor allem jedoch hinsichtlich der sozialen Konsequenzen, die ein solches Modell nach sich zieht. Ohnehin bereits bestehende Ungleichheiten in der Möglichkeit zur Gesundheitsvorsorge werden damit noch verschärft. Dieses Beispiel zeigt exemplarisch, dass gewisse Tendenzen und gesundheitspolitische Maßnahmen unserer Gesundheitskultur bestehende Ungleichheiten nicht nur erhalten, sondern sogar aktiv mit-produzieren (vgl. Brunett, 2007, S. 180). Denn durch die neoliberalen Umstrukturierungen der Gesundheitspolitik und durch die sukzessiven Privatisierungen, etwa durch die Ausgliederung medizinischer Leistungen aus der Kassenfinanzierung, werden soziale Unterklassen und weite Teile sozialer Mittelklassen benachteiligt (vgl. ebd.). Doch bevor diese Problematik vertieft wird, sollen im nächsten Kapitel zunächst aktuelle Erkenntnisse

---

<sup>18</sup> Bittlingmayer, U. H.; u.a. (Hg.) (2009): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen sozialer Ungleichheit. Wiesbaden

zu den Bedingungsfaktoren von Gesundheit vorgestellt werden, wobei insbesondere auf die sozialstrukturell determinierten Bedingungen eingegangen wird.

#### **2.2.4. Fazit:**

In diesem Kapitel wurden die historischen Entwicklungen und die wichtigsten momentanen Trends und Charakteristika unserer Gesundheitskultur aus einer kritischen Perspektive nachvollzogen, wobei auch auf politische, ökonomische wie teilweise auch soziale Funktionen dieser Trends eingegangen wurde. Dabei konnte gezeigt werden, dass sich die vorherrschende Konzeption von Gesundheit nicht ausschließlich aufgrund einer fachlichen und inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem Thema ausbildete, sondern maßgeblich von anderen Faktoren beeinflusst wurde. Die kulturell hegemoniale Auffassung und Bewertung von Gesundheit ist Gegenstand gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse und Machtkämpfe und sie stellt einen besonders sensiblen Kristallisationspunkt unterschiedlicher Interessen und Handlungslogiken dar (vgl. Bittlingmayer, 2008, S. 241). Gewisse Aspekte, Annahmen und Prämissen, die in unserem Gesundheitskonzept enthalten sind, sind insofern auch auf spezifische Einflüsse und Interessen zurückzuführen. Sie sind darum heute dominant, da sie etwa ökonomisch, politisch, oder sozialgeschichtlich für bestimmte gesellschaftliche Gruppen oder Institutionen nützlich waren oder noch immer sind, was einmal mehr auf die Kontingenz dieses Konstrukts verweist. Im Hinblick auf die Thematik dieser Arbeit wurde in diesem Kapitel dabei insbesondere herausgestellt, dass unser Gesundheitskonzept einen sehr subjektorientierten und individualisierten Zugang forciert, wodurch Gesundheit tendenziell auf die individuellen Dimensionen reduziert wird.

Im folgenden Kapitel soll nun dargestellt werden, dass die Konzentration auf diese Dimensionen der Gesundheit an dem vorbeigeht was viele, aktuelle empirische Befunde zu belegen in der Lage sind und dass zudem die darauf aufbauenden Annahmen über die Ursachen und Bedingungen von Gesundheit nicht der (sozialen) Realität entsprechen. Dabei wird ein Zugang zur Gesundheitsforschung vorgestellt werden, der sich nicht nur an individuellen und subjektorientierten Bedingungsfaktoren von Gesundheit orientiert, sondern auch sozialstrukturelle Erklärungsansätze miteinbezieht, wodurch eine komplexere Sicht auf die Thematik geboten wird. Die dabei beschriebenen Erkenntnisse werden in einem weiteren Schritt anhand eines Sachverhalts veranschaulicht, der zunehmend Eingang in die fachspezifische Diskussion findet und der den Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialen Faktoren untermauert.

### **3. Der soziologische Blick auf Gesundheit:**

*„Gesundheit ist der Zustand völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 1946, S. 1).*

Diese Definition der WHO wurde in einem anderen Kontext bereits angeführt, um gewisse Tendenzen zu veranschaulichen, die aus kritischer Perspektive betrachtet wurden (wie die Ausweitung gesundheitlicher Bewertungskategorien, die Pathologisierungstendenz, oder die Expansion der Ansprüche an Gesundheit). Hier sei sie nun zu einem anderen Zweck noch einmal angeführt, denn auch wenn sie auf problematische Tendenzen verweist, so macht sie doch deutlich, dass die Bedingungen von Gesundheit mehrdimensionale Faktoren besitzen. Gesundheit ist nicht nur eine Frage der körperlichen Unversehrtheit, sondern sie inkludiert auch psychische, soziale und ökonomische Dimensionen (vgl. Wendt; Wolf, 2006, S. 9).

#### **3.1. Bedingungsfaktoren von Gesundheit:**

Dass die psychologischen Einflussfaktoren auf die Gesundheit gesellschaftlich zunehmend Anerkennung fanden, wurde im Zuge der Beschreibung der Gesundheitskultur bereits erwähnt, wenn dazu auch einschränkend bemerkt wurde, dass deren Berücksichtigung eher im Rahmen eines ‚psychobiologisch‘ ausgerichteten Gesundheitskonzepts stattfindet (vgl. Crawford, 1980, S. 375). Brunett spricht im Kontext der Entstehung der neuen Gesundheitskultur sogar von einer ‚Psychologisierung der Gesundheit‘ (vgl. ebd., 2009, S. 74), da spätestens seit den 1990ern die Bedeutung von psychischen Erkrankungen von Medizinern und Psychologen, von der Politik und von öffentlichen Medien mit zunehmender Nachhaltigkeit betont wurde, sodass heute eine bemerkenswerte gesellschaftliche Sensibilität für diese Thematik besteht (vgl. Schneider, 2013b, S. 222).

Aber trotz der prinzipiellen Erweiterung des Verständnisses in der neuen Gesundheitskultur bleibt aus gesundheitssoziologischer Perspektive zu kritisieren, dass Gesundheit und die Vorstellung darüber, durch welche Faktoren sie hergestellt oder erhalten wird, auf die subjektbezogenen Dimensionen reduziert wird, während die gesellschaftlichen, sozialstrukturellen Einflüsse weitgehend unberücksichtigt bleiben. Auch bei der Bekämpfung der ‚chronischen Krankheiten‘, auf der beinahe die gesamte (gesundheits-) politische Aufmerksamkeit liegt und in die der überwiegende Anteil der gesundheitsorientierten Forschungsressourcen investiert wird, orientiert man sich hauptsächlich an den biomedizinisch ausgerichteten und individuellen Dimensionen der Gesundheit (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 22). Der untenste-

henden Kategorisierung (siehe: Tabelle 1) folgend sind diese subjektbezogenen Faktoren in *personale* Faktoren, wie sie von der Medizin und der Psychologie fokussiert werden, sowie in *Verhaltensfaktoren* zu unterteilen (vgl. ebd., S. 24 f.). Was durch den Fokus auf diese Faktoren aber auf der Strecke bleibt sind die gesellschaftlichen Ursachen, Hintergründe und Kontexte von Gesundheit und Krankheit, obwohl der maßgebliche Einfluss dieser Faktoren als erwiesen gelten kann. Die Disziplin der Gesundheitssoziologie befasst sich mit der Erforschung genau dieser Faktoren. Sie nimmt dabei die sozialen Ausgangsbedingungen von Krankheiten, die Strukturen und Funktionen des Krankenversorgungssystems, sowie die Analyse der Beziehung zwischen Gesundheit und Krankheit mit den Strukturen und Funktionen des gesamten Gesundheits- und Krankenversorgungssystems in den Blick (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 12). Aus dieser Perspektive konnte in unzähligen Studien dokumentiert werden, dass die Gesundheitsverhältnisse – also die gesundheitlich relevanten gesellschaftlichen, ökonomischen, kulturellen und institutionellen Lebensbedingungen – einen starken Einfluss auf die Gesundheit und insbesondere auf das Gesundheitsverhalten ausüben (vgl. ebd., S. 21 ff). Die Frage nach den Verursachungsmechanismen von Gesundheit und Krankheit wird somit, neben den bisher behandelten, subjektzentrierten (personalen und Verhaltens-) Faktoren, um die Verhältnisfaktoren erweitert.

*Tabelle 1: Bedingungsfaktoren von Gesundheit*

| <b>Personale Faktoren:</b> | <b>Verhaltensfaktoren</b>     | <b>Verhältnisfaktoren</b>        |
|----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Genetische Dispositionen   | Essgewohnheiten               | Sozioökonomischer Status         |
| Körperliche Konstitution   | Körperliche Aktivität         | Bildungsangebote                 |
| Psychische Konstitution    | Spannungsregulation           | Wirtschaftliche Verhältnisse     |
| Behinderungen              | Tabak- und Alkoholkonsum      | Arbeitsbedingungen               |
| Ethnische Herkunft         | Drogenkonsum                  | Politische Stabilität            |
|                            | Sexualverhalten               | Migrationsstatus                 |
|                            | Hygieneverhalten              | Wohnverhältnisse                 |
|                            | Selbstvertrauen               | Verkehrssicherheit               |
|                            | Selbstwirksamkeitsüberzeugung | Luft-, Wasser- und Bodenqualität |
|                            | Bewältigungskompetenzen       | Hygienebedingungen               |
|                            | Vorsorgeverhalten             | Freizeitbedingungen              |
|                            |                               | Qualität der Versorgungsangebote |

(vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 24)

Doch auch wenn der starke Einfluss der Verhältnisfaktoren empirisch mittlerweile belegbar ist, wie noch genauer gezeigt wird, werden diese Erkenntnisse in der Gesundheitskultur nicht angemessen berücksichtigt – weder in der kulturell-hegemonialen, der gesundheitspolitischen, noch in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Gesundheit. Vielmehr wird sich hauptsächlich auf die individualisierbaren Dimensionen der Gesundheit konzentriert, was aber der “gegenseitigen Verflechtung der Bedingungsfaktoren für Gesundheitsstörungen und Krankheit“ (Hurrelmann; Richter, 2013, S. 25) nicht gerecht wird. Denn die oben angeführten Faktorengruppen wirken nicht unabhängig voneinander auf die Gesundheit, sondern in gegenseitiger Abhängigkeit (vgl. ebd., S. 24). So zeigen die Verhaltensfaktoren eine starke Abhängigkeit von den personalen Voraussetzungen eines Menschen, ganz maßgeblich aber auch von den sozialen Verhältnissen, in denen sie sich ausbilden. Sie sind in die gesellschaftlichen, sozialen Strukturen eingebettet und werden von diesen wesentlich mitbestimmt (vgl. Bauer u.a., 2008 zit. nach Helmert; Schorb, 2009, S. 146)<sup>19</sup>. Somit sind persönliche Entscheidungen über Lebensführung und Verhalten auch keine gänzlich unabhängigen Entscheidungen, sondern immer von den strukturellen Möglichkeiten abhängig, denen sich ein Mensch gegenüber sieht.

*Die politischen und wirtschaftlichen Bedingungen eines Landes, kulturelle Spannungen, die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe, die finanziellen Spielräume, die Wohnbedingungen, der Bildungsgrad und die privaten Lebensformen – um nur einige Beispiele zu nennen – wirken als einschränkende oder ermöglichende Bedingungen für die Entfaltung von gesundheitlichen Verhaltensweisen und damit für die Gesundheit. Die soziale und physikalische Umwelt entscheidet damit, welche Spielräume für das Gesundheitsverhalten ein Mensch hat und welche Muster des Umgangs mit dem eigenen Körper, der Stabilisierung der psychischen Befindlichkeit, der Leistungs- und Genussfähigkeit und der Ernährung, Bewegung und Spannungsbewältigung er entwickelt (Hurrelmann; Richter, 2013, S. 27).*

Geprägt von diesen Bedingungen bilden sich erst routinemäßige Muster von individuellen Entscheidungen über das persönliche Gesundheitsverhalten in der jeweils gegebenen sozialen und physischen Umwelt aus (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 27). Die sozialen Einflussfaktoren wirken als „unentrinnbare Verhältnisse“ (ebd.) von Außen auf den Menschen ein und sind, wie auch die innerpersonalen Faktoren, von ihm nur teilweise beeinflussbar (vgl. ebd.). Daher ist Gesundheit bzw. das Gesundheitsverhalten auch nicht nur als Ausdruck und Resultat der subjektiven Auseinandersetzung mit Körper und Psyche anzusehen, wie es etwa die ganzheitlichen Gesundheitspraktiken nahelegen, ebenso wenig wie Gesundheit nur eine Frage von biologischen Prozessen und von Viren und Bakterien ist (vgl. Hradil, 2009, S. 35). Vielmehr hängt der Gesundheitszustand, aber auch das Gesundheitsverhalten, grundlegend mit der

---

<sup>19</sup> Bauer, U. (u.a.) (Hg.): 2008: Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden. VS Verlag

physischen Umwelt zusammen, sowie mit sozialen Tatbeständen der Gesellschaft und dabei vor allem auch der Stellung von Individuen in den gesellschaftlichen Strukturen (vgl. ebd.).

Die grundlegende Bedeutung der Verhältnisfaktoren und der Einfluss der Lebensbedingungen auf die Gesundheit und auf das Gesundheitsverhalten wurde bereits im „Black Report“ (1982) hervorgehoben, einer für die Gesundheitssoziologie wegweisenden Studie aus Großbritannien (vgl. Giesecke; Müters, 2009, S. 353). Diese Studie „verwies bezüglich potenzieller Erklärungsfaktoren auf die materiellen/ strukturellen Lebensbedingungen (...) sowie auf das Gesundheitsverhalten (...), wobei erstere als die wichtigste Ursache eingeschätzt wurde und das Gesundheitsverhalten hierzu ergänzend wirke“ (Giesecke; Müters, 2009, S. 353). Neben dem ‚Black Report‘ haben aber auch historische Untersuchungen schon früh auf die hohe Relevanz struktureller Determinanten für den Gesundheitszustand hingewiesen, wie die zuvor schon erwähnte Studie von McKeown (1982), die auf die höhere Bedeutung der sozialstrukturellen Interventionen gegenüber den medizinischen Interventionen verwies. Insgesamt sind sich die historischen und sozialepidemiologischen Untersuchungen über die signifikante Rolle der materiellen/ strukturellen Faktoren einig: Es war die sozialpolitische Beeinflussung dieser Faktoren, die ausschlaggebend für die verbesserte Gesundheit war, sowie für die immense Steigerung der Lebenserwartung, die 1850 noch bei 35 Jahren lag und sich somit seither mehr als verdoppelt hat (vgl. Kickbusch, 2006, S. 24).

Doch wie schon angedeutet wurde, wird die Gesundheit nicht nur durch *materielle* Verhältnisfaktoren beeinflusst, sondern auch durch immaterielle Verhältnisfaktoren. Diese üben sowohl einen direkten, wie auch einen indirekten Einfluss auf Gesundheit aus, indem sie als bedingender Rahmen für das individuelle Gesundheitsverhalten fungieren, welches wiederum auf die Gesundheit wirkt. Denn jedes individuelle Verhalten, so auch das gesundheitsbezogene Verhalten, ist immer in die jeweiligen Lebensbedingungen eingebettet: Sowohl Normen und Werte, als auch Verhaltensweisen werden von den strukturellen Bedingungen geprägt und beeinflusst (vgl. Townsend; Davidson, 1982 zit. nach Giesecke; Müters, 2009, S. 353)<sup>20</sup>. Daher sind auch die heute so zahlreichen chronischen Belastungen nicht ausschließlich als das Ergebnis individueller Lifestyle-Entscheidungen zu betrachten. Vielmehr ist deren Entstehung maßgeblich durch strukturelle Entwicklungen und die veränderte Lebensumstände beeinflusst. Der Grund dafür, dass gut ein Viertel der Europäer fettleibig ist, ist bei einer Betrachtung der relativen Erklärungsanteile zu einem viel größeren Teil bei Faktoren zu suchen, wie

---

20 Townsend, P.; Davidson, N. (1982): Inequalities in health. The Black report. Harmondsworth: Penguin

der Veränderung der Lebensweisen, des Marktes und der Nahrungsmittelproduktion, als bei persönlichen Verhaltensweisen (vgl. Kickbusch, 2006, S. 55).

Trotzdem darf die Rolle der Verhaltensfaktoren auch nicht unterschätzt werden, denn dieser Faktor nimmt trotz der oben beschriebenen Abhängigkeit immer noch eine Schlüsselrolle ein (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 26). Die Verhaltensfaktoren bilden sozusagen das „Gelenkstück zwischen den personalen und den Verhältnisfaktoren“ (ebd., S. 25). Es können darunter all jene Prozesse „(...) der Aufmerksamkeit, des Erlebens, der Informationssuche, der Handlungsintention und der Handlungsausführung zusammengefasst werden, die auf die Aufrechterhaltung der körperlichen und psychischen Unversehrtheit, die Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens und die Vermeidung von Gesundheitsstörungen und Krankheiten abzielen“ (ebd.).

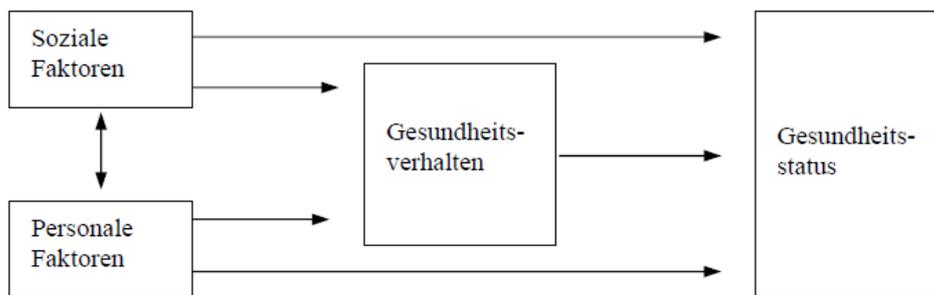
Diesen Prozessen kommt, wie viele empirische Studien belegen, auch im Hinblick auf die chronischen Krankheiten eine zentrale Bedeutung zu (vgl. ebd.). Was jedoch nicht angemessen anerkannt und berücksichtigt wird ist die Tatsache, dass dem Verhalten strukturelle (soziale, kulturelle, materielle), sowie personale Bedingungen vorgeschaltet sind, die als Ausgangsfaktoren für die Ausbildung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen dienen (vgl. ebd., S. 26). So ist beispielsweise die durchschnittlich längere Lebensdauer des weiblichen Geschlechts zum Teil auch auf kulturelle Einflüsse zurückzuführen, die mit der sozialen Rolle als fürsorge- und gemeinschaftsorientiert einhergehen, wodurch etwa die intensivere Körperwahrnehmung, die risikoärmere Lebensweise oder die gesündere Ernährung erklärt werden können (vgl. Hurrelmann; Kolip, 2002 zit. nach ebd.)<sup>21</sup>. Ausgehend von diesen Bedingungen werden gesundheitsrelevante Verhaltensweisen seit der Kindheit kontinuierlich aufgebaut – dazu zählen neben dem Vermeiden von Risiken und der richtigen Ernährung auch die angemessene Bewegung, die wirkungsvollere Spannungsregulation und nicht zuletzt die Bereitschaft und Fähigkeit zum Aufsuchen von Unterstützung und Hilfe in Belastungs- und Krisensituationen (vgl. ebd.). Bei der Frage nach den Determinanten von Gesundheit kann es also um Faktoren gehen, die zwar im Verhalten von Personen sichtbar werden, die aber auf gesellschaftlich bzw. strukturell bedingte Gründe zurückzuführen sind.

---

<sup>21</sup> Hurrelmann, K.; Kolip, P. (Hg.) (2002): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber

Die Beziehung zwischen den Faktoren kann vereinfacht wie folgt dargestellt werden:

Abbildung 1: Beziehung der Bedingungsfaktoren



(vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 26).

Wie diese Abbildung zeigt, gehen direkte Effekte von den beiden Ausgangsfaktoren auf den Gesundheitsstatus aus, aber mindestens ebenso stark sind die über das Gesundheitsverhalten *vermittelten*, indirekten Effekte dieser Faktoren (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 26). Die 3 Bedingungsfaktoren stehen daher in einem Abhängigkeitsverhältnis und vor diesem Hintergrund wird verständlich, warum eine isolierte Konzentration auf Verhaltensmodifikation, aber auch auf die subjektbezogenen Dimensionen der Gesundheit nicht ausreichen kann, wenn nicht *gleichzeitig* strukturelle Maßnahmen ergriffen werden (vgl. Schmidt-Semisch; Paul, 2010, S. 11). Gerade im Hinblick auf eine erfolgreiche Bekämpfung der chronischen Krankheiten wäre es essentiell einen multidisziplinären Ansatz zu wählen, der alle 3 genannten Ebenen miteinbezieht und in seine Handlungsstrategien integriert (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 25).

Aufbauend auf diese hier einführend beschriebene Einbettung der ‚Gesundheit‘ in die sozialstrukturellen Verhältnisse, wird nun auf ein weiteres Phänomen eingegangen, das auf einer epidemiologischen Analyse der statistischen Verteilung von Gesundheitsbelastungen in der Bevölkerung beruht und welches unter der Bezeichnung „gesundheitliche Ungleichheit“ in den letzten Jahren zunehmend Berücksichtigung in der sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Gesundheit gefunden hat. Anhand der folgenden theoretischen und empirischen Befunde zu diesem Phänomen wird dabei nicht nur die Beziehung zwischen den Verhältnis- und den Verhaltensfaktoren weiter vertieft, sondern es wird auch ersichtlich, inwiefern die derzeitige Ausrichtung auf die subjektbezogenen Dimensionen in der Gesundheitskonzeption mit der Frage der gesellschaftlichen Verteilungsgerechtigkeit bzw. mit der sozialen Gerechtigkeit in einer Gesellschaft assoziiert ist.

### **3.2. Gesundheitliche Ungleichheit**

Eine Vielzahl von gesundheits- und medizinsoziologischen, sowie von sozialegpidemiologischen Forschungen der letzten 15-20 Jahre konnten einen Umstand aufzeigen, der mittlerweile als empirisch gesichert und in diesen Disziplinen als Allgemeingut gilt (vgl. Jungbauer-Gans, 2006, S. 86): In den heutigen, hoch entwickelten Industriegesellschaften ist eine statistisch ungleiche Verteilung der Gesundheit festzustellen, die nicht zufällig ist, sondern die mit der sozialen Positionierung der Individuen einhergeht. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand einer Person und deren Stellung in der sozialen Hierarchie einer Gesellschaft (vgl. Bittlingmayer, 2008, S. 239). Die soziale Stellung meint dabei die relative Position im gesellschaftlichen Gefüge von Privilegien und Wohlstand und drückt sich im sozioökonomischen Status (SES) aus, der üblicherweise über die Schul- und Berufsausbildung (Bildungsstatus), die finanziellen Ressourcen (Einkommensstatus) und die berufliche Stellung (Berufsstatus) operationalisiert wird. Der SES und die darauf aufbauende Einteilung der Gesellschaft in unterschiedliche Gruppen bzw. soziale Schichten repräsentiert auf eine einfache Weise die Position in der Hierarchie von Privilegien (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 28).

Mit dem SES als Merkmal lässt sich der hier angesprochene Zusammenhang also so spezifizieren, dass der Gesundheitszustand mit dem sozioökonomischen Status von Personen korreliert (vgl. dazu: Richter; Hurrelmann, 2009; Jungbauer-Gans, 2006; Mielck, 2005), was in einer „kaum mehr überschaubaren Anzahl von Arbeiten“ (Mielck, 2005, S. 7) immer wieder gezeigt worden ist. Der SES erweist sich für die sozialwissenschaftliche Forschung somit als der wichtigste sozial strukturierende Faktor für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 28). Die mit einem höheren oder niedrigerem SES einhergehenden sozialen, ökonomischen und kulturellen Lebensverhältnisse prägen die ‚Gesundheitschancen‘ eines Individuums und von diesem Zusammenhangsmuster existieren von der Kindheit bis ins hohe Alter meist nur geringfügige Abweichungen (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 36).

An der Korrelation des SES mit dem Gesundheitsstatus wird deutlich, dass es offensichtlich die Kerndimensionen der sozialen Ungleichheit sind (Bildung, Beruf und Einkommen), die auch die gesundheitliche Lage entscheidend beeinflussen (vgl. Hurrelmann; Richter, 2009, S. 13). Die gesellschaftlichen Ungleichheitsverhältnisse bilden sich somit auch in der Gesundheit und im Gesundheitsstatus der unterschiedlichen sozialen Gruppen ab (vgl. Brunett, 2007, S. 180). Denn die Position im gesellschaftlichen Gefüge steht für die unterschiedlichen Mög-

lichkeiten zur Teilhabe an gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Vorteilen bzw. geht mit einem höheren oder niedrigeren SES die Verfügung über ungleich verteilte, begehrte Güter einher, aus denen gesellschaftliche Vor- und Nachteile erwachsen, was sich in unterschiedlichen ‚Lebenschancen‘ ausdrückt (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 28). Diese Güter können ‚Ressourcen‘ sein, das heißt Hilfsmittel autonomen Handelns, wie etwa Bildungsabschlüsse oder Einkommen. Sie können sich aber auch auf andere (un)vorteilhafte Lebensbedingungen beziehen, wie auf belastende Arbeitsbedingungen, (un)gesunde Umweltbedingungen oder (un)günstige Wohnbedingungen (vgl. Hradil, 2009, S. 36). Diese Faktoren scheinen sich auf die Gesundheit auszuwirken, da die Ungleichheiten in der Gesundheit sowie im Gesundheitsverhalten mit diesen sozial ungleich verteilten Ressourcen korrelieren (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 28). Für diese Korrelation zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit hat sich der Begriff „gesundheitliche Ungleichheit“ durchgesetzt (vgl. Hurrelmann; Richter, 2009, S. 13). Gesundheitliche Ungleichheiten sind in den unterschiedlichsten Ausprägungen von Gesundheit und Krankheit zu finden (vgl. ebd.) und es gibt dabei mehrere relevante Zusammenhänge, wovon die wichtigsten nun zusammengefasst dargestellt werden:

Als grundlegende Erkenntnis der Forschungen zur gesundheitlichen Ungleichheit ist festzuhalten, dass sozialschichtspezifische Unterschiede sowohl in der Erkrankungshäufigkeit als auch in der Sterblichkeit festzustellen sind bzw. dass der SES positiv mit der Erkrankung sowie mit der Sterbewahrscheinlichkeit korreliert (vgl. Jungbauer-Gans, 2006, S. 86). Sozial bedingte Ungleichheiten manifestieren sich also sowohl in der Mortalität (Sterblichkeit), was den sichtbarsten und tiefgreifendsten Einfluss sozialer Faktoren auf die Verwirklichung von Lebenschancen und Lebenszielen darstellt (Siegrist, J. (1995): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Neue Herausforderungen an die Präventionspolitik in Deutschland. ZfG 2. Beiheft: 54-63 vgl. Hurrelmann; Richter, 2009, S. 16), als auch in der Morbidität (Erkrankungshäufigkeit) (vgl. Bittlingmayer, 2008, S. 239). Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies, dass Personen mit einer niedrigeren Bildung, beruflichen Stellung oder einem niedrigeren Einkommen in der Regel kürzer leben und häufiger erkranken, als Personen mit einem höherem Status in diesen Bereichen (vgl. Hurrelmann; Richter, 2009, S. 13).

Dieser grundlegende Zusammenhang gilt für alle modernen, hoch entwickelten Gesellschaften und wurde in zahlreichen Studien untersucht und bestätigt (vgl. ebd., S. 29). Drever und Whitehead (1997) zeigten die Korrelation des sozialen Status zur Sterblichkeit bzw. zur Lebenserwartung etwa für England und Wales auf. Sie unterschieden dabei 5 soziale Klassen in

einer Gesellschaft, wobei die dritte Klasse zusätzlich in ‚manual‘ und ‚non-manual workers‘ unterschieden wurde. Zudem zeigten sie den Zusammenhang nicht nur für eine einzige, sondern für mehrere ausgewählte Perioden auf.

*Abbildung 2: Lebenserwartung nach Sozialschicht: Männer*

| Social class                     | 1972–76 | 1977–81 | 1982–86 | 1987–91 |
|----------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Life expectancy at birth (years) |         |         |         |         |
| I and II                         | 71.7    | 72.8    | 74.1    | 74.9    |
| IIIN                             | 69.5    | 70.8    | 72.2    | 73.5    |
| IIIM                             | 69.8    | 70.0    | 71.4    | 72.4    |
| IV and V                         | 67.8    | 68.3    | 69.8    | 69.7    |
| Total                            | 69.2    | 70.0    | 71.4    | 72.3    |

(vgl. Drever; Whitehead, 1997, S. 76)

*Abbildung 3: Lebenserwartung nach Sozialschicht : Frauen*

| Social class                     | 1972–76 | 1977–81 | 1982–86 | 1987–91 |
|----------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Life expectancy at birth (years) |         |         |         |         |
| I and II                         | 77.1    | 78.2    | 78.7    | 80.2    |
| IIIN                             | 78.0    | 78.1    | 78.6    | 79.4    |
| IIIM                             | 75.1    | 76.1    | 77.1    | 77.6    |
| IV and V                         | 74.7    | 75.7    | 76.8    | 76.8    |
| Total                            | 75.1    | 76.3    | 77.1    | 77.9    |

(vgl. Drever; Whitehead, 1997, S. 78)

Für Deutschland zeigte etwa Helmert diesen Zusammenhang anhand der Auswertung von Daten einer 1998 durchgeführten Studie zum Gesundheits- und Sozialstatus, sowie mit den Angaben zur Mortalität der Teilnehmer auf. Auch dabei wurden, wie im Beispiel oben, die Indikatoren des SES (Bildung, beruflicher Status und Einkommen) zu einem Gesamtindex zusammengezogen und die Sterbewahrscheinlichkeiten wurden in Abhängigkeit der sozialen Schicht als relative Risiken („Odds Ratios“) berechnet.

*Tabelle 2: Soziale Schicht und Mortalität*

| Odds Ratios (95% Konfidenz Intervall) |          |      |        |        |          |
|---------------------------------------|----------|------|--------|--------|----------|
| Soziale Schicht:                      |          |      |        |        |          |
|                                       | 1 (hoch) | 2    | 3      | 4      | 5 (tief) |
| Männer                                | 1        | 1,3  | 1,39*  | 1,48** | 1,56**   |
| Frauen                                | 1        | 1,39 | 1,98** | 1,72*  | 1,58     |

\*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,01$ ; \*\*\*:  $p < 0,001$

(vgl. Helmert, 2003 zit. nach Mielck, 2005, S. 19)<sup>22</sup>.

Wie auch mit dieser Darstellung deutlich wird, ist die verfrühte Sterblichkeit in den unteren Statusgruppen besonders hoch. Zu beachten ist dabei zusätzlich, dass nicht nur das Alter, sondern auch der Einfluss verschiedener Risikofaktoren (wie Rauchen, Familienstand, Bluthochdruck, Körpergewicht, sportliche Aktivität, Alkoholkonsum,...), sowie des Gesundheitszustandes ‚statistisch kontrolliert‘ wurden. Die statusspezifischen Unterschiede bei diesen Variablen wurden also ‚heraus gerechnet‘, was statistisch gesehen sogar zu einer Verringerung in der Mortalität führte. Umso erstaunlicher ist es, dass die Unterschiede zwischen den Statusgruppen immer noch so deutlich ausfallen (vgl. Mielck, 2005, S. 20).

Was nun hier für England und Wales sowie für Deutschland gezeigt wurde, gilt auch für Österreich. Auch hier wurde der Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und der Morbidität von gesellschaftlichen Gruppen mehrmals untersucht und bestätigt (vgl. dazu: Pochobradsky; u.a.; 2002).

In den oben angeführten Beispielen wurde die soziale Schichtzugehörigkeit nun als ein einzelnes Merkmal dargestellt, wobei die einzelnen Indikatoren zusammengezogen wurden. Der besagte Zusammenhang kann aber auch für jeden einzelnen der Indikatoren des SES (Bildungs-, Berufs-, sowie Einkommensstatus) nachgewiesen werden, wie etwa Mielck in einem Übersichts-Werk anhand unterschiedlicher Studien zeigt (vgl. dazu ebd. 2005, S. 15 ff.). Beispielhaft sei hier eine sozioökonomische Panel-Studie angeführt, die von 1984 bis 1993 durchgeführt wurde und die den Zusammenhang zwischen Schulbildung und Lebenserwartung (für Deutschland) bestätigt:

---

<sup>22</sup> Helmert, U. (2003): Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Augsburg: Maro-Verlag

*Tabelle 3: Schulbildung und Lebenserwartung*

| <i>Lebenserwartung ab 16 Jahren (in Jahren)</i> |                   |                    |
|---|-------------------|--------------------|
| <i>Schulbildung</i>                             |                   |                    |
|   | <i>Mit Abitur</i> | <i>Ohne Abitur</i> |
| <i>Männer</i>                                   | <i>60,3</i>       | <i>57</i>          |
| <i>Frauen</i>                                   | <i>65,5</i>       | <i>61,6</i>        |

Stichprobe: ca. 12000 Männer und Frauen ab 16 Jahren; Datenbasis: Befragung 1984-1993.

(vgl. Klein, 1996 zit. nach Mielck, 2005, S. 16)<sup>23</sup>.

Die besagte Korrelation zeigt sich weitgehend unabhängig davon, welcher der Indikatoren des SES herangezogen wird um die soziale Schichtzugehörigkeit zu messen (vgl. Hradil, 2009, S. 40). Immer zeigt sich dasselbe Bild: Die Ungebildeten, Armen, und beruflich niedriger gestellten sterben früher. Doch neben der verfrühten Sterblichkeit bestätigt sich dieses Muster wie gesagt auch in Bezug auf die Erkrankungswahrscheinlichkeit. Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status leiden häufiger an gesundheitlichen Beeinträchtigungen (vgl. Mielck, 2005, S. 15 ff.). „Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind durch stärkere Arbeitsbelastungen, schlechtere Wohnverhältnisse, vermehrten Zigarettenkonsum, häufigeres Übergewicht und größeren Bewegungsmangel einem teilweise deutlich erhöhten Krankheitsrisiko ausgesetzt. Leiden wie Schlaganfall, chronische Bronchitis, Schwindel, Rückenschmerzen und Depressionen sind in der unteren Sozialschicht sowohl bei Frauen wie Männern häufiger als in der oberen Schicht“ (Bittlingmayer, 2008, S. 239).

Ein erhöhtes Aufkommen mit abnehmendem SES ist zumindest bei folgenden Krankheiten empirisch nachgewiesen: Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus, Magenkrebs, Darmkrebs, Lungenkrebs, Nieren/-Blasenkrebs, Leukämie, maligne Lymphome, Krankheiten des Magens, Zahnkrankheiten, Bronchitis (bei Erwachsenen), Bandscheibenschäden, Übergewicht (Adipositas), Rheumatische Krankheiten, Gicht, psychische Krankheiten, Multimorbidität (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 37).

Die Fälle in denen sich der Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status ausgeglichen oder umgekehrt darstellt, die Morbidität mit zunehmendem SES also steigt, beschränken sich auf einige wenige Fälle, darunter allergische Erkrankungen (vgl. Hradil, 2009, S. 40), Bronchitis (bei Kindern), einige Hautkrankheiten z.B. Neurodermitis (bei Kindern), kurz- und

---

<sup>23</sup> Klein, Th. (1996): Mortalität in Deutschland: Aktuelle Entwicklungen und soziale Unterschiede. In: Zapf, W; Schupp, J.; Habich, R. (Hg.): Lebenslagen im Wandel. Sozialberichterstattung im Längsschnitt. Frankfurt/ New York: Campus, S. 366-377

Weitsichtigkeit, sowie Brustkrebs (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 37; vgl. Mielck, 2005, S. 23 ff.).

Diese Ausnahmen ändern aber wenig am Gesamteindruck, dass die unteren Statusgruppen unter einer besonders großen gesundheitlichen Belastung leiden. „Die Wahrscheinlichkeit, dass eine längerfristige Krankheit oder Gesundheitsstörung auftritt, ist bei Männern/ Frauen der Unterschicht ca. 1,3/1,4 mal höher als bei Personen aus der Oberschicht“ (vgl. Lampert, 2005 zit. nach Hradil, 2009, S. 40)<sup>24</sup>. Bei bestimmten Krankheiten ist das Auftreten sogar in weit höherem Maße eine Frage der Schichtzugehörigkeit. So leiden Männer aus der Unterschicht ca. 1,5-mal und Frauen aus der Unterschicht sogar 3,4-mal so häufig an Angina pectoris („Herzenge“) als Männer und Frauen aus der Oberschicht. Auch z.B. Rückenschmerzen, Schwindel und Depressionen treten in unteren Sozialschichten überproportional häufig auf. Und gerade die in modernen Gesellschaften zunehmenden Herz-Kreislauf-Krankheiten und die häufigste Krebserkrankung (Lungenkrebs) treten je häufiger auf, desto niedriger die soziale Stellung von Menschen ist (ebd. zit. nach ebd.).

In diesem Kontext ist außerdem relevant, dass sich die meisten sozialen Ungleichheiten, die sich auf die Gesundheit auswirken, schon sehr früh im Lebenslauf abbilden und sich die gesundheitlichen Benachteiligungen daher bereits im Kindesalter verfestigen (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 30 ff). Auch dabei spielt das Gesundheitsverhalten eine zentrale Rolle. Dieses wird im Sozialisationsprozess der Familie vermittelt und erworben. Bereits Kleinkinder übernehmen unbewusst die Muster von Hygiene, Ernährung, Bewegung und Tagesrhythmus von den Eltern und entsprechend stark sind diese Verhaltensmuster im persönlichen Handeln verankert (vgl. ebd., S. 30). Hurrelmann und Richter veranschaulichen die gesundheitliche Benachteiligung der Kinder und Jugendlichen überblicksmäßig anhand von mehreren empirischen Befunden. Dabei werden als relevante Faktoren unter anderem die Häufigkeit von Früherkennungsuntersuchungen, die Verbreitung von körperlichen wie psychischen Erkrankungen, das Ernährungsverhalten, die Raucherquoten, oder die Häufigkeit von Übergewicht genannt, wobei sich wiederum bestätigte, dass gesundheitsschädliche Verhaltensweisen bei Kindern aus unteren sozioökonomischen Schichten häufiger beobachtbar sind (vgl. ebd, S. 30 ff). Dies macht deutlich, wie früh die sozialen und ökologischen Gesundheitsverhältnisse bereits auf die Muster des Gesundheitsverhaltens und die hierdurch mitbedingten Ausprägung

---

<sup>24</sup> Lampert, T. (2005): Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten. Blaue Reihe, Berliner Zentrum Public Health

gen von Gesundheitsstörungen und Krankheiten wirken (vgl. Richter, 2010 zit. nach ebd., S. 57)<sup>25</sup>.

Über den grundlegenden Befund der gesundheitlichen Ungleichheit und über die Erkenntnis der schichtspezifischen Morbidität und Mortalität lässt sich demnach subsumieren, dass diese durch eine Fülle an empirischen Befunden bestätigt worden ist (vgl. Hradil, 2009, S. 40). Die Daten lassen in dieser Hinsicht keinen Zweifel aufkommen (vgl. Mielck, 2005, S. 47). Sie zeigen nicht nur, dass die Angehörigen der unteren Sozialschicht häufiger von Krankheiten und Beschwerden betroffen sind, sondern auch ihre eigene Gesundheit schlechter einschätzen und auch häufiger Einschränkungen ihrer Lebensqualität in Folge von Krankheiten hinnehmen müssen (vgl. Bammann, 2001 zit. nach Hradil, 2009, S. 40)<sup>26</sup>.

Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass es sich dabei nicht um ein lokal begrenztes Phänomen handelt, sondern dass dieser Befund international verallgemeinerbar ist. In praktisch allen modernen Ländern verlaufen Krankheits- und Sterberisiken schichtspezifisch (vgl. Hradil, 2009, S. 40). Immer ist die verfrühte Sterblichkeit in Gruppen mit niedrigem SES am stärksten ausgeprägt (Mackenbach, 2006 zit. nach Hurrelmann; Richter, 2009, S. 17)<sup>27</sup>, was sich unabhängig vom Geschlecht zeigt (vgl. ebd., S. 17; S. 19).

Zudem wurde gezeigt, dass dieser Umstand auch auf reichere Länder unvermindert zutrifft. Die Vermutung, dass das Ausmaß dieses Zusammenhangs in weniger reichen Ländern stärker ist, muss demnach verworfen werden. Massenwohlstand mindert die Schichtspezifik der Morbidität und der Mortalität nicht (vgl. Hradil, 2009, S. 40). Vielmehr zeigt sich, dass die Krankheitsrisiken unterer Schichten umso mehr überhöht sind, je größer die soziale Ungleichheit zwischen den sozialen Schichten in einem Land ist. So haben also nicht die reichsten Staaten die höchste Lebenserwartung, sondern die mit den geringsten Einkommensunterschieden (vgl. Heinzl-Gutenbrunner, 2001 zit. nach Hradil, 2009, S. 40)<sup>28</sup>. Außerdem kann auch die Annahme verworfen werden, dass der Zusammenhang zwischen der Schichtzugehörigkeit und dem Gesundheitszustand der Menschen – u.a. wegen gezielter Vorsorgemaßnahmen – allmählich schwächer wird. Eher das Gegenteil ist der Fall. Die Diskrepanz zwischen

---

<sup>25</sup> Richter, Matthias (2010): Risk behaviour in adolescence: Patterns, determinants and consequences. Wiesbaden: VS Verlag

<sup>26</sup> Bammann, K. (2001): Additive Sozialschichtindizes als Instrumente zur Beschreibung der sozialen Ungleichheit von Gesundheit – Untersuchungen am Beispiel der Statusinkonsistenz. In: Mielck, A.; Bloomfield, K., (Hg): Sozialepidemiologie. München: Juventa Verlag, S. 50-59

<sup>27</sup> Mackenbach, J.P. (2006): Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU. London: Department of Health

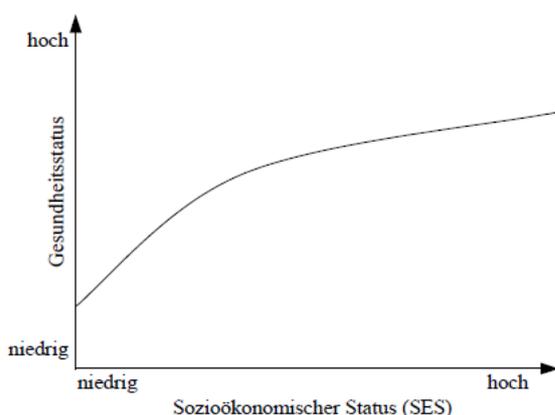
<sup>28</sup> Heinzl-Gutenbrunner, M.: (2001): Einkommen, Einkommensarmut und Gesundheit. In: Mielck, A.; Bloomfield, K. (Hg): Sozialepidemiologie. München: Juventa, S. 40

dem Krankheitsrisiko der unteren Schichten, verglichen mit jenem der oberen, nimmt momentan sogar zu, was an der wachsenden sozialen Ungleichheit liegen könnte, oder daran, dass sich das Gesundheitsverhalten der oberen Schichten verbesserte (Hradil, 2009, S. 39 f.).

Was aber hier besonders herausgestellt werden soll ist der Umstand, dass der Befund der gesundheitlichen Ungleichheit, wie auch aus der oben angeführten Tabelle 2 ersichtlich, nicht nur auf einem Vergleich zwischen den am stärksten benachteiligten Bevölkerungsgruppen auf der einen und Gruppen mit mittlerem und höherem sozialen Status auf der anderen Seite beruht. Selbst zwischen den Gruppen mit mittlerem und höherem SES lassen sich Abstufungen finden (vgl. Siegrist, 2001, S. 37) und insofern handelt es sich bei der Korrelation zwischen Sozialstruktur und Gesundheitsstatus um einen proportionalen Zusammenhang (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 30). „Mit jeder Stufe die ein Mensch auf der Skala des sozioökonomischen Status aufsteigt, verbessert sich (...) sein Gesundheitsstatus“ (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 37). Dieser Umstand wird als ‚sozialer Gradient‘ bezeichnet. Das Risiko frühzeitig zu sterben erhöht sich mit der stufenweisen Abnahme des SES also *kontinuierlich*. Gesundheitliche Ungleichheit betrifft somit nicht nur die untersten Sozialschichten gegenüber den höheren, sondern sie berührt alle Bevölkerungsgruppen und durchzieht die gesamte Sozialstruktur einer Gesellschaft (vgl. Siegrist, 2001, S. 37).

Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass dieser Zusammenhang nicht gänzlich linear zu sein scheint, denn der Gesundheitsstatus sackt in dem Maße besonders stark ab, wie sich eine Bevölkerungsgruppe dem unteren Ende der SES-Skala nähert. Am oberen Ende der Skala sind hingegen die Verbesserungen im Gesundheitsstatus nur noch minimal, wie in der folgenden Abbildung 4 veranschaulicht (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 38).

Abbildung 4: Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitsstatus



(vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 38)

Trotzdem lässt sich die angesprochene Verteilungsungleichheit der Gesundheit auf allen Ebenen der sozialen Hierarchie moderner Gesellschaften finden, sodass die zentrale Aussage zur gesundheitlichen Ungleichheit hier folgendermaßen pointiert werden kann: Je niedriger der sozioökonomische Status, desto höher die verfrühte Sterblichkeit und die Erkrankungswahrscheinlichkeit (vgl. Hurrelmann; Richter, 2009, S. 19).

### **3.2.1. Erklärungsansätze zur gesundheitlichen Ungleichheit:**

Wenn aber auch der grundlegende Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und SES als erwiesen gelten kann, so ist umso umstrittener, warum dieser Zusammenhang besteht und wie sich der Mechanismus zwischen Sozialstatus und Gesundheit genau ausgestaltet. Denn auch wenn die Untersuchungen und Befunde eine klare Korrelation von Schichtzugehörigkeit und Gesundheit zeigen können, so ist damit noch keine Aussage über die Kausalität und die Gründe für diesen Zusammenhang gemacht. Und die Klärung dieses Zusammenhangs ist weniger direkt, als es auf den ersten Blick erscheinen mag. Abgesehen von Faktoren wie großer materieller Armut oder Obdachlosigkeit, wo die gesundheitlichen Benachteiligungen offensichtlich sind, ist nicht eindeutig geklärt, warum der Sozialstatus einen so großen Einfluss zu haben scheint. Warum ist etwa ein berufstätiger Single, der nur über ein geringes Einkommen verfügt, sich daher nur ein kleines Auto und keine Urlaubsreisen leisten kann, der in einer kleinen Wohnung lebt und nur selten vornehm essen geht, kränker und stirbt früher, als ein gleichaltriger, berufstätiger Single mit höherem Einkommen (vgl. Mielck, 2005, S. 47)? Klar scheint dabei zunächst nur, dass die Schichtzugehörigkeit als solche kaum je. bzw. nur in Ausnahmefällen, die *direkte* Ursache von Erkrankung oder Tod sein kann. Niemand erkrankt, weil er nur einen Hauptschulabschluss vorzuweisen hat, weil er als ungelernter Arbeiter arbeitet, oder weil er weniger verdient. Aber worin bestehen dann die wirklichen Verursachungsprozesse und wie ist das gesundheitliche Gefälle generell zu erklären (vgl. Hradil, 2009, S. 41 ff.)? Zu Beantwortung dieser Fragen werden in der Gesundheitssoziologie mehrere Erklärungsansätze diskutiert, die jeweils dazu geeignet sind gewisse Aspekte dieses Phänomens zu erklären. Im Folgenden werden diese Ansätze vorgestellt. Dabei ist zu bedenken, dass damit gleichzeitig die Frage nach den Determinanten der Gesundheit behandelt wird bzw. die Frage nach dem Wechselspiel zwischen den verschiedenen Bedingungsfaktoren der Gesundheit, insbesondere zwischen den Verhältnis- und den Verhaltensfaktoren:

Wenn die gesellschaftlichen Kausalfaktoren für gesundheitliche Ungleichheit aus makrosoziologischer Perspektive eingeordnet werden sollen, kann zunächst davon ausgegangen wer-

den, dass die berufliche Stellung, der Bildungsgrad und die Einkommensstufe die zentralen ‚objektiven‘ Ressourcen der Menschen in modernen Gesellschaften darstellen. Das jeweilige Gesamtausmaß dieser Ressourcen konstituiert die sozialen Schichten und die jeweilige schichtspezifische Ressourcenausstattung zieht weitere (un)vorteilhafte Lebensbedingungen bzw. ‚Lebenschancen‘ nach sich. Zu diesen Lebensbedingungen zählen etwa Wohn- und Wohnumweltbedingungen, Arbeitsbedingungen, Freizeitbedingungen, Mobilitätschancen, Weiterbildungschancen, Bildungschancen (der Kinder) oder Kontaktchancen (vgl. Hradil, 2009, S. 44). Diese Bedingungen bzw. Chancen stellen großenteils die objektiven Konsequenzen der schichtspezifischen Ressourcenausstattungen dar. Denn beispielsweise Wohnbedingungen sind in hohem Maße eine Frage des Einkommens und die Arbeitsbedingungen gehen mit großer Wahrscheinlichkeit aus einer bestimmten beruflichen Stellung hervor (vgl. ebd.).

Mit diesen Lebensbedingungen gehen nun einerseits unterschiedliche, gesundheitsrelevante Belastungen einher, die sowohl *materieller* (z.B. ungesunde Wohnbedingungen), wie *immaterieller* Natur sein können (z.B. psychisch belastende Arbeitsbedingungen) und die ebenfalls sozialstatusspezifisch ausfallen (vgl. Jungbauer-Gans; Gross, 2009, S. 78). Andererseits geht damit auch einher, welche Ressourcen den Menschen zur Verfügung stehen, um mit den Belastungen umzugehen, wobei sowohl soziale, psychische als auch physische Ressourcen eine Rolle spielen. Das Ausmaß und die individuelle Verfügung über diese Ressourcen korreliert dabei ebenfalls mit der Position in der gesellschaftlichen Hierarchie (vgl. ebd.). Eine sozial privilegierte Person ist somit weniger gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt und hat außerdem bessere Möglichkeiten zum Umgang mit diesen Belastungen.

Des Weiteren ist dieser Thematik vorzuschicken, dass sich die Ursachen schichtspezifischer gesundheitlicher Ungleichheit sehr weit zurück verfolgen lassen.

*So stehen z.B. ‚hinter‘ dem hohen Risiko von Herz-Kreislaufkrankheiten in unteren Schichten u.a. eine zu fettreiche Ernährung und häufiges Rauchen. ‚Hinter‘ diesen Risiko fördernden Ernährungsgewohnheiten stehen wiederum andere Ursachen, Belastungen im Berufsleben und das Unvermögen sie abzubauen. ‚Dahinter‘ stehen u.a. eher fatalistische, gegenwartsorientierte Einstellungen. Selbstverständlich lässt sich danach fragen, warum solche Einstellungen in unteren Bildungsschichten vorherrschen, etc. Hinzu kommen noch die komplexen biologischen Ursachenverkettungen, die dazu führen, dass z.B. Bewegungsmangel oft in koronaren Herzkrankheiten mündet. Schließlich wirken Ursachen gemeinsam, verstärken sich u.a. gegenseitig, wirken ab gewissen Schwellenwerten unterschiedlich auf andere Ursachen ein usw. (Hradil, 2009, S. 43).*

Damit ist nun einerseits angedeutet, dass es sich bei den Erklärungen zu gesundheitlicher Ungleichheit um sehr weitreichende und komplexe Zusammenhänge handelt. Andererseits wird damit erneut darauf hingewiesen, dass es meist nicht direkte, materielle Einflüsse der Schicht-

zugehörigkeit sind, die die Gesundheit beeinflussen (wie etwa erhöhte Schadstoffbelastungen am Arbeitsplatz), sondern dass diese oft auch *indirekt* über andere Einflussfaktoren vermittelt sind, die allerdings mit dem sozioökonomischen Status assoziiert und somit strukturell *vermittelt* sind (vgl. Mielck, 2005, S. 47; vgl. Hurrelmann; Richter, 2009, S. 19; vgl. Hradil, 2009, S. 44 ).

Von besonderer Relevanz ist in diesem Zusammenhang aber, dass indirekte strukturelle Einflüsse auch auf das Verhalten zu beobachten sind. Wie schon erwähnt, korrelieren auch Muster der gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen mit der gesellschaftlichen Position (vgl. Jungbauer-Gans; Gross, 2009, S. 78). Somit sind mit der Schichtzugehörigkeit auch spezifische Verhaltensweisen assoziiert und das Verhalten wird, so die vorherrschende Meinung, zumindest teilweise (sozio-) strukturell determiniert (vgl. Mielck; Richter, 2000, S. 198).

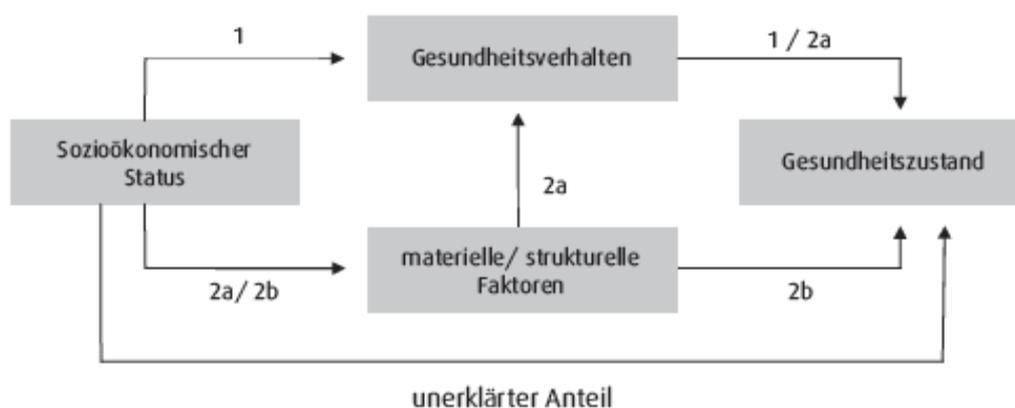
Auf diese Annahme, dass strukturell bedingte Determinanten die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen beeinflussen, verweisen auch mehrere Studien, die die relativen Erklärungsanteile der gesundheitlichen Einflussfaktoren untersuchten und diese versuchten zu quantifizieren. Dabei ist vor allem die 1996 von Stronks et al (1996) durchgeführte Studie hervorzuheben, die mit einem Untersuchungsmodell arbeitete, welches 3 verschiedene Erklärungspfade für schichtspezifische Gesundheitsunterschiede beinhaltet (vgl. Giesecke; Müters, 2009, S. 354) (siehe dazu Abbildung 5). Deren Ergebnisse weisen zunächst darauf hin, dass die sozioökonomisch bedingten, strukturellen Dimensionen der Gesundheit tatsächlich den Hauptteil der Erklärungsanteile ausmachen. Der SES wurde dabei anhand des Bildungsstatus‘ gemessen und es wurde gezeigt, dass bildungsspezifische Unterschiede im Gesundheitsstatus zu 35% sozioökonomischen Lebensbedingungen (Wohn- und Wohnumfeldbedingungen, Arbeitsbedingungen, Erwerbsstatus und finanzielle Belastungen) zugeschrieben werden können. Weitere 20% ließen sich über das von den Lebensbedingungen abhängige Gesundheitsverhalten interpretieren und nur 15% ließen sich durch das von den Lebensbedingungen unabhängige Gesundheitsverhalten erklären (Rauchen, Alkoholkonsum, sportliche Aktivität und Body-Mass-Index). 30% der bildungsspezifischen gesundheitlichen Ungleichheit konnten nicht aufgeklärt werden (vgl. Giesecke; Müters, 2009, S. 354).

Aufbauend auf diese Studie wurden in mehreren Ländern Folgestudien durchgeführt. Auch diese bestätigten den Eindruck, dass die relativen Erklärungsanteile des Struktureffekts, verglichen mit jenem des von strukturellen Faktoren unabhängigen Gesundheitsverhaltens, deutlich größer sind (vgl. ebd., S. 355). Dadurch wird die These unterstützt, dass die Lebensbe-

dingungen zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit einen größeren Anteil leisten als das Gesundheitsverhalten.

Neben der Bestätigung, dass strukturelle Determinanten ein großes Erklärungspotenzial für die Gesundheit besitzen, weisen diese Studien aber vor allem darauf hin, dass das Gesundheitsverhalten maßgeblich durch strukturelle Bedingungen beeinflusst wird und dass ein wesentlicher Anteil der strukturellen Effekte *indirekt* über das Gesundheitsverhalten vermittelt wird (laut diesen Studien 30 – 50%) (vgl. ebd.). (Dieser Effekt der strukturellen Bedingungen auf das Gesundheitsverhalten wurde bereits im ‚Black Report‘ angenommen und dabei als ‚Culture of Poverty‘-These behandelt) (vgl. ebd.). Demnach ist das Gesundheitsverhalten zwar weiterhin als ein wichtiger Faktor bei der Erklärung der unterschiedlichen Gesundheitszustände in einer Gesellschaft zu betrachten, doch wird dies insofern relativiert, als dass die Abhängigkeit dieses Faktors von den soziostrukturellen Bedingungen herausgestellt wird. Und wenn dieser Zusammenhang vernachlässigt wird, so wird die Rolle des Gesundheitsverhaltens deutlich überschätzt (vgl. ebd.).

Abbildung 5: Untersuchungsmodell



- Pfad 1: Erklärungsanteil des Gesundheitsverhaltens unabhängig von strukturellen Faktoren.
- Pfad 2a: Erklärungsanteil struktureller Faktoren, die sich über das Gesundheitsverhalten vermitteln.
- Pfad 2b: Erklärungsanteil, der sich direkt auf strukturelle Faktoren zurückführen lässt.

(Stronks, 1996, S. 656 zit. nach Giesecke; Müters, 2009, S. 355).

Die wichtigsten 3 Ansätze zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit wurden bereits angesprochen – Verhalten, Belastungen, Ressourcen. Bevor nun noch genauer auf diese eingegangen wird, ist aber noch festzuhalten, dass es sich dabei um die Erklärungsansätze der Gesundheits- und Medizinsoziologie handelt, die den ‚Strukturierungsmodellen‘ zuzuordnen sind. Diese gehen von einem direkten oder indirekten Effekt des SES auf die Gesundheit aus und

damit von hierarchischen Strukturen in der Gesellschaft, die ursächlich auf die Gesundheit einwirken (vgl. Jungbauer-Gans; Gros, 2009, S. 78). Demgegenüber existiert auch ein Erklärungsansatz, der von einem Effekt des Gesundheitsstatus auf den SES ausgeht und der gesundheitliche Ungleichheiten durch Selektionsprozesse begründet sieht, in deren Rahmen eine gesundheitsbedingte Auswahl stattfindet. Da aber insgesamt nur eine geringe empirische Evidenz für diesen Ansatz besteht bzw. das Ausmaß des Erklärungspotenzials als zu gering eingeschätzt wird, um gesundheitliche Ungleichheit erklären zu können, bleibt dieser hier unberücksichtigt (vgl. Hurrelmann; Richter, 2009, S. 20; vgl. Jungbauer-Gans, 2006, S. 93).

### **3.2.1.1. Kulturell-verhaltensbezogener Ansatz**

Prinzipiell vertritt dieser Ansatz die Annahme, dass Personen mit niedrigerem SES eine Kultur teilen, wodurch gewisse gesundheitsschädigende Verhaltensweisen gefördert werden, wie Tabak- und Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung oder körperliche Inaktivität (vgl. Hurrelmann; Richter, 2009, S. 21). Ursprünglich stellte dieser Erklärungsansatz dabei kulturelle Aspekte in den Mittelpunkt, doch wird er in der praktischen Anwendung heute zunehmend auf den Nachweis gesundheitsrelevanter Verhaltensdifferenzierung reduziert (Mackenbach, 2006 zit. nach Hurrelmann; Richter, 2006, S. 21)<sup>29</sup>. Da die kulturellen Aspekte (siehe Kapitel 3.2.1.3. „Kulturelle Ressourcen“) aber in diesem Kapitel noch eigens behandelt werden, liegt der Fokus auch hier auf den sozialschichtspezifischen Unterschieden, die auf der Verhaltensebene sichtbar werden.

In vielen medizinischen, sowie gesundheitssoziologischen Studien wurde bestätigt, dass das Gesundheitsverhalten prinzipiell einen großen Einfluss auf die gesundheitliche Situation, das Morbiditätsgeschehen und die Mortalitätsentwicklung hat (vgl. Jungbauer-Gans; Gross, 2009, S. 80; vgl. Helmert; Schorb, 2009, S. 133). Zudem gilt als gesichert, dass risikobehaftete, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen mit dem SES eng verbunden sind. Es besteht eine hohe Evidenz, dass gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, obwohl sie grundsätzlich individuell variier- und wählbar sind, durch die sozioökonomische Position eines Individuums beeinflusst werden (vgl. Jungbauer-Gans; Gross, 2009, S. 80 ff.; vgl. Mielck; Richter, 2000, 198 ff.) und zumeist einem sozialen Gradienten folgen, was sich in den erheblichen sozialschichtspezifischen Unterschieden äußert, die diesbezüglich feststellbar sind (vgl. Helmert; Schorb, S. 133). Verhaltensweisen wie Rauchen, Fehlernährung oder Bewegungsmangel und damit eng zusammenhängende physiologische Parameter (Blutfette, Bluthochdruck, Übergewicht, etc.),

---

<sup>29</sup> s. FN 26

die als Risikofaktoren für viele chronische Krankheiten anzusehen sind, treten viel häufiger bei Bevölkerungsgruppen mit niedrigem SES auf (vgl. Mielck; Richter, 2000, S. 199 f.), während es nur sehr wenige gesundheitsschädigende Verhaltensweisen gibt, die bei Bevölkerungsgruppen mit hohem SES stärker verbreitet sind, wie der folgenden Tabelle 4 zu entnehmen ist:

*Tabelle 4: Empirische Befunde zum Zusammenhang von sozioökonomischem Status und Gesundheitsverhalten*

| Stärkeres Auftreten bei niedrigem sozioökonomischen Status   | Stärkeres Auftreten bei hohem sozioökonomischen Status   |
|--|--|
| Gesundheitsverhalten   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fehlernährung</li> <li>-schlechter Ernährungsrythmus</li> <li>-zu wenig Bewegung</li> <li>-mangelnde Körperhygiene</li> <li>-mangelnde Zahnpflege</li> <li>-Zigarettenkonsum</li> <li>-Alkoholmissbrauch bei Männern</li> <li>-Konsum illegaler Substanzen</li> <li>-Gewalthandlungen</li> <li>-wenige Vorsorgeuntersuchungen</li> <li>-wenige Früherkennungsuntersuchungen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alkoholmissbrauch bei Frauen</li> <li>-Missbrauch bei Medikamenten bei Frauen</li> </ul> |

(vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 37)

Doch obwohl dieser Erklärungsansatz angesichts dieser Erkenntnisse vielversprechend erscheint (vgl. Jungbauer-Gans; Gross, 2009, S. 80), ist das individuelle Gesundheitsverhalten allein nicht ausreichend um gesundheitliche Ungleichheit zu erklären (vgl. Richter, 2005 zit. nach Helmert; Schorb, 2009, S. 134)<sup>30</sup>. Es zeigte sich beispielsweise bereits in der ‚Alameda County‘ Studie aus den USA, die vor mehr als 25 Jahren durchgeführt wurde, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status auch nach der Kontrolle von 13 Merkmalen des Gesundheitsverhaltens, immer noch ein 1,5 fach so hohes Sterberisiko aufwiesen (vgl. Fox; Benzeval, 1995 zit. nach ebd.)<sup>31</sup>. Und auch auf die zuvor angeführte Studie von Stronks et al. (1996) zu den Erklärungsanteilen der verschiedenen Faktoren sei in diesem Kontext noch

<sup>30</sup> Richter, M. (2005): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag

<sup>31</sup> Fox, J.; Benzeval, M. (1995): Perspectives on social variations in health. In: Benzeval, M.; Judge, K.; Whitehead, M. (Hg.): Tackling inequalities in health. London: King’s Fund Publishing. S. 10-21

einmal verwiesen. Gesundheitsverhalten ist demnach zwar als wichtige Determinante des Gesundheitsstatus zu betrachten, doch haben die strukturellen Bedingungen 1. einen größeren, direkten Einfluss auf die Gesundheit und 2. ist der Anteil, den das Gesundheitsverhalten an der Gesundheit tatsächlich hat, zum Teil ebenfalls durch strukturell bedingte Faktoren zu erklären. Insofern können sich Erklärungsansätze zu den Determinanten von Gesundheit nicht nur auf das Verhalten beschränken, sondern müssen vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse auch nach den Gründen für unterschiedliche, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen fragen.

### **3.2.1.2. Belastungen:**

Mit diesem Erklärungsansatz werden zunächst die direkten, strukturell bedingten, materiellen Belastungen gefasst. Im Mittelpunkt steht dabei die sozial ungleiche Verteilung von materiellen und physischen Belastungen (vgl. Mielck; Richter, 2000, S. 200), die für den sozialen Gradienten der Gesundheit verantwortlich gemacht werden. Die diesbezüglichen Unterschiede werden dabei vorwiegend über die strukturellen Merkmale des Sozialsystems begründet, d.h. den sozio-ökonomisch geprägten Arbeits-, Lebens-, und Umweltbedingungen. Da viele dieser gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren in einem systematischen Zusammenhang stehen, ist die Exposition gegenüber einzelnen materiellen Faktoren dabei eher sekundär. Von Bedeutung ist vielmehr die Gesamtheit aller Faktoren, denen bestimmte Bevölkerungsgruppen ausgesetzt sind (vgl. Hurrelmann/ Richter, 2009, S. 21). Beispiele hierfür wären etwa Lärm, Staub, Dämpfe, Hitze, Nässe, Schmutz, Unfallgefahren oder auch körperliche Belastungen, die durch die Arbeitswelt bedingt sein können. Auch durch die Wohnsituation bedingte Faktoren können hier eine Rolle spielen, wie Verkehrslärm, Schadstoffbelastungen, Luftverschmutzung oder eine feuchte Wohnung (vgl. Jungbauer-Gans, 2006, S. 96).

Neben diesen physischen Einflüssen können auch psychologische und psychosoziale, also strukturell bedingte, *immaterielle* Belastungen einen Einfluss auf den Gesundheitszustand nehmen. Dies äußert sich vor allem in psychischen Belastungen, zu denen berufsbedingte Stressoren gehören, wie Zeitdruck, Über- und Unterforderung, zeitliche Stressoren (z.B. durch Schicht- und Nachtarbeit) oder soziale und arbeitsorganisatorische Stressoren (z.B. fehlende soziale Unterstützung, Mobbing, Rollenkonflikte oder belastendes Verhalten durch Vorgesetzte) (vgl. Greiner, 2001 zit. nach ebd.)<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Greiner, Birgit A. (2001): Psychosoziale Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz. In: Mielck, Andreas; Bloomfield, Kim (Hg.): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim: Juventa

Diesem Zugang wäre beispielsweise das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen zuzuordnen. Darin wird das Missverhältnis zwischen beruflichen Anstrengungen und ausbleibender Belohnung für die Belastungen verantwortlich gemacht, die ursächlich für Herz-Kreislaufkrankungen sein können (vgl. Siegrist, 1996 zit. nach ebd.)<sup>33</sup>. Der chronische Distress, der als Folge dieser beruflichen Gratifikationskrisen auftritt, findet sich häufiger bei Angehörigen statusniedrigerer Berufe und ist mit einem erhöhten Erkrankungs- und Sterberisiko verbunden (vgl. Rugulies; Siegrist, 2002 zit. nach ebd.)<sup>34</sup>.

Neben Faktoren, die mit dem Erwerbsleben assoziiert sind, können Konsequenzen für die Gesundheit aber auch durch das soziale Umfeld entstehen, etwa durch negative ‚life-events‘ (z.B. Tod eines engen Angehörigen, Scheidung, Belastung in der Pflege kranker Familienangehöriger) (vgl. Jungbauer-Gans; Gross, 2009, S. 86).

All diese verschiedenen Formen der physischen und psychosozialen Belastung sind bei Personen mit niedrigem sozialen Status bzw. geringerem Einkommen häufiger und von daher sind sie geeignet, zumindest einen Teil des Zusammenhangs zwischen SES und gesundheitlicher Ungleichheit zu erklären. Zudem wirken sich solche Belastungen unter zusätzlichen, ungünstigen Bedingungen noch stärker auf die Gesundheit aus (vgl. Jungbauer-Gans, 2006, S. 96).

### **3.2.1.3. Ressourcen**

Dieser Erklärungsansatz fokussiert die Möglichkeiten mit den unterschiedlichen Belastungen umzugehen die, wie die Belastungen selbst, ebenfalls sozial ungleich verteilt sind, wie zahlreiche Studien verdeutlichen (vgl. Hurrelmann; Richter, 2009, S. 22). Diese Möglichkeiten beziehen sich sowohl auf die genetischen, psychischen, kulturellen als auch sozialen Ressourcen (vgl. Jungbauer-Gans; Gross, 2009, S. 83), die den Menschen zur Verfügung stehen. Zusätzlich dazu werden im Folgenden auch ökonomische Ressourcen berücksichtigt. Von dieser Auflistung können hier aber zumindest die genetischen Ressourcen ausgeklammert bleiben, da diese in der sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Gesundheit generell, speziell aber bei der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit, einen eher randständigen Platz einnehmen (vgl. ebd., S. 84).

---

<sup>33</sup> Siegrist, Johannes (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen: Hogrefe

<sup>34</sup> Rugulies, Reiner; Siegrist, Johannes (2002): Soziologische Aspekte der Entstehung und des Verlaufs der koronaren Herzkrankheit. Soziale Ungleichverteilung der Erkrankung und chronische Distress-Erfahrungen im Erwerbsleben. Frankfurt a.M.: VAS

**Psychische bzw. personale Ressourcen** stellen zwar hier ebenfalls nicht den Hauptfokus dar, sollen aber trotzdem nicht gänzlich unerwähnt bleiben. Für diesen Ansatz sind psychologische Konzepte bedeutsam, wie die ‚internale Kontrollüberzeugung‘, das ‚Kohärenzgefühl‘ (nach Antonovsky, 1987), Optimismus und Selbstwertgefühl oder angemessene Bewältigungsstile (vgl. Jungbauer-Gans, 2006, S. 97). Es wird diesbezüglich diskutiert, ob sich persönliche Eigenschaften wie Intelligenz, Feindseligkeit oder Pflichtbewusstsein sowohl auf die Gesundheit als auch auf den SES auswirken. Als weitgehend gesichert gilt etwa, dass Optimismus, Selbstwertgefühl und Kohärenzerleben einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben, während Ärger, Misstrauen und Feindseligkeit diese negativ beeinflussen (vgl. Jungbauer-Gans, Gross, 2009, S. 84; vgl. House, 2002, S. 131).

**Ökonomische Ressourcen** wurden zusammen mit dem Einkommensstatus, der zu den Indikatoren des SES zählt, bereits erwähnt und meinen finanzielle Mittel, wie vor allem Geld, oder Wertpapiere bzw. Güter, die in finanzielle Mittel konvertierbar sind (vgl. Abel; u.a., 2009, S. 200). Diese Ressourcen „stellen in den Gegenwartsgesellschaften eine wesentliche Voraussetzung für die Befriedigung individueller Grundbedürfnisse dar. Sie bilden die Grundlage für Lebensstandard, Vermögensbildung, Besitzerwerb und teilweise auch soziale Absicherung. Einkommensnachteile verringern nicht nur die Konsummöglichkeiten, sondern bringen auch eine schlechtere Versorgung in anderen Bereichen (Wohnsituation, soziale Integration, kulturelle Teilhabe) mit sich“ (Hurrelmann; Richter, 2013, S. 38) (vgl. Burzan, 2011, S. 148).

In Bezug auf Gesundheit kann die Verfügung über ökonomisches Kapital diese direkt sowie indirekt beeinflussen. Indirekt ist ökonomisches Kapital mit Faktoren verbunden, wie dem Beruf, der beruflichen Stellung, Ernährung, Erholungsmöglichkeiten, etc. und stellt zudem auch für die anderen Indikatoren der sozialen Position eine grundlegende Ressource dar. Direkt wirkt sich diese Ressource auf gesundheitsrelevante Faktoren aus wie Zusatz- und Vorsorgeleistungen, (Wellness-)Urlaube, Gesundheitsprodukte (auch Sportartikel), oder auch die Wohnsituation (Lärm und andere Belastungen).

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, warum Regelungen der Versorgung, der Behandlungen, der Rehabilitation und der Pflege über persönliche Zuzahlungen sozial schlechter gestellte Personen besonders negativ beeinflussen. Denn relative Einkommensarmut wirkt sich bei einer solchen Organisation des Gesundheitssystems zwangsläufig auf den Gesundheitszustand in einem negativen Sinne aus, weil die Ressourcen fehlen um notwendige Versorgungsleistungen zu erhalten (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 39). Zwar bietet das hiesige Gesundheitssystem hierfür noch kein Extrembeispiel, wie etwa in den USA, da die meisten Ge-

sundheitsleistungen institutionell und nicht individuell finanziert werden (vgl. ebd.). Doch wie im Rahmen der Gesundheitskultur angesprochen wurde, sind auch in unserem Gesundheitssystem vermehrt Tendenzen beobachtbar, wonach Gesundheitsleistungen von individuellen finanziellen Möglichkeiten abhängig gemacht werden.

**Soziale Ressourcen** und ihre Bedeutung für die Gesundheit werden bereits seit langem diskutiert. Im Wesentlichen werden darunter soziale Beziehungen und soziale Unterstützung durch das Umfeld verstanden (vgl. House, 2002, S. 96, vgl. Jungbauer-Gans, 2006, S. 96). In die Diskussion um diese Ressourcen wurde auch das Konzept des Sozialkapitals maßgeblich miteinbezogen (vgl. Klocke, 2006, S. 219), wobei man sich üblicherweise auf Bourdieu und Coleman bezieht. Mit deren Auffassung wird soziales Kapital als sozialstrukturelles Merkmal im Sinne eines ‚Pools‘ von Ressourcen verstanden, die sich auf individuelle Erfahrungen und Handlungen auswirken (vgl. Siegrist; u.a., 2009, S. 168). Im Großen und Ganzen sind damit ‚vertrauensvolle Beziehungen‘ gemeint, die ein zentrales Element des sozialen Zusammenhalts darstellen (vgl. ebd., S. 167). Soziales Kapital umfasst Ressourcen, die aus dem Netz mehr oder weniger institutionalisierter Beziehungen geschöpft werden und bezeichnet auf Vertrauen basierende Netzwerke, auf die Menschen zurückgreifen können, wenn sie soziale Unterstützung brauchen (vgl. Klocke, 2006, S. 202).

Es besteht eine gewisse Evidenz, dass soziales Kapital, gemessen als Kontextmerkmal, mit dem Ausmaß einzelner Indikatoren von Morbidität und Mortalität assoziiert ist (vgl. Siegrist; u.a., 2009, S. 172). So haben etwa Verheiratete eine niedrigere Mortalität als Alleinstehende (vgl. Jungbauer-Gans; Gross, 2009, S. 83). Zudem wurde mehrmals belegt, dass soziales Kapital, im Sinne von Rückhalt und Unterstützung, einen positiven Einfluss auf die Gesundheit besitzt (vgl. Jungbauer-Gans; Gross, 2009, S. 83). Für Jugendliche bestätigte etwa Klocke einen positiven Effekt des sozialen Kapitals bzw. sozialer Ressourcen auf die Gesundheit, wobei er mit den Daten der internationalen Studie „Health Behaviour in School-Aged Children“ der WHO arbeitete (vgl. dazu Klocke, 2006, S. 214 f.; vgl. Jungbauer-Gans; Gross, 2009, S. 83). Er konnte dabei belegen, dass soziales Kapital, verstanden als eine individuelle Ressource in den Bereichen Eltern-Kind Beziehung, Freundschaftsbeziehungen, Qualität der Nachbarschaft und Integration in Organisationen und Vereinen, als bedeutender Faktor der Belastungsbewältigung angesehen werden kann (vgl. Klocke, 2002, S. 219).

Im Kontext der Forschungen zu sozialen Ressourcen entwickelten House et al. ein Modell, bei dem 3 Dimensionen sozialer Beziehungen unterschieden werden: *Soziale Integration bzw.*

*Isolation, soziale Netzwerkstruktur, sowie Beziehungsinhalte.* Letztere wurden wiederum aufgegliedert in *soziale Unterstützung, soziale Regulation und Kontrolle, sowie soziale Konflikte* (vgl. House u.a., 1988, S. 302). Anhand dieses Modells wird deutlich, dass sich soziale Beziehungen nicht nur positiv, sondern auch negativ auf die Gesundheit auswirken können, etwa wenn psychische Belastungen durch das soziale Netzwerk verursacht werden (vgl. Jungbauer-Gans, 2006, S. 96 f.).

Eine darauf aufbauende, empirische Studie wandte dieses Modell an, mit dem Ziel dessen zentralen Thesen zu überprüfen sowie die Wirkung der sozialen Schicht und von damit eingehenden ‚Lebensstilclustern‘ auf die Gesundheit zu untersuchen (vgl. Jungbauer-Gans, 2002 zit. nach ebd., 2006, S. 97)<sup>35</sup>. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass von den verschiedenen Indikatoren sozialer Integration vor allem Einsamkeit (Isolation) einen negativen Einfluss auf die Gesundheit entfaltet. Insofern wurde der Schluss gezogen: Je größer die Spannweite des sozialen Netzwerks, desto besser ist die Gesundheit und je besser die Gesundheit, desto größer die Spannweite des sozialen Netzwerks (vgl. ebd.). Darüber hinaus bestätigte diese Studie, dass soziale Belastungen das gesundheitliche Wohlbefinden generell reduzieren (vgl. ebd.). Zudem wurde gezeigt, dass eindeutige Zusammenhänge zwischen gewissen Merkmalen der sozioökonomischen Position bzw. den sozialen Beziehungen und der Gesundheit bestehen. Allerdings wurde auch darauf hingewiesen, dass soziales Kapital nicht direkt und zwingend auf die Gesundheit einwirkt, sondern eher indirekt. So kann die Schwächung dieses ‚protektiven Faktors‘ dazu beitragen, dass sich der Gesundheitszustand von entsprechenden Populationen weiter verschlechtert (vgl. Jungbauer-Gans, 2006, S. 96 f.). Soziales Kapital ist demnach mehr als ein Puffer zu betrachten, der Gesundheit oder Krankheit weiter fördern kann und der im Zusammenspiel mit sozioökonomischen Lebensumständen die Ausbildung des gesundheitsrelevanten Verhaltens positiv oder negativ beeinflusst (vgl. Klocke, 2006, S. 202; S. 212).

Auch soziale Beziehungen und soziales Kapital können als intervenierende Faktoren den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit also nicht vollständig erklären (vgl. Jungbauer-Gans, 2006, S. 97). Trotzdem sind diese Faktoren mitentscheidend dafür, wie Individuen mit gesundheitlichen Belastungen umzugehen vermögen und sie stellen eine wichtige Ergänzung dar, um die Interdependenzen von gesundheitsrelevanten Lebensumständen zu begreifen (vgl. Klocke, 2002, S. 219).

---

<sup>35</sup> Jungbauer-Gans, Monika (2002): Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheit. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag

Und schließlich werden auch **kulturelle Ressourcen** in die Überlegungen um sozial ungleich verteilte Gesundheitsressourcen miteinbezogen. Dabei bezieht man sich insbesondere auf das Konzept des kulturellen Kapitals nach Bourdieu (vgl. ebd., 1983, S. 185), worunter „die Fähigkeiten, Handlungskompetenzen und die Akzeptanz bestimmter Werte und Normen“ (Jungbauer, Gans; Gross, 2009, S. 83) verstanden werden. In Bezug auf Gesundheit können diese Ressourcen darum als relevant erachtet werden, da in modernen Gesellschaften die Bedeutung aktiver Lebensgestaltung und reflexiver Wissensaneignung immer mehr zunimmt. Dadurch nimmt auch die Bedeutung kulturell vermittelter Ressourcen für die Bewältigung von Alltagsanforderungen zu, worunter auch gesundheitsförderliches Handeln zu fassen ist (vgl. Abel; u.a., 2009, S. 196). Es wird immer ausschlaggebender, ob eine Person über den sozio-kulturell geprägten Zugang und über die Handlungskompetenz verfügt, sich (gesundheitsrelevantes) Wissen mittels Kommunikation und Fachpersonal, über soziale Netzwerke und über Medien, anzueignen und selbst anzuwenden (vgl. Abel; Bruhin, 2003 zit. nach ebd.)<sup>36</sup>. Auch die Ergebnisse sozialepidemiologischer Studien zeigen immer wieder vielfältige Zusammenhänge zwischen modernen Lebensstilen und den Erkrankungs- und Sterberisiken, dem subjektiven Gesundheitsstatus, sowie der Lebensqualität der Individuen (vgl. ebd.). Als Beispiele für gesundheitsrelevante Elemente moderner Lebensstile können etwa spezifische Verhaltensmuster, Einstellungen und Orientierungen, Wertvorstellungen zu Gesundheit und Körper oder normative Verhaltensvorstellungen genannt werden. In ihren Inhalten und Bedeutungen sind diese Elemente mit dem kulturellen Kontext der Individuen verflochten. Und insofern sind Lebensstile auch eng mit den Mustern der sozio-strukturellen Differenzierung moderner Gesellschaften assoziiert (vgl. ebd.). Denn in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zeigen sich gesundheitsbelastende Verhaltens- und Einstellungsmuster häufiger und auch gesundheitsrelevante Wertvorstellungen, oder Gesundheitsdefinitionen variieren nach den Merkmalen sozialer Ungleichheit (vgl. ebd.).

Mit diesem Ansatz werden Fragen der sozialen bzw. gesundheitlichen Ungleichheit also vor allem im Hinblick auf Kompetenzen betrachtet, die sich hinsichtlich gesundheitsrelevanter Handlungsweisen ergeben. Für die soziale Ausdifferenzierung gesundheitsrelevanter Lebensstile sind dabei eine Reihe von sozio-kulturell geprägten Gesundheitsressourcen von Bedeutung, wie *Wissen* (z.B. wie Gesundheit zustande kommt und verbessert werden kann); *Wahrnehmungen* (z.B. von Gesundheitsrisiken und deren Veränderbarkeit); *Werthaltungen* (z.B.

---

<sup>36</sup> Abel, T.; Bruhin, E. (2003): Health Literacy: Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, ed. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenstein a.d. Selz

zur Solidarität im Gesundheitswesen); *Einstellungen* (z.B. zum Gesundheitsverhalten); oder das *Verhaltensrepertoire* (z.B. Auswahlmöglichkeiten aus sozial passenden und ökonomisch angemessenen Verhaltensoptionen) (vgl. ebd., S. 198). (Kulturelle) Ressourcen wie diese schlagen sich in gesundheitsbezogenen Verhaltensmustern nieder, wie dem Ernährungsverhalten, gesundheits(un)förderlichen Freizeitaktivitäten oder der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (vgl. ebd., S. 198; S. 201).

Der Konnex zwischen dem kulturellem Kapital und den Lebensstilen macht außerdem deutlich, dass kulturelle Ressourcen mit ökonomischen und sozialen Ressourcen Hand in Hand gehen. Denn Lebensstile sind nach Bourdieu als expressive Form des Habitus aufzufassen, der wiederum eine Internalisierung der sozialen Bedingungen darstellt, einschließlich der ökonomischen und sozialen Ausgangslagen eines Individuums (vgl. Abel u.a., 2009, S. 197). Und daraus ergibt sich auch die Bedeutung kulturellen Kapitals für die Gesundheit und insbesondere für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten (vgl. Jungbauer-Gans; Gross, 2009, S. 83 f). Denn über diesen Mechanismus transformieren sich sozioökonomische Ungleichheiten über kulturell geprägte, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen in gesundheitliche Ungleichheiten (vgl. ebd.).

*Die Einbettung des Konzeptes „Lebensstile“ in die Zusammenhänge von Habitus und Kapital bei Bourdieu verdeutlicht, dass Lebensstile nicht primär als individuell gewählte Verhaltensweisen, Handlungsmuster, etc. zu verstehen sind, sondern in erster Linie von spezifischen, sozial unterschiedlichen Lebensbedingungen geprägt werden. Der Habitus wird entsprechend der Ressourcenausstattung gebildet und fungiert so als Vermittlungskategorie zwischen der sozialen Position eines Menschen und seinem Lebensstil. Über ihren Habitus werden Individuen zu den Trägern und (Re-)Produzenten von kollektiven Lebensstilen (Abel, u.a., 2009, S. 198).*

Dies verweist erneut darauf, dass die hier vorgestellten Erklärungsansätze immer nur gewisse Aspekte der sozial-strukturellen Genese von Gesundheit zu erklären in der Lage sind. Zudem wird damit deutlich, wie ausschlaggebend ein Ansatz wäre, der die Interdependenz der hier vorgestellten Einflussfaktoren anerkennt und wie wichtig die Anwendung eines integrativen Konzepts wäre, welches alle Ebenen der Bedingungsfaktoren von Gesundheit und in weiterer Folge auch alle hier angeführten Ansätze zur Erklärung sozialstrukturell vermittelter Gesundheit berücksichtigt (vgl. dazu beispielhaft: Hurrelmann; Richter, 2013, S. 113 ff). Denn die individuelle sozioökonomische Position wirkt sich über die Mediatoren Gesundheitsverhalten, ungleiche verteilte Belastungen durch die Arbeits- und Wohnsituation sowie ungleiche Ausstattung mit ökonomischen, psychischen, sozialen und kulturellen Ressourcen maßgeblich auf die Gesundheit aus (vgl. Jungbauer-Gans, 2009, S. 87). Daher stellt eine isolierte Konzentration auf Verhaltensfaktoren oder personale Faktoren immer nur eine partielle Lösung dar.

### **3.3. Fazit: Gesundheitskultur und sozialstrukturelle Bedingungsfaktoren der Gesundheit:**

Wenn die Konzeption unserer Gesundheitskultur, wie sie im ersten Kapitel nachvollzogen wurde, mit der Perspektive der Gesundheitssoziologie, die sich auf Erkenntnisse zur gesellschaftlichen Verteilung der Gesundheit stützt, verglichen wird, so ergeben sich dabei offensichtliche Unterschiede. Während in der Gesundheitskultur (wobei gesundheitspolitisch, kulturell, sowie ökonomisch bedingte Einflüsse verallgemeinernd zusammengefasst wurden) die subjektzentrierten Dimensionen der Gesundheit hervorgehoben werden, betont die gesundheitssoziologische Perspektive die Bedeutung der sozialen und gesellschaftlichen Verhältnisse. Die zweifellos wichtigen, individuellen (Verhaltens-)Dimensionen der Gesundheit werden damit in den Kontext der gesellschaftlichen Bedingungen gestellt, in denen sie sich ausbilden. Durch eine Reihe von empirischen Belegen wurde mit dieser Perspektive gezeigt, dass Gesundheit ein Phänomen ist, welches nicht nur teilweise, sondern Großteils durch gesellschaftlich bedingte Einflüsse entsteht, worauf nicht zuletzt der Befund der gesundheitlichen Ungleichheit verweist. Das individuelle Verhalten als Gesundheitsdeterminante rückt dadurch in den Hintergrund und es wird gleichzeitig deutlich, dass das Gesundheitsverhalten nicht gänzlich in den Verantwortungsbereich des Individuums zu stellen ist, da dieses wesentlich durch strukturelle und soziale Bedingungen *mit*-bestimmt wird, die nicht im Einflussbereich eines Einzelnen liegen. Der Anteil, den das individuelle Gesundheitsverhalten an der Gesundheit besitzt, wird durch diese Betrachtung also vermindert und es wird zudem ersichtlich, dass Verhaltensfaktoren auch im Kontext anderer Faktoren betrachtet werden müssen.

Doch trotz der zahlreichen empirischen Belege, die auf diese Umstände hinweisen, wird Gesundheit heute auf das Individuum und dabei oft auf dessen Verhalten reduziert. Es herrscht eine Vorstellung vor, wonach Gesundheit und Krankheit primär biologisch verursacht sind und unser individueller Lebensstil dafür verantwortlich ist, wie lange und wie gesund wir leben (vgl. Hurrelmann; Richter, 2016, S. 3). Gesundheit wird mit dieser Sichtweise im Wesentlichen als ein Produkt von genetischen Anlagen und persönlichem Verhalten verstanden (vgl. Germov, 2009 zit. nach ebd.)<sup>37</sup>. Sie wird dabei individualisiert und als individuelle Problematik wahrgenommen, was zwar nicht gänzlich falsch ist, aber unvollständig (vgl. Hurrelmann; Richter, 2016, S. 3). Und diese unrichtige Schwerpunktsetzung in der Wahrnehmung zeigt sich nicht nur in der Entwicklung der theoretischen Konzeption von Gesundheit, sondern auch in konkret beobachtbaren Umgestaltungen in der Gesundheitspolitik und dem Ge-

---

<sup>37</sup> Germov, J. (2009): *Second Opinion: an Introduction to Health Sociology*. Melbourne: Oxford University Press

sundheitssystem. Dabei sind die zugrunde liegenden Annahmen der kulturell hegemonialen Konzeption und vor allem deren Fokus auf individuelles Gesundheitsverhalten theoretisch in mehrfacher Hinsicht nicht haltbar:

*Erstens* ist die neoliberale Vorstellung „dass wir in einer individualisierten Gesellschaft leben, in der die persönlichen Entscheidungen als ahistorische, freie und kalkulierende individuelle Wahlhandlung immer weniger von den rahmenden Faktoren der sozialen Herkunft abhängig sind, nicht richtig“ (Bittlingmayer, 2008, S. 247). Dies wird schon mit den Ausführungen zur gesundheitlichen Ungleichheit deutlich, bei der die Abhängigkeit der Gesundheits-, sowie der Lebenschancen eines Menschen von gesellschaftlichen und sozialen Faktoren betont wurde.

*Zweitens* ist das Gesundheitsverhalten nicht isoliert zu betrachten, da es in den gesamten Lebensstil eingebettet ist. Auch der Lebensstil ist nur zum Teil frei gewählt und vielmehr als symbolischer Ausdruck der gesellschaftlichen Position eines Individuums zu verstehen, die mit der Verfügung sowohl über ökonomische, soziale als auch kulturelle Ressourcen einhergeht (vgl. ebd., S. 249), die ihrerseits die Gesundheitschancen eines Individuums beeinflussen.

Und *drittens* ist sogar die positive Wirkung von verhaltenspräventiven Aktivitäten schichtabhängig und führt unter günstigen Lebensbedingungen eher zu einer gesundheitlichen Verbesserung, als unter ungünstigen, wie Hagen Kühn in seiner Studie von 1993 für die USA zeigte (vgl. ebd., 1993 zit. nach Bittlingmayer, 2008, S. 247)<sup>38</sup>.

Dadurch wird untermauert, dass sich gesellschaftliche Benachteiligungen auf den Gesundheitszustand übertragen und dass diese beiden Zustände miteinander korrelieren. Und genau vor diesem Hintergrund verschärft sich die Problematik der unverhältnismäßigen Schwerpunktsetzung in der Konzeption von Gesundheit auch so. Denn mit der subjektzentrierten Ausrichtung, der Konzentration auf Verhaltensfaktoren und der Ausblendung der gesellschaftlichen Faktoren und Prozesse (vgl. Hurrelmann; Richter, 2016, S. 3), wird die ungleiche Verteilung von Gesundheit nicht abgebaut, sondern weiter konsolidiert. Die Vorteile der ohnehin Bevorteilten, sowie die Nachteile der ohnehin Benachteiligten verfestigen sich dadurch. Gesundheitspolitische Entwicklungen wie die zunehmende Einführung wettbewerblicher Elemente in das Gesundheitssystem und die Verlagerung der Verantwortlichkeit auf das Gesundheitsverhalten des Einzelnen (vgl. Bittlingmayer, 2008, S. 246) führen, angesichts der ungleichen Möglichkeiten diese Vorgaben umzusetzen, sogar eher noch zu einer Vergröße-

---

<sup>38</sup>Kühn, Hagen (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin: edition sigma

rung gesundheitlicher Ungleichheiten. Denn mehr Wettbewerb im Gesundheitsbereich führt nicht zu einer qualitativeren, effizienteren und sozial gerechteren gesundheitlichen Versorgung und Gesundheitsförderung, wie dies oft argumentiert wird, sondern hat vielmehr eine sozial polarisierende Wirkung (vgl. ebd., S. 244; S. 247). Speziell die Konzentration auf die Verhaltensdimensionen und die gesundheitspolitischen Weichenstellungen in Richtung Verhaltensprävention tragen also dazu bei, dass gesundheitliche Ungleichheiten noch vergrößert werden, wenn nicht anerkannt wird, dass auch bei den Möglichkeiten ein Verhalten umzusetzen von ungleichen, soziostrukturell verankerten Bedingungen ausgegangen werden muss. Denn Verhaltensweisen werden nicht nur durch persönliche Entscheidungen hervorgebracht, sondern sind maßgeblich von den jeweiligen Lebenswelten und Lebensumständen abhängig.

Die Maßnahmen zur Optimierung des Gesundheitsverhaltens berücksichtigen diese Abhängigkeit meist aber nur unzureichend und nicht in vollem Umfang, was ebenfalls zu einer Vergrößerung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen kann. Denn es wird dabei auf Ressourcen gebaut, die bei sozial höher gestellten Schichten eher vorhanden sind, als bei sozial niedrig gestellten. Darüber hinaus wird aus gesundheitssoziologischer Perspektive auf die Gefahr hingewiesen, dass sich durch die nicht-Berücksichtigung der ungleichen Verteilung von gesundheitsbezogenen Ressourcen nicht nur die gesundheitliche, sondern auch die soziale Kluft in einer Gesellschaft vergrößern kann. Denn auf der sozialen Ebene besitzt Gesundheit heute zunehmend auch einen repräsentativen, symbolischen Wert (vgl. dazu genauer: Brunett, 2009, S. 93; S. 106) und die ‚Versäumnis‘ diese umzusetzen wird zunehmend mit negativen Attributen verbunden (aufgrund der Vorstellung Gesundheit sei hauptsächlich individuell steuerbar). Diese Vorstellung ist zwar nicht gänzlich falsch, denn das Gesundheitsverhalten bietet tatsächlich eine nicht zu vernachlässigende Erklärungsbreite. Doch ist gleichzeitig festzustellen, dass es die Konzentration auf diesen Erklärungsansatz möglich macht strukturelle Benachteiligungen zu legitimieren, indem auf individuelles Fehlverhalten verwiesen wird (vgl. Jungbauer-Gans, 2009, S. 87).

Die theoretischen Hintergrundmodelle und die zugrundeliegenden Annahmen unserer Gesundheitskonzeption, die die Grundlage für die gegenwärtige Gesundheitspolitik bieten, sind angesichts dessen, vorsichtig ausgedrückt, als unterkomplex und in gewisser Hinsicht sogar als kontraproduktiv anzusehen (vgl. Bittlingmayer, 2008, S. 249).

## **4. Gesundheitskommunikation:**

### **4.1. Bezug zur Gesundheitskommunikation:**

Mit den bisherigen Ausführungen wurde gezeigt, dass die kulturellen Vorstellungen über die Bedingtheit der Gesundheit an dem vorbei gehen, was viele empirische Studien zu belegen in der Lage sind. Unsere verallgemeinerte Gesundheitskonzeption legt einen unverhältnismäßig starken Fokus auf bestimmte Dimensionen der Gesundheit, während andere vernachlässigt werden. Diese Diskrepanz zwischen den kulturell hegemonialen Vorstellungen und den realen Verhältnissen stellt sich demnach als eine Frage der Wahrnehmung dar und insofern wird dabei die Kommunikation über Gesundheit relevant. Es muss die Frage gestellt werden, wie die grundlegenden, gesundheitsbezogenen Vorstellungen hergestellt, verbreitet und aufrecht erhalten werden und damit gerät nun in diesem Kapitel die Gesundheitskommunikation in den Fokus. Denn diese beschäftigt sich mit der kommunikativen Vermittlung gesundheitsbezogener Inhalte und hat einen erheblichen Einfluss darauf, wie Gesundheit und Krankheit wahrgenommen werden bzw. wie sich diese Konstrukte ausgestalten (vgl. Loss; Nagel, 2009, S. 504). Innerhalb der Gesundheitskommunikation wird dabei im Speziellen die mediale Gesundheitskommunikation in den Blick geraten, die im heutigen Alltag einen immer größeren Stellenwert einnimmt (vgl. Fromm, 2011, S. 11). Zudem ist die heutige Gesellschaft grundsätzlich von Medien durchdrungen und ein wesentlicher Teil der gesellschaftlichen Kommunikation findet über Massenmedien statt, die sowohl kollektive Einstellungen und Normen, als auch Bewusstseins- und Verhaltensstrukturen einer Gesellschaft beeinflussen (vgl. ebd., S. 97). Insofern kann davon ausgegangen werden, dass die kollektive Wahrnehmung bzw. die vorherrschende Konzeption von ‚Gesundheit‘ auch durch die Medien geprägt wird. Denn die medialen Repräsentationen dieses Themas beeinflussen, wie über Gesundheit bzw. Krankheit gedacht wird, welche Aspekte dabei hervorgehoben und welche vernachlässigt werden (vgl. ebd., S. 108), wie aufgrund dessen gehandelt wird und welche Einstellungen zu Gesundheitsfragen vorherrschen (vgl. Baumann u.a., 2014, S. 89).

Dies ist auf die grundlegende Funktion der Medien zurückzuführen, (gesundheitsbezogene) Informationen bereitzustellen und (gesundheitsbezogenes) Wissen zu vermitteln (vgl. Hurrelmann; Leppin, 2001, S. 14). In dieser Funktion besitzt die mediale (Gesundheits-) Kommunikation einen erheblichen Einfluss darauf, wie etwa Krankheiten, Krankheitsrisiken oder therapeutische Möglichkeiten wahrgenommen werden und sie trägt dazu bei, dass bestimmten

Krankheiten oder gewissen (gesundheitlich) risikoreichen Verhaltensweisen gesellschaftliche Werte zugeschrieben werden (vgl. Loss; Nagel, 2009, S. 504).

Darüber hinaus entfaltet die Gesundheitskommunikation aber auch langfristige, indirekte Einflüsse auf die kollektiven Vorstellungen von Gesundheit. Die Effekte auf dieser Ebene sind allerdings nicht auf einzelne Beiträge zu reduzieren, sondern ergeben sich erst aus der Gesamtheit bzw. aus einer Vielzahl der medialen Darstellungen. Themen werden dabei inhaltlich gerahmt, was die gesellschaftliche Wahrnehmung zwar nicht gänzlich bestimmt, aber zumindest vorstrukturiert. Dadurch können etwa neue (gesundheitsbezogene) Umgangsformen und Handlungsweisen hervorgerufen werden (vgl. dazu Fromm, 2011, S. 103 ff.), es kann aber auch zur Stigmatisierung einzelner Bevölkerungsgruppen oder zu einer Verschärfung der sozialen Ungleichverteilung von Gesundheit beitragen (vgl. Loss; Nagel, 2009, S. 504). Darauf wird im Laufe dieses Kapitels noch näher eingegangen. Zunächst wird diesbezüglich nur festgehalten, dass auch die mediale Gesundheitskommunikation in die hier fokussierte Problematik eingebunden ist, indem sie zu den gesundheitsbezogenen Vorstellungen beiträgt, auf deren Basis Handlungen gesetzt werden, die eine ungleiche Verteilung von Gesundheit nicht eindämmen, sondern fördern. Es ist davon auszugehen, dass die beschriebenen Veränderungen im Gesundheitsbereich mit der medialen Kommunikation über Gesundheit zusammenhängen und dass die Orientierung am Subjekt und am Verhalten sowie die Vernachlässigung der soziostrukturellen Gesundheitsfaktoren in unserer Gesundheitskonzeption auch durch das medial vermittelte Bild von Gesundheit unterstützt wurden. So bemerkt etwa auch Fromm: „Untersucht man die für das Gesundheitsverhalten relevanten medizinischen, sozialen, politischen und ökonomischen Veränderungen, so stellt man fest, dass diese maßgeblich durch Medienkommunikation vorangetrieben wurden“ (ebd., 2011, S. 12).

Die medialen Darstellungen sind für die heutige Gesundheitskonzeption also durchaus von Bedeutung. Massenmedial verbreitete gesundheitspolitische Statements und Presseaussendungen geben wieder, wie die neue Rolle der Patienten konzeptualisiert ist (vgl. Bittlingmayer, 2008, S. 244) und auch die verhaltensbezogene Ausrichtung spiegelt sich beispielsweise in öffentlichen Kampagnen der Gesundheitspolitik (vgl. ebd., S. 241; S. 247). Darüber hinaus sind aber auch andere verzerrende und problematische Tendenzen, wie sie im Rahmen der Gesundheitskultur beschrieben wurden, in den medialen Repräsentationen dieser Thematik ablesbar, wie die Medikalisierung körperlicher Zustände (vgl. Loss; Nagel, 2009, S. 508; vgl. Fromm, 2011, S. 65), oder die Über- bzw. Unterbetonung bestimmter Krankheiten (vgl. Fromm, 2011, S. 62).

Darum soll die Gesundheitskommunikation im Folgenden näher betrachtet werden, wobei von besonderem Interesse sein wird, welche Gesundheitskonzeption zugrunde gelegt wird und welche Perspektive auf das Thema eingenommen wird. Dabei wird zunächst die fachliche Ausrichtung der Gesundheitskommunikation als wissenschaftliche Disziplin in den Blick genommen. Im Hinblick auf die empirische Untersuchung wird in einem nächsten Schritt spezifisch die mediale Gesundheitsberichterstattung fokussiert. Dabei werden mediale Muster der Darstellung von Gesundheit und mögliche, problematische Effekte dieser Muster thematisiert, sowie die Frage, welche Rolle die Gesundheitskommunikation im Spannungsfeld der bisher beschriebenen Problematik einnimmt. Mit der empirischen Untersuchung der Gesundheitsberichterstattung in ausgewählten österreichischen Tageszeitungen sollen schließlich die Fragen beantwortet werden, wie die Bedingtheit von Gesundheit in den Berichterstattungen mehrheitlich konstruiert wird, mit welchen Schwerpunkten über Gesundheit berichtet wird und wie die diesbezügliche Verantwortung dargestellt wird.

#### **4.2. Beschreibung und Systematisierung der Gesundheitskommunikation:**

In einer eingeschränkten, jedoch weiterhin sehr verbreiteten Auffassung lässt sich unter Gesundheitskommunikation „eine große Spannweite von Strategien der direkten Beeinflussung und Verbesserung des Gesundheitsverhaltens von Individuen und Gruppen zusammenfassen“ (Hurrelmann; Richter, 2013, S. 193).

Die englische Entsprechung des Forschungszweigs der Gesundheitskommunikation („Health Communication“) wurde zuallererst in der amerikanischen Forschung etabliert, um beabsichtigte und unbeabsichtigte Funktionen von Massenmedien für das Gesundheits- und Krankheitsverhalten der Bevölkerung zu analysieren und auf Möglichkeiten der bevölkerungsweiten Gesundheitsaufklärung über Gesundheitskampagnen hinzuweisen (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 193). Inzwischen wird „Health Communication“ allerdings weiter verstanden und als wichtiger Bestandteil einer modernen Gesundheitspolitik angesehen, die sich verschiedener Medien und Vermittlungsformen bedient, um gesundheitsförderliche Verhaltensweisen in der Bevölkerung zu initiieren und zu stabilisieren (vgl. u.a. Thomas, 2006 zit. nach ebd.)<sup>39</sup>. Als Beispiel für dieses Verständnis sei darum nun eine Definition der Gesundheitskommunikation angeführt, die den Objektbereich des Faches sehr umfassend darstellt und die nicht nur dem erweiterten Anwendungsbereich der Gesundheitskommunikation Rechnung trägt, sondern auch ein erweitertes Kommunikationsverständnis zugrundelegt, welches der Wechselseitig-

---

<sup>39</sup> Thomas, R.K. (2006): Health Communication. New York: Springer

keit des sozialen Handelns und der komplexen Realität kommunikativer Beziehungen gerecht wird und zudem auf die verschiedenen Akteure und Akteursrollen verweist (vgl. Baumann; Hurrelmann, 2015, S. 12):

*Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten / Klienten in den gesundheitlichen Versorgungsprozesse einbezogen sind, und/ oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind. Dieser Austausch kann direkt-personal, wie in der Arzt-Patienten-Interaktion oder in einer Interaktion unter Experten erfolgen, oder er kann durch Medien vermittelt sein. (...)* (Hurrelmann; Leppin, 2001, S. 11).

Neben dieser Definition existieren allerdings eine Vielzahl anderer Definitionen, die unterschiedliche Schwerpunkte setzen und die unterschiedliche Verständnisweisen der Schlüsselbegriffe ‚Gesundheit‘ und ‚Kommunikation‘ zugrundelegen (vgl. Baumann; Hurrelmann, 2014, S. 11). Die Festlegung auf eine allgemein konsensfähige Definition erweist sich daher als schwierig, was an dem breiten Themenspektrum und der Interdisziplinarität des Faches liegt (vgl. Fromm, 2011, S. 19), aber auch daran, dass es sich bei der Gesundheitskommunikation um eine relativ junge Disziplin handelt, die durch eine große Offenheit, aber auch durch eine gewisse Unstrukturiertheit gekennzeichnet ist (vgl. Baumann; Hurrelmann, 2014, S. 11). Gemeinsam ist vielen anderen Definitionen von Gesundheitskommunikation jedoch, dass sie eine Kommunikator-zentrierte Perspektive einnehmen, sowie dass ihnen ein Fokus auf intendierte Kommunikationsprozesse bzw. eine Persuasionsabsicht inhärent ist (vgl. Baumann; Hurrelmann, 2014, S. 11). Dies lässt sich etwa anhand der Definition von Peter-Ernst Schnabel veranschaulichen, der Gesundheitskommunikation beschreibt als

*(...) die Gesamtheit aller mehr oder weniger organisierten Bemühungen, die Botschaft der Gesundheit auf allen vermittlungsrelevanten Ebenen (Individuen, Organisationen, ganze Gesellschaften), durch den Einsatz möglichst vieler zielführender Strategien (Beratung, Organisationsentwicklung, Aufklärungs- und Informationskampagnen) und unter Verwendung einer Mischung geeigneter Medien (Buch, Presse, Funk, Fernsehen, Internet) zu verbreiten, um dadurch die Einstellungen und Verhaltensweisen der Menschen in einer Weise zu beeinflussen, die diese zu einer möglichst selbst bestimmten, auf die Vermeidung von Krankheitsrisiken und die Stärkung von Gesundheitsressourcen ausgerichtete Lebensführung befähigt, was bei Bedarf auch die Fähigkeit mit einschließen muss, die eigenen Gesundheitsinteressen gegen Widerstand durchzusetzen.* (Schnabel, 2009, S. 39).

Auch wenn in dieser Definition nun die Abhängigkeit der Gesundheitschancen von soziostrukturell bedingten Faktoren, wenn auch nicht explizit, zumindest indirekt angesprochen wird (indem auf *Widerstände* hingewiesen wird), so wird daran trotzdem ersichtlich, dass auch die Gesundheitskommunikation die Beeinflussung individueller Einstellungen und Verhaltensweisen anstrebt. Auch hier werden die subjektzentrierten Dimensionen als die zu verändernde Größe betrachtet, wobei man sich auf die Gesundheitsförderung bezieht, die als konzeptueller Rahmen einen zentralen Bezugspunkt der Ausrichtung der Gesundheitskommunikation darstellt. Krause versteht unter Gesundheitskommunikation etwa „(...) alle kom-

*munikativen Tätigkeiten (...), die im Rahmen von Gesundheitsförderungsprojekten durchgeführt werden“ (Krause, 1989, S. 13).*

Durch diese Zuordnung scheint also auch auf die Ausrichtung der Gesundheitskommunikation zutreffend, was zuvor in Bezug auf die praktische (politische) Anwendung der Gesundheitsförderung bereits konstatiert wurde – dass der Schwerpunkt dabei auf Konzepten und Ansätzen liegt die es erlauben, die infrage stehenden Probleme als individuelle Dimensionen in den Blick zu nehmen (siehe Kapitel 2.2.3.3. Verlagerung sozialer Probleme auf das Individuum).

Bonfadelli stellt für die Gesundheitskommunikation fest, dass immer wieder ein normativer und akteurszentrierter Fokus in Richtung intendierter und zielorientierter Gesundheitsförderung ins Auge sticht, nicht selten mit einem technischen Fokus auf Präventionsprojekte (vgl. ebd., 2014, S. 17). So wird in der Gesundheitskommunikation zumeist der Akteur bzw. der Sender der Botschaft fokussiert. Daher spielen auch theoretische Perspektiven die sich mit der optimalen Gestaltung von Kampagnenbotschaften befassen eine zunehmend wichtige Rolle und oft geht es um deren bestmögliche Gestaltung, sodass diese Botschaft befolgt wird (vgl. ebd., S. 22; S. 23). Der Interventionspunkt bleibt dabei aber das Individuum und die Zielsetzung ist die Beeinflussung individueller Dimensionen der Gesundheit, wie Verhalten oder Einstellung. Dies lässt sich etwa an folgender Übersicht ablesen, die anhand einer Sichtung mehrerer Definitionen erstellt wurde, wobei folgende Zielrichtungen der Gesundheitskommunikation identifiziert wurden:

- Information und Einflussnahme auf individuelle und gemeinschaftliche Entscheidungen
- Motivation
- Verhaltensänderung
- Wissenszuwachs und Verbesserung des Verständnisses von gesundheitsbezogenen Themen
- Stärkung (Empowerment)
- Partnerschaft, Partizipation, Austausch, Dialog

(vgl. Schiavo, 2007 zit. nach Fromm, 2011, S. 20)<sup>40</sup>.

Bevor die schwerpunktmäßige Ausrichtung näher behandelt wird, soll das Fach zunächst noch weiter beschrieben und systematisiert werden, um zu einem allgemeinen Bild über die Anwendungsfelder und Forschungsschwerpunkte zu kommen.

---

<sup>40</sup> Schiavo, R. (2007): Health Communication: From Theory to Practice. San Francisco: Jossey-Bass

#### **4.2.1. Arten von Gesundheitskommunikation**

Zunächst ist hervorzuheben, dass Gesundheitskommunikation prinzipiell sowohl die direkte, über persönliche Kontakte stattfindende Kommunikation, sowie die über Medien vermittelte Kommunikation umfasst, wie in den angeführten Definitionen bereits angedeutet wurde.

Die *direkte, personale Kommunikation* findet dabei meist in kleinen Gruppen, oder zwischen zwei Individuen statt, etwa zwischen Gesundheitserziehern oder –beratern und ihren ‚Klienten‘, oder im Rahmen eines Arzt-Patienten Gesprächs, was sich in den letzten Jahren beides stark verändert hat, aufgrund der vermehrten Informationsmöglichkeiten durch die Medien und der wachsenden Bedeutung der Selbstverantwortung (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 194). Auch diese Form der Kommunikation kann allerdings mediengestützt erfolgen.

*Gesundheitskommunikation über Massenmedien* richtet sich hingegen an größere Bevölkerungsgruppen. Dabei geht es meist um die Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen, etwa über Ursachen und Verläufe von Krankheitsstörungen und die Stärkung von gesundheitlichen Schutzmechanismen, aber auch um Wissen über Einrichtungen des gesundheitlichen Versorgungssystems, um als Konsument oder Nutzer dieser Einrichtungen kompetent handeln zu können (vgl. ebd.). In diesen Bereich fällt auch die öffentliche Gesundheitskommunikation, wozu sowohl Werbung für gesundheitsdienliche Produkte und Dienstleistungen (auch Arzneimittelwerbung), Gesundheitskampagnen sowie die Gesundheitsberichterstattung zu zählen sind (vgl. Schulz; Hartung, 2014, S. 22).

Zur dieser Differenzierung ist allerdings hinzuzufügen, dass Medien mittlerweile alle Ebenen des beruflichen und privaten Lebens durchdringen und nahezu jede Form des sozialen Handelns im Alltag prägen. Insofern verschwimmen die Grenzen zwischen medial vermittelter, öffentlicher Kommunikation und mediengestützter und/oder direkt-personaler Kommunikation zwischen Individuen und in Gruppen zusehends (vgl. Baumann; Hurrelmann, 2014, S. 11).

#### **4.2.2. Zielrichtungen der Gesundheitskommunikation**

Weiters lassen sich nach Signitzer (2001, S. 26 f.) verschiedene Perspektiven identifizieren, die den Zielrichtungen der gesundheitskommunikativen Bemühungen zugrundeliegen (vgl. Fromm, 2011, S. 25):

-Der *Informationsansatz* stellt die Vermittlung von gesundheitsbezogenen Informationen in den Vordergrund (vgl. Fromm, 2011, S. 25). Als Verbreiter gesundheitsbezogener Botschaf-

ten sind ein Individuum, eine Organisation oder auch ein Massenmedium denkbar, als Interpret gleichfalls ein Individuum, eine Gruppe/Organisation, oder ein Massenpublikum (vgl. Signitzer; Spatzier, 2014, S. 41). In einem politischen Sinn liegt die Verantwortung für das Gelingen der Kommunikation (bzw. der Verhaltensbeeinflussung) dabei eher beim Sender der Informationen, als beim Empfänger (vgl. Fromm, 2011, S: 25; vgl. Signitzer; Spatzier, 2014, S. 41).

-Der *Persuasionsansatz* sieht den Kern von gesundheitlichen Problemen und möglichen Lösungen im präventiven Bereich. Man will erreichen, dass Problemen vorgebeugt wird, indem man Individuen von gesundheitswidrigen Verhaltensweisen abbringt. Die Verantwortung dafür, so wird betont, wird dabei aber nicht nur auf den Einzelnen, sondern auch auf die Gesellschaft verlagert, im Rahmen gesundheitspolitischer Aktivitäten (vgl. Fromm, 2011, S. 25 f, vgl. Signitzer; Spatzier, 2014, S. 41).

-Dem *narrativen* Ansatz liegt die Vorstellung vom Individuum als Erzähler von Geschichten zugrunde, durch die der Einzelne sozialisiert wird und sich die Gesellschaft gleichzeitig weiterentwickelt. Wichtiger als die Vermittlung von Fakten ist dabei die Frage nach der Sinnhaftigkeit, die gesundheitsbezogenes Handeln für den Einzelnen haben kann (vgl. Fromm, 2011, S. 26). Erst unter Einbeziehung dieser Sinnkonstruktionen werden gesundheits-förderliche Botschaften entwickelt. In Anti-Raucher Kampagnen wären etwa nicht Informationen über die Schädlichkeit des Rauchens notwendig, sondern zunächst das Erkennen der Geschichten, mit denen Raucher ihrer Gewohnheit Sinn geben und in weiterer Folge das Eingehen auf diese Geschichten im Rahmen von Kampagnen (vgl. Signitzer; Spatzier, 2014, S. 41).

Auch diese Einteilung ist allerdings wohl als eine idealtypische Beschreibung anzusehen, die in der Praxis so nicht existent ist. Denn die hier angeführten Ansätze werden nicht trennscharf angewandt und oft enthalten gesundheitskommunikative Tätigkeiten Aspekte mehrerer Ansätze. So bauen etwa viele gesundheitspolitische Kampagnen auf das Modell des Informationsansatzes, zielen aber trotzdem darauf ab in einem präventiven Sinne eine Verhaltensänderung herbeizuführen, wobei die Verantwortung für die Umsetzung des Verhaltens überwiegend beim Individuum gesehen wird und der Kommunikator nur insofern eingebunden ist, als dass er die Botschaft richtig oder falsch gestalten kann.

Zudem geht aus dieser Einteilung nicht hervor, welche Relevanz den einzelnen Ansätzen praktisch zukommt. Die hier angeführten Zielrichtungen und deren jeweilige Ausrichtungen sind zwar alle existent, jedoch verteilen sich die gesundheitskommunikativen Bemühungen nicht zu gleichen Teilen darauf. Vielmehr überwiegen einzelne, auch abhängig davon, was

von den relevanten, gesellschaftlichen Akteuren momentan als sinnvoll und zielführend erachtet wird.

#### **4.2.3. Analyseebenen der Gesundheitskommunikation:**

Eine weitere Charakterisierung des Forschungsfeldes kann anhand des klassischen, ebenfalls von Signitzer (2001, S. 23 f.) geprägten, 4-Ebenen Modells vorgenommen werden mit dem veranschaulicht wird, auf welchen Ebenen gesundheitsbezogene Kommunikationsprozesse untersucht werden (vgl. Fromm, 2011, S. 29).

*Intrapersonale Ebene:* Der Analyserahmen dieser Ebene umfasst vor allem die gesundheitsrelevanten kommunikativen und psychischen Prozesse innerhalb einer Person. Im Mittelpunkt dieses vorwiegend psychologisch geprägten Bereichs steht die Frage, ob bestimmte Persönlichkeitsmerkmale eines Menschen ihn beispielsweise für bestimmte ungesunde Lebensweisen, Stresszustände oder inadäquate Strategien des Umgangs mit Krankheit prädisponieren.

*Interpersonelle Ebene:* Hier wird vor allem der Austausch von Informationen fokussiert, die den Gesundheitsstatus evaluieren und die Behandlung bestimmen. Die Arzt-Patienten Kommunikation steht dabei traditionell im Zentrum des Interesses.

*Organisationsebene:* Auf dieser Ebene wird die interne und externe Kommunikation gesundheitlicher Einrichtungen wie Krankenhäuser, Praxisgemeinschaften, Altersheime, Kuranstalten etc. untersucht.

*Gesellschaftliche Ebene/ Ebene der Massenkommunikation:* Dabei werden gesellschaftliche, kulturelle und mediale Einflüsse auf gesundheitsbezogene Einstellungen analysiert. Auf Medien-Ebene kann es dabei um die Darstellung von Gesundheitsfragen gehen (Nachrichten, Unterhaltung, Ratgeberjournalismus), oder um Informationskampagnen im Gesundheitssektor (vgl. Fromm, 2011, S. 28; vgl. Signitzer; Spatzier, 2014, S. 43 f.).

Auf der Grundlage dieser Beschreibung der Forschungsschwerpunkte der Gesundheitskommunikation können diese nach Bonfadelli (2014) nun noch etwas allgemeiner eingeteilt werden, wobei auch deren jeweilige Untersuchungsgegenstände und teilweise auch deren (kommunikations-)theoretische Anknüpfungspunkte enthalten sind.

Table 5: Ebenen und theoretische Perspektiven der Gesundheitskommunikation

| Ebene        | Formen                                    | Perspektiven  | Ansätze   |
|--------------|---|---|---|
| Mikro Ebene  | Intrapersonelle Kommunikation             | -Meinungen/ Einstellungen zu Krankheit und Gesundheit<br>-psychosoziale Reaktionen gegenüber Krankheit<br>-Selbstwirksamkeitsüberzeugungen<br>-Resilienz und Lebensqualität |   |
|              | Interpersonelle Kommunikation             | -Arzt-Patienten Beziehungen<br>-Ko-Orientierung bezüglich Krankheit<br>-Soziale Netzwerke<br>-Gespräche über Gesundheit/ Krankheit  |   |
|              | Nutzung, Rezeption und Wirkung von Medien | -Aktive Informationssuche und Sense Making<br>-Agenda Setting Themenprioritäten<br>-Wissenstransfer und Wissensklüfte<br>-Framing und Kultivierung z.B. Körperkult          |   |
| Meso Ebene   | Organisationskommunikation                | Staat, Stakeholder und NGOs   | -Gesundheitspolitik<br>-Public Relations und Werbung<br>-Events und Kampagnen                             |
| Medien Ebene | Gesundheit als Medienthema                | Selektion:  | -Nachrichtenwerte: Aktualität, Überraschung, Abweichung, Kontinuität etc.                                 |
|              |   | Medienlogik:  | -Personalisierung, Emotionalisierung, Dramatisierung, Moralisierung                                       |
|              |   | Agenda Building:  | -PR Einflüsse durch Stakeholder vs. Recherche und Eigenleistung   |
|              |   | Framing:  | -Inhaltliche Perspektiven auf Thema: Progress, Economic Consequences, Public Accounting, Moral Judgements |
|              |   | Bewertung:  | -Bias: Pro vs. Kontra   |
|              | Gesundheitskampagnen                      | Qualität:   | -Professionalität, Relevanz, Vielfalt   |
|              | Gesundheitsverhalten und Medienwirkungen: | -Sozial kognitive Lerntheorie<br>-Theorie des geplanten Verhaltens<br>-Health Belief Modell<br>-Protection Motivation Theory<br>-Stages of Change Modell                    |   |

(vgl. Bonfadelli, 2014, S. 20)

Zu diesen Systematiken zur Beschreibung des Faches sollte abschließend allerdings noch bemerkt werden, dass diese vor allem eine strukturierende, analytische Funktion haben. Denn in der Realität findet gesundheitsbezogene Kommunikation immer nebeneinander auf verschiedenen Ebenen statt (vgl. Fromm, 2011, S. 29).

*So kommt das Individuum als Teil unterschiedlicher sozialer Settings mit bestimmten gesundheitsbezogenen Informationen in Kontakt (z.B. Gesundheitsverhalten in der Familie, Ernährung im Kindergarten Sexualkunde im Schulunterricht, Erfahrungen als Patient im Krankenhaus, Gesundheit am Arbeitsplatz, an dramatischen Krankheiten leidende Protagonisten im Spielfilm oder in einer Serie etc.). (...) Jeder spricht im persönlichen sozialen Umfeld über Themen, die direkt oder indirekt etwas mit Gesundheit zu tun haben und ist – je nach individueller Disposition – mehr oder weniger aufmerksam gegenüber bestimmten Themen in den Medien bzw. nutzt diese in einer bestimmten Art und Weise (Fromm, 2011, S. 29).*

Zudem muss noch einmal betont werden, dass diese Systematiken nicht die praktische Anwendung und Relevanz wiedergeben, die die einzelnen Ansätze in der Forschung tatsächlich besitzen. Zwar wird in Darstellungen wie der oben angeführten eine Übersicht über alle vorhandenen Ansätze in der Gesundheitskommunikation gegeben, doch ist daran etwa nicht ersichtlich, dass die Forschungspraxis der deutschsprachigen Linie der Gesundheitskommunikation tendenziell vom Mainstream der massen-kommunikationswissenschaftlichen Forschung dominiert wird, was sich in der starken Orientierung an Wirkungs-, Nutzungs- und Rezeptionsforschung äußert, oder an der häufigen Betrachtung der Gesundheitskommunikation durch Public-Relations und Marketing-Perspektiven (vgl. Signitzer; Spatzier, 2014, S. 40).

Der Schwerpunkt der hiesigen Ausrichtung des Faches ist somit auf der Mikro-Ebene zu verorten, unabhängig davon, ob es um medial vermittelte oder direkt-persönlich erfolgende Kommunikation geht. Dadurch sind vor allem Fragen der persuasiven Beeinflussung von Einstellungen und Verhalten zentral (vgl. Bonfadelli, 2014, S. 24; vgl. Fromm, 2011, S. 126). Denn die gesundheitskommunikative Forschung auf der Mikro Ebene richtet sich auf die Frage, wie Botschaften formal und inhaltlich gestaltet sein müssen, damit sie maximal überzeugend sind (vgl. Baumann; u.a., 2014, S. 90). Angewandt wird dies vor allem bei der Planung und Umsetzung von Gesundheitskampagnen, die in der Praxis sowie in der darauf bezogenen Kommunikationsforschung eine zunehmende Bedeutung erlangt haben (vgl. Bonfadelli, 2014, S. 22). Viele Ansätze und theoretische Perspektiven sind heute auf die Erforschung der optimalen Gestaltung von Kampagnenbotschaften gerichtet, sowie auf die Analyse persuasiver Verhaltensbeeinflussung und Lernen (vgl. ebd.).

#### **4.2.4. Fazit:**

Für die fachliche Ausrichtung der Gesundheitskommunikation insgesamt kann festgehalten werden, dass Gesundheit auch hier zumeist in einem subjektbezogenen Rahmen thematisiert wird, wobei der Einfluss individueller Dispositionen, wie Verhaltensweisen auf Gesundheit betont wird. So spielen Nutzungsverhalten, Rezeption sowie Wirkung von gesundheitskommunikativen Inhalten auf individueller Ebene bzw. auf das individuelle Verhalten eine große Rolle (vgl. Fromm, 2011, S. 68 ff.). Zudem ist ein wesentlicher Teil der gesundheitskommunikativen Bemühungen darauf gerichtet, direkt auf das Gesundheitsverhalten einzuwirken (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 193) und, im Sinne einer präventiven Herangehensweise, durch kommunikative Strategien eine Verhaltensänderungen herbeizuführen.

Diese Schwerpunktsetzung ist mit den zuvor angeführten Erkenntnissen zu den Erklärungsanteilen der gesundheitlichen Bedingungsfaktoren zu kritisieren, wie auch Bonfadelli in einer

Kritik an der fachlichen Ausrichtung bemerkt: „In vielen Studien liegt (...) der Fokus zu stark nur auf dem einzelnen Individuum und dessen Verhalten, und zwar unter Vernachlässigung des sozialen Kontexts“ (Kaplan, 2004 zit. nach ebd., 2014, S. 28)<sup>41</sup>. Zwar wird ‚Gesundheitsverhalten‘ in der Gesundheitskommunikation um die Aspekte des ‚kommunikativen Verhaltens‘ erweitert und man stellt dadurch zusätzliche Fragen, etwa zum gesundheits-assoziierten Mediennutzungsverhalten, zu individuellen Informationsinteressen (vgl. Fromm, 2011, S. 68 ff), oder zu den individuellen Motivationen der Rezipienten, die zu einer spezifischen Mediennutzung und Rezeption der Inhalte führen (vgl. Fromm, 2011, S. 30). Doch auch dabei werden die sozialen Kontextfaktoren meist nicht miteinbezogen. Dabei wäre es dringend notwendig diese Faktoren in ihrer Gesamtheit und in ihrer Interdependenz zu berücksichtigen, denn nur unter dem Einbezug von Kontextfaktoren, etwa auf Ebene der Familien, sozialer Gruppen, oder Nachbarschaften und Gemeinden, ist ein adäquates Verständnis des Gesundheitsverhaltens und auch des Einflusses von Gesundheitskommunikation auf den einzelnen Menschen möglich (vgl. Bonfadelli, 2014, S. 28 f.).

#### **4.3. Massenmediale Gesundheitskommunikation:**

Massenmediale Gesundheitskommunikation zeichnet sich dadurch aus, dass darunter alle Kommunikationsformen mit einem impliziten oder expliziten Bezug zu Gesundheit gefasst werden, die massenmedial vermittelt sind.

Ein *expliziter* Gesundheitsbezug ist dann gegeben, wenn gesundheitspolitische oder gesundheitsrechtliche Themen, eine Erkrankung, Präventions- oder Therapiemöglichkeiten, oder die Frage, ob sich bestimmte Verhaltensweisen förderlich oder unförderlich auf die Gesundheit auswirken, Gegenstand der Kommunikation sind (vgl. Fromm, 2011, S. 89).

Ein *impliziter* Gesundheitsbezug hingegen wird erst durch eine Interpretationsleistung deutlich, die über die Darstellung hinaus geht und die sich aus einer (subjektiven) Bedeutungszuweisung des expliziten Kommunikationsinhaltes ergibt. Als Beispiel können hier etwa gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von Protagonisten einer TV-Serie angeführt werden, die aber nicht explizit als solche ausgewiesen werden, sodass eine zusätzliche Bedeutungszuschreibung seitens des Rezipienten nötig ist, damit der Bezug zu Gesundheit hergestellt wird (vgl. Fromm, 2011, S. 89 f.).

---

<sup>41</sup> Kaplan, George A. (2004): Whats wrong with social epidemiology and how can we make it better? Epidemiological Reviews, 26., S. 125

Gesundheitsbezogene Medieninhalte sind dabei grundsätzlich nicht auf bestimmte Medien beschränkt, sondern können prinzipiell über jedes beliebige Medium vermittelt sein. So können sowohl Serien und Filme, aber auch Bücher, Tageszeitungen, Radiosendungen oder Neue Medien wie Websites oder Apps Themen enthalten, die für Gesundheit relevant sind.

Man kann diese Medieninhalte aber zunächst nach ihren jeweiligen Genres und Gattungen differenzieren: Man unterscheidet sowohl zwischen *fiktionalen* und *non-fiktionalen Inhalten* sowie zwischen *Unterhaltungs- und Informationsformaten* (vgl. Fromm, 2011, S. 37).

Zudem werden die unterschiedlichen Medien nach ihren spezifischen Kommunikationseigenschaften differenziert. So besitzt das Fernsehen etwa keine Feedback Funktion, während interaktive Angebote im Internet eine wechselseitige Kommunikation ermöglichen (vgl. ebd.).

Des Weiteren lassen sich Medieninhalte nach *gesundheitsbezogenen* und *gesundheitsrelevanten* Inhalten unterscheiden (vgl. ebd., S. 89). Als ‚gesundheitsrelevant‘ sind alle Aspekte der Medienrezeption zu bezeichnen, die einen Einfluss auf Einstellungen, Meinungen und Verhaltensweisen, sowie auf den Gesundheitszustand der Rezipienten haben. Das bedeutet, dass diese Medieninhalte, unabhängig von den konkreten Inhalten, relevant für die Gesundheit der Rezipienten sind. Beispielhaft können dafür die körperlichen Folgen genannt werden, die aus einer hohen Mediennutzung und der damit einhergehenden Bewegungsarmut resultieren.

Als ‚gesundheitsbezogen‘ sind demgegenüber alle Medieninhalte zu bezeichnen, die sich auf das Thema Gesundheit beziehen, unabhängig davon ob sie gesundheitsrelevant werden, oder nicht. Als Beispiel kann hier eine Ratgebersendung im Fernsehen genannt werden, in der ernährungsbezogene Themen behandelt werden (vgl. ebd.).

Weiterhin werden gesundheitsrelevante Medieninhalte dahingehend differenziert, ob sie auf eine gesundheitsfördernde Absicht des Kommunikators zurückgehen, oder nicht. Insofern kann zwischen *intendierten* und *unintendierten* Formen der Gesundheitskommunikation unterschieden werden. Bei einem TV Spot zum Thema AIDS ist die gesundheitsförderliche Absicht eindeutig, bei der medialen Präsentation der Erkrankung einer prominenten Person ist es hingegen nicht zwingend, dass diese Information mit der Absicht verbreitet wurde auf die Gesundheit Einfluss zu nehmen (vgl. Fromm, 2011, S. 90).

Vor dem Hintergrund dieser Systematisierung kann das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit innerhalb der medialen Gesundheitskommunikation zunächst so eingeschränkt werden, als dass hier vor allem die informativen, non-fiktionalen, explizit *gesundheitsbezogenen* Medieninhalte

te von Interesse sind, bei denen eine gesundheitsförderliche Intention nicht unbedingt notwendig, aber auch keinesfalls ausgeschlossen ist. Als wichtigste Differenzierung gilt aber zunächst, dass vor allem die Kommunikationsformen fokussiert werden, deren Ziel es ist gesundheitsbezogene Informationen und Wissen zu vermitteln (vgl. Hurrelmann; Leppin, 2014, S. 14; vgl. Signitzer, 2014, S. 31; vgl. Göpfert, 2013, S. 131), denn die informativen Maßnahmen stellen den überwiegenden Anteil der gesundheitskommunikativen Bemühungen und Forschungen dar (vgl. Loss; Nagel, 2009, S. 508). An dieser schwerpunktmäßigen Ausrichtung möchte sich auch diese Arbeit orientieren.

Unter die informativen Formen der Gesundheitskommunikation fallen sowohl Gesundheitskampagnen (betrieben durch staatliche, öffentlich-rechtliche oder gemeinnützige Institutionen), die Werbung für Gesundheitsprodukte und Dienstleistungen (v.a. Arzneimittelwerbung), sowie die Gesundheitsberichterstattung der Massenmedien (vgl. Hartung; Schulz, 2014, S. 22). Gerade der massenmedialen Gesundheitsberichterstattung kommt dabei als Informationsquelle ein zentraler Stellenwert zu (vgl. Baumann, 2006, S. 122), wie verschiedene Studien und Befragungen bestätigen (vgl. Fromm, 2011, S. 74). Fernsehen, Radio, Zeitungen und Zeitschriften stellen die mit Abstand häufigsten Quellen für Gesundheitsinformationen dar (vgl. Loss; Nagel, 2009, S. 504). Zwar ist die Rangfolge je nach Studie etwas abweichend, doch wird die prinzipielle Relevanz der informativen Berichterstattung über Gesundheit einstimmig bestätigt. Baumann kam im Gesundheitsmonitor (2006) bei der Frage nach den Informationsquellen etwa zu folgendem Ergebnis:

*Abbildung 6: Wichtigste Quellen in denen Gesundheitsinformationen gesucht werden*  
(Angaben in Prozent)



(vgl. Baumann, 2006, S. 123 zit. nach Fromm, 2011, S. 76).

#### **4.4. Informativ-persuasive Gesundheitskommunikation:**

Im Sinne einer gesundheitsförderlichen Maßnahme wird dieser Form der Gesundheitskommunikation heute ein wichtiger Stellenwert beigemessen, aufgrund ihrer Funktion gesundheitsbezogene Informationen und Wissen zu vermitteln. Gerade die Gesundheitspolitik in ihrer zuvor beschriebenen Ausrichtung baut auf diese Funktion der Gesundheitskommunikation, die als zentraler Bestandteil eines Gesundheitssystems betrachtet wird, in dem die Prävention (neben den Akutbehandlungen, der Rehabilitation und der Pflege) als 4. Säule etabliert werden soll (vgl. Bittlingmayer, 2008, S. 244). Denn die aktiven Bürger sollen in eigener Initiative die notwendigen Informationen und Angebote einholen können, die für die Bewältigung von Gesundheitsstörungen oder Krankheiten notwendig sind (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 194). Sie sollen dabei als selbstverantwortete Konsumenten die gesundheitsbezogenen Leistungen gezielt nutzen und geeignete Angebote auswählen, wozu sie durch die in den Massenmedien (z.B. Gesundheitsberichterstattung) verbreiteten Informationen befähigt werden (vgl. Hurrelmann; Leppin, 2001, S. 14). Die Funktion die der Gesundheitskommunikation dabei zugeschrieben wird, steht also ganz im Zeichen der neoliberalen Organisation des Gesundheitssystems und der Gesundheitskonzeption und findet ihre Entsprechung etwa in folgender Definition:

*„Gesundheitskommunikation ist das entscheidende Element von Kampagnen der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, da die Bereitstellung relevanter und persuasiver Gesundheitsinformationen der primäre soziale Prozess ist, der Individuen dazu befähigen kann, die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen“*

(Maibach u.a., 1993 zit. nach Hartung; Schulz, 2014, S. 23)<sup>42</sup>.

Zwar wird mit dieser Definition eine Einschränkung auf Kampagnen getroffen (was auf die Gesundheitsberichterstattung nicht per se zutrifft), doch wird dabei trotzdem darauf verwiesen, welches Wirkungsmodell der medial verbreiteten Informationen auf die Bevölkerung in den informativ-persuasiven Ansätzen zugrundegelegt wird. Dieses wird im Folgenden beschrieben:

---

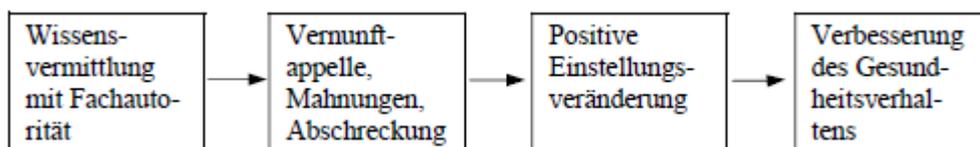
<sup>42</sup> Maibach, E.W.; u.a. (1993): Developing strategic communication campaigns for HIV/AIDS prevention. In: Ratzan, S.C.(Hg.): AIDS: Effective health communication for the 90's. Washington DC: Taylor and Francis

#### 4.4.1. Wirkungsmodell:

Die informativen und persuasiven Strategien der massenmedialen Gesundheitskommunikation richten sich in vielen Fällen auf die primärpräventive Verbesserung des Gesundheitsverhaltens (vgl. Hurrelmann; Leppin, 2001, S. 15) und legen dabei ein Modell zugrunde, dass sich zu den Ansätzen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung zurückverfolgen lässt. Auch diese Ansätze wollen im Wesentlichen durch Wissensvermittlung und Beeinflussung von Einstellungen und Handlungsdispositionen die Fähigkeit vermitteln, das eigene Verhalten gesundheitsförderlich auszurichten und die eigene Gesundheit zu stabilisieren. In ihrer programmatischen didaktischen Ausrichtung sind sie somit an der Erziehungsbedürftigkeit der Menschen orientiert und zielen auf präventive Verhaltensbeeinflussung (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 199). „Ziel ist die Vermeidung von gesundheitsgefährdendem Verhalten, insbesondere dem Konsum von Zigaretten und anderen psychoaktiven Substanzen, Fehlernährung, Bewegungsmangel, unzureichender Verarbeitung von psychischer Anspannung, ungeschütztem Sexualverhalten und riskantem Verkehrsverhalten. Gesundheitserziehung soll abgesichertes Wissen hierzu vermitteln und gesundheitsförderliche Einstellungen und Verhaltensweisen unterstützen“ (ebd.).

Mit diesem Wirkungsmodell wird davon ausgegangen, dass die bereitgestellten und verbreiteten Informationen von den Empfängern nicht nur zur Kenntnis genommen, sondern dass die darin enthaltenen Empfehlungen und Ratschläge auch sinnentsprechend angewendet werden (vgl. Göpfert, 2001, S. 131). Es wird erwartet, dass neu erworbenes Wissen direkt als Handlungsgrundlage herangezogen und in das Verhalten integriert wird. Somit wird von einem linearen Disseminationsmodell ausgegangen, wonach Wissenserwerb immer auch eine Auswirkung auf Einstellung und Verhalten bewirkt (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 200).

*Abbildung 7: Lineares Disseminationsmodell der autoritativen Gesundheitserziehung*



(vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 200).

Dieses klassische Modell der autoritativen Gesundheitserziehung war bis in die 70er international vorherrschend, wurde aber spätestens seit den 90er Jahren zunehmend kritisiert und

ausdifferenziert (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 201). Trotzdem gehen auch heute noch viele mediale Strategien (Aufklärungskampagnen, Informationsbroschüren, Gesundheitsmagazine, usw...) von dem grundlegenden Mechanismus dieses Modells aus, wonach die Bereitstellung von entsprechendem Wissen die gewünschten, gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen hervorruft. Das allgemeine Ziel die öffentliche Gesundheit zu verbessern, wird somit kommunikativ oft nur durch singuläre Informationsverbreitung und Gesundheitsaufklärung unterstützt, was zu Einstellungen- und Verhaltensänderungen führen soll (vgl. Fromm, 2011, S. 127).

Insbesondere trifft dies auf die Kommunikationsstrategien präventiver Kampagnen zu, die in der Literatur unter dem Begriff ‚*Social Marketing*‘ subsummiert werden. Social Marketing zielt nicht auf die Vermarktung eines Produkts, sondern einer wertvollen Information für die Steuerung der eigenen Gesundheit (vgl. Hurrelmann; Leppin, 2001, S. 15). Man versucht Verhaltensänderungen zu erzeugen, um einen gesundheitlichen oder sozialen Nutzen für die Zielgruppe zu erreichen und orientiert sich dabei an grundlegenden Marketingprinzipien (vgl. Hartung; Schulz, 2014, S. 29) sowie an kommerziellen Werbestrategien (vgl. Loss; Nagel, 2009, S. 506). Gemeinsam ist diesen Ansätzen, dass sie Gesundheit ausschließlich als eine Frage des persönlichen Lebensstils betrachten und die Aufgabe der Gesundheitsförderung darauf reduzieren, Konsumenten mit den Informationen zu versorgen, die sie für die Entscheidung zu einem gesünderen Lebensstil benötigen (vgl. Jazbinsek, 2014, S. 156). Durch die Orientierung an der Werbung, die bis heute eine Domäne des Denkens in Reiz-Reaktions-Kategorien geblieben ist, erwartet man sich von den Botschaften, dass sie das Gesundheitsverhalten positiv beeinflussen können, wenn nur der richtige Slogan bzw. das richtige Image kreiert wird (vgl. ebd.). Auch mit dieser Herangehensweise wird also die psychosoziale Abhängigkeit des Gesundheitsverhaltens vernachlässigt und vielmehr die Rolle des Senders der Botschaften betont, die auf die Individuen einwirken können, ohne dass geschichtliche oder soziostrukturelle Faktoren diese Wirkung beeinflussen. Dieses Modell ist in mehrerer Hinsicht zu kritisieren:

#### **4.4.2. Kritik am Wirkungsmodell:**

##### ***4.4.2.1. Unterkomplexes Modell***

Zunächst ist zu betonen, dass bereits auf intra-personaler Ebene psychische Abläufe zur Informationsverarbeitung bekannt sind, die den Vorgang zwischen Informationsvermittlung und Verhaltensänderung deutlich komplexer darstellen, als in dem oben beschriebenen Modell. So

werden etwa Informationen aufgrund psychischer Strategien zur Vermeidung kognitiver Dissonanzen überhaupt nur sehr selektiv wahrgenommen, je nachdem welche Aspekte die eigenen Einstellungen und Verhaltensweisen bestätigen. Meist wird nur das behalten, was in den Bezugsrahmen des bisherigen Wertesystems passt (vgl. dazu Göpfert, 2001, S. 132 f.). „Medieninhalte, die den bisherigen Einstellungen des Empfängers widersprechen, werden, wenn sie überhaupt aufgenommen wurden, schneller wieder vergessen als bestätigende Aussagen“ (vgl. ebd., S. 132).

Über psychische Vorgänge hinaus, ist im Kontext dieser Arbeit aber besonders zu betonen, dass mit diesem Wirkungsmodell auch der Einfluss der äußeren Umstände unberücksichtigt bleibt, die bereits die grundlegenden Handlungsmöglichkeiten vorstrukturieren. Soziostrukturell vermittelte Faktoren (wie etwa Bildung, aber auch etwa das kulturelle Umfeld) beeinflussen die Möglichkeiten Informationen aufzunehmen, zu verstehen und anzuwenden, sowie die Wahrscheinlichkeit, dass gewisse Verhaltensweisen im jeweiligen Lebensumfeld überhaupt als relevant und sinnvoll erachtet werden. Denn gesundheitsschädigende Verhaltensweisen besitzen für Individuen in ihrem Alltag meist auch eine Funktion. Und dies kann mitunter in einem Spannungsverhältnis zu Informationen stehen, wonach dieses Verhalten gesundheitsschädigend sei. Für einen Raucher ist die wissenschaftlich begründete Information, dass Rauchen gesundheitsschädlich sei oft nachrangig, auch wenn sie rational verstanden wurde. Denn das Rauchen besitzt für diese Person einen spezifischen Zweck in der Alltagsbewältigung und stellt beispielsweise ein subjektiv bewährtes Mittel dar, um Anspannungen im belastenden Berufsleben abzubauen (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 201).

#### *4.4.2.1.1. Health Belief Modell*

Diese Aspekte finden sich auch in Modellen, die spezifisch zur Erklärung von Gesundheitsverhaltensänderungen entwickelt wurden, wobei auch die Verarbeitung von gesundheitsbezogenen Informationen behandelt wird. Unter den älteren, klassischen Modellen ist dabei das „Health Belief Modell“ hervorzuheben. Darin werden mehrere Faktoren angeführt, die für die Veränderung von gesundheitsrelevantem Verhalten ausschlaggebend sind. Es wird argumentiert, dass (gesundheitsbezogene) Informationen bei Menschen nur dann zu Veränderungen in ihren Handlungen führen, wenn sie deren Sinn verstehen und einen Zusammenhang zwischen sich und der Information herstellen können, also wenn die Information auf das eigene Leben bezogen werden kann. Zudem müssen sie von der Nützlichkeit der suggerierten Handlung überzeugt sein und sich selbst zutrauen, die Handlung in der jeweiligen sozialen Umwelt auch

umsetzen zu können (vgl. Bödeker; Schnabel, 2012, S. 142). Die ausschlaggebenden Faktoren werden dabei wie folgt beschrieben:

- *Wahrgenommene Schwere der Krankheit*. Diese muss als erheblich und als nicht mehr zu leugnen eingeschätzt werden (vgl. Hurrelmann; Richter, 2013, S. 96). „Die Schwere wird nach körperlichen Folgen (Schmerzen und Beeinträchtigungen) und sozialen Konsequenzen (für Familie, Partnerschaft und Arbeit) eingeschätzt“ (ebd., S. 219 f.).

- *Wahrgenommene Verwundbarkeit*: Diese muss als realistisch eingeschätzt werden (vgl. ebd., S. 96). Mit wahrgenommener Verwundbarkeit ist die Einschätzung des Risikos bezeichnet, selbst von der Krankheit betroffen zu werden.

- *Nutzen des suggerierten Verhaltens*: Dieser muss als unzweifelhaft und als höher als die Kosten eingeschätzt werden (vgl. ebd., S. 96).

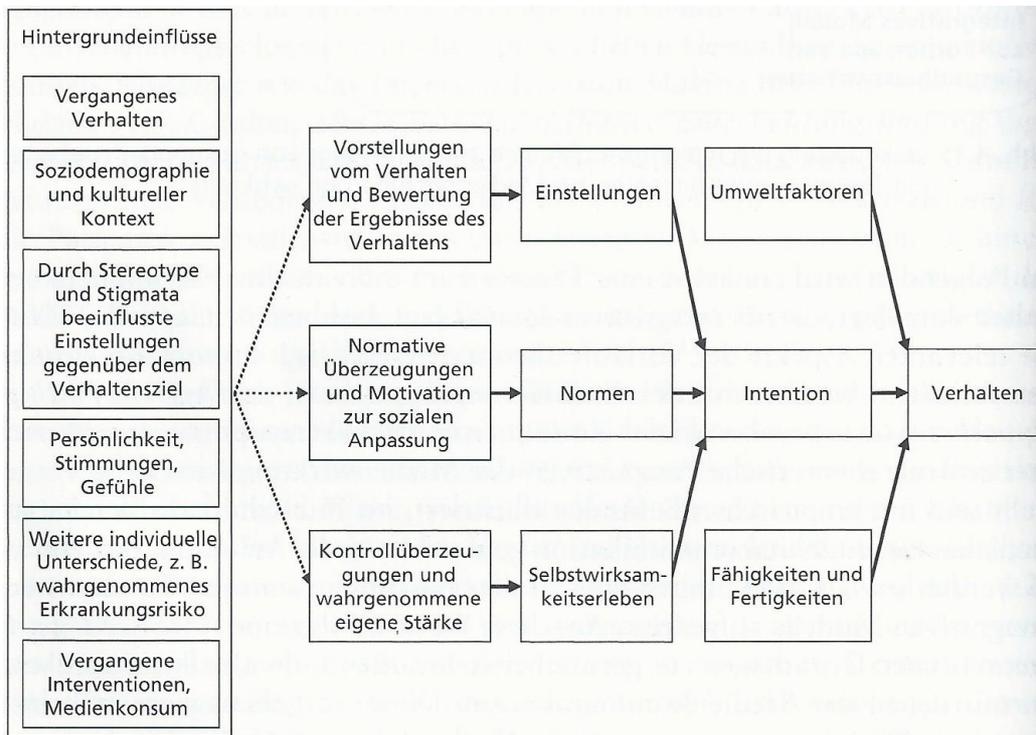
- *Hindernisse/ Kosten*: Die ‚Kosten‘, die hier als Folge des veränderten Verhaltens zu verstehen sind und als Einschränkungen, Unannehmlichkeiten, Beeinträchtigungen der Lebensqualität und Disziplinierung auftreten können, müssen als unbedeutend wahrgenommen werden (vgl. ebd., S. 97). Der erwartete Nutzen einer Handlung muss gegenüber den erwarteten Hindernissen überwiegen.

- *Selbstwirksamkeit*: Bezogen auf eine Person und ihre Einstellungen bezeichnet dies die subjektive Überzeugung, dass ein bestimmtes Verhalten erfolgreich umgesetzt werden kann, welches notwendig ist, um ein bestimmtes Ergebnis zu erzielen. ‚Selbstwirksamkeit‘ beruht auf der Abwägung zwischen Kosten und Nutzen sowie auf der inneren Sicherheit, das fragliche Verhalten auch tatsächlich verfügbar und aktivierbar im eigenen Verhaltensrepertoire zu haben (vgl. ebd., S. 220).

#### 4.4.2.1.2. *Integratives Modell zur Vorhersage des Gesundheitsverhaltens*

Neben diesem älteren Modell werden auch im neueren ‚Integrativen Modell zur Vorhersage von Gesundheitsverhalten‘ nach Fishbein und Capalla (2006) die vielfältigen Einflüsse verdeutlicht, die auf gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen einwirken.

Abbildung 8: Das integrative Modell zur Vorhersage des Gesundheitsverhaltens



(vgl. Fishbein; Capalla, 2006, S. 2 zit. nach Fromm, 2011, S. 100).

Dieses Modell stellt eine Synthese zwischen bereits vorhandenen, traditionellen Theorien und Konzepten dar, die das Gesundheitsverhalten erklären. Zudem werden in diesem Modell auch Determinanten berücksichtigt, denen bereits in älteren Modellen Bedeutung zugewiesen wurde, wie etwa dem wahrgenommenen Erkrankungsrisiko im ‚Health Belief Modell‘ (vgl. Fromm, 2011, S. 100).

Dem Integrativen Modell zufolge ist die Wahrscheinlichkeit für die Ausführung eines Verhaltens besonders hoch, wenn 1. eine hohe Intention besteht das Verhalten auszuüben, wenn die betreffende Person 2. über die notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten dazu verfügt und wenn es 3. keine Beschränkungen in dem Sinne gibt, dass das Verhalten durch das Umfeld verhindert bzw. unterbunden wird (vgl. ebd.).

Die Intention ein Verhalten auszuführen ist wiederum beeinflusst von 3 Determinanten:

1. den persönlichen Einstellungen gegenüber dem Verhalten
2. den diesbezüglich wahrgenommenen Normen
3. der Selbstwirksamkeitsüberzeugung im Hinblick auf das Verhalten

Diese 3 Determinanten können unterschiedlich starke Einflüsse auf die Entstehung der Verhaltensabsicht ausüben. So ist etwa das Fasten in einer religiösen Gruppe durch wahrgenommene Normen motiviert, während es in anderen Zielgruppen auf persönliche Einstellungen im

Zusammenhang mit dem Gesundheitsbewusstsein zurückgeführt werden kann. Demgegenüber kann das Fasten aber auch durch die Selbstwirksamkeit beeinflusst sein und durch die Überzeugung motiviert, über einen längerem Zeitraum durchhalten zu können (vgl. ebd., S. 101).

Einstellungen, wahrgenommene Normen und Selbstwirksamkeit wiederum basieren auf bestimmten Überzeugungen, die sich auf 3 Merkmale beziehen:

1. Bewertung der Ergebnisse des Verhaltens
2. Normative Überzeugungen und die Motivation sich konform zu verhalten
3. Kontrollüberzeugungen

Je mehr eine Person vom positiven Effekt eines Verhaltens überzeugt ist, desto positiver ist die Einstellung gegenüber dem Verhalten. Ein stark durch die Einstellung geprägtes Verhalten kann also dazu führen, dass eine Person beispielsweise aufhört zu Rauchen. Wird aber das Verhalten, um bei diesem Beispiel zu bleiben, von den im sozialen Umfeld als relevant wahrgenommenen Normen dominiert und dem Bedürfnis, sich der Bezugsgruppe anzupassen (in der man dem Nikotinkonsum eher zugeneigt ist), so wird diese Person weniger wahrscheinlich aufhören zu Rauchen. Dabei ist nicht nur das in der Bezugsgruppe ausgeführte Verhalten bedeutsam, sondern auch welche diesbezüglichen Überzeugungen innerhalb der Gruppe kommuniziert werden. Zudem ist das Bedürfnis sich konform zu verhalten bzw. angepasst zu sein, individuell unterschiedlich stark ausgeprägt. Ob jemand mit dem Rauchen aufhört oder nicht, hat also maßgeblich mit der wahrgenommenen Stärke des sozialen Drucks, sowie mit den persönlichen Normen zu tun. Zentral ist dabei aber auch die subjektiv wahrgenommene Selbstwirksamkeit, die bei starker Ausprägung dazu führen kann, dass die betroffene Person trotz der Barrieren und Hindernisse (wie etwa rauchende Bezugspersonen) das angestrebte Verhalten tatsächlich realisiert (vgl. Fromm, 2011, S. 101 f.).

Schon diese beiden exemplarisch ausgewählten Modelle machen deutlich, dass das Wirkungsmodell, wie es dem Social Marketing und den informativen bzw. persuasiven gesundheitskommunikativen Maßnahmen vielfach zugrunde liegt, unterkomplex ist. Vor dem Hintergrund der in diesen Modellen verdeutlichten Abhängigkeit des Verhaltens von individuellen, aber nicht zuletzt auch von soziostrukturellen Faktoren ist die Erwartung, Wissensvermittlung würde zu Verhaltensänderung führen, ohne dass dabei weitere Faktoren ausschlaggebend wären, zu verwerfen. Einstellungs- und Verhaltensdispositionen sind tief in der Per-

sönlichkeit verankert und für eine Veränderung dieser Dispositionen ist die reine Übertragung von Informationen nicht ausreichend. Vielmehr muss diese mit strukturierten und verbindlichen Formen der interaktiven Arbeit mit der Adressatengruppe und einer effektiven Einflussnahme auf Umweltbedingungen verbunden werden (vgl. Hurrelmann; Wulfhorst, 2009 zit. nach Hurrelmann; Richter, 2013, S. 199)<sup>43</sup> um Verhaltensprävention effektiv umzusetzen. Denn es geht bei der Etablierung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen nicht nur darum, die innerpersonalen Widerstände beim Adressaten zu überwinden, die aus der Abneigung gegen die Veränderung eingeschliffener, mehr oder weniger lieb gewonnener Gewohnheiten bzw. Lebensstile resultieren. Sondern es ist mindestens genauso wichtig, dass die umweltlichen Widerstände überwunden werden, die sich in Freizeit und Beruf manifestieren und die den Zielen von Gesundheitsförderungsmaßnahmen zuwiderlaufen können (vgl. Bödeker; Schnabel, 2012, S. 142 f.).

Neben psychischen Dispositionen können aber auch strukturelle Faktoren wie Armut, der Status als Alleinerziehender, ein bewegungsfeindliches Wohnumfeld, oder ein eingeschränkter Zugang zum Gesundheitssystem gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und eine angemessene Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen maßgeblich erschweren. Und auch soziale Faktoren, wie die im Umfeld einer Person wahrgenommenen Normen können gesundheitsschädliche Verhaltensweisen bedingen, *obwohl* das Wissen über die Schädlichkeit angekommen ist. Daher müssen auch gesundheitskommunikative Maßnahmen mit ergänzenden Strategien arbeiten, die auf die Verbesserung des Lebensumfelds zielen, insbesondere dann, wenn eine soziale Chancengleichheit von Gesundheit ermöglicht werden soll (vgl. Loss; Nagel, 2009, S. 508). Denn auch gut verständliche und zielgruppengerecht gestaltete Gesundheitsinformationen werden das Gesundheitsverhalten nicht verbessern können, wenn nicht gleichzeitig die jeweiligen Lebensumwelten berücksichtigt werden.

#### **4.4.2.2. Wissenslücke**

Über den Kritikpunkt hinaus, dass informative Präventionsstrategien oft mit einem unterkomplexen Wirkungsmodell der Medien arbeiten, muss hier aber noch ein weiterer zentraler Punkt kritisiert werden. Es kann argumentiert werden, dass diese Strategien und ihr zugrunde gelegtes Modell aktiv zu sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit beitragen (vgl. Jazbinsek, 2001, S. 156):

Prinzipiell besitzen massenmedial verbreitete Gesundheitsinformationen den Vorteil, dass sie eine große Reichweite haben, wodurch es (theoretisch) möglich ist, bevölkerungsweit bei

---

<sup>43</sup> Hurrelmann, K.; Wulfhorst, B. (2009): Handbuch Gesundheitserziehung. Bern: Huber

allen gesellschaftlichen Schichten Wissen um gesundheitsrelevante Belange herzustellen. Somit können sich per Definition auch die Gesundheitschancen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen verbessern. Allerdings bleibt zu fragen, ob die Fülle und teilweise auch die Komplexität der verfügbaren Gesundheitsinformationen tatsächlich dazu beitragen, das gesundheitsbezogene Wissen in der Bevölkerung gleichermaßen zu verteilen und zu vereinheitlichen, oder ob dadurch vielmehr die Wissensunterschiede vergrößert werden (vgl. Loss; Nagel, 2009, S. 507). Tatsächlich zeigt sich nämlich, dass sozial besser gestellte Bevölkerungsgruppen, die ohnehin schon viel für ihre Gesundheit tun, von informativen Kampagnen leichter überzeugt werden und gesundheitlich mehr davon profitieren, als sozial Benachteiligte, denen es statistisch gesehen oft auch gesundheitlich schlechter geht, als dem Rest der Bevölkerung (vgl. Jazbinsek, 2001, S. 156). Präventive massenmediale Kampagnen, zum Beispiel zum Zigarettenrauchen oder zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sind bei Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status oder bei Migranten meist weniger erfolgreich (vgl. Loss; Nagel, 2009, S. 507), was konkret bedeutet, dass sozial niedriger gestellte Gruppen die in Kampagnen nahegelegten, gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen weniger oft umsetzen, als sozial höher gestellte Gruppen. Auch bei Gesundheitsinformationen über das Internet zeigt sich, dass höher gebildete Bevölkerungssegmente häufiger einen Zugang zu diesem Medium haben und zudem über ein größeres Vorwissen und über elaboriertere Strategien der Informationssuche verfügen. Dies führt dazu, dass höher gebildete Personen neue Informationen schneller und besser adaptieren können als Personen mit niedrigerem Bildungsniveau (vgl. Fromm, 2011, S. 95). Und es führt außerdem dazu, dass sich auch im gesundheitsbezogenen Wissen eine gesellschaftliche Kluft auftut, die mit dem SES einhergeht.

Dieses Phänomen wird auch in einem Ansatz der Kommunikationswissenschaft aufgegriffen, der ebendiese, durch die Mediatisierung der Gesellschaft bedingte Wissenskluff thematisiert (vgl. Jazbinsek, 2001, S. 156).

#### *4.4.2.2.1. Die Wissenskluff-Hypothese*

Diese Hypothese stellt einen theoretischen Rahmen dar zur Erklärung des Phänomens, dass medial vermittelte Wissenszuwächse in der Gesellschaft nicht gleich verteilt erfolgen (vgl. Baumann, u.a.; 2014, S. 89), sondern dass soziale Schichten mit höherem SES viel stärker von neuen Informationen profitieren. Dies kann dazu führen, dass Informationskampagnen, entgegen ihrer Intention, bestehende gesellschaftliche und gesundheitliche Ungleichheiten

noch weiter verstärken, als sie abzubauen (vgl. Bekalu; Eggermont, 2013 zit. nach Baumann, u.a.; 2014, S. 89)<sup>44</sup>.

*Health communication interventions, particularly those that are successful, may reinforce, rather than reduce, existing social disparities. Research findings indicate that, following the dissemination of health information, populations from higher socioeconomic groups were more likely to have increased knowledge relevant to the health issue and more likely to adopt recommended practices, though motivation to do so may have been similar across different populations. This phenomenon is called the 'knowledge gap' and it may not be ethically problematic in commercial contexts, but is an ethical problem in public health (Guttman; Salmon, 2004, S. 549).*

Ein Beispiel für eine kommunikative Maßnahme, die diesen ungewollten Effekt entfaltet bietet etwa die Vorschulserie ‚Sesame Street‘. Diese Serie wurde entwickelt um die Lernchancen von Kindern aus sozial benachteiligten Schichten zu verbessern, trug aber tatsächlich dazu bei, dass der Wissensvorsprung von Kindern aus privilegierteren Familien vergrößert wurde (vgl. Bonfadelli, 1994 zit. nach Jazbinsek, 2001, S. 157)<sup>45</sup>, wodurch sich die soziale Kluft weiter vergrößerte.

Der grundlegende Mechanismus dieses Phänomens ist dabei weder auf gesundheitsbezogenes Wissen, noch auf medial transportiertes Wissen beschränkt, denn es geht dabei um die sozialstrukturell vermittelten Fähigkeiten zur Wissensaufnahme bzw. zur Bildung generell und um die diesbezüglichen Ungleichheiten, wie etwa auch Georg Simmel sehr treffend beschrieb:

*Die scheinbare Gleichheit, mit der sich der Bildungstoff jedem bietet, der ihn ergreifen will, ist in der Wirklichkeit ein blutiger Hohn, gerade wie anderer Freiheiten liberalistischer Doktrinen, die den Einzelnen freilich am Gewinn von Gütern jeder Art nicht hindern, aber übersehen, dass nur der durch irgendwelche Umstände schon Begünstigte die Möglichkeit besitzt, sie sich anzueignen. Da nun die Inhalte der Bildung – trotz oder wegen ihres allgemeinen Sich-Darbietens – schließlich nur durch individuelle Aktivität angeeignet werden, so erzeugen sie die unangreifbarste, weil ungreifbarste Aristokratie, einen Unterschied zwischen Hoch und Niedrig (...) (Simmel, 1989 zit. nach Jazbinsek, 2001, S. 157)<sup>46</sup>.*

In der Wissenskluft Hypothese werden die durch diese Diskrepanz bedingten und beobachtbaren Unterschiede in den Wissensständen thematisiert, wobei jedoch zusätzlich davon ausgegangen wird, dass die Wissensunterschiede zwischen gebildeten und bildungsfernen Schichten vor allem durch die zunehmende Verbreitung von Informationen via Massenmedien gefördert wird (vgl. Loss; Nagel, 2009, S. 507).

Die Erklärungen für dieses Phänomen gehen unterschiedlich weit und setzen bei verschiedenen Ebenen an. Vergleichsweise einfache Erklärungsmuster greifen dabei die über Bildung

---

<sup>44</sup> Bekalu, M.A.; Eggermont, S. (2013): Media use and HIV/AIDS knowledge: A knowledge gap perspective. In: Health Promotion International. Vol. 29 (4), S. 739-750

<sup>45</sup> Bonfadelli Heinz (1994): Die Wissenskluft Perspektive. Massenmedien und gesellschaftliche Information.. Konstanz: UVK. Ölschläger

<sup>46</sup> Simmel, Georg (1989): Philosophie des Geldes. In: Frisby, David; Rammstedt, Otthein (Hg.): Gesamtausgabe. Band 6. Frankfurt am Main: Suhrkamp

vermittelten kognitiven Fähigkeiten auf. Es wird betont, dass bildungsferne Bevölkerungsgruppen mit den gesundheitsbezogenen Informationen rein inhaltlich oft überfordert sind, dass diese zu schwer verständlich oder zu wissenschaftlich formuliert sind (vgl. ebd.). Studien ergaben etwa, dass nur 3% der Broschüren über Asthma geeignet waren auch von Menschen mit niedrigem Bildungsstand verstanden zu werden (vgl. Dierks u.a., 2001 zit. nach ebd.)<sup>47</sup>. Aber beispielsweise auch ein anspruchsvoller Humor in Kampagnen, der mit Wortspielen arbeitet, wurde etwa schon als Grund dafür angeführt, dass Menschen aus niedrigen Bildungsschichten, die sprachliche Probleme haben, damit nicht erreicht werden (vgl. ebd., S. 507 f.). Ansonsten werden als Erklärungen für dieses Phänomen die Aspekte angeführt, die bereits bei den Modellen zur Verhaltensänderung angesprochen wurden. Es wird etwa auf innerpersonelle Variablen hingewiesen, wie die Risikowahrnehmung bei Krankheiten, durch die darauf aufbauende Verhaltensänderungen beeinflusst sind (vgl. Jazbinsek, 2001, S. 157). Dabei zeigten Untersuchungen, dass die Aneignung von Kenntnissen zum Thema ‚gesunde Ernährung‘ abhängig ist von persönlichen Einstellungen und Einschätzungen bezüglich des persönlich wahrgenommenen Risikos einen Herzinfarkt zu erleiden, oder an Krebs zu erkranken (vgl. ebd.). Aber auch bestehenden Einstellungen oder Dispositionen in Bezug auf ein Verhalten, wie z.B. Rauchen, wird übereinstimmend eine hohe Relevanz zugeschrieben, sowie auch der innerpersonalen Selbstwirksamkeitsüberzeugung, die insbesondere dann relevant wird, wenn es darum geht Informationen trotz Barrieren im sozialen Umfeld umzusetzen. Des Weiteren wird bei Erklärungen zur ‚gesundheitsbezogenen Wissenskluff‘ aber auch wieder auf das sozialstrukturell geprägte Umfeld verwiesen. Denn wie bereits dargestellt, übt die in einer Sozialschicht vorherrschende Kultur einen entscheidenden Einfluss auf das Verhalten aus. Individuen werden durch die in den jeweiligen sozialen Umfeldern vorherrschenden bzw. wahrgenommenen Einstellungen, Normen und Praktiken beeinflusst und die gesundheitsbezogenen Gewohnheiten, Lebensstile und Einstellungen werden stark durch dieses ‚kulturelle Erbe‘ geprägt (vgl. Williams; Kumanyika, 2002, S. 19). Die sozialstrukturell vermittelte Grundeinstellung zu Gesundheitsfragen führt dazu, dass Informationen auf unterschiedliche Weise aufgenommen, als relevant erachtet und schließlich angewendet werden. Und diese Diskrepanz führt wiederum dazu, dass Unterschiede in der Aufnahme, sowie in der Anwendung der in Gesundheitskampagnen vermittelten Informationen beobachtet werden können.

---

<sup>47</sup> Dierks, M.L.; u.a. (2001): Nutzer und Kontrolleure von Gesundheitsinformationen. In: Hurrelmann, Klaus; Leppin, Anja (Hg.): Moderne Gesundheitskommunikation: Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Hans-Huber: Bern

#### 4.4.3. Fazit

Immer wieder wird kritisiert, dass mit dem Wirkungsmodell der informativen und persuasiven Ansätze, sowie in der Gesundheitskommunikation generell, der oben ausgeführte Einfluss des kulturellen Erbes eines Menschen, sowie auch der Zusammenhang zu soziostrukturell bedingten Ungleichheiten, zu wenig berücksichtigt wird (vgl. dazu etwa Bonfadelli, 2014, S. 28; vgl. Loss; Nagel, 2009, S. 508). Zwar wird etwa das Gesundheitsinformationsverhalten eines Individuums auch in Abhängigkeit von soziodemografischen und sozioökonomischen Eigenschaften, vor allem der Bildung, untersucht (vgl. Fromm, 2011, S. 80 ff.), doch wird die Interdependenz der Bildung zu anderen sozioökonomisch beeinflussten Faktoren meist nicht berücksichtigt und auch dem Konnex zwischen den soziostrukturell vermittelten Faktoren und den kulturell vermittelten Lebensstilen, Einstellungen und Praktiken wird nicht Rechnung getragen. So wird auch übersehen, dass die verschiedenen Sinnkonstruktionen in Bezug auf gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen soziokulturell vermittelt sein können, was dazu führt, dass Informationen unterschiedlich umgesetzt werden, selbst wenn sie ‚zielgruppengerecht‘ vermittelt wurden.

Über Präventionsstrategien, die primär auf Information setzen und sich davon eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens erwarten, kann also insgesamt konstatiert werden, dass sie die gesundheitliche Ungleichheit in einer Gesellschaft fördern können, da Informationen aufgrund kognitiver Fähigkeiten, aufgrund innerpersonaler Dispositionen, sowie aufgrund sozialstruktureller Verhältnisfaktoren unterschiedlich aufgenommen und angewendet werden, was zu unterschiedlichen Wissensständen in der Bevölkerung führt und zu sozialschichtspezifischen, gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen.

Informative Präventionsstrategien tragen aber auch indirekt zu einer Vergrößerung bzw. Aufrechterhaltung sozialer Unterschiede in der Gesundheit bei. Denn die vorwiegende Rahmung des Problems unter Wissens- und Informationsaspekten konsolidiert eine Konzeption von Gesundheit, deren Anforderungen nicht von jeder Bevölkerungsschicht gleichermaßen realisiert werden können. Auch mit dieser Herangehensweise bleibt die zu beeinflussende Zielkategorie das Verhalten und die unterschiedlichen Lebensumstände und -bedingungen bleiben dabei meist ausgeblendet. Der Umstand, dass schon sozial und kulturell geprägte Lebensbedingungen gewisse gesundheitlich risikoreiche Verhaltensweisen nahelegen und dass mit einem gegenteiligen Verhalten daher oft soziale und kulturelle Barrieren verbunden sind, wird dabei nicht genügend reflektiert (vgl. Bonfadelli, 2014, S. 26).

Die schwerpunktmäßige Herangehensweise der Gesundheitskommunikation reiht sich also in eine Sichtweise ein, wonach Gesundheit nicht so sehr von strukturellen Faktoren (wie Belas-

tungen, Kultur, sozialer Status, etc.), oder strukturell vermittelten Faktoren (wie Bildung, soziales Umfeld, finanzielle Rahmenbedingungen, etc.) beeinflusst wird, sondern vornehmlich vom Verhalten des Individuums. Zwar wird der Einfluss von Bildungsunterschieden auf Verhaltensweisen bzw. auf die Möglichkeiten diese Verhaltensweisen zu beeinflussen anerkannt, doch solange sozial-strukturelle Einflüsse und ihr Einfluss auf Gesundheit nicht in ihrer Interdependenz berücksichtigt werden, und dies auch bei den Versuchen das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung zu beeinflussen berücksichtigt wird, werden verhaltensbezogene Maßnahmen sozial differenzierende Effekte entfalten.

Es kann somit subsumiert werden, dass in der informativen Gesundheitskommunikation mehrheitlich kein adäquates und dem Forschungsstand angemessenes Bild über die Bedingungsfaktoren von Gesundheit vorherrschend ist. Die sozialstrukturellen Bedingungen der Gesundheit, die schließlich auch die Ungleichverteilung der Gesundheit erklären, wurden noch nicht ausreichend in die fachspezifische Diskussion aufgenommen und auch in den Schwerpunktsetzungen der gesundheitskommunikativen Forschungsbemühungen spiegelt sich die Bedeutung dieser Faktoren nicht wider. Vielmehr wird das hegemoniale Gesundheitsbild relativ unkritisch übernommen. ‚Verhalten‘ wird als der wichtigste, kommunikativ zu beeinflussende Faktor vorausgesetzt und dadurch wird der fachliche Beitrag zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit häufig so aufgefasst, dass er auf die richtige oder falsche Vermittlung von Informationen reduziert wird. Weder der Anteil, den verhaltensbezogene Faktoren am Gesundheitszustand tatsächlich haben, noch die sozialstrukturelle Abhängigkeit des Verhaltens wird dabei angemessen eingeschätzt. Aufgrund des Einflusses und der Reichweite von massenmedial verbreiteten, gesundheitsbezogenen Informationen ist dies sehr problematisch. Denn dadurch wird ein Bild von Gesundheit konsolidiert, das sich hinsichtlich der relevanten Faktoren ebenfalls auf individuelle, und dabei meist auf Verhaltensfaktoren beschränkt, wodurch die momentanen Rahmenbedingungen, die eine soziale Ungleichverteilung in Bezug auf Gesundheits- und Lebenschancen fördern, erhalten bleiben.

#### **4.5. Wirkung der Massenmedien auf das Gesundheitskonzept:**

Wie einführend beschrieben, kann der Objektbereich der Gesundheitskommunikation auf verschiedenen Ebenen verortet werden. So werden auf individueller Ebene etwa Nutzungsmotive, oder Meinungen und Einstellungen zu Gesundheitsfragen analysiert und auf Organisationebene die Kommunikationsprozesse von Gesundheitseinrichtungen untersucht. Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit liegt jedoch eindeutig auf der gesellschaftlichen Ebene,

da hier vor allem die Rahmung von Gesundheit in massenmedialen Darstellungen fokussiert wird, sowie die implizit stattfindende Darstellung der Bedingtheit von Gesundheit. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese massenmedialen Darstellungen mit der kulturell hegemonialen Konzeption in Verbindung stehen bzw. auf die Vorstellungen der Rezipienten einwirken. Genau diese Wirkung der informativen Massenmedien auf die kollektiven Vorstellungen soll nun in diesem Kapitel konkretisiert werden, anhand von zwei theoretischen Ansätzen, die der Wirkungsforschung zuzuordnen sind. Zunächst wird dabei ein Ansatz vorgestellt, der eine grundlegende Funktion der Massenmedien beschreibt, und der zu den weitest akzeptierten und prominentesten Theorien der Medienwirkungsforschung zählt:

#### **4.5.1. Agenda-Setting Effekte:**

Nach diesem Erklärungsansatz lenken Massenmedien den Blick bzw. die Aufmerksamkeit des Publikums und beeinflussen die öffentliche Agenda bzw. die öffentliche Wahrnehmung (vgl. Jäckel, 2012, S. 65), indem sie aus einer Reihe *möglicher* Themen *bestimmte* Themen auswählen, über die berichtet wird. Massenmedien erfüllen demnach eine grundlegende ‚Thematisierungsfunktion‘. Damit geht gleichzeitig „eine Strukturierungsleistung einher, die die soziale Wirklichkeit in einer bestimmten Art und Weise erfahrbar macht“ (ebd.). Denn indem bestimmte Themen massenmedial aufgegriffen werden, werden sie implizit auch als ‚relevant‘ beurteilt, während andere Themen, über die nicht berichtet wird, weniger relevant erscheinen, da ihnen keine Aufmerksamkeit zukommt. Berichterstattungen in Medien vermitteln somit immer auch eine hierarchisierende Beurteilung der Relevanz von Themen. Sie beeinflussen, mit welchen Themen sich die Rezipienten auseinandersetzen und in der Gesamtheit bestimmt das massenmediale Themenangebot auch den Rahmen, innerhalb dessen sich zahlreiche Anschlusskommunikationen vollziehen (vgl. ebd., S. 66 f.). Durch diese Selektionsleistung sind Medien in der Lage Themen auf die Tagesordnung zu setzen und sie in den öffentlichen Diskurs einzubringen (vgl. Fromm, 2011, S. 107).

Darüber hinaus vermitteln Medien die Relevanz eines Themas aber auch darüber, indem sie diesem, innerhalb des Rahmens den sie durch ihre Auswahl stecken, mehr oder weniger Aufmerksamkeit zuteil werden lassen (vgl. ebd.). Dies geht etwa mit Unterschieden in der medialen Präsentation und der Persistenz eines Themas einher. Diese weitere Prioritätensetzung wird von den Rezipienten als Indikator für die gesellschaftliche Relevanz in die eigene Be-

wertung integriert (vgl. Rössler, 2005 zit. nach Jäckel, 2012, S. 67; vgl. ebd., 2012, S. 67)<sup>48</sup>. Auf diese Weise kann massenmediale Kommunikation dazu beitragen, dass Aufmerksamkeit für gewisse Themen entsteht, dass ihnen Bedeutung beigemessen wird (vgl. Fromm, 2011, S. 107) und dass ein Eindruck über ihre Wichtigkeit entsteht (Saliency-Modell) (vgl. Jäckel, 2012, S. 67). Wird also beispielsweise ein bestimmtes Gesundheitsrisiko in den Medien besonders stark thematisiert, so wird es, unabhängig von seiner tatsächlichen Relevanz, mit hoher Wahrscheinlichkeit auch bald von vielen Menschen als wichtiges Problem eingeschätzt (vgl. Baumann; u.a., 2014, S. 89).

Einschränkend muss dazu aber bemerkt werden, dass, wie es eine gängige Formel zur Beschreibung der Agenda-Setting Funktion herunterbricht, Medien zwar beeinflussen können *worüber* Menschen denken, jedoch nicht *wie* sie darüber denken (McCombs; Shaw, 1972 zit. nach ebd.)<sup>49</sup>. Themen können von Medien zwar auf die öffentliche Agenda gesetzt werden, doch die jeweilige individuelle Einstellung zu diesem Thema wird dadurch meist nicht beeinflusst. Ein Bericht über einen gewissen Sachverhalt bewirkt also nicht zwingendermaßen, dass die spezifische Perspektive auf diesen Sachverhalt vom Rezipienten übernommen wird. Trotzdem kann mit dem Agenda-Setting Ansatz hier zunächst festgehalten werden, dass die Publikumsagenda von der Medienagenda beeinflusst wird. Themen, über die häufig und an exponierter Stelle berichtet wird, werden von der Bevölkerung als wichtiger erachtet, als Themen, die in den Medien unterrepräsentiert sind (vgl. McCombs; Reynolds, 2009 zit. nach Rossmann, 2016, S. 306)<sup>50</sup>.

In Bezug auf Gesundheit kann dies zunächst bedeuten, dass die gesellschaftliche Relevanz die diesem Thema zugeschrieben wird auch dadurch beeinflusst wurde, dass Gesundheit in den Medien häufig angesprochen und als wichtige dargestellt wird. Diese Feststellung betrifft dabei die Ebene des ‚First Level‘ Agenda Setting, auf der Aussagen über Objekte und Inhalte getroffen werden und wobei Fragen zur Themengewichtung und –salienz relevant sind. Davon abzugrenzen ist das ‚Second Level‘ Agenda Setting, welches sich auf konkrete Attribute und Eigenschaften von Objekten oder Personen bezieht (vgl. Jäckel, 2012, S. 69). Auf beiden Ebenen ist eine Beeinflussung der öffentlichen Agenda durch die Medienberichterstattung möglich.

---

<sup>48</sup> Rössler; Patrick (2005): Agenda-Setting. In: Weischenberg, Siegfried; u.a. (Hg.): Handbuch Journalismus und Medien. Konstanz, S. 11-13

<sup>49</sup> McCombs, M.E.; Shaw, D.L. (1972): The agenda-setting function of mass media. In: Public Opinion Quarterly, Nr. 36, S. 176-187

<sup>50</sup> McCombs, M.; Reynolds, A. (2009): How the news shapes our civic agenda. In: Bryant, J; Oliver, M.B. (Hg.): Media Effects. Advances in Theory and Research. New York, London: Routledge

#### **4.5.1.1. Framing:**

Über diese grundlegenden Funktionen von massenmedialer Berichterstattung hinausgehend, wird im Rahmen der Agenda Setting Funktion noch ein weiterer Effekt beschrieben, der für die hier eingenommene Perspektive auf die Schwerpunktsetzung bei Gesundheitsthemen relevant erscheint und der den dabei postulierten Wirkungsmechanismus konkretisieren kann. Dieser Effekt wird in der Theorie als ‚Framing‘, also ‚Rahmung‘, bezeichnet und bezieht sich auf das ‚Second Level‘ Agenda Setting, da dabei die inhaltliche Schwerpunktsetzung bei Themen in den Blick genommen wird.

‚Framing‘ bezeichnet die Einbettung der Berichterstattung in einen bestimmten Interpretationsrahmen, also die Darstellung eines Themas in Abhängigkeit von einer Bezugsgröße, was der Strukturierung von Informationen dient und deren Interpretation beeinflusst (vgl. Jäckel, 2012, S. 70). Konkret bedeutet ‚Framing‘ dass Medien bei der Präsentation eines Themas dieses inhaltlich rahmen. Es werden bestimmte Aspekte eines Themas hervorgehoben, während andere vernachlässigt werden. Dies geht häufig etwa mit stereotypen Darstellungen einher (vgl. Fromm, 2011, S. 108). Dabei ist wichtig zu beachten, dass unterschiedliche Medien ein bestimmtes Thema auch unterschiedlich darstellen, unterschiedliche Schwerpunkte setzen, unterschiedlich differenziert betrachten etc.. Mit Medienframes sind aber die über diese Unterschiedlichkeiten hinausgehenden, gleichbleibenden Muster der Darstellung angesprochen, die sich aus der Gesamtheit der Mediendarstellungen ableiten lassen (vgl. Ruhrmann; Guenther, 2014, S. 187). Sie bezeichnen allgemeine Tendenzen, die sich in Bezug auf die inhaltliche Rahmung und Darstellung eines bestimmten Themas ergeben.

Medienframes können einen direkten aber auch einen indirekten Einfluss auf die Wahrnehmungsmuster der Rezipienten haben (vgl. Ruhrmann; Guenther, 2014, S. 189). Sowohl ihre Wirkung auf Bewertungen, Einstellungen, Verhaltensabsichten als auch auf konkretes Verhalten wurde empirisch nachgewiesen (vgl. Hoffner; Ye, 2009 zit. nach Ruhrmann; Guenther, 2014, S. 189)<sup>51</sup>.

Als theoretischer Bezugsrahmen kann der Framing Ansatz auf die Thematik dieser Arbeit insofern angewandt werden, als dass damit die zu überprüfende Annahme untermauert werden kann, dass in Medienberichterstattungen über Gesundheit vor allem individuelle Dimensionen betont werden, während sozialstrukturelle Dimensionen ausgespart bleiben. Dies führt

---

<sup>51</sup> Hoffner, C.; Ye, J. (2009): Young adults' response to news about sunscreen and skin cancer: The role of framing and social comparison. In: Health Communication Vol. 24, S. 189-198

dazu, dass die öffentliche Agenda und die Wahrnehmung der einzelnen Rezipienten in Bezug auf Gesundheitsthemen entsprechend beeinflusst bzw. konsolidiert wird und Gesundheit als individuell zu beeinflussende Thematik wahrgenommen wird, während sozialstrukturelle Dimensionen weniger Aufmerksamkeit erfahren.

„Framing“ kann zudem nach zwei Arten differenziert werden – episodisches und thematisches Framing (vgl. Iyengar; Simon, 1997 zit. nach Jäckel, 2012, S. 71)<sup>52</sup>. Ersteres nimmt Bezug auf das Fallbeispiel, den Einzelfall, das Ereignis. Zweiteres thematisiert die Einordnung eines oder mehrerer Ereignisse in größere und daher in der Regel auch in abstraktere Zusammenhänge, woraus unterschiedliche Verantwortungszuschreibungen für ein Problem und dessen Lösung resultieren: hier der einzelne Akteur oder eine bestimmte Institution, dort die Gesellschaft (vgl. ebd.). Da es in dieser Arbeit um die allgemeine Gesundheitskonzeption geht und um Schwierigkeiten, die sich aus deren thematischer Schwerpunktsetzung ergeben, ist die Zuordnung zu thematischem Framing offensichtlich, nicht zuletzt auch aufgrund des bereits behandelten Zusammenhangs zu den Verantwortungszuschreibungen.

#### **4.5.2. Kultivierungseffekte:**

Obwohl dieser Ansatz ursprünglich in Bezug auf das Fernsehen entwickelt wurde und primär die langfristigen Auswirkungen dieses Mediums auf die Vorstellungen von sozialer Realität bei den Rezipienten beschreibt, so lassen sich die dabei beschriebenen Effekte auch auf Massenmedien generell anwenden, sowie auf das spezifische Thema Gesundheit (vgl. Scherr, 2014, S. 246). So beschreibt etwa auch Scherr (2014) im Rahmen der Kultivierungshypothese die Gesundheitsdarstellungen nicht-fiktionaler, informativer, massenmedial verbreiteter Medienbeiträge, die mit oder ohne persuasive Zielsetzung des Kommunikators gestaltet wurden und die sich im redaktionellen Teil eines Mediums befinden, was sich weitgehend mit dem Fokus dieser Arbeit deckt (vgl. ebd., S. 240).

In Bezug auf das mediale Thema „Gesundheit“ stellt die Kultivierungshypothese einen Ansatz dar, mit dem die Effekte medialer, gesundheitsbezogener Darstellungen auf die gesellschaftlich verbreiteten Vorstellungen von Gesundheit beschrieben werden. Die grundlegende Aussage dieser These lautet, dass durch mediale Repräsentationen Vorstellungen über die soziale

---

<sup>52</sup> Iyengar, S.; Simon, A. (1997): News Coverage of the Gulf Crisis and Public Opinion. A Study of Agenda Setting, Priming and Framing. In: Iyengar, S.; Reeves, R. (Hg.): Do the Media Govern? Politicians, Voters and Reporters in America. Thousand Oaks

Realität bei den Rezipienten kultiviert werden, die von den Gegebenheiten der realen Welt abweichen (vgl. Fromm, 2011, S. 104). Dabei wird von relativ konsonanten Mediendarstellungen bestimmter Themenbereiche ausgegangen aus denen sich langfristig kognitive und verhaltensbezogenen Wirkungen auf die Rezipienten ergeben (vgl. Scherr, 2014, S. 246). Im Kontext dieser Arbeit sind dabei vor allem die kognitiven Wirkungen von Medienberichten herauszustellen. Durch diese wird das allgemeine Bild von Gesundheit und Krankheit beeinflusst, aber auch beispielsweise das Bild von Akteuren im Gesundheitsbereich was sich in nächster Instanz auch im Verhalten der Rezipienten äußern kann (vgl. ebd., S. 240; S. 246).

Ein Unterschied zwischen dem Kultivierungsansatz und der Annäherung dieser Arbeit ergibt sich allerdings dahingehend, als dass die Kultivierungshypothese die medialen Darstellungen vor allem hinsichtlich ihrer Abweichung von der sozialen Realität beurteilt, die zu einer verzerrten Wahrnehmung bei den Rezipienten führen können (vgl. ebd., S. 246). In dieser Arbeit wird die relevante Abweichung von der sozialen Realität allerdings nicht erst auf medialer Ebene verortet, sondern bereits im kulturell hegemonialen Gesundheitsbild, welches - so die zugrundegelegte Annahme - mit den medialen Darstellungen in Zusammenhang steht. Somit wird das relevante Problem nicht ausschließlich den medialen Darstellungsmustern zugesprochen, sondern ganz zentral auch der Einfluss anderer gesellschaftlicher Bereiche betont, die die Gesundheitskonzeption aufgrund spezifischer Interessenslagen beeinflusst haben und auf die die unverhältnismäßige Konzentration auf individuelle Dimensionen der Gesundheit zurückzuführen ist. Die mediale Berichterstattung gerät darum in den Blick, da sie diese Gesundheitskonzeption widerspiegelt, wodurch diese bestätigt wird. Medienberichte werden also mit der hier gewählten Herangehensweise nicht primär hinsichtlich ihrer *Abweichung* von der sozialen Realität beurteilt, sondern hinsichtlich der weiteren Konsolidierung einer bereits verzerrten Vorstellung über Gesundheit. Trotzdem lassen sich auch mit diesem Bezugsrahmen die grundlegenden Aussagen der Kultivierungsforschung dahingehend auf die medial vermittelte Gesundheitskonzeption anwenden, als dass damit der Wirkungsmechanismus der Medien auf kollektive Vorstellungen beschrieben werden kann.

Aus Sicht der Kultivierungsforschung spielen Medieninhalte eine zentrale Rolle bei der Frage, welchen Einfluss Medien auf die Gesundheit der Rezipienten haben (vgl. Scherr, 2014, S. 246). Man geht von einer langfristigen Auswirkung medialer Repräsentationen auf Meinungen und Einstellungen der Rezipienten aus, die wahrscheinlicher wird, je regelmäßiger und je stärker die Medien genutzt werden (vgl. Jäckel, 2012, S. 75 f.). Zusätzlich wird davon ausge-

gangen, dass die mediale Darstellung von Themen bestimmten Präsentationsmustern folgt, die mit stereotypen Darstellungen, etwa von Krankheiten oder Krankheitsverläufen, einhergehen (siehe: ‚Framing‘). So enden beispielsweise Krebserkrankungen im Film weitaus häufiger tödlich als in der Realität, was darauf zurückzuführen ist, dass die Krankheit des Protagonisten von Produktionsseite als dramaturgisches Element eingesetzt wird. Doch können mediale ‚Verzerrungen‘ und ‚Stereotypisierungen‘ auch für andere Dimensionen aufgezeigt werden. So werden im Fernsehen oft zuckerhaltige Nahrungsmittel, Fast Food und alkoholische Getränke konsumiert ohne dass dies Konsequenzen für die Protagonisten hat, die weder überge- wichtig sind, noch an den Folgen eines Alkoholmissbrauchs leiden (vgl. Fromm, 2011, S. 103).

„Vor dem Hintergrund der häufigen Thematisierung und Rezeption von Krankheit und Gesundheit liegt es nahe zu vermuten, dass derartige Phänomene Einfluss auf die Vorstellungen der Rezipienten haben“ (ebd.). Zudem liegt es nahe zu vermuten, dass diese Phänomene und die Kultivierung entsprechender Vorstellungen nicht nur auf das Fernsehen beschränkt sind, sondern auch die Darstellungen anderer Medien, wie die von Tageszeitungen, entsprechende Wirkungen entfalten.

Bei Kultivierungseffekten kann zwischen Effekten erster Ordnung und Effekten zweiter Ordnung unterschieden werden. Erstere beziehen sich auf das (Fakten-) Wissen der Rezipienten, das sich diese durch die häufige Nutzung entsprechender Medieninhalte aneignen. Effekte zweiter Ordnung beziehen sich hingegen auf generalisierte Vorstellungen von sozialer Realität, wie z.B. Wahrnehmung von Stereotypen oder Stigmatisierungen von Krankheiten (vgl. Scherr, 2014, S. 246). Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit lässt sich dabei primär den Effekten zweiter Ordnung zuordnen. Denn damit lässt sich auch die Wirkung der verzerrenden Darstellungen in den Medien auf die gesundheitsbezogenen Vorstellungen der Rezipienten fassen. Dazu kann auch zählen, dass Rezipienten durch das Framing von Gesundheitsbotschaften Krankheiten und Krankheitsverläufe als individuell vermeidbar wahrnehmen und dass sie denken, für viele gesundheitliche Beeinträchtigungen ließen sich in erster Linie individuelle Lösungen finden, während viele Gesundheitsprobleme tatsächlich außerhalb des individuellen Einflussbereichs liegen (vgl. Seale, 2002 zit. nach Scherr, 2014, S. 247)<sup>53</sup>.

Grundsätzlich ist zu dieser Ebene der Wirkung hinzuzufügen, dass aus Sicht der Kultivierungsforschung, gesundheitsbezogene, mediale Informationen und Inhalte von Zuschauern nicht aktiv gesucht und bewusst wahrgenommen werden müssen, um die beschriebene Wir-

---

<sup>53</sup> Seale, C. (2002): Media and Health. London: Sage

kung zu entfalten. Vor allem fiktionale Inhalte und Unterhaltungsformate, die Lebensentwürfe und Weltbilder vermitteln, können die Vorstellungen der Rezipienten unterschwellig beeinflussen (vgl. Fromm, 2011, S. 104). Allerdings ist dazu einschränkend zu ergänzen, dass diese Aussage in Bezug auf den ursprünglichen Hauptgegenstand der Kultivierungsforschung getroffen wurde (Fernsehen) (vgl. dazu Fromm, 2011, S. 104) und dass zudem fiktionale Unterhaltungsformate nicht in den fokussierten Bereich dieser Arbeit fallen.

In Bezug auf den hier fokussierten Gegenstandsbereich lässt sich abschließend aber folgende grundlegende Aussage über die mediale Darstellung von Gesundheit festhalten: Mediale Darstellungen weichen von der sozialen Realität ab, was problematisch ist, da sie die Vorstellungen der Rezipienten beeinflussen und bei diesen eine verzerrte Informations- sowie Handlungsgrundlage schaffen. Die Kultivierungshypothese bietet im Kontext dieser Arbeit vor allem ein theoretisches Argument dafür, dass die abweichenden Darstellungen der Medien auf die Vorstellung von Gesundheit der Rezipienten einwirken sowie einen Anhaltspunkt dafür, worauf sich diese Wirkungen beziehen können.

#### **4.6. Mediale Gesundheitsberichterstattung:**

Wie oben erwähnt ist unter den Formen der informativen Gesundheitskommunikation insbesondere die mediale Berichterstattung über Gesundheit von Relevanz, da diese die häufigste Quelle für Gesundheitsinformationen darstellt und dabei direkte wie indirekte Effekte auf die gesamte Gesundheitskultur entfaltet. So hat sie etwa einen Einfluss auf soziale Umgangsformen, z.B. im Arzt-Patienten Gespräch (vgl. dazu: Fromm, 2011, S. 98), mediale Nutzungsformen, z.B. des Internets als Quelle für gesundheitsbezogene Informationen (vgl. dazu: Fromm, 2011, S. 98), Bedeutungszuschreibungen in Bezug auf Gesundheit und gesundheitsassoziierte Themen (vgl. Scherr, 2014, S. 240), oder psychische Dispositionen zu diesem Thema, wie z.B. gesundheitsbezogene Intentionen (vgl. dazu: Fromm, 2011, S. 100). Die mediale Gesundheitsberichterstattung formt das Gesundheitsbild durch implizit enthaltene und zugrunde gelegte Vorstellungen oder Erwartungen und trägt dabei nicht zuletzt zu den kulturellen Vorstellungen bei, aufgrund derer Individuen, Organisationen, oder die Gesellschaft bzw. gewisse gesellschaftliche Teilsegmente wie die Politik, gesundheitsbezogene Handlungen setzen.

Zudem steigt die Bedeutung der (massen-)medialen Gesundheitsberichterstattung mit der grundsätzlichen Bedeutung der Medien für die Gesellschaft. Was für andere Themen und für die mediale Vermittlung von Wirklichkeit generell gilt, gilt auch für das spezifische Thema

Gesundheit. „Zunehmend und fast ausschließlich erfährt die Öffentlichkeit von Fortschritten, Problemen, Risiken und Debatten der Medizin, aber auch von Gefahren und Katastrophen über die mediale Berichterstattung (Ruhrmann; Guenther, 2014, S. 185). Gerade dort, wo eigene Erfahrungen und andere Informationsquellen fehlen, haben Gesundheitsinformationen die über Online- und Massenmedien vermittelt sind das Potenzial die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit zu beeinflussen (vgl. Rossmann, 2016, S. 302). Dies birgt allerdings auch Risiken, denn die durch Journalisten vorgenommene Thematisierung von Gesundheitsthemen in den Informationsmedien entspricht oft nicht den realen Verhältnissen und kann zu einer verzerrten Wahrnehmung von Gesundheit führen (vgl. Rossmann, 2016, S. 302 f.).

In der wissenschaftlichen Beschäftigung mit den „massenkommunikativen Aspekten der Gesundheitskommunikation“ (Schulz; Hartung, 2014, S. 23) identifizieren Schulz und Hartung 3 Hauptperspektiven, die sich jeweils auf unterschiedliche Formen der ‚Verzerrung‘ in medialen Darstellungen konzentrieren (vgl. ebd., S. 23 f.).

-Im ersten Ansatz geht es um die konkrete Beurteilung von *Medieninhalten* aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Dazu gehören die Beurteilung der wissenschaftlichen Richtigkeit von Berichterstattungen, also deren Evidenzbasierung (vgl. dazu exemplarisch: Kerschner, u.a., 2015), die Einhaltung ethischer Maßstäbe, die Angemessenheit von Falldarstellungen und von medialen Repräsentationen bestimmter, einzelner Krankheiten (vgl. Ruhrmann, Guenther, 2014, S. 186), oder der Vergleich von Ereignishäufigkeiten, wie z.B. Krankheitsfälle oder Todesursachen in Medien und Wirklichkeit (vgl. Schulz; Hartung, 2014, S. 24).

-Im zweiten Ansatz geht es um die *Wirkung* solcher medialen Darstellungen, wobei zwischen intendierten und unintended Wirkungen unterschieden wird (vgl. dazu Fromm, 2011, S. 90 f.). Dabei spielt vor allem die Untersuchung der Wirkung von massenmedialen Kampagnen eine große Rolle (vgl. Schulz; Hartung, 2014, S. 24).

-Beim dritten Ansatz, dem sich auch diese Arbeit zuordnen lässt, handelt es sich um einen Zugang, der poststrukturalistischen Denkweisen und Vorstellungen von einer hegemonialen Rolle der etablierten Massenmedien verpflichtet ist (vgl. ebd., 2014, S. 23 f.).

*Hier geht es darum nachzuspüren, auf welche Weisen die Routinen der aktuellen Berichterstattung und der Produktion von Massenunterhaltung allgemeine Botschaften, latente Sichtweise oder unausgesprochene Annahmen mittransportieren. Diese Botschaften stehen unter Ideologieverdacht und sind den manifesten Inhalten auf so subtile Weise verbunden, dass sie der Dekonstruktion durch das Denken bedürfen. Auf diese Weise werden, so dieser Ansatz, die Wichtigkeit biomedizinischer Krankheitsvorstellungen, der individuellen statt der sozialen Verantwortlichkeit und des wissenschaftlich begründeten Wissens sowie Geschlechterstereotype, Krankheitsdefinitionen und manches andere vermittelt, das die bestehenden Verhältnisse und die gegenwärtigen Eliten schützt (vgl. Kline, 2011 zit. nach Schulz; Hartung, 2014, S. 24)<sup>54</sup>.*

#### **4.6.1. Problematische Darstellungsmuster:**

Aus diesen 3 Perspektiven lassen sich mehrere Muster der medialen Darstellung von gesundheitsbezogenen Themen identifizieren, die einer verzerrten Präsentation und damit auch potenziell einer verzerrten Wahrnehmung Vorschub leisten können (vgl. Fromm, 2011, S. 62). Im Folgenden werden einige Beispiele dafür angeführt.

*Über- und Unterbetonung:* In den medialen Darstellungen ist eine Über- bzw. Unterbetonung bestimmter Krankheiten zu beobachten, was dazu führt, dass die Bandbreite der medial präsentierten Erkrankungen nicht deren tatsächliches Auftreten widerspiegelt (vgl. Kline, 2006 zit. nach Fromm, 2011, S. 62)<sup>55</sup>. So sind bestimmte Erkrankungen im Vergleich zu ihrer tatsächlichen Bedeutung in der medialen Berichterstattung überrepräsentiert, während andere, statistisch gesehen bedeutsamere Krankheiten, unterrepräsentiert sind (vgl. Rossmann, 2016, S. 303). Beispielsweise erfährt AIDS in verschiedenen Medien mehr Aufmerksamkeit als real häufiger verbreitete Krebs- und Herzerkrankungen und auch die Berichte über Magersucht oder Krebs reflektieren nicht die tatsächlichen Todesraten (vgl. Fromm, 2011, S. 62 f.). Als Extremform der Unterbetonung kann dabei die Tabuisierung gelten, wobei gewisse Krankheiten oder Risikofaktoren aus der medialen Öffentlichkeit komplett ausgeblendet werden. Dies war etwa lange Zeit bei Krebserkrankungen der Fall, was seit Mitte der 70er Jahre erst schrittweise abgebaut wurde (vgl. ebd., S. 63).

*Stereotypisierungen:* Oft werden spezifische Eigenschaften von dargestellten Personen oder Phänomenen betont, während andere vernachlässigt werden. Bei der medialen Darstellung von Krebs im Kindesalter zeigt sich beispielsweise, dass die Betroffenen meist als mutige Kämpfer und die Eltern als unermüdliche Beschützer dargestellt werden (vgl. Kline, 2006 zit.

---

<sup>54</sup> Kline, K.N. (2011): Popular media and health: Images and effects. In: Thompson, T.L.; u.a. (Hg.): The routledge handbook of health communication. New York: Routledge. S. 252-267

<sup>55</sup> Kline, K.N. (2006): A Decade of Research on Health Content in the Media: The Focus on Health Challenges and Sociocultural Context and Attendant Informational and Ideological Problems. In: Journal of Health Communication. Vol. 11 (1), S. 43-59

nach Fromm, 2011, S. 63)<sup>56</sup>. Dadurch können sich etwa öffentliche Erwartungen erhöhen, die für betroffene Kinder sowie deren Eltern nur schwer zu erfüllen sind (vgl. ebd.).

*Widersprüchlichkeiten:* Mediale Darstellungen enthalten teilweise widersprüchliche Aussagen, die zu paradoxen Präsentationen von Gesundheit und Krankheit in den Medien führen. So verweisen etwa Studien zum Thema Übergewicht in den Medien darauf, dass die Ursachen dafür häufig als genetisch beschrieben werden, dass Diäten darum als langfristig erfolglos dargestellt und dass Körpergewicht somit kaum durch personale Kontrolle beeinflussbar präsentiert wird. Gleichzeitig wird aber eine Gewichtsreduktion als Resultat einer strengen Diät aufgezeigt oder auf mehr Selbstkontrolle zurückgeführt (vgl. Rothblum, 1999 zit. nach Fromm, 2011, S. 64; vgl. ebd.)<sup>57</sup>. Widersprüchliche Aussagen finden sich aber auch in der Relation zwischen Tabakwerbungen und Artikeln, die über Nikotin induzierten Krebs berichten, oder in der medialen Darstellung von Alkohol, der zumeist als Genussmittel dargestellt und beworben wird und nur selten als Suchtmittel (vgl. Lampert; Hasebrink, 2002 zit. nach Fromm, 2011, S. 65; vgl. ebd.)<sup>58</sup>.

Neben diesen Beispielen werden in der Literatur auch Medikalisierung, Technologisierung, Fehlinformation (bzw. geringe Evidenzbasierung), negative Rollenmodelle, Stigmatisierung (vgl. Rossmann, 2016, S. 307), irreführendes Framing (vgl. Scherr, 2014, S. 246), oder Skandalisierung bzw. Emotionalisierung und Sensationalisierung (vgl. Loss; Nagel, 2009, S. 508) als verzerrende Muster in Bezug auf gesundheitsbezogene, mediale Darstellungen genannt. Im Kontext dieser Arbeit ist darüber hinaus aber vor allem das folgende Muster zu betonen, welches stark mit den gesellschaftlich ungleichen Möglichkeiten Gesundheit zu realisieren in Verbindung steht.

*Victim Blaming:* Grundsätzlich kann darunter der Vorgang verstanden werden, dass einer erkrankten Person die Verantwortung für ihr Leiden selbst zugeschrieben wird (vgl. Fromm, 2011, S. 64). Dieses Phänomen wird hier zwar im Kontext der Muster medialer Repräsentationen thematisiert, doch ist das zugrunde liegende Problem mehr als nur eine Technik bzw. ein Merkmal medialer Darstellungen. Vielmehr ist ‚victim blaming‘ als ein Ausdruck unserer

---

<sup>56</sup> s. FN 54

<sup>57</sup> Rothblum, E.D. (1999): Contradictions and confounds in coverage of obesity: Psychology journals, textbooks, and the media. In: Journal of Social Issues. Vol. 55 (2), S. 355-369

<sup>58</sup> Lampert, C; Hasebrink, U. (2002): Alkohol im Fernsehen – Ergebnisse einer Programmanalyse. In: Aufenanger, S.; u.a. (Hg.): Alkohol – Fernsehen – Jugendliche. Programmanalyse und medienpädagogische Praxisprojekte. Berlin: Vistas

gesamten Gesundheitskultur zu verstehen, in der das zugrunde gelegte Gesundheitskonzept politisch wie ökonomisch beeinflusst und instrumentalisiert ist (vgl. Bittlingmayer, 2008), wie bereits zuvor gezeigt wurde. Dementsprechend wird ‚victim blaming‘ in der Forschung auch nicht nur unter gesundheitskommunikativen Aspekten thematisiert, sondern ganz zentral auch im Kontext der Schaffung und Aufrechterhaltung gesundheitlicher Ungleichheiten angesprochen (vgl. dazu: Giesecke; Müters, 2009, S. 354; Helmert; Schorb, 2009, S. 146; Bittlingmayer, 2008, S. 239 ff.). In diesem Sinne steht dieser Vorgang eng in Verbindung mit der zuvor bereits kritisierten und weit verbreiteten Annahme, dass individuelle Verhaltensweisen den Hauptgrund für vermeidbare Krankheiten darstellen (vgl. Guttman; Ressler, 2001, S. 118), sowie der Prämisse der individuellen Eigenverantwortung. In diesem gesamtgesellschaftlichen Kontext beschreibt ‚victim blaming‘ den Vorgang, dass eine individuelle Zuschreibung von Verantwortung und Schuld erfolgt, die tatsächlich gesellschaftlichen bzw. strukturellen Mechanismen zuzuordnen ist und keiner individuellen Kontrolle unterliegt (vgl. Giesecke Müters, 2009, S. 354).

In der Gesundheitskommunikation wird ‚victim blaming‘ etwa im Kontext der Überbetonung von Eigenverantwortung in Gesundheitskampagnen thematisiert (vgl. dazu etwa: Guttman; Ressler, 2001). Auch dabei wird der Begriff so verstanden, dass die Schuld für soziale Probleme dem Individuum zugeschrieben wird, anstatt die Ursachen in der sozialen, ökologischen oder kulturellen Umwelt zu suchen (vgl. Guttman; Ressler, 2001, S. 122). So wurden in Nordamerika seit einigen Jahren HIV-Positive zunehmend in den Fokus präventiver Ansätze gerückt, wobei die Absicht im Vordergrund steht, die Betroffenen zu motivieren das Virus nicht weiterzugeben. Dabei wurde aber die Befürchtung laut, dass die Verantwortung für die Verbreitung dadurch allein den Infizierten zugeschrieben wird und die Betroffenen als Motor der Epidemie verstanden werden können (vgl. Loss; Nagel, 2009, S. 507). Guttman und Ressler betonen in diesem Kontext auch eine psychologische Tendenz (‚fundamental attribution error‘) (vgl. Ross, 1977 zit. nach ebd.)<sup>59</sup>, wonach die Schuld den Verhaltensweisen der entsprechenden Personen zugeschrieben wird, welche auf individuelle Ursachen wie Handlungsauswahl, Einstellung, Persönlichkeit oder Moral zurückgeführt werden, während mögliche externe Einflüsse auf das Verhalten ignoriert werden (vgl. Guttman; Ressler, 2001, S. 122).

Auch in der Gesundheitsberichterstattung ist dieses Phänomen als Muster auszumachen (vgl. Fromm, 2011, S. 64). In der medialen Darstellung wird bestimmten Zielgruppen oft implizit

---

<sup>59</sup> Ross, L.D. (1977): The intuitive psychologist and his shortcomings. Distortions in the attribution process. In: Berkovitz, L. (Hg.): Advances in experimental social psychology. Vol. 10, S. 173-220

‚Schuld‘ oder ‚Verantwortungslosigkeit‘ zugeschrieben, was bereits anhand mehrerer, gesundheitsbezogener Themen nachgewiesen wurde (vgl. Loss; Nagel, 2009, S. 507). So wurde z.B. AIDS oft im Zusammenhang mit Homosexualität thematisiert, welche als Makel dargestellt wurde, oder es wurde Drogenabhängigkeit als Ursache für die Infektion genannt (vgl. Fromm, 2011, S. 64). Auch im Zusammenhang mit der medialen Thematisierung von Brustkrebs wurde gezeigt, dass häufig die Verwendung von Verhütungsmitteln, sowie Abtreibungen oder Kinderlosigkeit als ausschlaggebende Ursachen genannt werden, wobei es sich um Faktoren handelt, die in der Eigenverantwortung der betroffenen Frau liegen (vgl. Lupton, 1994 zit. nach ebd.)<sup>60</sup>. Gleichzeitig werden die genannten Verhaltensweisen und mit ihnen die betroffene Frau, die einen gewissen Lifestyle pflegt (wie z.B. die kinderlose Karrierefrau), moralisch abgewertet. Während die Eigenverantwortung also durch die medialen Darstellungen betont wird, werden soziale und politische Faktoren im Zusammenspiel mit Erkrankungen kaum genannt (vgl. ebd.).

Auch in der Gesundheitsberichterstattung ist also eine Tendenz beobachtbar, wie sie zuvor an der Gesundheitskultur mit ihrer schwerpunktmäßigen Konzentration auf Individuumsbezogene bzw. verhaltensbezogene Dimensionen der Gesundheit kritisiert wurde: Verhalten und verhaltensbezogene Faktoren werden als die ausschlaggebenden Ursachen für Gesundheit oder Krankheit präsentiert. Währenddessen erfahren soziostrukturelle Faktoren kaum Aufmerksamkeit in der Berichterstattung, weder was ihren direkten Einfluss auf Gesundheit betrifft, noch was ihren Einfluss auf gesundheitsbezogene Verhaltensweisen betrifft.

Dieser Feststellung wurde bisher theoretisch sowie in Bezug auf bereits durchgeführte Studien und Befunde hergeleitet und untermauert. In einem nächsten Schritt soll nun empirisch überprüft werden, inwiefern sich diese Feststellung für die Berichterstattung über Gesundheit in österreichischen Tageszeitungen bestätigen lässt.

---

<sup>60</sup> Lupton, D. (1994): Femininity, Responsibility, and the Technological Imperative: Discourses of Breast Cancer in the Australian Press. In: International Journal of Health Services. Vol. 24 (1), S. 73-89

## **5. Empirische Untersuchung:**

Basierend auf den bisherigen theoretischen Ausführungen sollen in diesem Kapitel nun zunächst der Untersuchungsgegenstand, das Erkenntnisinteresse, sowie das methodische Vorgehen beschrieben werden, bevor auf die Ergebnisse der empirischen Untersuchung eingegangen wird.

### **5.1. Vorgehensweise**

#### **5.1.1. Untersuchungsgegenstand:**

In der folgenden empirischen Untersuchung soll die Gesundheitsberichterstattung in Österreich analysiert werden. Unter Bezugnahme auf die zuvor angeführte Systematisierung der Gesundheitskommunikation ist damit bereits eine erste Einschränkung des Untersuchungsgegenstandes getroffen, denn im Gegensatz zu fiktionalen Unterhaltungsformaten zählt die Berichterstattung zu den *non-fiktionalen, informativen* Formen der Gesundheitskommunikation. Darüber hinaus kann der Fokus dieser Arbeit dahingehend spezifiziert werden, als dass hier nur *explizit gesundheitsbezogene* Medieninhalte von Interesse sind, also Inhalte, bei denen sich der Bezug zu Gesundheit ohne eine weitere Interpretationsleistung des Rezipienten offenbart und bei denen ein thematischer Bezug zu Gesundheit gegeben ist. Außerdem beschränkt sich die Untersuchung auf die *redaktionellen* Beiträge, wodurch z.B. als Werbung gekennzeichnete Medieninhalte ausgeschlossen werden.

Weiters muss eine Einschränkung in Bezug auf das spezifische, zu untersuchende Medium getroffen werden, denn Gesundheitsberichterstattung findet über verschiedenste Kanäle statt, wovon im Rahmen dieser Arbeit keinesfalls alle untersucht werden können. Diesbezüglich werden zunächst Printmedien als zu untersuchender Gegenstand ausgewählt, was darüber begründet werden kann, dass diese für eine empirische Analyse leichter zugänglich sind als etwa Fernsehsendungen, die üblicherweise nicht in einem allgemein einsehbareren Archiv gesammelt werden. Weiters beschränkt sich die Untersuchung auf Tageszeitungen, denen als Quelle für Gesundheitsinformationen unter den Printmedien eine hohe Relevanz zukommt, wie in Kapitel 4.3. gezeigt. Auch dabei können allerdings nicht alle Tageszeitungen untersucht werden. Es muss eine Auswahl getroffen werden, die im Hinblick auf das Erkenntnisinteresse und den gewählten Untersuchungszeitraum sinnvoll erscheint.

### **5.1.2. Erkenntnisinteresse:**

Das grundlegende Erkenntnisinteresse dieser Arbeit liegt darin nachzuvollziehen, inwiefern die ‚individualisierenden‘ Tendenzen der Gesundheitskultur auch im medial konstruierten Bild von Gesundheit vorhanden sind. Dabei wird davon ausgegangen, dass die in medialen Darstellungen implizit stattfindende Rahmung eines Themas, also die Betonung gewisser Aspekte bei gleichzeitiger Aussparung anderer Aspekte (vgl. Jäckel, 2012, S. 70), grundlegend dafür ist, wie sich dieses Bild ausgestaltet und wie eine Thematik definiert wird. Zudem wird davon ausgegangen, dass dieses medial konstruierte Bild auf die Vorstellungen der Rezipienten einwirkt.

Mit der folgenden Untersuchung soll demnach nachvollzogen werden, wie Gesundheit in der medialen Berichterstattung von Tageszeitungen dargestellt wird, wobei im speziellen zunächst interessiert, welche Aspekte in Bezug auf deren Bedingtheit betont werden und welche nicht. Es soll geklärt werden, wodurch Gesundheit im medial vermittelten Bild der Wirklichkeit beeinflusst wird, welche Ursachen angeführt werden und in welchen Ereigniskontexten gesundheitsbezogene Themen angesprochen werden. Dazu wird die Hauptthematik der jeweiligen Beiträge erfasst und einer Analyseebene zugeteilt, wobei zwischen Mikro, Meso, und Makro Ebene unterschieden wird. Dadurch soll die grundsätzliche Kontextualisierung der gesundheitsbezogenen Thematik eingeordnet werden können. Darüber hinaus wird überprüft, auf welche Gründe und Ursachen das thematisierte, gesundheitsbezogene Phänomen im jeweiligen Beitrag zurückgeführt wird, da eine solche (mitunter implizit enthaltene) Kausalattribution wesentlich dazu beiträgt, wie die Bedingtheit von Gesundheit konstruiert und wahrgenommen wird. Mit der Erfassung dieser Elemente soll nicht zuletzt auch eine Aussage darüber ermöglicht werden, ob in der Gesundheitsberichterstattung sozialstrukturelle Bedingungsfaktoren der Gesundheit berücksichtigt werden, oder ob Gesundheit, wie angenommen wird, vorwiegend anhand von Individuums-bezogenen bzw. verhaltensbezogenen Faktoren thematisiert und konstruiert wird.

Der zweite zentrale Fokus dieser Arbeit bezieht sich auf die Zuschreibung von Verantwortung bei gesundheitsbezogenen Themen. Dabei ist zunächst von Interesse, inwiefern es zu Verweisen auf die individuelle Wirksamkeit und Verantwortlichkeit in Bezug auf Gesundheit kommt. Zudem wird die Frage gestellt, welche potenziellen Lösungen und Interventionen für gesundheitsbezogene Themen vorgeschlagen werden und es wird überprüft, inwiefern der sozialstrukturellen Abhängigkeit von individuellen Verhaltensweisen Rechnung getragen wird, oder ob diese ausgespart bleibt, was ebenso Rückschlüsse auf die Verantwortungszuschreibung zulässt.

Mit der Untersuchung dieser Elemente soll eine Aussage über die gesundheitsbezogene Berichterstattung in österreichischen Tageszeitungen ermöglicht werden um die allgemeine Frage beantwortet zu können, ob und in welchem Ausmaß Gesundheit in den medialen Repräsentationen ‚individualisiert‘ dargestellt wird. Auch wenn es nicht das Hauptziel darstellt, so werden einfürend auch einige grundlegende Vergleiche zwischen den verschiedenen Tageszeitungen gezogen, doch ist es dezidiert nicht das Ziel dieser Untersuchung dabei einen Vergleich zwischen den als Qualitäts- und den als Boulevardzeitungen eingestuften Medien anzustellen. Denn auch wenn dies in Untersuchungen zur Berichterstattung in Tageszeitungen einen üblichen Fokus darstellt, so ist es für die Beantwortung der hier fokussierten Frage unerheblich, welchen Qualitätskriterien das jeweilige Medium entspricht. Dies spiegelt sich auch in der noch folgenden Auswahl der Tageszeitungen wieder, die nicht vorrangig nach diesen Kriterien ausgewählt wurden, sondern vielmehr danach, ein möglichst breites Bild der gesundheitsbezogenen Berichterstattung in österreichischen Tageszeitungen wiederzugeben.

### **5.1.3. Methode:**

Angesichts des Untersuchungsgegenstandes, des Erkenntnisinteresses und nicht zuletzt auch aufgrund der zugrunde gelegten Theorien zur Wirkung von Medieninhalten in dieser Arbeit, stellt die quantitative Inhaltsanalyse das geeignetste Instrument für diese Untersuchung dar. Denn hier soll eine generelle Tendenz in der Berichterstattung aufgezeigt werden und dazu ist es notwendig nicht nur singuläre Medienbeiträge, sondern größere Textmengen nach inhaltlichen Kriterien zu analysieren, wozu sich die Inhaltsanalyse ideal eignet (vgl. Brosius; u.a., 2012, S. 133; S. 138). Zudem sollen Tageszeitungen untersucht werden, was ebenfalls die Inhaltsanalyse nahelegt (vgl. ebd., S. 130).

Die Inhaltsanalyse stellt „ein standardisiertes Verfahren bereit, mit dem größere Mengen von Botschaften systematisch erfasst und anhand ausgewählter Kriterien verdichtet werden können, um so verallgemeinerbare Aussagen über Medieninhalte in einem bestimmten Zeitraum, einem bestimmten Segment des Medienspektrums und zu einem bestimmten thematischen Fokus zu ermöglichen“ (Rössler; Geise, 2013, S. 270). Dabei werden zentrale Muster und Strukturen der Medieninhalte herausgearbeitet, wodurch die Komplexität der Darstellungen reduziert wird und sich schließlich gewisse Tendenzen der Darstellungen herausfiltern lassen. Dieser Vorgehensweise liegt dabei die Prämisse zugrunde, dass Fragen an Medieninhalte aus ihrer inneren Struktur heraus beantwortet bzw. dass Aussagen über Medieninhalte in Form von Daten aus den Medien extrahiert werden können (vgl. ebd., S. 270).

Trotzdem können die mit diesem Verfahren gewonnenen Erkenntnisse auch über die konkret untersuchten Inhalte hinaus gehen. Denn mit einer Inhaltsanalyse sind nicht nur Aussagen über die Medieninhalte selbst möglich, sondern sie erlauben letztlich auch Rückschlüsse auf die soziale Wirklichkeit (vgl. ebd., S. 271), was allerdings nicht nur auf Basis einer singulären Betrachtung der analysierten, manifesten Medieninhalte geschieht, sondern erst durch den Bezug dieser Inhalte zu einem nicht-manifesten, realen Kontext möglich wird (vgl. Brosius; u.a., 2012, S. 131). Gerade dieser spezifische Aspekt geht auf die von Merten (1995) verfasste, allgemeine Definition dieser Methode zurück: „Die Inhaltsanalyse ist eine Methode zur Erhebung sozialer Wirklichkeit, bei der von Merkmalen eines manifesten Textes auf Merkmale eines nicht-manifesten Kontextes geschlossen wird“ (Merten, 1995, S. 59).

Um mit dieser Methode Medieninhalte im Hinblick auf eine spezifische Fragestellung zu analysieren, ist es zunächst notwendig ein Kategoriensystem zu erstellen. Die Kategorien stellen dabei die exakte Definition dessen dar, was erhoben bzw. gemessen werden soll und sie werden auf Basis der Indikatoren gebildet, die auch dazu dienen die konkrete Fragestellung sowie das Erkenntnisinteresse zu entfalten (vgl. Brosius; u.a., 2012, S. 143). Das bedeutet also, dass die Kategorien nicht frei erfunden, sondern theoriegeleitet erstellt werden. Das für diese Arbeit erstellte Kategoriensystem, inklusive einer genaueren Beschreibung der einzelnen Variablen, findet sich im Codebuch (siehe Kapitel 8.4.). Dieses Codebuch beinhaltet darüber hinaus die Anweisungen zur Vorgehensweise bei der Codierung, was zur intersubjektiven Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse beitragen soll (vgl. Brosius; u.a., 2012, S. 134; S. 147). Bei der konkreten Analyse der Medieninhalte, also beim Codiervorgang, wurde mit einer vereinfachten Version des Codebuchs, dem Codebogen, gearbeitet, auf dem die Ergebnisse der Messung protokolliert wurden (vgl. Brosius; u.a., 2012, S. 146).

An dieser Stelle sei nun auch darauf aufmerksam gemacht, dass vielen Inhaltsanalysen zur Gesundheitsberichterstattung ein Fokus inhärent ist, von dem diese Arbeit ein Stück weit abweicht. Oft wird etwa untersucht, welchen Stellenwert das Thema Gesundheit in der Medienberichterstattung einnimmt (vgl. dazu: Scherr, 2014), oder es wird die inhaltliche Richtigkeit (Evidenzbasierung) der Beiträge überprüft (vgl. dazu: Kerschner; u.a., 2015) bzw. deren Sachlichkeit oder Verständlichkeit. Gegenüber Untersuchungen, die den medialen Stellenwert des Themas Gesundheit untersuchen, ergibt sich durch das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit zunächst der Unterschied, dass hier viel stärker auf inhaltliche Kriterien rekurriert wird als auf formale Kriterien, wie etwa Artikellänge bzw. Umfang, Artikelform, Positionierung, oder

Verwendung von Illustrationen (vgl. Brosius; u.a.; 2012, S. 145). Zwar werden auch hier einige grundlegende, formale Kriterien erfasst (siehe: Codebuch), wie etwa Datum oder Artikelform, doch liegt der Fokus eindeutig auf *inhaltlichen* Kriterien. Ein weiterer Unterschied ergibt sich dahingehend, als dass diese Inhalte hier nicht hinsichtlich dessen relevant sind, ob sie korrekt sind und auch nicht hinsichtlich dessen, ob im jeweiligen Artikel positiv oder negativ über die Thematik berichtet wurde. Denn hier interessiert vorwiegend die Rahmung der gesundheitsbezogenen Themen hinsichtlich der Bedingtheit sowie der Verantwortlichkeit und dabei ist weder die Richtigkeit, noch die tendenzielle Bewertung der dargestellten Sachverhalte relevant. So interessiert beispielsweise an einem Artikel über die Finanzierung des Gesundheitssystems nicht, ob darin eine ablehnende oder befürwortende Haltung gegenüber der derzeitigen Situation eingenommen wird, sondern vielmehr, auf welche Faktoren die derzeitige Situation zurückgeführt wird und wodurch sie zu verbessern wäre. Denn es wird davon ausgegangen, dass genau diese implizit transportierten Botschaften die grundlegenden Vorstellungen zu diesem Thema beeinflussen.

In diesem Kontext sei nun auch erneut auf das Framing-Konzept verwiesen, wie es zuvor bereits im Rahmen der zugrunde gelegten Wirkungsmodelle angesprochen wurde (siehe Kapitel 4.5.1.1.). „The frames that the media use in stories help define problems and call attention to some things while obscuring others“ (Entman, 1993 zit. nach Coleman; u.a.; 2011, S. 942)<sup>61</sup>. Der Vorgang, der oben als Rahmung bezeichnet wurde, ist ausschlaggebend dafür, wie ein Problem bzw. ein Thema in der medialen Darstellung definiert wird, da aus dem Gesamtspektrum aller relevanten Aspekte immer nur bestimmte hervorgehoben werden. Diese Selektivität in der Darstellung folgt zudem einem Muster, welches sich nicht nur in einzelnen, sondern im Großteil der Mediendarstellungen zu einem bestimmten Thema identifizieren lässt, wodurch es sich zu einem ‚Frame‘ verdichtet (vgl. Kohring; Matthes, 2002, S. 145).

In Bezug auf die Fragestellung dieser Arbeit wurde das Framing Konzept bereits herangezogen um darzustellen, inwiefern von einer Wirkung implizit mittransportierter Muster der Mediendarstellungen auf die Rezipienten ausgegangen werden kann. In diesem spezifischen Kontext bietet dieses Konzept aber nun auch einen wesentlichen Anhaltspunkt um zu untermauern, welche impliziten Botschaften in den medialen Repräsentationen einer bestimmten Thematik grundsätzlich enthalten sein können:

---

<sup>61</sup> Entman, R.M. (1993): Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. In: Journal of communication. Vol. 43 (4), S. 51-58

„To frame is to select some aspects of a perceived reality and make them more salient in a communicating context, in such a way as to promote a particular problem definition, causal interpretation, moral evaluation, and/or treatment recommendation for the item described“ (Entman, 1993 zit. nach Kohring; Matthes, 2002, S. 144)<sup>62</sup>.

Mediendarstellungen definieren durch ihr ‚Framing‘ demnach ein Problem auf eine bestimmte Weise, sie interpretieren und diagnostizieren Ursachen und Gründe für das Problem, sie nehmen moralische Bewertungen vor und legen Lösungen nahe (vgl. Coleman; u.a., 2011, S. 942). Genau im Hinblick auf diese Funktionen einer inhaltlichen Rahmung soll hier auch an das Thema Gesundheit herangetreten werden. Der Fokus dieser Arbeit auf die Bedingtheit von Gesundheit (spezifische Definition des Problems; Ursachen und Gründe für das Problem), sowie auf die Verantwortungszuschreibung in Bezug auf Gesundheit (moralische Bewertungen; vorgeschlagene Lösungen) deckt sich dabei relativ punktgenau mit den oben angeführten Funktionen von Frames.

Darüber hinaus wurde das Framing-Konzept bereits in früheren Untersuchungen zur Gesundheitsberichterstattung angewandt (vgl. dazu: Coleman; u.a., 2011). Dabei wurde ebenfalls davon ausgegangen, dass die gesundheitsbezogene Berichterstattung keine sozialen Faktoren als Ursachen anführt, moralische Bewertungen tendenziell auf Individuen richtet und vorwiegend individuelle, handlungsbezogene Lösungen abbildet, während politische, strukturelle Lösungen tendenziell nicht erwähnt werden (vgl. ebd.; 2011, S. 942). Auch vor diesem Hintergrund erscheint es daher sinnvoll, die im Framing-Konzept umrissene Herangehensweise an mediale Repräsentationen auf die mediale Darstellung von Gesundheit anzuwenden.

#### **5.1.4. Untersuchungszeitraum**

Aufgrund der Zielsetzung einen allgemeinen Trend in der Berichterstattung aufzuzeigen, war es notwendig einen möglichst breiten Untersuchungszeitraum auszuwählen. Dieser wurde darum auf ein Jahr festgelegt (2015). Innerhalb dieses Jahres wurde jeder zweite Monat untersucht, beginnend mit dem ersten Monat des Jahres, sodass sich der effektive Untersuchungsumfang also auf ein halbes Jahr beläuft. Dass dabei jeweils ein Monat übersprungen wurde, hat den Zweck, dass dadurch potenzielle Verzerrungen der Ergebnisse durch saisonal bedingte Berichterstattungsschwerpunkte vermieden werden sollten.

---

<sup>62</sup> s. FN 61

### **5.1.6. Stichprobenziehung:**

Da die durchschnittliche Anzahl der relevanten Artikel pro Ausgabe relativ hoch war, wie eine erste Sichtung des Untersuchungsmaterials zeigte, wurden zudem nicht alle Ausgaben im definierten Zeitraum untersucht, sondern es wurden Stichproben gezogen, wobei als Auswahlmethode eine systematische Zufallsauswahl verwendet wurde. Mit dieser Methode wird nach einem festgelegten Schlüssel jedes n-te Element der Grundgesamtheit gezogen, wobei die Ziehung nach genau festgelegten Regeln erfolgt (vgl. Rössler, Geise, 2013, S. 273). In diesem Fall wurden ‚künstliche Wochen‘ erstellt, die sich gut dazu eignen, um Trends in der Berichterstattung aufzuzeigen (vgl. Brosius; u.a., 2012, S. 154). Als ein wichtiges Kriterium galt dabei, dass in den untersuchten Tageszeitung jeder Wochentag möglichst gleich oft berücksichtigt wird. Denn Tageszeitungen besitzen meist auch redaktionelle, Wochentags-spezifische Programmschwerpunkte und demnach sollte auch diese potenzielle Quelle der Verzerrung ausgeschlossen werden. Daher wurde in jedem untersuchten Monat für jede Woche ein zu untersuchender Wochentag festgelegt, wobei in der jeweils darauffolgenden Woche der darauffolgende Wochentag untersucht wurde. Beispielsweise wurde im Jänner der erste Montag untersucht, dann der Dienstag in der darauffolgenden Woche, dann der Mittwoch und der Donnerstag in den jeweils darauffolgenden Wochen. Im nächsten zu untersuchenden Monat (März) wurde dann der erste Freitag als erster zu untersuchender Wochentag ausgewählt. Aufgrund des Falles, dass nach einem Sonntag bereits einen Tag später der Montag untersucht werden müsste, da dieser bereits auf die nächste Woche entfällt, wurde bei der Auswahl der zu untersuchenden Tage faktisch allerdings immer +8 gerechnet, ausgehend vom jeweils zuvor untersuchten Wochentag. Andernfalls wäre es in einzelnen Monaten zu einer höheren Anzahl an untersuchten Ausgaben gekommen, was ebenfalls vermieden werden sollte, da dadurch ebenfalls potenziell Verzerrungen aufgetreten wären.

Durch diese Vorgehensweise bei der Auswahl der Artikel können auf Basis der Ergebnisse dieser Untersuchung also repräsentative Aussagen in Bezug auf die untersuchten Tageszeitungen getroffen werden, da mit den künstlichen Wochen ein verkleinertes, aber strukturgleiches Abbild der Grundgesamtheit erzeugt wurde (vgl. Rössler, Geise, 2013, S. 274), was eine Vollerhebung zwar nicht ersetzen kann, doch im Prinzip die gleichen Aussagen möglich macht.

Darüber hinaus ist noch anzumerken, dass für alle Tageszeitungen immer die Ausgaben desselben Datums untersucht wurden, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten. Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Tageszeitungen können so auch tatsächlich auf

die jeweils unterschiedlichen Darstellungen zurückgeführt werden, da in der Regel nicht über gänzlich andere Ereignislagen berichtet wird (vgl. Maurer; Reinemann, 2006, S. 53).

#### **5.1.7. Auswahl der Tageszeitungen:**

Da im Rahmen dieser Arbeit nicht alle Tageszeitungen in Österreich untersucht werden können, beschränkt sich diese Untersuchung auf 4 Tageszeitungen. Als Auswahlkriterium galt dabei, dass die jeweilige Zeitung überregional erscheinen und überregional ausgerichtet sein sollte. Denn hier sollen möglichst allgemeine Aussagen über die Berichterstattung in österreichischen Tageszeitungen getroffen werden können und in diesem Sinne wurden Zeitungen ausgeschlossen, deren Themenauswahl sich an der Relevanz für gewisse Regionen orientiert. Es erschien sinnvoll, sich auf die Tageszeitungen bzw. Beiträge zu beschränken, die prinzipiell von jedem Einwohner rezipiert werden können, unabhängig vom genauen Wohnort. Insofern wurden in den ausgewählten Zeitungen schließlich auch nur die überregional erscheinenden Artikel berücksichtigt, sodass die jeweiligen Lokalteile (falls vorhanden) in der Auswertung ausgeschlossen blieben. Als weiteres Kriterium für die Auswahl der Tageszeitungen galt zudem die Reichweite. Es sollten die Zeitungen ausgewählt werden, denen diesbezüglich eine höchstmögliche Relevanz in der österreichischen Medienlandschaft zukommt.

Nach diesen Kriterien fiel die Auswahl der Tageszeitungen auf die Kronen Zeitung, den Kurier, den Standard, sowie die Presse.

Eine gewisse Verzerrung ergibt sich bei dieser Auswahl allerdings dahingehend, als dass der Standard keine Sonntagsausgabe besitzt. Daher wurde für diese Zeitung eine geringere Anzahl an Ausgaben untersucht, als für die restlichen 3 Tageszeitungen. Dies wird die Ergebnisse allerdings nur tangieren, wenn Vergleiche zwischen den einzelnen Tageszeitungen gezogen werden, worauf in den jeweiligen Fällen aber spezifisch hingewiesen wird.

#### **5.1.8. Auswahlkriterien der Artikel:**

Es wird davon ausgegangen, dass alle gesundheitsbezogenen Artikel mit ihrer Rahmung der Thematik auf das allgemeine Gesundheitsbild der Rezipienten einwirken und daher werden alle Artikel mit Gesundheitsbezug prinzipiell als relevant erachtet. Eine thematische Einschränkung wurde nur dahingehend getroffen, als dass keine Artikel berücksichtigt wurden, die Naturkatastrophen, Unfälle, Kriege oder andere Kampfhandlungen unter Menschen thematisieren. Davon abgesehen wurden alle Artikel berücksichtigt, in denen ein gesundheitsbe-

zogenes Thema angesprochen wird, sei dieses Thema nun der explizite Anlass der Berichterstattung, oder im Kontext eines anderen Themas Gegenstand der Berichterstattung. In diesem Sinne wurden auch nicht nur die Ressorts untersucht, in denen explizit gesundheitsbezogene Themen üblicherweise behandelt werden, wie etwa ‚Gesundheit‘ oder ‚Lifestyle‘, sondern es wurde die gesamte jeweilige Ausgabe der entsprechenden Tageszeitung auf relevante Beiträge überprüft. Ausgeschlossen blieben allerdings ‚Horoskope‘ sowie die Ressorts, bei denen eine geringe Relevanz für die Thematik naheliegt, wie das Fernsehprogramm, oder Automobil- und Karriereseiten.

Zudem wurden nur die redaktionell erstellten Beiträge untersucht, sodass also etwa keine Leserbriefe berücksichtigt werden, sehr wohl aber Kolumnen, oder redaktionell verfasste Meinungen. Zuvor wurde zudem bereits erwähnt, dass auch keine als Werbung gekennzeichneten Inhalte berücksichtigt wurden. Demgegenüber wurden Advertorials allerdings berücksichtigt, da es sich dabei um eine redaktionell bearbeitete Form der Werbung handelt, die ein Rezipient nicht als solche erkennt und die die Glaubwürdigkeit eines redaktionellen Beitrags besitzt (vgl. Esch, o.A.). Darum werden auch diese Beiträge in die Auswertung miteinbezogen, denn auch ein ‚Bericht‘ über ein bestimmtes Medikament enthält implizite Aussagen darüber, wodurch Gesundheit beeinflusst wird.

## **5.2. Forschungsfragen und Hypothesen:**

Bevor nun auf die Ergebnisse eingegangen wird, werden zunächst die Forschungsfragen, sowie die dazugehörigen, aus der Theorie abgeleiteten Hypothesen vorgestellt. Es wurden zwei Hauptforschungsfragen und zwei Haupthypothesen formuliert. Diese sollen durch die jeweils zugehörigen, detaillierteren Teilforschungsfragen und –Hypothesen am Schluss der Ergebnisdarstellung beantwortet werden.

### **F1: Wie werden Gesundheitsthemen in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen kontextualisiert und welches Bild wird dabei über die Bedingtheit von Gesundheit gezeichnet?**

H1: Über gesundheitsbezogene Themen wird in österreichischen Tageszeitungen meist in einem ‚individualisierenden‘ Rahmen berichtet und es werden vorwiegend die individuellen Bedingungsfaktoren von Gesundheit betont.

**F1.1: Welche Gesundheitsthemen werden in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen vorwiegend angesprochen und auf welchen Analyseebenen (Mikro, Meso, Makro) befinden sich diese Themen?**

H1.1: Es werden vorwiegend individuell zu verortende Gesundheitsthemen angesprochen, während gesellschaftlich/ strukturell zu verortende Gesundheitsthemen kaum angesprochen werden

**F1.2: Welche Ursachen und Erklärungen werden für gesundheitsbezogene Themen in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen hervorgehoben und wird dabei der Einfluss sozialstruktureller Faktoren auf die Gesundheit berücksichtigt?**

H1.2.1: Ursachen und Erklärungen für gesundheitsbezogene Themen werden vorwiegend auf individueller Ebene thematisiert, während gesellschaftlich-strukturelle Ursachen kaum thematisiert werden.

H1.2.2: Wenn individuell zu verortende Ursachen für eine gesundheitsbezogene Thematik angeführt werden, dann sind diese vorwiegend auf das Verhalten der Individuen bezogen.

H1.2.3: Wenn ein gesundheitsbezogenes Thema auf der Mikro Ebene zu verorten ist, dann sind auch die angesprochenen Ursachen meist auf das Individuum und dabei meist auf das Verhalten bezogen, während gesellschaftlich-strukturelle Gründe kaum angeführt werden.

H1.2.4: Wenn Krankheiten thematisiert werden, dann sind die angesprochenen Ursachen meist auf das Individuum und dabei meist auf das Verhalten bezogen, während gesellschaftlich-strukturelle Ursachen kaum angeführt werden.

**F1.3. Wird der Interdependenz der verschiedenen Einflussfaktoren auf die Gesundheit in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen Rechnung getragen?**

H1.3: Die Verortung des gesundheitsbezogenen Themas auf einer der Analyseebenen (Mikro, Meso, Makro) entspricht meist auch der Analyseebene der angesprochenen Wirkungen.

**F2: Welches Bild wird in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen hinsichtlich der Verantwortung für gesundheitliche Themen gezeichnet?**

H2: Die Verantwortung für gesundheitsbezogene Themen wird in der österreichischen Berichterstattung in Tageszeitungen vorwiegend Individuen zugeschrieben, während gesellschaftlich/ strukturelle Verantwortlichkeiten kaum betont werden.

## **F2.1: Inwiefern kommt es in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen zu Verweisen auf die individuelle Verantwortung für gesundheitsbezogene Themen?**

H2.1.1: Wenn ein gesundheitsbezogenes Thema auf der Mikro Ebene zu verorten ist, dann ist meist auch ein Verweis auf die Selbstverantwortung der Individuen enthalten.

H2.1.2: Wenn ein gesundheitsbezogenes Thema auf der Mikro Ebene zu verorten ist, dann ist meist auch ein Verweis auf die Selbstwirksamkeit der Individuen enthalten.

H2.1.3: Wenn Krankheiten thematisiert werden, dann ist meist ein Verweis auf die Selbstverschuldung der Individuen enthalten.

## **F2.2: Welche Lösungen werden für gesundheitsrelevante Fragestellungen in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen hervorgehoben?**

H2.2.1: Lösungen bzw. Interventionen für gesundheitsbezogene Themen werden meist auf individueller Ebene thematisiert, während gesellschaftlich-strukturelle Lösungen kaum thematisiert werden.

H2.2.2: Wenn individuell zu verortende Lösungen für eine gesundheitsbezogene Thematik angeführt werden, dann sind diese vorwiegend auf das Verhalten der Individuen bezogen.

H2.2.3: Wenn ein gesundheitsbezogenes Thema auf der Mikro Ebene zu verorten ist, dann sind die angesprochenen Lösungen meist auf das Individuum und dabei meist auf das Verhalten bezogen, während gesellschaftlich-strukturelle Lösungen kaum angeführt werden. H2.2.4: Wenn Krankheiten thematisiert werden, dann sind die angesprochenen Lösungen meist auf das Individuum und dabei meist auf das Verhalten bezogen, während gesellschaftlich-strukturelle Lösungen kaum angeführt werden.

H2.2.5: Wenn ein gesundheitsbezogenes Thema auf der Meso oder Makro Ebene zu verorten ist, dann beziehen sich die angesprochenen Lösungen meist trotzdem auf individuelle Faktoren.

## **F 2.3.: Inwiefern wird die sozialstrukturelle Abhängigkeit von individuellen Verhaltensweisen in der Gesundheitsberichterstattung berücksichtigt?**

H2.3.1: Wenn individuelle Verhaltensfaktoren als Ursachen genannt werden, dann wird meist nicht auf handlungseinschränkende Faktoren eingegangen.

H2.3.2: Wenn individuelle Verhaltensfaktoren als Lösung genannt werden, dann wird meist nicht auf handlungseinschränkende Faktoren eingegangen.

## **5.3. Ergebnisdarstellung:**

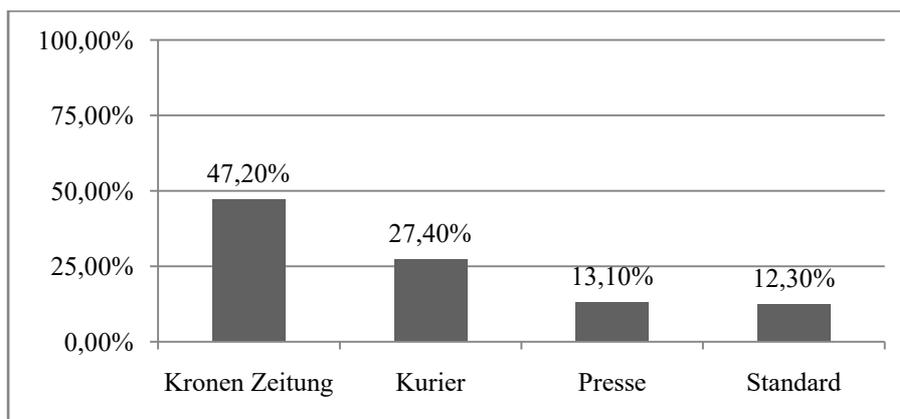
### **5.3.1. Allgemeine Ergebnisse**

Einführend werden hier zunächst einige grundlegende Ergebnisse präsentiert, wobei auch Vergleiche zwischen den Darstellungen der verschiedenen Tageszeitungen angestellt werden. Anschließend werden die Hypothesen der Teilforschungsfragen behandelt, wodurch schließlich die Hauptforschungsfragen beantwortet werden können.

Insgesamt wurden in den 4 untersuchten Tageszeitungen im angegebenen Untersuchungszeitraum 551 Artikel gefunden, die nach den zuvor definierten Kriterien als gesundheitsbezogen einzustufen waren. In 83,3% der Fälle (470) war das gesundheitsbezogene Thema dabei als Hauptthema einzustufen, in 14,2% der Fälle (78) als Nebenthema und in 0,5% der Fälle (3) war dies nicht klar erkennbar.

260 der gefundenen Artikel entfielen dabei auf die Kronen Zeitung, 151 auf den Kurier, 72 auf die Presse und 68 auf den Standard, was folgenden Anteilen gleichkommt:

*Abbildung 9: Artikel nach Tageszeitung*



In der Kronen Zeitung fanden sich im untersuchten Zeitraum demnach am meisten gesundheitsbezogene Artikel und im Standard am wenigsten. Zu bedenken ist allerdings, dass für den Standard eine geringere Anzahl an Ausgaben untersucht wurde, da dieser keine Sonntags-Ausgabe besitzt. Um dieser Verzerrung Rechnung zu tragen wird bei Vergleichen zwischen den Tageszeitungen im Folgenden immer nur von den relativen Anteilen ausgegangen. Um die Tageszeitungen hinsichtlich ihres Beitrags zur Gesundheitsberichterstattung zu verglei-

chen, kann also etwa die durchschnittliche Anzahl an Artikeln pro Ausgabe herangezogen werden:

*Tabelle 6: Artikel pro Ausgabe nach Tageszeitung*

| Tageszeitung   | Untersuchte Ausgaben | Artikel/ Ausgabe |
|----------------|----------------------|------------------|
| Kronen Zeitung | 24                   | 10,8             |
| Kurier         | 24                   | 6,2              |
| Presse         | 24                   | 3                |
| Standard       | 21                   | 3,2              |

Der Kurier berichtet also in etwa doppelt so oft und die Kronen Zeitung sogar mehr als dreimal so oft über gesundheitsbezogene Themen, als die Presse und der Standard. Diese Tendenz ist aber zumindest teilweise dadurch zu erklären, welche Darstellungsformen bei gesundheitsbezogenen Themen in den einzelnen Tageszeitungen überwiegen.

*Tabelle 7: Artikel in Tageszeitung nach Darstellungsform*

|                     | Nachricht/<br>Meldung | Report/<br>richt | Be-<br>Portrait/<br>Interview | Kolumne | Advertorial | Meinung |
|---------------------|-----------------------|------------------|-------------------------------|---------|-------------|---------|
| Kronen Zei-<br>tung | 31,90%                | 26,50%           | 4,60%                         | 15%     | 20%         | 1,90%   |
| Kurier              | 59,60%                | 26,50%           | 5,30%                         | 0,70%   | 7,30%       | 0,70%   |
| Presse              | 43,10%                | 45,80%           | 6,90%                         | 0%      | 1,40%       | 0%      |
| Standard            | 38,20%                | 52,90%           | 7,40%                         | 0%      | 0%          | 0%      |

An diesen Ergebnissen lässt sich ablesen, dass die beiden Tageszeitungen mit den meisten gesundheitsbezogenen Artikeln pro Ausgabe am häufigsten in Form von Meldungen berichten, die mitunter auch sehr kurz ausfallen. Bei der Kronen Zeitung ist zudem zu ergänzen, dass auch auf Kolumnen ein nicht unwesentlicher Prozentsatz entfällt, die oft ebenso kurz ausfallen. Zudem wurden auch Advertorials als gesundheitsbezogene Artikel gewertet, die in der Kronen Zeitung mit Abstand auf den höchsten Anteil kommen und im Kurier auf den zweit höchsten. In Presse und Standard hingegen stellt die häufigste Darstellungsform der Bericht dar, der schon per Definition länger ausfällt als die Meldung. Zudem wird in diesen beiden Zeitungen im Vergleich zu den anderen auch am öftesten in Form von Portraits bzw. Interviews berichtet, die meist ebenfalls länger ausfallen.

Demnach dürfen die oben angeführten Werte zu den Artikeln pro Ausgabe nicht als Hinweis für die Ausführlichkeit der Berichterstattung aufgefasst werden. Kronen Zeitung und Kurier berichten zwar häufiger, dafür aber meist kürzer, während Presse und Standard seltener, dafür aber ausführlicher berichten.

### 5.3.2. Themen:

Ein wesentlicher Teil der folgenden Ergebnisse bezieht sich auf eine Variable, mit der die gesundheitsbezogene Thematik der jeweiligen Artikel erfasst wurde. Dabei wurde der konkrete Anlass der Berichterstattung bzw. der gesundheitsbezogene Bezugsrahmen identifiziert, sowie die Analyseebene (Mikro, Meso, oder Makro Ebene), auf der die jeweilige Thematik zu verorten ist. Demnach wurden 3 Unterkategorien dieser Variable definiert, die den Analyseebenen entsprechen, wobei die Zuordnung des Themas zu einer dieser Kategorien die jeweils anderen beiden Kategorien automatisch ausschloss. Die Analyseebenen wurden dabei folgendermaßen voneinander abgegrenzt:

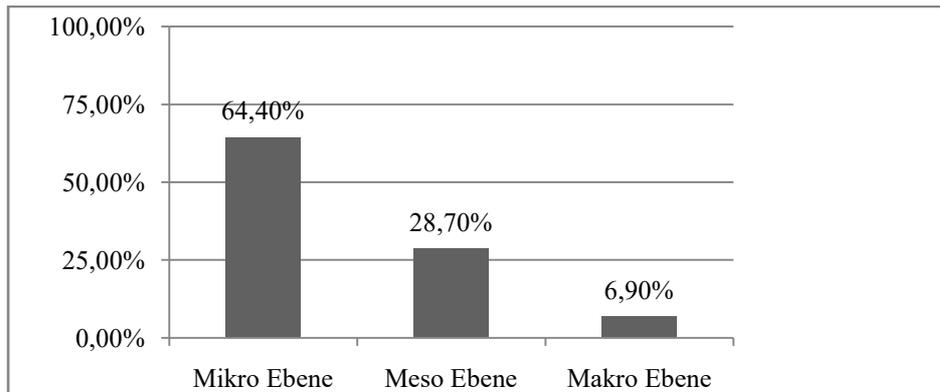
*-Mikro Ebene:* Mit dieser Ebene sollten alle Gesundheitsthemen gefasst werden, die in irgendeiner Weise auf das Individuum bezogen sind. Es kann sich dabei um gesundheitsrelevante Faktoren handeln, die sich individuell auswirken, wie Krankheiten, die beim Individuum ansetzen, wie (alternativ-)medizinische Behandlungsmethoden, oder um solche, die vom Individuum selbst durchgeführt werden, wie gesundheitsbezogene Verhaltensweisen.

*-Meso Ebene:* Diese Ebene umfasst alle gesundheitsbezogenen Themen, die mit einzelnen Organisationen, Institutionen oder Initiativen assoziiert sind, die also auf einen Zusammenschluss mehrerer Menschen zurückzuführen sind. Dabei kann es sich um Krankenhäuser handeln, um Interessensvertretungen wie die Ärztekammer, um Unternehmen, um Forschungsprojekte oder auch um Repräsentanten einer solchen Vereinigung wie z.B. die Gesundheitsministerin. Wichtig ist dabei allerdings, dass es sich um *einzelne* solcher Vereinigungen handelt, die mehr oder weniger klar abgrenzbar sind.

*-Makro Ebene:* Im Gegensatz zur Meso Ebene werden hier alle im Kontext von Gesundheit angesprochenen Themen gefasst, die sich auf ganze Systeme beziehen und nicht nur auf einzelne Bestandteile dieses Systems. Dabei kann es sich etwa um das Wirtschaftssystem oder das Gesundheitssystem in seiner jeweiligen Grundausrichtung handeln, aber auch um gesamtgesellschaftlich auftretende Faktoren, wie Werte und Normen, die Sozialstruktur, oder die Einkommensverteilung. Die hier zu verortenden Faktoren liegen nicht im Einflussbereich eines Individuums und lassen sich demnach als ‚über-individuell‘ bezeichnen. In diesem Sinn wurde unter dieser Ebene auch die natürliche Umwelt gefasst sowie die bio-psychische Konstitution des Menschen, die dem Individuum ebenfalls als gegebene Zustände gegenüberreten.

Die Auswertung dieser Variable zeigt zunächst, dass über gesundheitsbezogene Themen vorwiegend in einem Kontext berichtet wurde, der auf der Mikro-Ebene zu verorten ist.

Abbildung 10: Anteile der Analyseebenen



Fast zwei Drittel aller Artikel entfielen auf die Mikro Ebene, wobei folgende Themen zu folgenden Anteilen angesprochen wurden:

Tabelle 8: Themen - Mikro Ebene

| Thema  | Anteil |
|--|--------|
| Krankheiten (allgemein)                                  | 31,30% |
| Behandlungen, Therapien, Medikamente                     | 19,20% |
| Gesundheit (allgemein), gesundheitsförderliche Maßnahmen | 18,60% |
| Wohlbefinden, Aussehen, Glück                            | 8,70%  |
| Ernährung  | 7,30%  |
| Lebensstil (allgemein)                                   | 5,10%  |
| Sport, Fitness   | 3,40%  |
| Präventive Untersuchungen                                | 2%     |
| Rauchen  | 2%     |
| Leistungsfähigkeit                                       | 2%     |
| Alkohol  | 0,60%  |
| Gesamt (n= 355)  | 100%   |

Wie dieser Tabelle 8 zu entnehmen ist, entfiel der höchste Anteil, 31,3%, auf ‚Krankheiten (allgemein)‘. Dazu sollte ergänzt werden, dass in der gesundheitsbezogenen Berichterstattung ‚Krankheit‘ tatsächlich oft nicht weiter spezifiziert wird. So wird etwa berichtet, was ‚im Falle von Krankheit‘ passiert, dass dieser oder jene pflanzliche Stoff ‚Krankheiten vorbeugen‘ könne oder welche Maßnahme sonst ‚vor Krankheit schützen‘ könne. Welche spezifischen Krankheiten in der gesundheitsbezogenen Berichterstattung thematisiert wurden, wurde mit einer eigenen Variable erhoben.

*Tabelle 9: Themen - Meso Ebene*

| Thema                            | Anteil |
|----------------------------------|--------|
| Gesundheitswesen                 | 51,30% |
| Wissenschaft, Forschung, Medizin | 20,30% |
| Wirtschaft                       | 15,20% |
| Politik                          | 9,50%  |
| Kampagnen/ Initiativen           | 3,80%  |
| Gesamt (n= 158)                  | 100%   |

Hier ist auffällig, dass knapp die Hälfte aller Artikel das ‚Gesundheitswesen‘ thematisiert. Dazu ist zu ergänzen, dass im Untersuchungszeitraum Verhandlungen zwischen der Ärztekammer und der Politik über einen neuen Dienstvertrag für Ärzte stattfanden, worüber relativ häufig berichtet wurde. Dadurch scheint der hohe Anteil an Artikeln, bei denen Gesundheitswesen als Ausprägung codiert wurde, zumindest teilweise erklärbar.

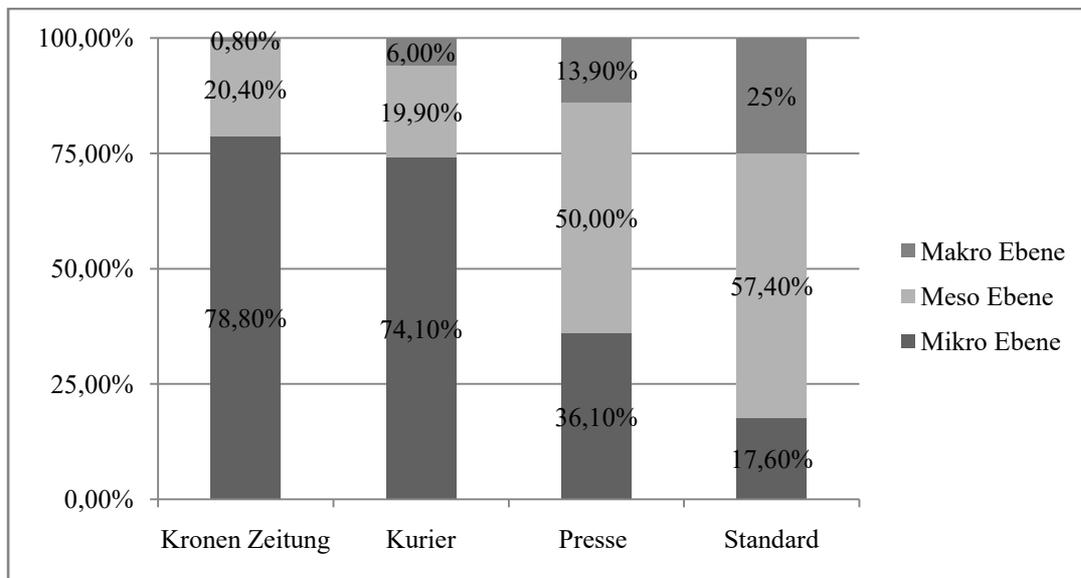
*Tabelle 10: Themen - Makro Ebene*

| Thema                                   | Anteil |
|---|--------|
| Lebensbedingungen und Umwelt            | 52,60% |
| Gesellschaft allgemein                  | 21,10% |
| Biopsychische Konstitution des Menschen | 10,50% |
| Ökonomie                                | 7,90%  |
| Gesundheitssystem                       | 7,90%  |
| Gesamt (n= 38)                          | 100%   |

Hier behandelten etwas mehr als die Hälfte aller Artikel die ‚Lebensbedingungen und Umwelt‘, was auch dadurch zu erklären ist, dass diese Kategorie sehr viele Faktoren beinhaltet, bei denen sich herausstellte, dass sie in der Berichterstattung relativ häufig genannt werden. So wurden darunter alle naturbezogenen und materiellen Lebensbedingungen gefasst, wie Luft-, oder Wasserqualität, aber auch Viren, Bakterien, oder Schadstoffe, sowie andere ‚natürliche‘ und umweltbezogene Einflüsse auf die Gesundheit.

Auf Basis dieser Variable kann nun auch dargestellt werden, wie sich die einzelnen Tageszeitungen hinsichtlich der Thematisierung der verschiedenen Analyseebenen unterscheiden. Dabei ergeben sich deutliche Unterschiede, wobei aber wiederum zu bedenken ist, dass für den Standard eine andere Grundgesamtheit gilt. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass eine Analyse gleich vieler Ausgaben des Standards wie der anderen Tageszeitungen die in der untenstehenden Abbildung 11 ablesbaren Trends weiter fortführen würden, sodass sich die tendenziellen Unterschiede sogar noch zuspitzen würden.

Abbildung 11: Analyseebenen nach Tageszeitung



Die Kronen Zeitung und der Kurier orientieren sich bei ihrer gesundheitsbezogenen Berichterstattung also hauptsächlich an Individuums-bezogenen Themen, während bei Presse und Standard Themen auf der Meso Ebene überwiegen. Themen auf der Makro Ebene werden in allen Zeitungen relativ selten thematisiert, doch kommt deren Anteil in der Presse zumindest auf etwas mehr als ein Zehntel und im Standard auf ein Viertel, was angesichts dessen, dass eine seltene Thematisierung dieser Ebene erwartet werden konnte, doch ein relativ hoher Wert ist.

### 5.3.3. Krankheiten:

Neben den grundlegenden Ergebnissen zu den angesprochenen Themen und deren Analyseebenen ist für eine Darstellung der gesundheitsbezogenen Berichterstattung auch relevant, welche Krankheiten bzw. negativen Auswirkungen auf die Gesundheit angesprochen wurden, was der folgenden Tabelle 11 zu entnehmen ist. Dazu ist vorzuschicken, dass die Erfassung einer oder mehrerer Krankheiten nicht nur bei einer Verortung des Themas auf der Mikro Ebene möglich war, da auch im Rahmen anders zu verortender Artikel Krankheiten thematisiert wurden. Die folgende Tabelle gibt also wieder, welchen Krankheiten in der verallgemeinerten Gesundheitsberichterstattung die höchste Präsenz zukommt.

Darüber hinaus muss ergänzt werden, dass dabei nicht nur gesundheitsbezogene Phänomene gefasst wurden, die explizit als ‚Krankheiten‘ ausgewiesen sind, sondern allgemein solche Phänomene, die in der medialen Darstellung die Gesundheit negativ beeinflussen können, wie z.B. ein geringes Wohlbefinden. Zudem war bei der Erfassung dieser Variable die Nennung

von bis zu 3 verschiedenen Ausprägungen pro Artikel möglich, da nicht ausgeschlossen werden konnte, dass in einem Artikel nicht auch mehrere Krankheiten thematisiert werden. So wurden insgesamt 484 Krankheiten erfasst, wobei sich die Verteilung wie folgt darstellt:

*Tabelle 11: Krankheiten und negative Auswirkungen auf Gesundheit*

| Krankheiten/ negative Auswirkungen                                    | Anteil |
|---|--------|
| Sonstige Krankheiten (Haut-; Zahn-; HNO-Erkrankungen, Allergien, ...) | 15,10% |
| Krankheit/en (unspezifiziert)   | 12,20% |
| Infektionskrankheiten (Grippe, Erkältungen, Epidemien, ...)           | 11%    |
| Psychische Krankheiten (Depression, Burn-Out, ...)                    | 10,70% |
| Stoffwechselerkrankungen (Adipositas, Diabetes,...)                   | 9,30%  |
| Herz-Kreislauf Erkrankungen (Bluthochdruck, Schlaganfall, ...)        | 7,60%  |
| Bösartige Neubildungen (Krebs, Tumore, ...)                           | 7,20%  |
| Auswirkungen auf Glück, Wohlbefinden,...                              | 6,60%  |
| Andere  | 6,20%  |
| Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit                                   | 5,60%  |
| Tod   | 3,30%  |
| Krankheiten des Bewegungsapparats (Rheuma, Osteoporose,...)           | 3,30%  |
| Sexuell übertragbare Krankheiten (AIDS, Hepatitis,...)                | 1,00%  |
| Behinderungen   | 0,60%  |
| Genetische Erkrankungen   | 0,20%  |
| Gesamt (n= 484)   | 100%   |

Dabei ist anzumerken, dass der höchste Anteil einer Kategorie zukam, unter der einige sehr verschiedene Krankheiten gefasst wurden, die sich nicht sinnvoll unter einer Klasse zusammenfassen ließen. Diese Kategorie wäre nicht zuletzt aufgrund der häufigen Nennungen unbedingt besser ausdifferenzieren gewesen, da nun hier nicht mehr unterschieden werden kann, ob etwa Allergien oder Hautkrankheiten thematisiert wurden. Die am zweithäufigsten genannte Kategorie weist auf den bereits angesprochenen Fall hin, dass ‚Krankheit‘ nur unspezifisch und undifferenziert erwähnt wurde. Zu Infektionskrankheiten ist zu ergänzen, dass darunter nicht nur viral verbreitete Epidemien wie die Ebola-Epidemie gefasst wurden, sondern auch Erkältung und Grippe, was gerade in den kälteren Monaten häufiger thematisiert wird und wodurch der relativ hohe Anteil teilweise erklärt werden kann.

Ausgehend von dieser Variable kann nun dargestellt werden, welche Krankheiten in den einzelnen Tageszeitungen am häufigsten thematisiert wurden, was der folgenden Tabelle 12 zu entnehmen ist. Dabei wurden allerdings nur die Krankheiten berücksichtigt, denen in der oben angeführten Tabelle 11 zumindest ein Anteil von über 5% zukam, da die geringen Nennungen der oben zuletzt angeführten Krankheiten keine wirklich zuverlässigen Aussagen erlauben.

Tabelle 12: Krankheiten nach Tageszeitungen

| Krankheiten/ negative Auswirkungen    | Kronen Zeitung<br>(n= 268) | Kurier<br>(n= 123) | Presse<br>(n=44) | Standard<br>(n=49) |
|---------------------------------------|----------------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| Krankheit/en (unspezifiziert)         | 8,2%                       | 14,6%              | 15,9%            | 24,5%              |
| Herz-Kreislauf Erkrankungen           | 8,2%                       | 7,3%               | 6,8%             | 6,1%               |
| Psychische Krankheiten                | 9,0%                       | 8,1%               | 18,2%            | 20,4%              |
| Bösartige Neubildungen                | 7,5%                       | 6,5%               | 6,8%             | 8,2%               |
| Stoffwechselerkrankungen              | 7,5%                       | 16,3%              | 6,8%             | 4,1%               |
| Infektionskrankheiten                 | 8,2%                       | 11,4%              | 15,9%            | 20,4%              |
| Sonstige (Haut-; Zahnerkrankungen...) | 17,9%                      | 13,0%              | 15,9%            | 4,1%               |
| Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit   | 7,1%                       | 5,7%               | 0,0%             | 2,0%               |
| Auswirkungen auf Glück, Wohlbefinden  | 7,5%                       | 8,9%               | 2,3%             | 0,0%               |
| Andere                                | 9,7%                       | 1,6%               | 4,5%             | 0,0%               |

Auffallend ist dabei, dass psychische Krankheiten vor allem in der Presse (18,2%) und im Standard (20,4%) einen relativ hohen Stellenwert einnehmen. Zudem wurde ‚Krankheit‘ in diesen beiden Tageszeitungen in relativen Anteilen am häufigsten nicht weiter spezifiziert. Auffällig sind auch die jeweiligen Anteile der Infektionskrankheiten an der gesundheitsbezogenen Berichterstattung, die in der Kronen Zeitung mit 8,2% am geringsten und im Standard mit 20,4% am höchsten ausfallen. Dahingegen zeigt sich in allen Zeitungen ein relativ ähnlicher Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sowie der bösartigen Neubildungen. Außerdem zeigte sich, dass Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit, sowie auf Glück und Wohlbefinden jeweils in der Kronen Zeitung und im Kurier die größten Anteile besitzen, während sie in den beiden übrigen Zeitungen gar nicht oder fast gar nicht thematisiert werden.

### 5.3.4. Tageszeitungen im Vergleich:

Die Darstellungen der unterschiedlichen Tageszeitungen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

*Kronen Zeitung:* In dieser Tageszeitung finden sich unter allen untersuchten Medien die meisten Artikel mit Gesundheitsbezug, wobei die häufigste Darstellungsform Meldungen sind, die mitunter auch sehr kurz ausfallen. Zudem bezieht sich der größte Teil dieser Artikel auf Individuums-bezogene Gesundheitsthemen. Organisationale, oder gesellschaftlich-strukturelle Themen in Bezug auf Gesundheit werden kaum angesprochen. Unter den Individuums-bezogenen Gesundheitsthemen werden am häufigsten ‚Krankheiten (allgemein)‘ (33,7%) thematisiert, gefolgt von ‚Behandlungen, Therapien, Medikamente‘ (21,5%), sowie von ‚Gesundheit (allgemein)/ gesundheitsförderliche Maßnahmen‘ (21%). In 65,5% der Fälle, und somit mit Abstand am häufigsten, kommen dabei Experten aus der medizinischen Praxis oder

Forschung zu Wort (Ärzte, Wissenschaftler,...). Zudem kamen in dieser Zeitung mit 10,5% Betroffene/ Patienten am häufigsten zu Wort.

*Kurier:* Im Kurier finden sich die zweitmeisten Artikel mit Gesundheitsbezug, die in fast 60% der Fälle ebenfalls in Form von Meldungen verfasst sind. Auch in dieser Zeitung bezieht sich der überwiegende Anteil auf Individuums-bezogene Gesundheitsthemen, wobei am häufigsten ‚Krankheiten (allgemein)‘ (27,7%) genannt werden, gefolgt von ‚Gesundheit (allgemein)‘ (17%), sowie von ‚Wohlbefinden, Aussehen, Glück‘ (12,5%) und ‚Behandlungen, Therapien, Medikamente‘ (12,5%). Auch hier kommen in 52,8% der Fälle Experten aus der medizinischen Praxis oder Forschung zu Wort.

*Presse:* In diesem Medium finden sich die dritt meisten Artikel mit Gesundheitsbezug. Die häufigste Darstellungsform ist der Report, allerdings dicht gefolgt von Meldungen. Exakt die Hälfte der Artikel ist der Meso Ebene zuzuordnen und insofern werden in der Presse am häufigsten organisationale Gesundheitsthemen angesprochen, wobei insbesondere das ‚Gesundheitswesen‘ (52,8%) thematisiert wird, gefolgt von ‚Wissenschaft, Forschung, Medizin‘ (27,8%), sowie von ‚Wirtschaft‘ (13,9%). Auch auf die Makro Ebene entfallen in diesem Medium mehr als 10%, wobei am häufigsten ‚Lebensbedingungen und Umwelt‘ (50%) angesprochen wurden. Nach Experten aus der medizinischen Praxis oder Forschung (44,3%), kommen hier häufig auch Experten aus Gesundheitsorganisationen, Verbänden, oder der Politik zu Wort (34,2%). Zudem kommen in der Presse mit 13,9% am häufigsten Experten aus Wirtschaftsunternehmen zu Wort.

*Der Standard:* Im Standard wurden die wenigsten Artikel mit Gesundheitsbezug gefunden, was aber an der geringeren Anzahl an untersuchten Ausgaben liegt. In dieser Zeitung werden gesundheitsbezogene Themen mit Abstand am häufigsten in Form von Reporten angesprochen, wobei mehr als die Hälfte aller Artikel auf die Meso Ebene entfällt. Dabei wird am häufigsten das ‚Gesundheitswesen‘ (64,1%) angesprochen, gefolgt von ‚Wirtschaft‘ (15,4%) sowie von ‚Wissenschaft, Forschung, Technik‘ (12,8%). Nur in dieser Zeitung nimmt die Mikro Ebene den geringsten Anteil an der Berichterstattung ein und die Makro Ebene den zweithöchsten, wobei bei letzterem ebenfalls ‚Lebensbedingungen und Umwelt‘ (47,1%) am häufigsten angesprochen wurden. Mit 41,9% kommen am häufigsten Experten aus Gesundheitsorganisationen, Verbänden, oder der Politik zu Wort, gefolgt von Experten aus der medizinischen Praxis oder Forschung mit 39,2%.

### **5.3.5. Behandlung der Hypothesen:**

#### **F1.1: Welche Gesundheitsthemen werden in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen vorwiegend angesprochen und auf welchen Analyseebenen (Mikro, Meso, Makro) befinden sich diese Themen?**

Diese Forschungsfrage nimmt Bezug auf die bereits angesprochene Variable, mit der sowohl der Kontext der Berichterstattung als auch die Analyseebenen erfasst wurden.

*H1.1: Es werden vorwiegend individuell zu verortende Gesundheitsthemen angesprochen, während gesellschaftlich/ strukturell zu verortende Gesundheitsthemen kaum angesprochen werden.*

Diese Hypothese kann mit den in Abbildung 10 angeführten Ergebnissen bestätigt werden. Es werden tatsächlich vorwiegend Gesundheitsthemen angesprochen, die auf der Mikro Ebene und somit ‚individuell‘ zu verorten sind (64,4%). Gesellschaftlich-strukturelle Gesundheitsthemen können zunächst mit der Makro Ebene gefasst werden, die im Vergleich zur Mikro Ebene viel seltener thematisiert wird (6,9%). Um gesellschaftlich-strukturelle Themen genauer zu fassen beschränkt sich die Untersuchung innerhalb der Makro Ebene auf die Ausprägungen ‚Gesellschaft allgemein‘, ‚Ökonomie‘ und ‚Gesundheitssystem‘, die innerhalb dieser Ebene auf einen gemeinsamen Anteil von 36,9% kommen, in Bezug auf alle genannten Themen allerdings nur auf einen Anteil von 1,5%. Dies bestätigt, dass gesellschaftlich-strukturelle Gesundheitsthemen kaum thematisiert werden. Ein Vergleich zwischen den Anteilen der individuellen und der gesellschaftlich-strukturellen Themen beläuft sich also auf 64,4% zu 1,5%.

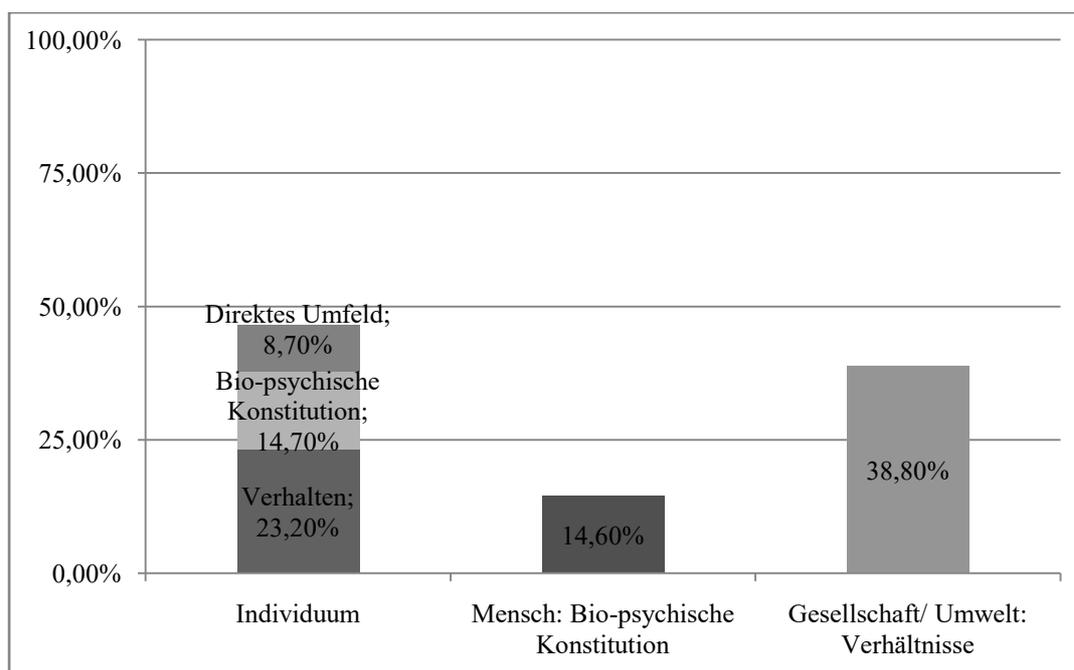
Dieser Vergleich stellt sich allerdings weniger drastisch dar, wenn man sich nicht an der Differenzierung orientiert, wie sie in der Hypothese formuliert wurde, sondern an der Frage, ob in der Berichterstattung vorwiegend Individuums-bezogene Gesundheitsthemen behandelt werden oder auch Themen, die über das Individuum als Bezugspunkt hinausgehen, also organisationsbezogene, sowie gesellschafts- und umweltbezogene Themen. Dabei beläuft sich das Verhältnis auf 64,4% zu 35,6%. Die Berichterstattung über Individuums-bezogene Gesundheitsthemen ist also fast doppelt so hoch wie die über organisations-, gesellschafts- oder umweltbezogene Gesundheitsthemen. Zwar ist hinzuzufügen, dass dabei nicht alle der letztgenannten Themen als ‚gesellschaftlich-strukturell‘ gewertet werden können, doch sind sie im

Hinblick auf den Fokus dieser Arbeit von der Mikro Ebene insofern abzugrenzen, als dass das Individuum keine direkte Einflussmöglichkeit darauf besitzt. Demnach besitzt das letztgenannte Verhältnis für das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit letztlich wohl mehr Aussagekraft, da eine relativ seltene Thematisierung der Makro Ebene und der darin enthaltenen, gesellschaftlich-strukturellen Themen in der medialen Berichterstattung zu erwarten war.

**F1.2: Welche Ursachen und Erklärungen werden für gesundheitsbezogene Themen in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen hervorgehoben und wird dabei der Einfluss sozialstruktureller Faktoren auf die Gesundheit berücksichtigt?**

Neben der Variable, die zur Erfassung des Hauptthemas bzw. des Anlass der Berichterstattung diente, stellt die Variable zur Erfassung der Ursachen und Erklärungen für das thematisierte, gesundheitsbezogene Phänomen die zweite zentrale Kategorie dieser Untersuchung dar. Im Unterschied zu den Themen waren hier Mehrfachantworten möglich, da nicht ausgeschlossen werden konnte, dass ein gesundheitsbezogenes Phänomen auch auf mehrere Ursachen zurückgeführt wird. Bei dieser Variable wurde nicht mehr zwischen den drei Analyseebenen unterschieden, sondern grob nach individuellen und über-individuellen Faktoren differenziert, die jeweils in 3 bzw. 2 Kategorien aufgeteilt wurden. In der folgenden Abbildung 12 werden die den individuellen Faktoren zuzuordnenden Kategorien den anderen beiden Kategorien gegenübergestellt.

Abbildung 12: Ursachen nach Kategorien



(n= 652)

Welche Ausprägungen die einzelnen Kategorien dabei beinhalteten, ist den folgenden Tabellen 13 bis 17 zu entnehmen:

*Tabelle 13: Ursachen - Individuelles Verhalten*

|   | Anteil |
|---|--------|
| Ernährung   | 27,80% |
| Lebensstil (allgemein)                              | 21,20% |
| Bewegung, Sport                                     | 16,60% |
| (Nicht-)Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen | 11,30% |
| Andere  | 9,30%  |
| Rauchen   | 6%     |
| Hygiene   | 5,30%  |
| Alkohol-/ Drogenkonsum                              | 2,60%  |
| Gesamt (n= 151)                                     | 100%   |

*Tabelle 14: Ursachen - Individuelles Umfeld*

|  | Anteil |
|--|--------|
| Sozial (Arbeit, Familie, Bekannte, ...)            | 59,90% |
| Ökonomisch (Einkommen, Besitz, Wohnsituation, ...) | 22,80% |
| Kulturell (Bildung, Religion, ...)                 | 15,80% |
| Andere   | 1,80%  |
| Gesamt (n= 57)                                     | 100%   |

*Tabelle 15: Ursachen: Individuelle bio-psychische Konstitution*

|   | Anteil |
|---|--------|
| Physis; körperlich-biologische Vorgänge | 61,50% |
| Psyche; psychische Vorgänge             | 20,80% |
| Gene                                    | 12,50% |
| Behinderung                             | 2,10%  |
| Geschlecht                              | 2,10%  |
| Andere                                  | 1%     |
| Gesamt (n= 96)                          | 100%   |

*Tabelle 16: Ursachen: Menschliche bio-psychische Konstitution*

|   | Anteil |
|---|--------|
| Physis; körperlich-biologische Vorgänge | 82,10% |
| Gene                                    | 8,40%  |
| Geschlecht                              | 5,30%  |
| Psyche; psychische Vorgänge             | 3,20%  |
| Andere                                  | 1,10%  |
| Gesamt (n= 95)                          | 100%   |

Tabelle 17: Ursachen: Gesellschafts- und umweltbezogene Verhältnisse

|  | Anteil |
|--|--------|
| Umwelt (Natur, Schadstoffe, Viren und Bakterien,...) | 36%    |
| Gesundheitswesen/-system                             | 25,30% |
| Wirtschaft, Ökonomie                                 | 12,30% |
| Gesellschaft (Sozialstruktur, Normen und Werte, ...) | 10,70% |
| Politik  | 9,90%  |
| Wissenschaft, Forschung, Medizin                     | 3,20%  |
| Umwelteinflüsse allgemein                            | 2%     |
| Andere   | 0,80%  |
| Gesamt (n= 253)                                      | 100%   |

*H1.2.1: Ursachen und Erklärungen für gesundheitsbezogene Themen werden vorwiegend auf individueller Ebene thematisiert, während gesellschaftlich-strukturelle Ursachen kaum thematisiert werden.*

Auf Individuums-bezogene Ursachen entfällt ein Anteil von 46,6%, während gesellschafts- und umweltbezogene Ursachen nur in 38,8% der Fälle genannt werden, wobei Faktoren, mit denen gesellschaftlich-strukturelle Kausalattributionen gefasst werden können (Gesundheitswesen/-system; Gesellschaft, Wirtschaft/ Ökonomie, sowie Politik) auf einen Anteil von 22,5% kommen. Individuums-bezogene Ursachen nehmen somit den Hauptteil ein, doch nehmen auch umweltbezogene und dabei auch gesellschaftlich-strukturelle Ursachen einen wesentlichen Anteil ein. Insofern muss die in der Hypothese formulierte Annahme tendenziell verworfen werden. Es ist aber hinzuzufügen, dass hier die Ursachen für alle gesundheitsbezogenen Themen berücksichtigt wurden, also auch solche, die etwa in Artikeln über das Gesundheitswesen genannt wurden.

*H1.2.2: Wenn individuell zu verortende Ursachen für eine gesundheitsbezogene Thematik angeführt werden, dann sind diese vorwiegend auf das Verhalten der Individuen bezogen.*

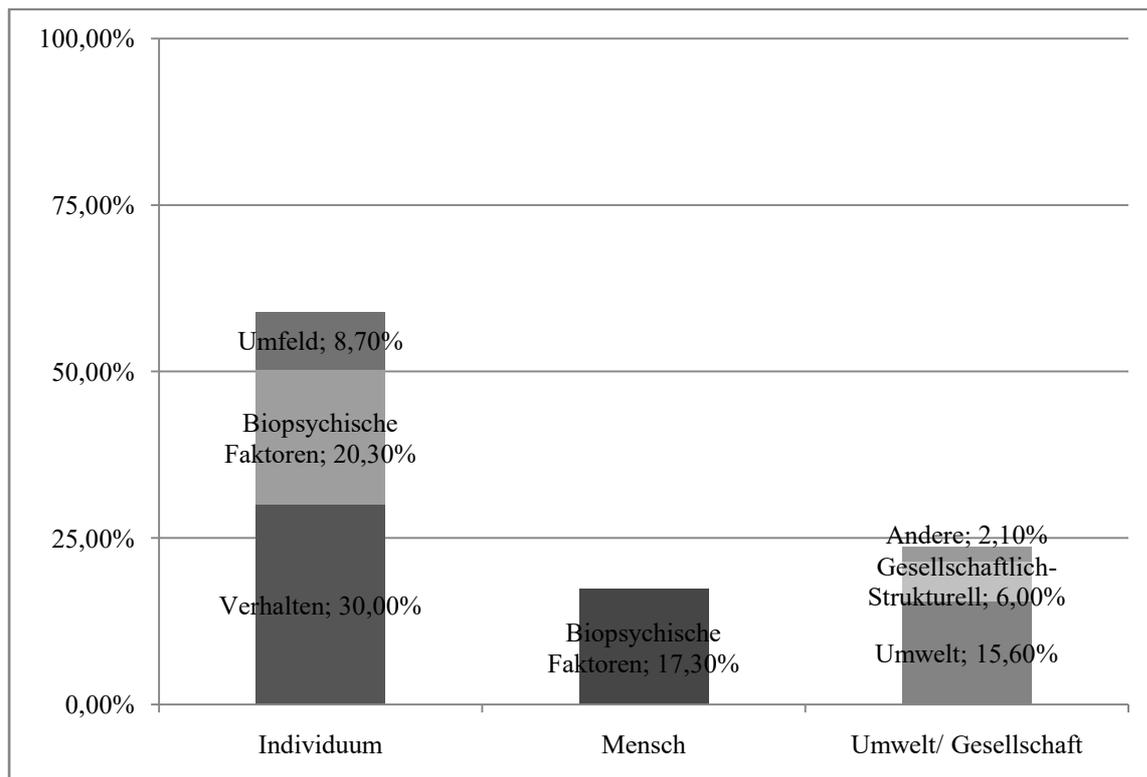
Unter den Individuums-bezogenen Ursachen (n= 304) entfällt etwas weniger als die Hälfte auf verhaltensbezogene Ursachen (49,7%), knapp ein Fünftel auf das individuelle Umfeld (18,7%) und knapp ein Drittel auf die individuelle biopsychische Konstitution (31,6%). Die verhaltensbezogenen Ursachen nehmen somit den größten Anteil ein, doch kann nicht bestätigt werden, dass sie gegenüber den anderen Individuums-bezogenen Ursachen überwiegen, da diese auf einen gemeinsamen Anteil von 50,4% kommen. Auch diese Hypothese kann in

dieser Form somit nicht bestätigt werden. Trotzdem kann bestätigt werden, dass Verhaltensfaktoren unter den Individuums-bezogenen Ursachen am stärksten betont werden.

*H1.2.3: Wenn ein gesundheitsbezogenes Thema auf der Mikro Ebene zu verorten ist, dann sind auch die angesprochenen Ursachen meist auf das Individuum und dabei meist auf das Verhalten bezogen, während gesellschaftlich-strukturelle Gründe kaum angeführt werden.*

Während bei Hypothese 1.2.1. überprüft wurde, welche Ursachen bei allen Gesundheitsthemen genannt wurden, soll sich hier auf die Themen auf der Mikro Ebene beschränkt werden. Somit werden hier nur die Gesundheitsthemen betrachtet, die direkt auf das Individuum zu beziehen sind, während organisations- sowie gesellschafts- und umweltbezogene Gesundheitsthemen ausgeschlossen bleiben. Dabei wird angenommen, dass sich der Anteil Individuums-bezogener Ursachen noch steigert, da beispielsweise ein Bericht über die Finanzierung der Krankenkassen wohl seltener Individuums-bezogene Ursachen anführt, als ein Bericht über eine bestimmte Krankheit. Diese Annahme kann bestätigt werden. Der Anteil Individuums-bezogener Ursachen steigerte sich bei Gesundheitsthemen auf der Mikro Ebene auf 59,1% im Gegensatz zu 46,6% bei allen Gesundheitsthemen.

Abbildung 13: Ursachen nach Themen auf Mikro Ebene



(n= 434)

Die oben angeführte Hypothese lässt sich mit diesen Ergebnissen bestätigen. In den Artikeln, die der Mikro Ebene zugeordnet wurden, waren die erwähnten Ursachen in 59,1% der Fälle auf das Individuum bezogen und nur in 23,7% der Fälle auf die Gesellschaft bzw. die Umwelt, wobei wiederum nur 6% auf gesellschaftlich-strukturelle Faktoren entfielen (Gesundheitswesen/-system, Gesellschaft, Wirtschaft/ Ökonomie, sowie Politik). Gesundheitsthemen auf der Mikro Ebene werden also tatsächlich vorwiegend auf individuelle Ursachen zurückgeführt, was zwar plausibel erscheint, aber trotzdem dahingehend zu kritisieren ist, als dass dadurch vorwiegend kein Eindruck darüber entsteht, inwiefern individuelle Gesundheitsthemen durch gesellschaftlich-strukturelle Faktoren beeinflusst sein können. Bei Gesundheitsthemen auf der Mikro-Ebene kann also ein deutliches Übergewicht Individuums-bezogener Ursachen gegenüber den gesellschaftlich-strukturellen Ursachen ausgemacht werden.

Zum Vergleich wurde dieser Zusammenhang auch für Themen auf der Meso und der Makro Ebene überprüft. Dabei zeigte sich in beiden Fällen, dass der überwiegende Anteil der angesprochenen Ursachen auf die Kategorie Umwelt/ Gesellschaft entfiel (67,2% bzw. 74,6%), während den Individuums-bezogene Ursachen nur ein geringer Anteil zukam (23,4% bzw. 17%) und der jeweilige Rest auf Erklärungen über die bio-psychische Konstitution des Menschen entfiel (9,4% bzw. 8,4%). Welche Ursachen in der Berichterstattung vorwiegend genannt werden, richtet sich also eindeutig danach, auf welcher Ebene sich die Thematik befindet, was darauf schließen lässt, dass in der gesundheitsbezogenen Berichterstattung kaum übergreifende Erklärungen für gesundheitsbezogene Themen vorgebracht werden.

In Bezug auf die verhaltensbezogenen Ursachen zeigen die Ergebnisse zunächst, dass sich deren Anteil bei Themen auf der Mikro Ebene im Gegensatz zu allen Gesundheitsthemen von 23,2% auf 30% steigerte. Darüber hinaus ist aus der oben angeführten Abbildung 13 ersichtlich, dass unter den verschiedenen Kategorien, die verhaltensbezogenen Ursachen am stärksten betont werden (30%) und diese fast ein Drittel aller genannten Ursachen einnehmen. Insofern kann bestätigt werden, dass individuelle Gesundheitsthemen zu einem maßgeblichen Anteil auf Verhaltensfaktoren zurückgeführt werden und dass diese unter den Individuums-bezogenen Ursachen am stärksten betont werden. Allerdings lässt sich aufgrund dieser Ergebnisse nicht konstatieren, dass verhaltensbezogenen Kausalattributionen im Vergleich zu den anderen genannten Ursachen stark überwiegen, was aber auch nicht erwartet wurde.

Obwohl dies nicht das Hauptanliegen dieser Untersuchung darstellt, sei in der folgenden Tabelle veranschaulicht, inwiefern sich die unterschiedlichen Tageszeitungen bei der Thematik

sierung der verschiedenen Ursachen bei individuellen Gesundheitsthemen unterscheiden.

*Tabelle 18: Ursachen nach Tageszeitung*

|                  | Indiv. Verhalten | Indiv. Umfeld | Indiv. bio-<br>psychische Kon-<br>stitution | Menschl. bio-<br>psychische Kon-<br>stitution | Gesellschafts-/<br>umweltbezogen |
|------------------|------------------|---------------|---|---|----------------------------------|
| Krone (n= 260)   | 27,30%           | 8,80%         | 27,30%                                      | 13,80%  | 22,70%                           |
| Kurier (n=136)   | 37,50%           | 8,80%         | 8,80%                                       | 21,35%  | 23,50%                           |
| Presse (n=23)    | 26,10%           | 13%           | 17,40%                                      | 17,40%  | 26,10%                           |
| Standard (n= 15) | 13,30%           | 0%            | 6,70%                                       | 40%   | 40%                              |

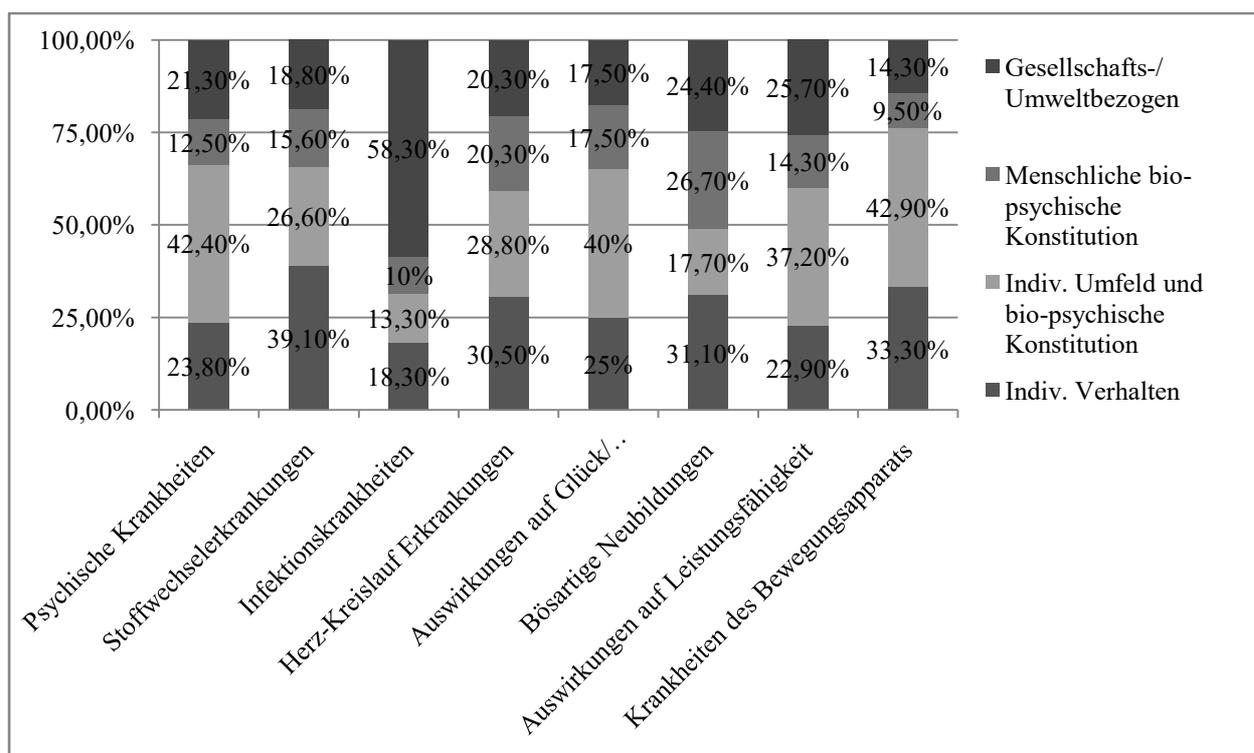
Dabei ist auffällig, dass gesundheitsbezogene Phänomene am häufigsten im Kurier auf Verhaltensfaktoren zurückgeführt werden (37,5%). Gleichzeitig spricht der Kurier aber auch die ‚über-individuellen‘ Faktoren relativ häufig an (21,35% bzw. 23,5%). Die Kronen Zeitung thematisiert Verhaltensfaktoren am zweit häufigsten (27,3%) spricht aber im selben Ausmaß bio-psychische Erklärungsfaktoren an, die sich auf das Individuum beziehen (27,3%). Auch in der Presse werden verhaltensbezogene Faktoren relativ häufig thematisiert (26,10%), doch werden im gleichen Ausmaß gesellschafts- und umweltbezogene Faktoren angesprochen (26,1%). Im Standard werden verhaltensbezogene Faktoren am seltensten thematisiert (13,3%) und es überwiegen eindeutig die ‚über-individuellen‘ Erklärungsfaktoren, die auf einen gemeinsamen Anteil von 80% kommen. Dabei ist noch einmal hervorzuheben, dass hier nur die individuellen Gesundheitsthemen berücksichtigt wurden und dass der Standard auch bei diesen Themen vorwiegend ‚über-individuelle‘ Erklärungsfaktoren anspricht, was vor allem im Vergleich zu den anderen Zeitungen bemerkenswert ist und auf eine differenzierte Darstellung der Bedingtheit von Gesundheit schließen lässt. Einschränkend muss allerdings erwähnt werden, dass für den Standard nur eine Grundgesamtheit von 15 angesprochenen Ursachen bei Themen auf der Mikro Ebene gilt.

*H1.2.4: Wenn Krankheiten thematisiert werden, dann sind die angesprochenen Ursachen meist auf das Individuum und dabei meist auf das Verhalten bezogen, während gesellschaftlich-strukturelle Ursachen kaum angeführt werden.*

Ähnlich wie bei der vorhergehenden Hypothese sollte hier überprüft werden, welche Ursachen angeführt werden, wenn ein Artikel zumindest eine Krankheit thematisiert, wobei angenommen wurde, dass auch hier vor allem Individuums-bezogene und dabei insbesondere verhaltensbezogene Ursachen betont werden. Die Ergebnisse zeigen dabei folgendes: Wenn Krankheiten thematisiert wurden, entfiel mit 53,6% die Mehrheit auf Individuums-bezogene

Ursachen (24,7% auf das Verhalten, 10% auf das direkte Umfeld und 18,8% auf bio-psychische Vorgänge). Auf Erklärungsfaktoren, die bei der bio-psychischen Konstitution des Menschen ansetzen, entfiel ein Anteil von 16,4% und gesellschafts- und umweltbezogene Erklärungen kamen 30% zu (12,8% auf gesellschaftlich-strukturelle, 16% auf umweltbezogene und 1,2% auf andere Erklärungsfaktoren). Demnach werden auch unter der Bedingung dass Krankheiten thematisiert wurden überwiegend Individuums-bezogene und dabei vor allem verhaltensbezogene Ursachen betont, während gesellschaftlich-strukturellen Erklärungen nur ein geringer Anteil zukommt, was die Hypothese bestätigt. Allerdings fällt das Übergewicht der Individuums-bezogenen Ursachen gegenüber den anderen Erklärungsfaktoren nicht so deutlich aus wie erwartet (53,6% zu 46,4%). Vielmehr werden auch bio-psychische, sowie umweltbezogene Erklärungsmuster zu nicht unwesentlichen Teilen thematisiert. Auch auf die verhaltensbezogenen Ursachen entfiel mit 24,7% nicht ein so großer Anteil wie erwartet, obwohl sie unter den ausdifferenzierten Kategorien immer noch den größten Anteil einnehmen. In Bezug auf den Anteil der verhaltensbezogenen Ursachen ist es allerdings aufschlussreicher, wenn Krankheiten nicht als eine verallgemeinerte Kategorie dargestellt werden, sondern mit ihren einzelnen Ausprägungen, da sich die einzelnen Krankheiten dabei stark unterscheiden, wie in der folgenden Abbildung 14 veranschaulicht. Dabei wurden allerdings nur die am häufigsten genannten Krankheiten berücksichtigt.

Abbildung 14: Krankheiten nach Ursachen



Auffällig ist hier zunächst, dass Infektionskrankheiten mit Abstand am seltensten mit verhaltensbezogenen Faktoren (18,3%) erklärt werden, sondern vorwiegend mit gesellschafts- und umweltbezogene Faktoren (58,3%), wobei hier saisonal bedingte Erkältungen und Grippewellen eine Rolle spielen. Zudem ist hervorzuheben, dass der höchste Anteil verhaltensbezogener Ursachen bei Stoffwechselerkrankungen festzustellen ist, wobei als klassisches Beispiel ein Artikel dienen kann, in dem Übergewicht thematisiert wird und Bewegungsmangel als Grund angeführt wird.

Insgesamt zeigt diese Abbildung, dass die verhaltensbezogenen Ursachen zwar bei allen Krankheiten einen nicht unwesentlichen Anteil einnehmen, dass aber nur bei Stoffwechselerkrankungen (39,1%), Herz-Kreislauf Erkrankungen (30,5%) sowie bei Bösartigen Neubildungen (31,1%) der höchste Anteil auf das Verhalten einfällt. Wie schon bei den Ursachen zu den Gesundheitsthemen auf der Mikro Ebene, kann also nicht von einem Übergewicht der verhaltensbezogenen Ursachen gesprochen werden, aber von einem maßgeblichen Anteil, der sich durchschnittlich auf etwa ein Viertel aller angesprochenen Ursachen beläuft (24,7%).

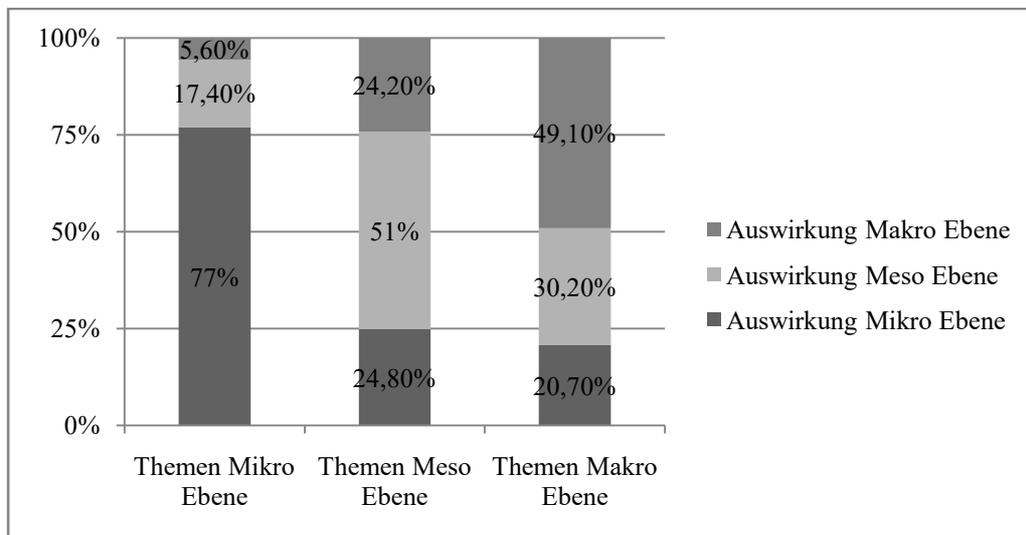
### **F1.3. Wird der Interdependenz der verschiedenen Einflussfaktoren auf die Gesundheit in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen Rechnung getragen?**

Neben der Hauptthematik und den Ursachen wurde eine weitere Variable erhoben, mit der die Wirkungsebenen erfasst wurden, also die Ebenen, auf die das angesprochene Gesundheitsthema einwirkt. Damit sollte der Möglichkeit Rechnung getragen werden, dass etwa ein Artikel über die neuen Tarife der Krankenkasse auch darüber berichtet, inwiefern sich dies auf die Gesundheit der Individuen auswirkt. Bei dieser Variable wurde wieder grob zwischen Mikro, Meso und Makro Ebene unterschieden und es konnten bis zu zwei verschiedene Wirkungsebenen erfasst werden.

*H1.3: Die Verortung eines gesundheitsbezogenen Themas auf einer der Analyseebenen (Mikro, Meso, Makro) entspricht meist auch der Analyseebene der angesprochenen Wirkungen.*

Die zugrunde liegende Annahme dieser Hypothese lautet, dass Themen die auf einer bestimmten Ebene zu verorten sind, kaum Auswirkungen auf anderen Ebenen thematisieren, was mit den folgenden Ergebnissen bestätigt werden kann.

Abbildung 15: Thematische Analyseebenen nach Wirkungsebenen



(Mikro Ebene: n= 355; Meso Ebene: n= 158; Makro Ebene: n= 38)

Wie diese Abbildung zeigt, offenbart sich bei Gesundheitsthemen auf allen Ebenen prinzipiell dasselbe Muster, wonach hauptsächlich Auswirkungen thematisiert werden, die auf der gleichen Analyseebene zu verorten sind. Am stärksten ist dieser Zusammenhang auf der Mikro Ebene zu beobachten, was allerdings ein Stück weit gerechtfertigt werden kann, da individuelle Gesundheitsthemen auf Organisationen, oder auf die Gesellschaft bzw. die Umwelt tatsächlich nur bedingt einwirken. Bei Gesundheitsthemen auf der Meso und der Makro Ebene wird hingegen *tendenziell* nahegelegt, dass sie sich vorrangig auf diesen Ebenen auswirken, wodurch vorrangig kein Eindruck darüber entsteht, wie diese Themen auch auf Individuen einwirken können. Auch hier muss aber einschränkend bemerkt werden, dass Individuumsbezogene Auswirkungen auf diesen beiden Ebenen durchaus angesprochen werden, wenn auch nicht so oft wie es aufgrund ihrer realen Wirkung auf den individuellen Gesundheitszustand wünschenswert wäre. Insofern kann hier auch nur von einer Tendenz gesprochen werden. Die Hypothese kann somit zwar bestätigt werden, doch stellt sich der postulierte Zusammenhang, vor allem auf der Meso und der Makro Ebene, nicht so stark dar wie erwartet.

### **F2.1: Inwiefern kommt es in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen zu Verweisen auf die individuelle Verantwortung für gesundheitsbezogene Themen?**

Dies stellt die erste Teilforschungsfrage für die übergeordnete Frage nach der Zuschreibung von Verantwortung in der gesundheitsbezogenen Berichterstattung dar. Sie nimmt Bezug auf mehrere, separat erhobene Variablen, die als Indikatoren für die Messung der Verantwortungszuschreibung herangezogen werden.

*H2.1.1: Wenn ein gesundheitsbezogenes Thema auf der Mikro Ebene zu verorten ist, dann ist meist auch ein Verweis auf die Selbstverantwortung der Individuen enthalten.*

Dieser Hypothese liegt die Annahme zugrunde, dass bei der Thematisierung individueller Gesundheitsthemen oft zum verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Gesundheit gemahnt wird. Unter Selbstverantwortung wird dabei die Verantwortung für die eigene Gesundheit oder für die Gesundheit naher Angehöriger (Kinder, Familie, ...) verstanden. Diese Hypothese kann allerdings in dieser Form nicht bestätigt werden. Denn in Artikeln die der Mikro Ebene zugeordnet wurden kam es nur in 43,9% der Fälle zu einem entsprechenden Verweis, während dies in 49,3% nicht der Fall war und in 6,5% nicht genau zugeordnet werden konnte. So kann zwar ein Verweis auf die Selbstverantwortung in einem wesentlichen Teil, aber knapp nicht im Hauptteil der Artikel ausgemacht werden.

*H2.1.2: Wenn ein gesundheitsbezogenes Thema auf der Mikro Ebene zu verorten ist, dann ist meist auch ein Verweis auf die Selbstwirksamkeit der Individuen enthalten.*

Dieser Hypothese liegt eine ähnliche Annahme wie der zuvor angeführten zugrunde, doch ist mit ‚Selbstwirksamkeit‘ eine noch allgemeinere Unterstellung in Bezug auf die individuelle Einflussmöglichkeit auf den Gesundheitszustand angesprochen. Selbstwirksamkeit meint das grundlegende Potenzial des Individuums, durch Handlungen auf die eigene Gesundheit einwirken zu können, ohne dass dies maßgeblich von weiteren Faktoren abhängig wäre. Diese Hypothese kann mit den vorliegenden Ergebnissen bestätigt werden, denn es zeigte sich, dass 71,8% der Artikel, deren Thematik auf der Mikro Ebene verortet wurde, einen solchen Verweis enthielten, während nur 23,7% diesen Verweis nicht enthielten und in 4,5% keine genaue Zuordnung getroffen werden konnte.

*H2.1.3: Wenn Krankheiten thematisiert werden, dann ist meist ein Verweis auf die Selbstverschuldung der Individuen enthalten.*

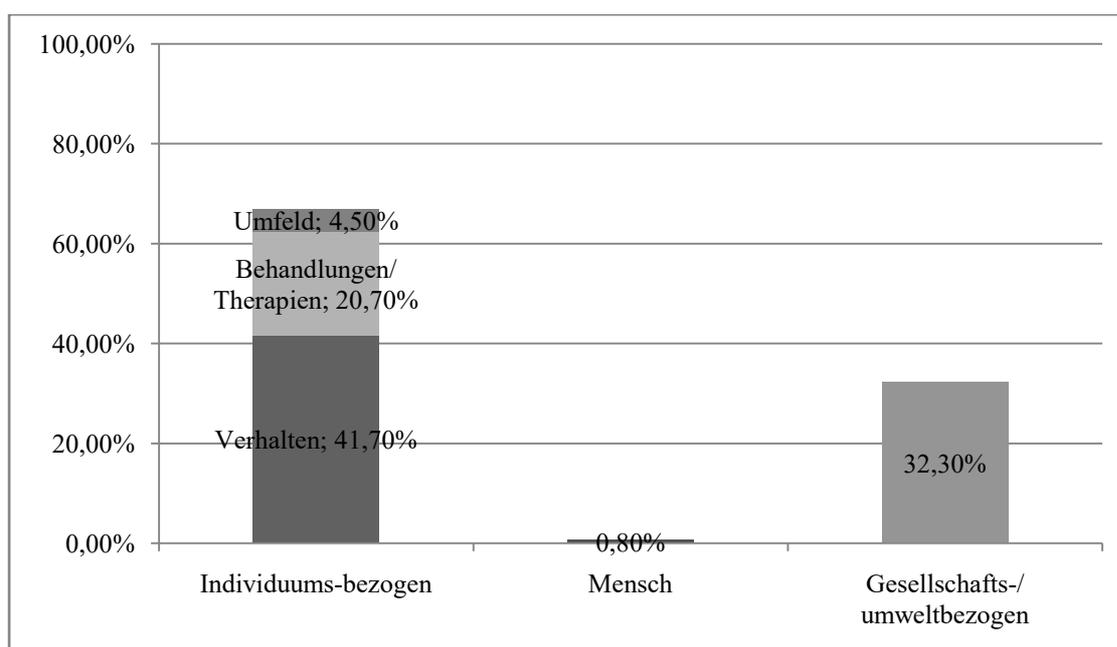
Diese Hypothese nimmt Bezug auf die zuvor angeführten Ausführungen zum Phänomen ‚victim blaming‘ innerhalb der Gesundheitsberichterstattung, wonach Individuen die Schuld für ihr Leiden selbst zugeschrieben wird. Allerdings ist die hier erfasste Variable ‚Selbstverschuldung‘ nicht mit ‚victim blaming‘ gleichzusetzen, da hier nur *explizite* Schuldzuweisungen erfasst werden und keine implizit stattfindenden Zuschreibungen von Verantwortungslo-

sigkeit oder Schuld. Die hier erhobene Variable stellt also höchstens eine Facette des Phänomens ‚victim blaming‘ dar. Die Hypothese muss zudem in dieser Form eindeutig verworfen werden. Denn es zeigt sich, dass in allen Artikeln, in denen Krankheiten thematisiert wurden, nur in 12,3% der Fälle ein Verweis auf individuelle Selbstverschuldung enthalten ist, während in 65,3% der Fälle kein Verweis darauf zu finden ist bzw. dies nicht erkennbar war und in 22,4% der Fälle ein Fremdverschulden angeführt wurde. Insofern kann der Schluss gezogen werden, dass explizite Schuldzuweisungen für Krankheiten in der Berichterstattung der untersuchten Tageszeitungen nur selten enthalten sind.

## **F2.2: Welche Lösungen werden für gesundheitsrelevante Fragestellungen in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen hervorgehoben?**

Die Variable mit der die Lösungen für gesundheitsbezogene Phänomene erfasst wurden, stellt die dritte zentrale Kategorie dieser Untersuchung dar. Wie bei der Variable ‚Ursachen‘ waren auch hier Mehrfachantworten möglich, da es auch vorstellbar schien, dass in einem Artikel mehrere Lösungsansätze thematisiert werden. Auch hier wurde zwischen individuellen und über-individuellen Faktoren differenziert. Mit ‚Lösungen‘ sollte erfasst werden, welche Verbesserungsvorschläge oder Lösungen für gesundheitsbezogene Themen in der Berichterstattung präsentiert werden bzw. wo die Interventionsebene verortet wird, bei der es anzusetzen gilt, um das problematisierte Phänomen zu behandeln.

*Abbildung 16: Lösungen nach Kategorien*



(n= 508)

Die einzelnen Kategorien weichen bei dieser Variable teilweise von den Kategorien der Variable ‚Ursachen‘ ab. So wurde die Kategorie ‚Individuum‘ erstellt, bei der die Verhaltensfaktoren als eine Ausprägung zusammengefasst und nur der Ausprägung ‚Behandlungen, Therapien, Medikamente‘ gegenübergestellt wurde. Die restlichen Kategorien wurden weitgehend beibehalten, nur die Kategorie ‚Individuelle bio-psychische Konstitution‘ wurde gestrichen, da sich ‚Lösungen‘ auf veränderbare Größen beziehen müssen und die unter dieser Kategorie gefassten Faktoren von einem Individuum nicht zu beeinflussen sind. Die Individuumsbezogenen Kategorien umfassen hier demnach nur mehr ‚Individuum‘ und ‚individuelles Umfeld‘.

Da die Kategorien ‚individuelles Umfeld‘ und ‚Menschliche bio-psychische Konstitution‘ bereits bei der Variable Ursachen behandelt wurde und da ihnen hier nur ein sehr geringer Anteil zukommt (4,5% bzw. 0,8%), werden im Folgenden nur die beiden anderen Kategorien detailliert dargestellt.

*Tabelle 19: Lösungen - Individuum*

|                                      | Anteil |
|--------------------------------------|--------|
| Verhalten                            | 66,90% |
| Behandlungen, Therapien, Medikamente | 33,10% |
| Gesamt (n= 317)                      | 100%   |

*Tabelle 20: Lösungen - Gesellschafts- und umweltbezogene Verhältnisse*

|  | Anteil |
|--|--------|
| Politik  | 35,60% |
| Gesundheitswesen/-system                             | 22,10% |
| Wissenschaft, Forschung, Medizin                     | 22,10% |
| Initiativen/ Programme/ Kampagnen                    | 6,10%  |
| Gesellschaft (Sozialstruktur, Normen und Werte, ...) | 4,90%  |
| Umwelt (Schadstoffe, Natur, Viren und Bakterien,...) | 4,90%  |
| Wirtschaft, Ökonomie                                 | 2,50%  |
| NGO's/ Verbände/ Vereine                             | 1,20%  |
| Umwelt allgemein                                     | 0,60%  |
| Gesamt (n= 164)                                      | 100%   |

*H2.2.1: Lösungen bzw. Interventionen für gesundheitsbezogene Themen werden meist auf individueller Ebene thematisiert, während gesellschaftlich-strukturelle Lösungen kaum thematisiert werden.*

Wie die oben angeführte Abbildung 16 zeigt, kann diese Hypothese bestätigt werden. Insgesamt entfallen 66,9% aller angesprochenen Lösungen auf Individuums-bezogene Faktoren, während gesellschafts- und umweltbezogene Lösungen in 32,3% der Fälle thematisiert werden, wobei auf gesellschaftlich-strukturelle Faktoren (Politik, Gesundheitswesen, Initiativen/ Programme, Gesellschaft, Wirtschaft, NGO's/ Verbände) 23,2% entfallen. Das Verhältnis zwischen Individuums-bezogenen und gesellschaftlich-strukturellen Lösungen beläuft sich also auf 66,9% zu 23,2%. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass sich die angesprochenen Lösungen für gesundheitsbezogene Phänomene vorwiegend auf das Individuum beziehen, wobei zusätzlich hervorgehoben werden muss, dass es sich hier um die angesprochenen Lösungen für *alle* gesundheitsbezogenen Themen handelt, also auch für die Themen, die auf der Meso oder Makro Ebene verortet wurden. Umso überraschender ist es, dass die verhaltensbezogenen Lösungen bereits ohne thematische Einschränkung einen Anteil von 41,7% einnehmen.

*H2.2.2: Wenn individuell zu verortende Lösungen für eine gesundheitsbezogene Thematik angeführt werden, dann sind diese vorwiegend auf das Verhalten der Individuen bezogen.*

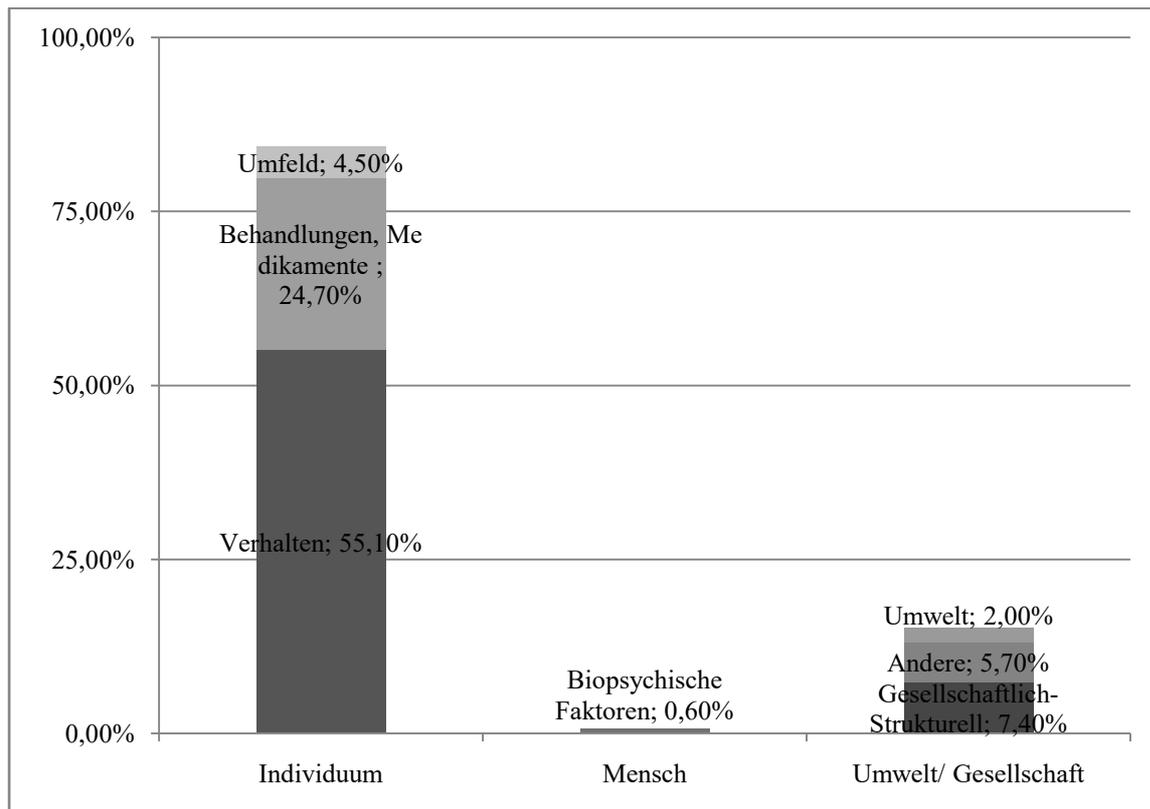
Auch diese Hypothese kann bestätigt werden. Unter allen Individuums-bezogenen Lösungen entfielen 65,9% auf Verhaltensfaktoren, 31,8% auf Behandlungen/ Therapien und 2,3 % auf Faktoren des individuellen Umfelds. Aus diesen Ergebnissen kann geschlossen werden, dass sich die in der gesundheitsbezogenen Berichterstattung angesprochenen Lösungen nicht nur überwiegend auf das Individuum, sondern auch überwiegend auf das Verhalten beziehen.

*H2.2.3: Wenn ein gesundheitsbezogenes Thema auf der Mikro Ebene zu verorten ist, dann sind die angesprochenen Lösungen meist auf das Individuum und dabei meist auf das Verhalten bezogen, während gesellschaftlich-strukturelle Lösungen kaum angeführt werden.*

Dieser Hypothese liegt ebenfalls die Annahme zugrunde, dass Individuums-bezogene Lösungen noch eher thematisiert werden, wenn sich auch der Kontext der gesundheitsbezogenen Thematik auf der Mikro Ebene befindet, was hier ebenfalls bestätigt werden kann. Denn un-

abhängig von der Analyseebene des Themas nahmen Individuums-bezogene Lösungen einen Anteil von 66,9% ein, wohingegen sich dieser Wert bei einer Einschränkung auf individuelle Gesundheitsthemen auf 84,3% steigerte.

Abbildung 17: Lösungen nach Themen auf Mikro Ebene



(n= 352)

Auch die oben genannte Hypothese kann aufgrund dieser Ergebnisse bestätigt werden. Neben den 84,3% die auf Individuums-bezogene Lösungen entfielen, wurden in 0,6% der Fälle Lösungen genannt, die bei der biopsychischen Konstitution des Menschen ansetzen und in 15,1% der Fälle wurden gesellschafts- bzw. umweltbezogene Lösungen angesprochen, wobei an dem Anteil der Letztgenannten in etwa die Hälfte (7,4%) auf gesellschaftlich-strukturelle Faktoren (Politik, Gesundheitswesen, Initiativen/ Programme, Gesellschaft, Wirtschaft, NGOs/ Verbände) entfielen. Die Ergebnisse zeigen also deutlich, dass sich die in der Berichterstattung angesprochenen Lösungen für Gesundheitsthemen auf der Mikro Ebene überwiegend auf das Individuum beziehen, während nur selten Lösungen angesprochen werden, die sich auf gesellschafts- und umweltbezogenen Faktoren beziehen.

Auch in Bezug auf die verhaltensbezogenen Lösungen zeigen die Ergebnisse, dass sich deren Anteil von 41,7% bei allen Gesundheitsthemen auf 55,1% bei individuellen Gesundheitsthemen steigerte. Zudem ist aus Abbildung 17 deutlich ersichtlich, dass die verhaltensbezogenen Faktoren nicht nur innerhalb der Individuums-bezogenen Lösungen am häufigsten angesprochen wurden, sondern dass diese unter auch allen genannten Lösungen den mit Abstand größten Anteil einnehmen. Daraus lässt sich schließen, dass sich die angesprochenen Lösungen für individuelle Gesundheitsthemen im medial vermittelten Bild *hauptsächlich* auf verhaltensbezogene Faktoren beziehen, was in dieser Deutlichkeit nicht erwartet wurde.

Wie sich die einzelnen Tageszeitungen bei der Betonung der unterschiedlichen Lösungen unterscheiden ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

*Tabelle 21: Lösungen nach Tageszeitungen*

|                 | Indiv. Verhalten | Indiv. Behandlungen/ Therapien | Indiv. Umfeld | Bio-psychische Konstitution | Gesellschafts-/ umweltbezogen |
|-----------------|------------------|--------------------------------|---------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Krone (n= 213)  | 56,80%           | 25,30%                         | 2,80%         | 0,90%                       | 14,10%                        |
| Kurier (n= 109) | 55%              | 23%                            | 8,30%         | 0%                          | 13,80%                        |
| Presse (n= 21)  | 47,60%           | 28,60%                         | 4,80%         | 0%                          | 19%                           |
| Standard (n= 9) | 33,30%           | 22,20%                         | 0%            | 0%                          | 44,40%                        |

Auffällig ist dabei, dass Lösungen, die sich auf Behandlungen/ Therapien/ Medikamente beziehen in allen Zeitungen relativ gleich große Anteile einnehmen. Der Standard thematisiert verhaltensbezogene Lösungen am seltensten (33,3%) und gesellschafts- und umweltbezogene Lösungen am häufigsten (44,4%), wobei aber wieder auf die sehr kleine Grundgesamtheit hinzuweisen ist. Kronen Zeitung und Kurier betonen verhaltensbezogene Lösungen in etwa gleich häufig (56,8% bzw. 55%) und die Presse liegt etwas dahinter (47,6%).

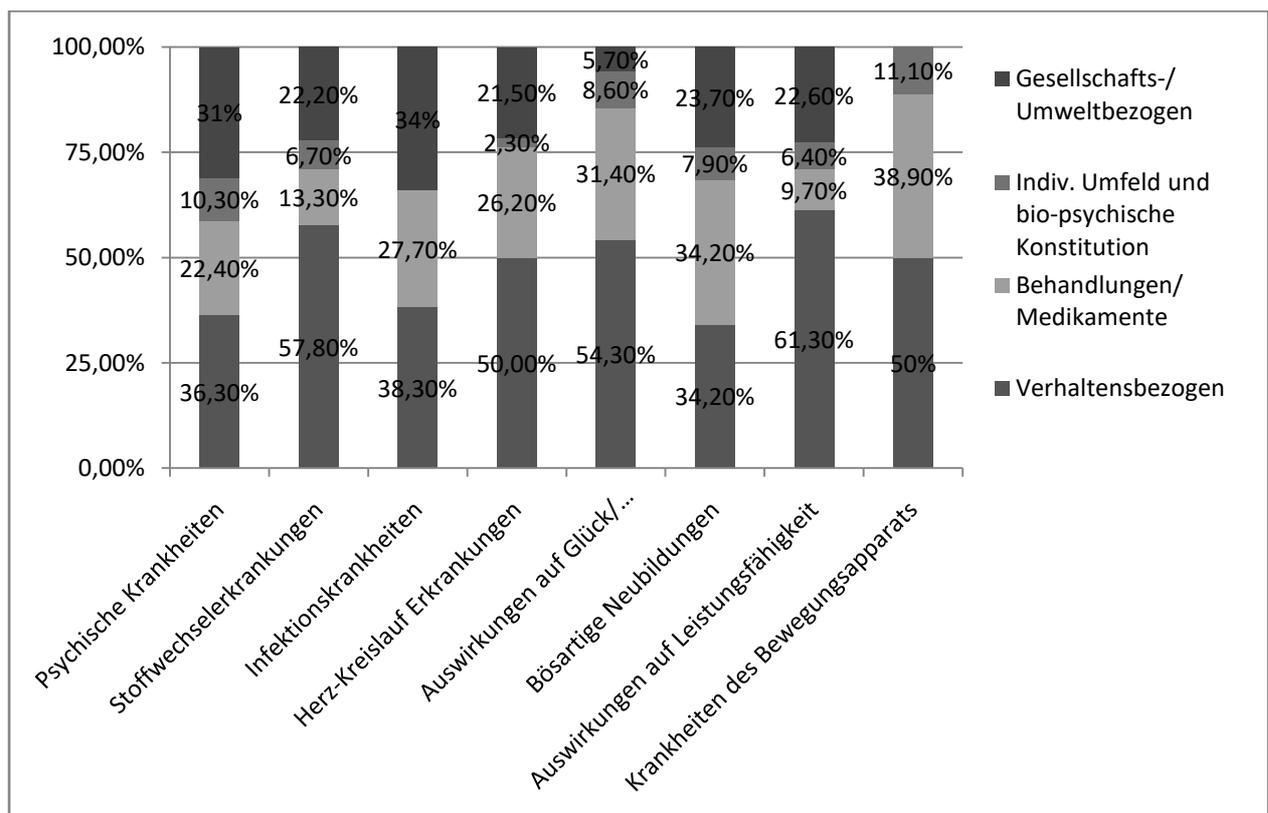
*H2.2.4: Wenn Krankheiten thematisiert werden, dann sind die angesprochenen Lösungen meist auf das Individuum und dabei meist auf das Verhalten bezogen, während gesellschaftlich-strukturelle Lösungen kaum angeführt werden.*

Auch diese Hypothese bezieht sich auf die Ausführungen zu ‚victim blaming‘, allerdings ohne dieses Phänomen nachweisen zu wollen. Hier soll überprüft werden, welche Lösungen in den Artikeln überwiegen, in denen Krankheiten thematisiert werden. Die Annahme lautet dabei, dass auch für die meisten Krankheiten Individuums-bezogene Lösungen angesprochen werden, was durch die Ergebnisse bestätigt wird. Wenn Krankheiten thematisiert wurden,

dann entfielen 72,4% der angesprochenen Lösungen auf Individuums-bezogene Lösungen, 1,1% auf den Menschen und 26,5% auf gesellschafts- und umweltbezogene Lösungen (wobei 16,5% den gesellschaftlich-strukturellen Faktoren und 10% den umweltbezogenen Faktoren zukamen). Zudem wurden dabei unter allen angesprochenen Lösungen die verhaltensbezogenen Faktoren mit 42,4% am häufigsten thematisiert. Wie bereits bei Hypothese 2.2.3. in Bezug auf individuelle Gesundheitsthemen gezeigt, nehmen also auch bei Krankheiten die Individuums-bezogenen Lösungen und dabei vor allem die Verhaltensbezogenen Lösungen den überwiegenden Anteil ein. Zwar kann ein Anstieg der gesellschafts- und umweltbezogenen und dabei auch der gesellschaftlich-strukturellen Faktoren verzeichnet werden, doch werden diese vergleichsweise immer noch selten thematisiert. Insofern kann die Hypothese bestätigt werden.

Wie schon bei den Ursachen soll dies aber nicht nur für Krankheiten als verallgemeinerte Kategorie, sondern auch für die einzelnen Krankheiten gezeigt werden, da vor allem der Anteil der verhaltensbezogenen Faktoren so besser erkennbar ist.

Abbildung 18: Krankheiten nach Lösungen



Auffällig ist dabei zunächst, dass gesellschafts- bzw. umweltbezogene Lösungen am häufigsten bei psychischen Krankheiten (31%) und bei Infektionskrankheiten (34%) angeführt werden. Dies ist besonders bei psychischen Krankheiten bemerkenswert, denn zu Infektionskrankheiten ist einschränkend zu erwähnen, dass es sich dabei um eine epidemisch auftretende Krankheit handelt, bei der es üblich ist, dass nicht nur Individuen behandelt, sondern gesamtgesellschaftliche Maßnahmen getroffen werden. Zu den gesellschafts- und umweltbezogenen Lösungen ist außerdem zu ergänzen, dass sich diese, wenn sie genannt wurden, hauptsächlich auf die Bereiche ‚Politik‘, ‚Gesundheitswesen/- System‘ sowie ‚Wissenschaft/ Forschung/ Medizin‘ beschränkten, während die anderen Bereiche kaum genannt wurden.

In Bezug auf die verhaltensbezogenen Faktoren kann festgestellt werden, dass diese bei allen angeführten Krankheiten den höchsten Anteil an angesprochenen Lösungen einnehmen (außer bei ‚Bösartigen Neubildungen‘, bei denen verhaltensbezogene Lösungen und Behandlungen/ Medikamente gleich stark betont werden). Es kann also eindeutig bestätigt werden, dass sich die in der Berichterstattung angesprochenen Lösungen für Krankheiten *hauptsächlich* auf das individuelle Verhalten beziehen.

*H2.2.5: Wenn ein gesundheitsbezogenes Thema auf der Meso- oder Makroebene zu verorten ist, dann beziehen sich die angesprochenen Lösungen meist trotzdem auf individuelle Faktoren.*

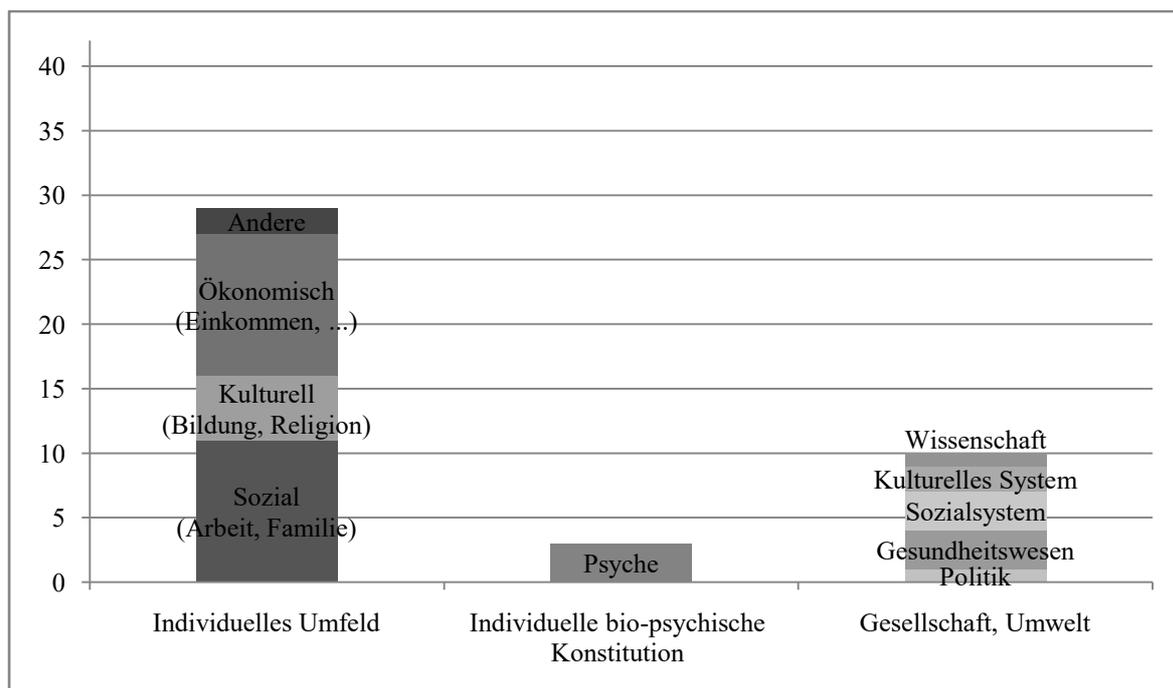
Hier soll überprüft werden, inwiefern selbst dann Individuums-bezogene Lösungen angesprochen werden, wenn der Anlass der Berichterstattung auf ein Thema bezogen ist, das auf der Meso- oder Makro Ebene zu verorten ist. Die Ergebnisse weisen allerdings eindeutig darauf hin, dass diese Hypothese zu widerlegen ist. Bei Themen auf der Meso Ebene entfielen nur 28% auf Individuums-bezogene Lösungen und bei Themen auf der Makro Ebene 25,8%. Vielmehr wurden auf diesen Ebenen gesellschafts- und umweltbezogene Lösungen in den Vordergrund gerückt, mit einem Anteil von 70,4% bzw. 74,2%. Es kann somit der Schluss gezogen werden, dass zwar insgesamt Themen auf der Mikro Ebene, sowie Individuums-bezogene Lösungen überwiegen (wie mit den vorigen Ergebnissen gezeigt), dass aber bei Themen auf der Meso- oder Makro Ebene nicht vorwiegend Individuums-bezogene, sondern gesellschafts- bzw. umweltbezogene Lösungen angesprochen werden. Die Annahme, dass auch bei organisationalen, sowie gesellschafts- und umweltbezogenen Gesundheitsthemen die

Verantwortung auf Individuen abgeschoben wird, kann mit diesen Ergebnissen also nicht bestätigt werden.

### F 2.3.: Inwiefern wird die sozialstrukturelle Abhängigkeit von individuellen Verhaltensweisen in der Gesundheitsberichterstattung berücksichtigt?

Um diese Frage beantworten zu können, wurde eine Variable erstellt, mit der überprüft werden sollte, ob in der gesundheitsbezogenen Berichterstattung Faktoren genannt werden, die auf die Handlungen von Individuen erschwerend einwirken und die sich handlungseinschränkend auswirken können. Dies wäre etwa der Fall, wenn die hohen Kosten einer bestimmten Therapie erwähnt werden, oder wenn erwähnt wird, dass die berufliche Situation einen anderen Lebensstil nicht zulässt, oder wenn der gesellschaftliche Leistungsdruck dafür verantwortlich gemacht wird, dass die Krankenstände zunehmen. Auch bei dieser Variable wurde wieder grob zwischen Individuums-bezogenen und gesellschafts- bzw. umweltbezogenen Faktoren differenziert. Zudem konnten auch hier bis zu zwei Nennungen pro Ausprägung codiert werden, da nicht ausgeschlossen werden konnte, dass auch mehrere handlungseinschränkende Faktoren genannt werden. Die Ergebnisse zeigen dabei zunächst, dass nur in 31 der 551 Artikel Faktoren erwähnt wurden, die sich potenziell handlungseinschränkend auswirken können, was einem Anteil von 5,6% entspricht. In diesen 31 Artikeln wurden insgesamt 42 solcher Faktoren genannt.

Abbildung 19: Handlungseinschränkende Faktoren



(n= 42)

Unter den erwähnten Faktoren entfielen 69% auf das individuelle Umfeld, 7% auf individuelle bio-psychische Faktoren und 24% auf gesellschafts- und umweltbezogene Faktoren. Diese Ergebnisse sind aufgrund der geringen Anzahl an Nennungen, zumindest in Bezug auf die beiden letztgenannten Kategorien, allerdings nur bedingt aussagekräftig. Es lässt sich daraus aber ablesen, dass potenziell handlungseinschränkende Faktoren in Bezug auf gesundheitsbezogene Phänomene in der Berichterstattung sehr selten thematisiert werden (in 5,6% der Fälle), und wenn doch, dann beziehen sie sich tendenziell auf das direkte Umfeld des Individuums.

*H2.3.1: Wenn individuelle Verhaltensfaktoren als Ursachen genannt werden, dann wird meist nicht auf handlungseinschränkende Faktoren eingegangen.*

In den 151 Artikeln, die individuelle Verhaltensfaktoren als Ursachen thematisierten, wurden in 10 Artikeln handlungseinschränkende Faktoren angesprochen, was einem Anteil von 6,6% gleichkommt. Dabei wurden insgesamt 14 solcher Faktoren genannt, wobei 78,6% auf das individuelle Umfeld entfielen, 14,3% auf individuelle bio-psychische Faktoren und 7,1% auf gesellschafts- und umweltbezogene Faktoren. Im Gegensatz zu den oben angeführten Ergebnissen ergeben sich also keine wesentlichen Unterschiede. Die Hypothese kann somit bestätigt werden. Zudem kann bestätigt werden, dass sich handlungseinschränkende Faktoren, sofern sie genannt werden, tendenziell auf das individuelle Umfeld beziehen.

*H2.3.2: Wenn individuelle Verhaltensfaktoren als Lösung genannt werden, dann wird meist nicht auf handlungseinschränkende Faktoren eingegangen.*

Auch unter der Bedingung, dass nur die Artikel berücksichtigt werden, in denen individuelle Verhaltensfaktoren als Lösung angesprochen wurden, ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede zu den vorigen Ergebnissen. In 5,7% der betreffenden Artikel wurde überhaupt auf handlungseinschränkende Faktoren eingegangen, wobei insgesamt 13 dieser Faktoren erwähnt wurden. Dabei entfielen 69,2% auf Faktoren des individuellen Umfelds, 23,1% auf individuelle biopsychische Faktoren und 7,7% auf gesellschafts- und umweltbezogene Faktoren. Die Hypothese kann also auch hier bestätigt werden. Zudem gilt wieder, dass sich die wenigen angesprochenen Faktoren tendenziell auf das direkte Umfeld des Individuums beziehen.

### **5.3.6. Beantwortung der Forschungsfragen:**

Mit diesen Ergebnissen kann nun auf die Teilforschungsfragen, sowie auf die Hauptforschungsfragen und deren Hypothesen eingegangen werden.

#### **F1.1: Welche Gesundheitsthemen werden in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen vorwiegend angesprochen und auf welchen Analyseebenen (Mikro, Meso, Makro) befinden sich diese Themen?**

Diese Forschungsfrage wurde oben bereits hinreichend beantwortet. Es wurde gezeigt, dass Individuums-bezogene Themen in etwa doppelt so häufig thematisiert werden wie organisations- sowie gesellschafts- und umweltbezogene Themen. Dieses Ergebnis ist für sich alleine allerdings wenig überraschend, da Medien bekanntermaßen ihre Themen auch dahingehend selektieren, um persönliche Betroffenheit bei den Rezipienten herzustellen (vgl. Rossmann, 2016, S. 304), wozu sich Individuums-bezogene Themen eher eignen als Themen, die auf abstrakte Strukturen gerichtet sind und die keine unmittelbare Relevanz für die Lebenswelt der Individuen besitzen. Trotzdem kann in Bezug auf die Fragestellung dieser Arbeit festgehalten werden, dass gesundheitsbezogene Themen vorwiegend auf der Mikro Ebene thematisiert werden und dass demgegenüber gesellschaftlich-strukturellen Themen ein verschwindend geringer Anteil zukommt.

#### **F1.2: Welche Ursachen und Erklärungen werden für gesundheitsbezogene Themen in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen hervorgehoben und wird dabei der Einfluss sozialstruktureller Faktoren auf die Gesundheit berücksichtigt?**

Auch diese Forschungsfrage, mit der die kausalen Zuschreibungen für gesundheitsbezogene Phänomene analysiert werden sollten, wurde mit den bisherigen Ergebnissen bereits beantwortet. Zunächst wurde gezeigt, dass Individuums-bezogene Kausalattributionen in Bezug auf alle Gesundheitsthemen zwar überwiegen (46,6%), dass aber auch gesellschafts- und umweltbezogene Ursachen durchaus thematisiert werden (38,8%). Dabei ist hervorzuheben, dass bei Ersterem in etwa die Hälfte auf verhaltensbezogene Faktoren entfällt, was einem Anteil an allen genannten Ursachen von 23,2% gleichkommt und bei Letzterem etwas mehr als die Hälfte auf gesellschaftlich-strukturelle Faktoren entfällt, was einem Anteil von 22,5% gleichkommt. In der thematisch nicht eingeschränkten, allgemeinen Gesundheitsberichterstattung werden somit durchaus multikausale Erklärungen für gesundheitsbezogene Themen angeführt

und der Einfluss sozialstruktureller Faktoren wird zwar nicht besonders stark betont, doch wird er auch nicht gänzlich vernachlässigt. Dazu muss allerdings ergänzt werden, dass bei organisations- sowie gesellschafts- und umweltbezogenen Themen ein Übergewicht der Individuums-bezogenen bzw. der verhaltensbezogenen Kausalattributionen nicht erwartet werden konnte. Insofern überrascht es auch nicht, dass in Bezug auf alle Gesundheitsthemen auch gesellschafts- und umweltbezogene Ursachen einen großen Anteil einnehmen.

Bei individuell zu verortenden Gesundheitsthemen stellt sich die Verteilung etwa anders dar. Hier werden Individuums-bezogene Kausalattributionen stärker betont (59,1%). Die kausalen Zuschreibungen beziehen sich zwar auch auf dieser Analyseebene auf Faktoren, die bei der bio-psychischen Konstitution des Menschen zu verorten sind (17,2%) sowie auf gesellschafts- und umweltbezogene Faktoren (23,7%), doch entfällt bei Letzterem nur etwa ein Viertel auf gesellschaftlich-strukturelle Faktoren (6% Gesamtanteil). Der Anteil der gesellschafts- und umweltbezogenen Erklärungen ist auf dieser Ebene also hauptsächlich über umweltbezogene Faktoren zu erklären, während gesellschaftlich-strukturell zu verortende Ursachen kaum eine Rolle spielen. Dahingegen wurden verhaltensbezogene Faktoren unter allen genannten Ursachen am häufigsten genannt (30% Gesamtanteil). In Bezug auf individuelle Gesundheitsthemen lässt sich also festhalten, dass auch hier ‚über-individuelle‘ Erklärungsfaktoren prinzipiell thematisiert werden, dass aber tendenziell die Individuums-bezogenen Ursachen überwiegen. Das Verhalten wird dabei im Vergleich zu allen anderen Kategorien am stärksten betont, doch lässt sich dabei noch nicht von einem Übergewicht sprechen.

Auch wenn Krankheiten thematisiert wurden bestätigte sich dieser Eindruck. Auf Individuums-bezogene Ursachen entfiel weiterhin der größte Anteil (53,6%), doch nahmen gesellschaftlich-strukturelle Erklärungsfaktoren zu (12,8%), während verhaltensbezogene Kausalattributionen abnahmen (24,7%). Für Krankheiten lässt sich demnach feststellen, dass zwar auch hier Individuums-bezogene Ursachen überwiegen und auf verhaltensbezogene Faktoren der größte Anteil entfällt, dass aber durchaus auch Erklärungen vorgebracht werden, die sich auf ‚über-individuelle‘ Faktoren beziehen, wie die bio-psychische Konstitution des Menschen, die Umwelt, oder gesellschaftsbezogene Faktoren.

Über die Darstellung der Bedingtheit bei gesundheitsbezogenen Phänomenen auf der Mikro Ebene lässt sich also subsumieren, dass diese sich wie erwartet mehrheitlich auf Individuums-bezogene Faktoren beziehen, dass dabei verhaltensbezogene Faktoren den größten Anteil einnehmen und dass gesellschaftlich-strukturelle Faktoren vergleichsweise selten thematisiert

werden. Trotzdem spielen auch ‚über-individuelle‘ Erklärungsfaktoren bei den kausalen Zuschreibungen eine nicht unwesentliche Rolle und insofern kann weder ein starkes Übergewicht der Individuums-bezogenen Ursachen, noch der verhaltensbezogenen Faktoren ausgemacht werden.

### **F1.3. Wird der Interdependenz der verschiedenen Einflussfaktoren auf die Gesundheit in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen Rechnung getragen?**

Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage kann zunächst noch einmal auf die Ergebnisse zu den Ursachen zurückgegriffen werden mit denen gezeigt wurde, dass sich die kausalen Zuschreibungen bzw. deren Analyseebenen meist daran orientieren, auf welcher Ebene das Thema zu verorten ist. So werden individuelle Gesundheitsthemen vorwiegend auf Individuums-bezogene Ursachen zurückgeführt und über-individuelle (also organisationsbezogene, oder gesellschafts- und umweltbezogene) Gesundheitsthemen auf über-individuelle (Mensch; Gesellschaft/ Umwelt). Dies weist darauf hin, dass sich in den medialen Darstellungen die unterschiedlichen Ebenen *tendenziell* nicht beeinflussen. Darüber hinaus wurde gezeigt, dass sich auch die Wirkungsebenen, also die Analyseebenen der thematisierten Auswirkungen, eines gesundheitsbezogenen Themas meist auf der Ebene befinden, auf der auch die jeweilige Thematik verortet wurde. Dies lässt zwar den Schluss zu, dass verschiedenen Bedingungsfaktoren von Gesundheit in ihren Auswirkungen vorwiegend isoliert dargestellt werden, doch wurden diese Ergebnisse auf allen Ebenen ein Stück weit relativiert, sodass auch hier nur von einer *Tendenz* gesprochen werden kann.

Trotzdem kann die Forschungsfrage mit diesen Ergebnissen so beantwortet werden, dass der Interdependenz der verschiedenen Einflussfaktoren auf die Gesundheit nicht in dem Ausmaß Rechnung getragen wird, wie es aufgrund ihrer tatsächlichen Abhängigkeit wünschenswert wäre. Diese Tendenz ist vor allem dahingehend zu kritisieren, als dass dabei der Einfluss ‚über-individueller‘ Faktoren auf den individuellen Gesundheitszustand zu kurz kommt, wenn man von der tatsächlichen Bedeutung dieser Faktoren ausgeht.

**F1: Wie werden Gesundheitsthemen in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen kontextualisiert und welches Bild wird dabei über die Bedingtheit von Gesundheit gezeichnet?**

*H1: Über gesundheitsbezogene Themen wird in österreichischen Tageszeitungen meist in einem ‚individualisierenden‘ Rahmen berichtet und es werden vorwiegend die individuellen Bedingungsfaktoren von Gesundheit betont.*

Angesichts der Ergebnisse wonach vorwiegend über individuelle Gesundheitsthemen berichtet wird, lässt sich zunächst feststellen, dass über Gesundheit tatsächlich meist in einem individualisierten Rahmen berichtet wird. Der Kontext der gesundheitsbezogenen Berichterstattung orientiert sich vorwiegend an Themen, die einen direkten Bezug zum Individuum aufweisen und demnach kann der erste Teil der Hypothese bestätigt werden.

Was die angesprochenen Bedingungsfaktoren der Gesundheit betrifft, so muss dabei zwischen den Ergebnissen zu allen Gesundheitsthemen und den Ergebnissen zu den individuellen Gesundheitsthemen differenziert werden. In Bezug auf die gesamte Gesundheitsberichterstattung kann festgestellt werden, dass durchaus auch ‚über-individuelle‘ Erklärungen vorgebracht werden. Zwar nehmen auch hier Individuums-bezogene Kausalattributionen den Hauptteil ein, doch werden auch bio-psychische (in Bezug auf Individuen, sowie auf den Menschen) und umweltbezogene Erklärungen zu nicht unwesentlichen Teilen angesprochen und auch gesellschaftlich-strukturelle Erklärungen werden durchaus thematisiert.

Besonders hervorzuheben sind jedoch die Ergebnisse zu den individuellen Gesundheitsthemen, da in dieser Untersuchung vor allem dargestellt werden soll, welche Faktoren in der medialen Berichterstattung auf den individuellen Gesundheitszustand einwirken. Insgesamt lässt sich dazu feststellen, dass dabei vorwiegend Ursachen angeführt wurden, die im Einflussbereich des Individuums liegen (vor allem das Verhalten) und dass dabei ein zu schwacher Eindruck darüber entsteht, inwiefern Gesundheit durch gesellschaftlich-strukturelle Faktoren bedingt ist. Trotzdem kann nicht unterstellt werden, dass die Bedingungsfaktoren von Gesundheit gänzlich undifferenziert dargestellt werden, da auch bio-psychische sowie umweltbezogene Erklärungsfaktoren einen maßgeblichen Anteil einnehmen. So kann zwar auch der zweite Teil der Hypothese bestätigt werden, doch muss zur Beantwortung der Forschungsfrage hinzugefügt werden, dass Gesundheit im medial vermittelten Bild oft auf Individuums-bezogene und vor allem auf verhaltensbezogene Faktoren zurückgeführt wird, dass diese allerdings im Vergleich zu den anderen Faktoren nicht stark überwiegen.

## **F2.1: Inwiefern kommt es in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen zu Verweisen auf die individuelle Verantwortung für gesundheitsbezogene Themen?**

Diese Forschungsfrage ist differenziert zu beantworten. Wie die Ergebnisse zeigen, kommt es bei Individuums-bezogenen Themen nur in den wenigsten Fällen zu expliziten Schuldzuweisungen für Krankheiten. Relativ häufig finden sich aber Verweise auf die Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit, sowie für die des nahen Umfelds. Zudem ist bei einem Großteil der Artikel ein impliziter oder expliziter Verweis auf die Selbstwirksamkeit in Bezug auf die eigene Gesundheit zu finden.

Es kann also subsumiert werden, dass bei individuellen Gesundheitsthemen zwar kaum explizite Schuldzuweisungen stattfinden, dass aber Verweise auf die Machbarkeit und die individuelle Gestaltbarkeit der Gesundheit absolut üblich sind, was durchaus als Indiz dafür gewertet werden kann, dass häufig Botschaften transportiert werden, die implizit auf die Eigenverantwortung der Individuen verweisen.

## **F2.2: Welche Lösungen werden für gesundheitsrelevante Fragestellungen in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen hervorgehoben?**

Diese Forschungsfrage wurde mit der bisherigen Darstellung der Ergebnisse bereits beantwortet. Grundsätzlich beziehen sich vorgeschlagene Lösungen oder Interventionen für alle angesprochenen gesundheitsbezogenen Themen zu etwa zwei Dritteln auf das Individuum (66,9%) und zu etwa einem Drittel auf die Gesellschaft bzw. die Umwelt (32,3%). Bei Letzterem entfällt der Hauptteil in diesem Fall sogar auf gesellschaftlich-strukturelle Faktoren (23,2%), doch ist dabei wiederum zu bedenken, dass sich ‚Lösungen‘ auf veränderbare Größen beziehen, was auf umweltbezogene Faktoren nur bedingt zutreffen kann. Insgesamt überwiegen aber Individuums-bezogene Faktoren, wobei ein deutliches Übergewicht auf verhaltensbezogenen Lösungen liegt (41,7%). Dabei ist besonders hervorzuheben, dass sich diese Verteilung so klar darstellt, obwohl hier noch keine Einschränkung auf bestimmte Gesundheitsthemen vorgenommen wurde. Daraus lässt sich die Aussage ableiten, dass sich gesundheitsbezogene Lösungsvorschläge in der medialen Berichterstattung *grundsätzlich* überwiegend an individuell beeinflussbaren Faktoren orientieren.

Trotzdem interessieren auch hier wieder vor allem die individuellen Gesundheitsthemen. Dabei bestätigt sich dieses Bild nicht nur, sondern spitzt sich noch deutlich zu. Individuums-bezogene Faktoren (84,3%), sowie die darin enthaltenen verhaltensbezogene Faktoren

(55,1%) werden auf dieser Ebene noch häufiger genannt, während Gesellschaft und Umwelt noch seltener als Interventionsebene angesprochen werden (15,1%). Auch wenn Krankheiten thematisiert wurden, bestätigte sich dieser Trend. Bei allen einzelnen Krankheiten zeigte sich, dass Individuums-bezogene und dabei verhaltensbezogene Lösungen immer am stärksten betont werden und dass demgegenüber gesellschafts- und umweltbezogene Lösungen viel seltener angesprochen werden.

Es kann also subsumiert werden, dass bei den in der Berichterstattung angesprochenen Lösungen und Interventionen, die Individuums-bezogenen und dabei vor allem die verhaltensbezogenen Faktoren deutlich überwiegen, was besonderes stark für individuelle Gesundheitsthemen (Mikro Ebene sowie Krankheiten) gilt.

### **F 2.3.: Inwiefern wird die sozialstrukturelle Abhängigkeit von individuellen Verhaltensweisen in der Gesundheitsberichterstattung berücksichtigt?**

Aufgrund der Annahme, dass verhaltensbezogene Faktoren besonders oft thematisiert werden, sollte mit dieser Forschungsfrage überprüft werden, ob gesundheitsbezogene Verhaltensweisen hinsichtlich ihrer Durchführbarkeit in der Berichterstattung auf irgendeine Weise relativiert werden bzw. ob Faktoren genannt werden, die auf diese Verhaltensweisen erschwerend einwirken, was implizite Verweise auf die gesundheitsbezogene Eigenverantwortung ein Stück weit abschwächen würde.

Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl in Bezug auf verhaltensbezogene Ursachen als auch in Bezug auf verhaltensbezogene Lösungen solche Faktoren nur äußerst selten angesprochen werden (in 6,6% bzw. in 5,7% der relevanten Artikel). Demnach kann darauf geschlossen werden, dass nicht nur die sozialstrukturelle Abhängigkeit von individuellen Verhaltensweisen kaum berücksichtigt wird, sondern dass im Kontext gesundheitsbezogener Berichterstattung ganz allgemein kaum Faktoren thematisiert werden, die sich auf gesundheitsbezogene Verhaltensweisen erschwerend auswirken.

## **F2: Welches Bild wird in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen hinsichtlich der Verantwortung für gesundheitliche Themen gezeichnet?**

*H2: Die Verantwortung für gesundheitsbezogene Themen wird in der österreichischen Berichterstattung in Tageszeitungen vorwiegend Individuen zugeschrieben, während gesellschaftlich/strukturelle Verantwortlichkeiten kaum betont werden.*

Angesichts der Ergebnisse die zur Beantwortung der drei Teilforschungsfragen herangezogen wurden, lässt sich diese Hypothese bestätigen. Es kommt häufig zu impliziten Verweisen auf die Selbstwirksamkeit, sowie auf die Selbstverantwortung in Bezug auf die eigene Gesundheit. Zudem ist ein starkes Übergewicht Individuums-bezogener Lösungen zu beobachten, wobei besonders verhaltensbezogene Faktoren betont werden. Dies zeigt sich bereits in Bezug auf alle Gesundheitsthemen, besonders deutlich wird dies jedoch bei individuellen Gesundheitsthemen sichtbar, für die fast ausschließlich Individuums-bezogene Lösungen angesprochen werden. Des Weiteren kommt es nur in seltenen Fällen zu einem Hinweis auf Faktoren, die auf das Verhalten erschwerend einwirken.

Dies legt in Summe eine Sichtweise nahe, wonach gesundheitsbezogene Probleme vorwiegend durch individuelle Verhaltensweisen gelöst werden und wonach diese Verhaltensweisen als unabhängige Entscheidungen zu betrachten sind, die durch keine äußeren Bedingungen beeinflusst werden und die somit ausschließlich im Verantwortungsbereich des Individuums liegen. Mit diesen Tendenzen wird in der gesundheitsbezogenen Berichterstattung ein Bild vermittelt, in dem die Verantwortung für gesundheitsbezogene Phänomene vorwiegend beim Individuum verortet wird. Zwar werden bei Gesundheitsthemen auf der Meso und der Makro Ebene durchaus auch Lösungsansätze erwähnt, die bei gesellschaftlich-strukturellen Faktoren ansetzen, doch auf der Mikro Ebene beschränken sich diese selten thematisierten Faktoren auf einzelne Themen bzw. Krankheiten und konzentrieren sich zudem meist auf die Bereiche Politik, Gesundheitswesen und Wissenschaft/ Forschung/ Medizin.

### 5.3.7. Fazit:

Diese Untersuchung zeigt, dass ‚Gesundheit‘ in der Berichterstattung österreichischer Tageszeitungen weitgehend als ein individualisiertes Phänomen dargestellt wird. Dies wird zunächst daran deutlich, dass vorwiegend über Themen berichtet wird, die sich auf individuelle Dimensionen der Gesundheit beziehen. Dieser Umstand ist für sich zwar noch wenig überraschend und kann über medienspezifische Selektions- und Darstellungszwänge (vgl. Fromm, 2011, S. 62) erklärt werden, die dazu führen, dass in den Medien alltagspraktische Gesundheitsthemen überwiegen, zu denen das Publikum einen direkten Bezug findet und sich angesprochen fühlt. Doch wird durch diese Themenauswahl im Sinne der Agenda-Setting Theorie bereits eine erste Relevanzzuschreibung der unterschiedlichen Gesundheitsthemen vorgenommen und es wird ein Bezugsrahmen für Gesundheit geschaffen, der sich vorwiegend auf individuelle Dimensionen bezieht.

Weiters zeigt sich eine Tendenz zu individualisierenden Darstellungen auch an den Kausalattributionen, die in Bezug auf gesundheitsbezogene Phänomene auf der Mikro Ebene angesprochen werden, also an den Ursachen auf die diese Phänomene zurückgeführt werden. Diese Phänomene werden überwiegend auf Individuums-bezogene Ursachen zurückgeführt, während ‚über-individuelle‘ Ursachen deutlich seltener angesprochen werden. Es entsteht dadurch ein Bild mit dem nahegelegt wird, dass Themen, die einen direkten Bezug zum Individuum aufweisen und auf dieser Analyseebene sichtbar werden, tendenziell durch Faktoren beeinflusst sind, die das Individuum selbst steuern kann.

Darüber hinaus ist eine ‚individualisierende‘ Darstellungsweise von Gesundheit insbesondere an den Verantwortungsattributionen abzulesen, also an den Faktoren, die in der Berichterstattung als Lösung oder als Interventionspunkt ausgemacht werden, um auf gesundheitsbezogene Phänomene einzuwirken. Hier zeigt sich ein starkes Übergewicht der Individuums-bezogenen Lösungen (gegenüber gesellschaftsbezogenen Lösungen und strukturellen Lösungen) bereits in Bezug auf die allgemeine Gesundheitsberichterstattung, in besonders starkem Ausmaß jedoch bei Gesundheitsthemen auf der Mikro Ebene. Hervorzuheben ist dabei auch, dass unter den Individuums-bezogenen Lösungen vor allem die verhaltensbezogenen Faktoren betont werden, auf die eindeutig der Hauptteil aller angesprochenen Lösungen entfällt. So wird ein Bild nahegelegt, wonach bereits bestehende, gesundheitsbezogene Probleme vorwiegend durch individuelle Verhaltensweisen gelöst werden.

Es muss resümiert werden, dass die Ursachen differenzierter dargestellt werden als die Lösungen für gesundheitsbezogene Phänomene, doch kann mit diesen Ergebnissen trotzdem der allgemeine Schluss gezogen werden, dass Gesundheit in der Gesundheitsberichterstattung

österreichischer Tageszeitungen vorwiegend als ein individuell beeinflusstes und individuell zu beeinflussendes Phänomen dargestellt wird, da bei all den oben genannten Elementen Individuums-bezogenen Dimensionen am stärksten betont werden. Darüber hinaus kann eine Tendenz festgestellt werden, wonach unter diesen Dimensionen insbesondere die verhaltensbezogenen Faktoren hervorgehoben werden, während die ‚über individuellen‘ Dimensionen, und dabei vor allem die gesellschaftlich-strukturellen Faktoren, vernachlässigt werden. Dadurch entsteht in der Darstellung der medialen Berichterstattung kaum ein Eindruck darüber, inwiefern individuelle Gesundheitsthemen auch mit gesellschaftlich-strukturellen Dimensionen der Gesundheit assoziiert sind. Dies lässt sich einerseits an der Darstellung der Bedingtheit von Gesundheit ablesen (Ursachen) und andererseits an der Darstellung der Verantwortung für gesundheitsbezogene Probleme, wobei anhand mehrerer Faktoren gezeigt wurde, dass die Eigenverantwortung der Individuen stark betont wird (Lösungen, Selbstwirksamkeit, Selbstverantwortung).

## **6. Schlussbetrachtung**

In dieser Arbeit wurde argumentiert, dass die Gesundheitskommunikation zu einer Ungleichverteilung der Gesundheit in unserer Gesellschaft beiträgt, da sie die kulturell hegemonialen Auffassungen bestätigt, die diese Ungleichverteilung maßgeblich hervorrufen. Diese Argumentation wurde in mehreren Schritten entfaltet. Zunächst wurde gezeigt, wie sich die kulturell hegemonialen Auffassungen, die unter dem Begriff ‚Gesundheitskonzept‘ zusammengefasst wurden, und die momentanen ‚Trends‘ in Bezug auf Gesundheit genau ausgestalten. Dabei wurde insbesondere die starke Subjektorientierung bzw. die Orientierung an individuellen Dimensionen sowie die Forderung nach Eigenverantwortung herausgestellt und es wurde gezeigt, dass sich diese Elemente darauf zurückführen lassen, wie sich das Gesundheitskonzept historisch entwickelte, durch welche Interessen es beeinflusst wurde und welche Funktionen es für bestimmte gesellschaftliche Segmente erfüllt.

Demgegenüber wurde in einem nächsten Schritt anhand des gesundheitssoziologischen und sozialeepidemiologischen Forschungsstands veranschaulicht, dass neben den individuellen Dimensionen vor allem die sozialen und gesellschaftlichen Verhältnisse als zentrale Gesundheitsdeterminanten auszumachen sind. Was die Annahmen über die Bedingtheit und die relevanten Bedingungsfaktoren der Gesundheit betrifft, greift die kulturell vorherrschende Vorstellung demnach zu kurz und ist unvollständig. Diese Diskrepanz zwischen der kulturell vorherrschenden Vorstellung und den realen Verhältnissen wurde vor allem darum als problematisch betrachtet, da dadurch eine Ungleichverteilung der Gesundheit in der Gesellschaft gefördert wird. Denn Gesundheit ist in hohem Maße abhängig von sozialstrukturellen Faktoren. Diese bestimmen die Lebenswelten der Individuen, sie strukturieren deren gesellschaftliche Möglichkeiten vor, sie wirken darauf ein wie sich Individuen verhalten und beeinflussen dadurch die Gesundheit. Allerdings sind diese Faktoren, sowie die gesellschaftlichen Vor- und Nachteile die mit ihnen einhergehen, in der Gesellschaft nicht gleich verteilt, was an der gesundheitlichen Ungleichheit sichtbar wird. Es wurde gezeigt, dass in Bezug auf die Ressourcen, die für eine gute Gesundheit notwendig sind, eine ungleiche Ausgangslage herrscht und dass daher nicht jedes Individuum dieselben Möglichkeiten besitzt, Gesundheit zu realisieren. Vor diesem Hintergrund wurde vor allem die momentane Forderung nach Eigenverantwortung kritisiert, sowie die entsprechenden Umgestaltungen im Gesundheitswesen, die auf der Annahme beruhen, jedes Individuum könne sich gleichermaßen für Gesundheit „entscheiden“.

Im Spannungsfeld dieser beiden Perspektiven auf Gesundheit wurde schließlich die Rolle der Gesundheitskommunikation behandelt. Die Kommunikation über Gesundheit ist im Kontext der beschriebenen Problematik insofern relevant, als dass sie die gesundheitsbezogenen Vorstellungen konsolidiert, mit denen die individuellen Dimensionen von Gesundheit unverhältnismäßig stark betont werden, während der Einfluss der sozialstrukturellen ‚Verhältnissfaktoren‘ weitgehend unberücksichtigt bleibt. Zunächst wurde dabei gezeigt, dass sich bereits die fachliche Ausrichtung der Gesundheitskommunikation weitgehend an der Schwerpunktsetzung der kulturell dominanten Vorstellung von Gesundheit orientiert. Den meisten theoretischen Modellen und Studien ist eine subjektzentrierte Perspektive auf Gesundheit inhärent und sie zielen vorwiegend auf die persuasive Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens, wobei der sozialstrukturelle Kontext der Individuen, wenn überhaupt, nicht in vollem Umfang berücksichtigt wird. Des Weiteren wurde das Wirkungsmodell kritisiert, das den informativen und auf Prävention ausgerichteten Formen der massenmedialen Gesundheitskommunikation zugrunde liegt. Auch damit wird das Verhalten der Individuen als die ausschlaggebende Dimension der Gesundheit vorausgesetzt, gleichzeitig wird aber dessen Abhängigkeit von sozialstrukturellen Faktoren nicht ausreichend berücksichtigt. Hinführend auf die empirische Untersuchung wurde schließlich noch die Gesundheitsberichterstattung als spezifische Form der informativen Gesundheitskommunikation behandelt. Dabei wurde die Wirkungsweise massenmedialer Darstellungen auf die Wahrnehmungen der Rezipienten umrissen sowie die bisherigen theoretischen und empirischen Befunde zu verzerrenden Darstellungsmustern der Medien vorgestellt, wobei vor allem die Muster hervorgehoben wurden, mit denen eine Überbetonung individueller Faktoren bzw. eine Überbetonung individueller Verantwortung für gesundheitsbezogene Phänomene gefasst werden kann.

Mit der darauf aufbauenden, inhaltsanalytischen Untersuchung konnte schließlich bestätigt werden, dass die Gesundheitsberichterstattung in den 4 analysierten österreichischen Tageszeitungen die kulturell vorherrschende Auffassung von Gesundheit weitgehend wiedergibt, vor allem was die Betonung der individuellen Dimensionen, der individuellen Ursächlichkeit und der individuellen Verantwortung für die eigene Gesundheit betrifft. Allerdings konnte nicht bestätigt werden, dass die Bedingtheit der Gesundheit vorwiegend an verhaltensbezogenen Faktoren festgemacht wird, obwohl auch dabei ein Individuums-zentriertes Bild entsteht. In Bezug auf die Verantwortungszuschreibungen ergab sich jedoch ein konträres Bild. Denn die Lösungen orientieren sich überwiegend an verhaltensbezogenen Faktoren. Dadurch wird eine Sichtweise nahegelegt, wonach vor allem das Individuum für die Verbesserung gesund-

heitsbezogener Probleme verantwortlich ist. Die theoretisch abgeleitete Annahme in Bezug auf die verhaltensbezogenen Dimensionen konnte somit nur teilweise bestätigt werden.

Trotzdem kann unter Bezugnahme auf die theoretischen Modelle, mit denen die Wirkung von massenmedialen Darstellungen auf allgemeine Wahrnehmungen beschrieben wurde, davon ausgegangen werden, dass die Individuums-zentrierte Gesundheitsberichterstattung entsprechende Vorstellungen bei den Rezipienten fördert, oder zumindest konsolidiert. Und aufgrund dessen kommt die vorliegende Arbeit zu dem allgemeinen Schluss, dass die gesundheitsbezogene Berichterstattung und die medialen Repräsentationen von Gesundheit in die Problematik der gesundheitlichen Ungleichheit eingebunden sind. Sie geben die zugrunde gelegten Annahmen wieder, dass Gesundheit vorwiegend durch individuell zu verantwortende Faktoren bedingt ist und beeinflusst werden kann. Zudem bestätigen sie tendenziell einen Fokus auf das Verhalten. Dies trägt dazu bei, dass Tendenzen wie die Forderungen nach Eigenverantwortung oder die zunehmende Übertragung der (finanziellen) Verantwortung auf das Individuum im Gesundheitswesen gerechtfertigt werden können und legitim erscheinen, obwohl dies den Erkenntnissen und empirischen Befunden der gesundheitssoziologischen und sozialegpidemiologischen Forschung widerspricht.

### **6.1. Ausblick Gesundheitsberichterstattung**

Die mediale Gesundheitsberichterstattung wurde in dieser Arbeit hinsichtlich ihrer Wirkung auf die Vorstellungen und Wahrnehmungen der Bevölkerung kritisiert. Und auch wenn dieser Kritikpunkt weiterhin unvermindert zutrifft, so muss doch darauf hingewiesen werden, dass die verzerrenden Darstellungen der Medien teilweise auch darüber zu erklären sind, welche Produktionsbedingungen in Medienunternehmen vorherrschen (vgl. Fromm, 2011, S. 61). Der Medienwandel, die damit verbundenen Beschleunigungsprozesse in der journalistischen Recherche und nicht zuletzt auch die prekären Beschäftigungsverhältnisse (vgl. Bichler; Kaltenbrunner, 2015, S. 46) erschweren die Bedingungen unter denen korrekte und angemessene Gesundheitsinformationen bereitgestellt werden können (vgl. Kerschner; u.a., 2015). Darüber hinaus ist zu bedenken, dass es sich auch bei der Berichterstattung über Gesundheit um eine Form des Journalismus handelt, die denselben Regeln folgt wie jede andere Form des Journalismus (vgl. Wormer, 2014, zit. nach Rossmann, 2016, S. 304)<sup>63</sup>. „Interessant ist, was neu, überraschend und negativ ist, eine hohe Reichweite, geografische und soziale Nähe, Betrof-

---

<sup>63</sup> Wormer, H. (2014): Medizin- und Gesundheitsjournalismus. In: Hurrelmann, K.; Baumann, E. (2014): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Hans-Huber

fenheit, Prominenz und Emotionalisierung mit sich bringt und somit viele sog. Nachrichtenfaktoren abdeckt. Diese Faktoren haben nicht nur einen Einfluss darauf, was selektiert und wie berichtet wird, sondern auch wie die Beiträge aufbereitet werden“ (Rossmann, 2016, S. 304). Zudem beruhen die spezifischen Ausgestaltungen der Beiträge oft nicht nur auf den freien Entscheidungen der Gesundheitsjournalisten, da diese einer Vielzahl von Interessen ausgesetzt sind. So erwarten etwa Pharmakonzerne, Behörden oder Berufsverbände, dass ihre Botschaften in den Medien transportiert werden (vgl. New Health Economy, 2013, S. 11). Welche genauen Inhalte in der Gesundheitsberichterstattung wiedergegeben werden und wie sich diese Inhalte genau ausgestalten, ist also auch von weiteren Bedingungen beeinflusst. Auch die Tendenz in der Gesundheitsberichterstattung in Richtung eines präventiv ausgerichteten Ratgeberjournalismus, in dem Tipps zur gesunden Lebensführung, zur Bewegung oder zur Ernährung gegeben werden (vgl. New Health Economy, 2013, S. 11) ist zum Teil durch diese Bedingungen zu erklären und vor diesem Hintergrund lässt sich etwa auch besser verstehen, warum die Ergebnisse der hier durchgeführten Untersuchung gerade bei den Lösungen so deutlich auf das individuelle Verhalten verweisen.

Doch auch wenn mit diesen Bedingungen der journalistischen Produktion die Verantwortlichkeit der Medien bzw. der einzelnen Journalisten ein Stück weit relativiert wird, so schmälert dies weder die Wirkung der medialen Darstellungen auf die Rezipienten, noch die Problematik in die diese Darstellungen eingebunden sind. Vor dem Hintergrund dieses Zusammenhangs sollte es ein zentrales, gesellschaftliches Anliegen sein, die medialen Repräsentationen von Gesundheit so zu gestalten, dass sie die realen Verhältnisse angemessener und ausgewogener wiedergeben, vor allem was die Darstellung der Möglichkeiten der individuellen Einflussnahme auf die Gesundheit betrifft. Denn die grundsätzliche Thematik der verzerrten Wiedergabe der Realität durch die Medien stellt sich im Falle von ‚Gesundheit‘ nicht nur als ein medienethisches Problem dar, sondern ist darüber hinaus als ein Problem der sozialen Gerechtigkeit in einer Gesellschaft zu betrachten. Das medial vermittelte Bild von Gesundheit wirkt sich darauf aus wie dieser zentrale Wert, der die Lebenschancen und Lebensqualität der Individuen weitgehend bestimmt, wahrgenommen und gesellschaftlich organisiert wird. Und vor diesem Hintergrund muss es für die Gesundheitskommunikation darum gehen, ein gerechtes und angemessenes Bild zu vermitteln, um Wahrnehmungen in der Gesellschaft zu etablieren, mit denen soziale Ungleichheiten berücksichtigt und, so weit wie möglich, abgebaut werden können. Insbesondere den informativen Formen der medialen Gesundheitskommunikation kommt dabei eine wichtige Rolle zu, da deren Abbildungen der Realität eine hohe Glaubwürdigkeit zukommt.

Als mögliche Maßnahme, um eine angemessenere und ausgewogenere Berichterstattung zu gewährleisten, kommt zunächst die bessere Ausbildung von Journalisten in Frage (vgl. Rossmann, 2016, S. 307). Gesundheitsjournalisten sollten in der Lage sein, die richtigen Fragen zur Gesicherheit und Ungesicherheit wissenschaftlichen Wissens zu stellen (vgl. Ruhrmann; Guenther, 2014, S. 191), worunter auch die Einordnung von gesundheitsbezogenen Themen in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext verstanden werden kann. In diesem Sinne wäre auch die Thematisierung anderer wissenschaftlicher Positionen als der medizinischen wünschenswert, da dadurch ein breiteres Bild über die Bedingtheit der Gesundheit vermittelt werden könnte. Weiters wäre es von zentraler Bedeutung, die Unabhängigkeit von Gesundheitsjournalisten zu gewährleisten und vermehrt sicherzustellen, dass die gesundheitsbezogenen Darstellungen in den Medien weniger durch wirtschaftliche oder politische Interessen bestimmt werden. Darüber hinaus könnte auch die Wissenschaft dazu beitragen, indem Qualitätskriterien für gesundheitsbezogene Berichterstattung erstellt werden, an denen sich Gesundheitsjournalisten orientieren können (vgl. Ruhrmann; Guenther, 2014, S. 191). Unter diesem Ansatz kann auch der Vorschlag gefasst werden besonders gute, ausgeglichene und angemessene Gesundheitsberichterstattung auszuzeichnen und mit einem Kennzeichen zu versehen, was den Rezipienten eine bessere Orientierung verschaffen könnte (vgl. New Health Economy, 2013, S. 13).

Es bleibt zwar zu fragen bis zu welchem Grad diese Maßnahmen eine ‚angemessene‘ Darstellung der Gesundheit, wie sie in dieser Arbeit umrissen wurde, ermöglichen würden - gerade vor dem Hintergrund der heutigen, journalistischen Produktionsbedingungen. Doch bietet genau dies auch einen ersten Ansatzpunkt weiterer Forschungen auf diesem Gebiet. Interessant wäre außerdem, welche Ergebnisse ähnliche Untersuchungen in Bezug auf andere Medienformate hervorbringen könnten, wobei vor allem Fernsehsendungen hervorzuheben sind, aufgrund ihrer Relevanz als Quelle für Gesundheitsinformationen. Ein weiterer, dringender Ansatzpunkt für ähnliche Forschungen wäre es, die Wirkung der Gesundheitsberichterstattung auf die Rezipienten zu konkretisieren. Unter Berücksichtigung soziologischer Theorien und Erkenntnisse zu sozialstatusspezifischen Unterschieden könnten dabei insbesondere qualitative Untersuchungen an den Rezipienten selbst fruchtbar sein. Und nicht zuletzt wäre eine interdisziplinäre Untersuchung der Wirkung des allgemein vorherrschenden Gesundheitskonzepts auf politische Entscheidungen im Gesundheitsbereich von höchster Relevanz um das Zusammenwirken der hier thematisierten Bereiche im Hinblick auf die ungleichen, gesellschaftlichen Bedingungen in Bezug auf Gesundheit zu konkretisieren.



## **7. Quellenverzeichnis:**

Abel, Thomas; Abraham, Andrea, Sommerhalder, Kathrin (2009): Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In: Hurrelmann Klaus; Richter, Matthias (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS-Verlag.

Baumann, Eva; Hastall, Matthias, R.; Rossman, Constanze (2014): Kommunikationswissenschaftliche Grundlagen der Gesundheitskommunikation. In: Baumann, Eva; Hurrelmann, Klaus (Hg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Huber Verlag, S. 81-94.

Baumann, Eva; Hurrelmann, Klaus (2014): Gesundheitskommunikation: Eine Einführung. In: Baumann, Eva; Hurrelmann, Klaus (Hg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Huber Verlag, S. 8-18.

Bonfadelli, Heinz (2014): Gesundheitskommunikation. Ein Forschungsfeld in Bewegung. In: Baumann, Eva; Hastall, Matthias; u.a. (Hg.): Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikationswissenschaft. Baden-Baden: Nomos.

Bourdieu, Pierre (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, Reinhard (Hg.): Soziale Ungleichheiten. (Soziale Welt Sonderband 2), Göttingen, S. 183-198.

Brosius, Hans-Bernd; Haas, Alexander; Koschel, Friederike (2012): Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag.

Brunett, Regina (2007): Foucaults Beitrag zur Analyse der neuen Kultur von Gesundheit. In: Anhorn, Roland (Hg): Foucaults Machtanalytik und soziale Arbeit. Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme. Wiesbaden: VS Verlag

Brunett, Regina (2009): Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus. Bielefeld: Transcript Verlag

Burzan, Nicole (2011): Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien. Wiesbaden: VS Verlag.

Bödeker, Malte; Schnabel, Peter-Ernst (2012): Gesundheitskommunikation: mehr als nur das Reden über Krankheit. Weinheim/ Basel: Juventa

Capalla, Joseph N.; Fishbein, Martin (2006): The role of Theory in Developing Effective Health Communications. In: Journal of Communication, Vol. 56, S. 1-17.

Coleman, Renita; Thorson, Esther; Willkins, Lee (2011): Testing the Effect of Framing and Sourcing in Health News Stories. In: Journal of Health Communication, Vol. 16 (9), S. 941-954.

Collyer, Fran (2004): The Corporatisation and Commercialisation of CAM. In: Tovey, Philip; Easthope, Gary; Adams, John (Hg): The mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine. Studies in Social Context. London: Routledge.

Conrad, Peter (2007): Expansio: From Hyperactive Children to Adult ADHD. In: Conrad, Peter (Hg.): The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. Baltimore: John Hopkins University Press, S. 46-69

Engelhardt, Dietrich von (2004): Der Gesundheitsbegriff im Wandel der Geschichte. In: Widerspruch, Vol. 42, S. 25–36

Fishbein, Martin; Capella, Joseph N. (2006): The Role of Theory in Developing Effective Health Communications. In: Journal of Communication, Vol. 56, S. 1-17

Fleck, Ludwig (1980): Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag

Foucault, Michel (1976): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt am Main/ Wien: Ullstein

Foucault; Michel (2003a): Die Gesundheitspolitik im 18. Jahrhundert. In: Defert, Daniel; Ewald, Francois (Hg.): Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits, Band 3, 1976-1979. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 19-37

Foucault; Michel (2003b): Krise der Medizin oder Krise der Antimedizin. In: Defert, Daniel; Ewald, Francois (Hg.): Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits, Band 3, 1976-1979. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 54-76

Foucault; Michel (2003c): Die Geburt der Sozialmedizin. In: Defert, Daniel; Ewald, Francois (Hg.): Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits, Band 3, 1976-1979. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 272-297

Fromm, Bettina; Baumann, Eva; Lampert, Claudia (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Giesecke, Johannes; Müters, Stephan (2009): Strukturelle und verhaltensbezogene Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit: Methodische Überlegungen zur Ermittlung der Erklärungsanteile. In: Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS-Verlag.

Guttman, Nurit; Ressler, William Harris (2001): Ethical Issues in Appeals to Personal Responsibility in Health Campaigns. In: Journal of Health Communication. Vol. 6, S. 117-136

Guttman, Nurit; Salmon, Charles T. (2004): Guilt, fear, stigma and knowledge gaps: ethical issues in public health communication interventions. In: Bioethics Vol. 18 (6)

Hartung, Uwe; Schulz, Peter J. (2014): Trends und Perspektiven der Gesundheitskommunikation. In: Baumann, Eva; Hurrelmann, Klaus (Hg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Huber Verlag, S. 20-33

Helmert, Uwe; Schorb, Friedrich (2009): Die Bedeutung verhaltensbezogener Faktoren im Kontext der sozialen Ungleichheit der Gesundheit. In: Hurrelmann Klaus; Richter, Matthias (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS-Verlag

Hensen, Gregor; Hensen, Peter (2008a): Vorwort. In: Hensen, Gregor; Hensen, Peter (Hg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden: VS-Verlag

Hensen, Gregor; Hensen, Peter (2008b): Das Gesundheitswesen im Wandel sozialstaatlicher Wirklichkeiten. In: Hensen, Gregor; Hensen, Peter (Hg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden: VS-Verlag

Hensen, Peter (2011): Die gesunde Gesellschaft und ihre Ökonomie – vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft. In: Hensen, Peter; Kölzer, Christian (Hg.): Die gesunde Gesellschaft. Sozioökonomische Perspektiven und sozialetische Herausforderungen. Wiesbaden: VS-Verlag

House, J.S.; Umberson, D.; Landis, K.R. (1998): Structures and Processes of Social Support. In: Annual Review of Sociology, Vol. 14, S. 293-318

House, J. S. (2002): Understanding Social Factors and Inequalities in Health: 20<sup>th</sup> Century Progress and 21<sup>st</sup> Century Prospects. In: Journal of Health and Social Behaviour, Vol. 43, S. 125-142

Hradil, Stefan (2009): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Hurrelmann Klaus; Richter, Matthias (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS-Verlag

Hurrelmann, Klaus; Leppin, Anja (2001): Moderne Gesundheitskommunikation – Eine Einführung. In: In: Hurrelmann, Klaus; Leppin, Anja (Hg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Verlag Hans Huber, S. 9-22

Hurrelmann, Klaus (2006): Gesundheitssoziologie: eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa Verlag

Hurrelmann Klaus; Richter, Matthias (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Hurrelmann Klaus; Richter, Matthias (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS-Verlag

Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. Weinheim: Beltz Juventa Verlag

Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias (Hg.) (2016): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer

Jäckel, Michael (2012): Medienwirkungen kompakt: Einführung in ein dynamisches Forschungsfeld. Wiesbaden: VS Verlag.

Jensen, J.D.; Moriarty, C.M.; Hurley, R.J.; Stryker, E. (2010): Making Sense of Cancer News Coverage Trends: A Comparison of Three Comprehensive Content Analyses. In: Journal of Health Communication; Vol. 15 (2), S. 136 – 151

Jungbauer-Gans, Monika (2006): Sozialstrukturelle und kulturelle Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit. In: Wendt, Klaus; Wolf, Christof (Hg.): Soziologie der Gesundheit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 46. Wiesbaden: VS-Verlag.

Jungbauer-Gans, Monika; Gross, Christiane (2009): Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen. In: Hurrelmann Klaus; Richter, Matthias (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS-Verlag

Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung

Klocke, Andreas (2006): Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen im Jugendalter. Sozioökonomische, kulturelle und geschlechtsspezifische Einflussfaktoren im internationalen Vergleich. In: In: Wendt, Klaus; Wolf, Christof (Hg.): Soziologie der Gesundheit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 46. Wiesbaden: VS-Verlag

Kohring; Matthias; Matthes, Jörg (2002): The face(t)s of biotech in the nineties: how the german press framed modern biotechnology. In: Public Understanding of Science, Vol. 11, S. 143-154

Krause, Regina (1989): Gesundheit verkaufen. Praxis der Gesundheitskommunikation. Sankt-Augustin: Asgard-Verlag

Labisch, Alfons (1992): Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt/ New York: Campus Verlag

Loss, J.; Nagel, E. (2009): Probleme und ethische Herausforderungen bei der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskommunikation. In: Bundesgesundheitsblatt, Vol. 52 (5) Springer Medizin Verlag, S. 502-511

Lupton, Deborah (1997): Foucault and the medicalisation critique. In: Bunton, Robin; Petersen, Alan (Hg.): Foucault, Health and Medicine. London: Routledge

Maurer; Marcus; Reinemann, Carsten (2006): Medieninhalte: eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag

Mazumdar, Pravu (2004): Der Gesundheitsimperativ. In: Widerspruch, Vol. 42, S. 11-24

McKeown, T. (1982): Die Bedeutung der Medizin. Frankfurt a.M.: Suhrkamp

Merten, Klaus (1995): Inhaltsanalyse. Einführung in Theorie, Methode und Praxis. Opladen: Westdeutscher Verlag

Mielck, Andreas; Richter; Matthias (2000): Strukturelle und verhaltensbezogene Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Vol. 8 (3), S. 198-215

Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber Verlag

Noack, Horst (1993): Gesundheit: Medizinische, psychologische und soziologische Konzepte. In: Gawetz, Reinhard; Novak, Peter (Hg.): Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Konzepte. Ulm: Universitätsverlag

Patera, Nikolaus (2011): Einkommen und Gesundheit: Soziale Determinanten von Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit. In: Soziale Sicherheit. Heft 1

Pschyrembel, Willibald (2002): Klinisches Wörterbuch. Berlin: de Gruyter

Rossmann, Constanze (2016): Die mediale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit. In: Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer

Rössler, Patrick; Geise, Stephanie (2013): Standardisierte Inhaltsanalyse: Grundprinzipien, Einsatz und Anwendung. In: Möhring, Wiebke; Schlütz, Daniela (Hg.): Handbuch standardisierte Erhebungsverfahren in der Kommunikationswissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag

Ruhrmann, Georg; Guenther, Lars (2014): Medienberichterstattung über Gesundheitsrisiken. In: Baumann, Eva; Hurrelmann, Klaus (Hg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Huber Verlag

Sackmann, Reinhold (2004): Internationalisierung von Bildungsmärkten? Empirische Daten zur Kommerzialisierung von Bildung in Deutschland und den USA. In: Beiträge zur Hochschulforschung 26, 4: 62-92

Schnabel, Peter-Ernst (2007): Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren. Besonderheiten, Leistungen und potenzielle aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandeln. Weinheim/ München.

Schnabel, Peter-Ernst (2009): Kommunikation im Gesundheitswesen – Problemfelder und Chancen. In: Roski, Reinhold (Hg.): Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder. Wiesbaden: VS Verlag

Scherr, Sebastian (2014): Gesundheit in den Medien und die Bedeutung von Medieninhalten für die Gesundheit. In: Baumann, Eva; Hurrelmann, Klaus (Hg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Huber Verlag, S. 239-252

Schmidt, Bettina (2010): Der kleine Unterschied: Gesundheit fördern – und fordern. In: Paul, Bettina; Schmidt-Semisch, Henning (Hg.): Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft. Wiesbaden: VS-Verlag

Schmidt-Semisch, Henning; Paul, Bettina (2010): Risiko Gesundheit. Eine Einführung. In: Paul, Bettina; Schmidt-Semisch, Henning (Hg.): Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft. Wiesbaden: VS-Verlag

Schneider, Wolfgang; Strauß, Bernhard (2013a): Medikalisierung. In: Psychotherapeut. Vol. 58 (3), S. 217-218

Schneider, Wolfgang (2013b): Medikalisierung sozialer Prozesse. In: Psychotherapeut. Vol. 58 (3), S. 219-236

Siegrist, Johannes (2001): Distributive Gerechtigkeit und Gesundheit. Eine medizinsoziologische Perspektive. In: Ethik in der Medizin Nr. 13, S. 33-44

Siegrist, Johannes; Dragano, Nico; von dem Knesenbeck, Olaf (2009): Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann Klaus; Richter, Matthias (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS-Verlag

Signitzer, Benno (2001): Ansätze und Forschungsfelder der Health Communication. In: Hurrelmann, Klaus; Leppin, Anja (Hg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Verlag Hans Huber, S. 22-35

Signitzer, Benno; Spatzier, Astrid (2014): Ansätze und Forschungsfelder der Gesundheitskommunikation. In: Baumann, Eva; Hurrelmann, Klaus (Hg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Huber Verlag, S. 34-50

Strinks, Karien; van de Mheen, Dike H.; Loonman, Casper W.N, Mackenbach, Johan P. (1996): Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis. In: *Sociology of Health and Illness*, Vol. 18 (5), S. 653-674

Wendt, Claus; Wolf, Christoph (2006): Perspektiven der Gesundheitssoziologie. In: Wendt, Klaus; Wolf, Christof (Hg.): *Soziologie der Gesundheit*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 46. Wiesbaden: VS-Verlag

Williams, J. D.; Kumanyika, S. K. (2002): Is social Marketing an effective tool to reduce health disparities? In: *Social Marketing Quarterly*, Vol. 8 (4), S. 14-31

Wolff, Eberhard (2011): Über Nicht-Krankheiten und Medikalisation. In: *Schweizerische Ärztezeitung*, Vol. 92 (32/33), S. 1252

#### Studien:

Baumann, Eva (2006): Auf der Suche nach der Zielgruppe. Das Informationsverhalten hinsichtlich Gesundheit und Krankheit als Grundlage erfolgreicher Gesundheitskommunikation. In: Böcken, J.; Braun, B.; Amhof, R.; Schnee, M. (Hg.): *Gesundheitsmonitor 2006*. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 117-153

Bichler, Klaus; Kaltenbrunner, Andy (2015): Magnetnadel im Heuhaufen. Zur Arbeits-, Bildungs- und Ausbildungssituation von Bildungs- und WissenschaftsjournalistInnen in Österreich. Eine Studie von Medienhaus Wien im Auftrag der Bildungs- und Wissenschaftsjournalisten Österreichs. Verfügbar unter: [http://www.wissenschaftsjournalisten.at/wp-content/uploads/2013/06/130625\\_WissKlubStudiePrint.pdf](http://www.wissenschaftsjournalisten.at/wp-content/uploads/2013/06/130625_WissKlubStudiePrint.pdf) (zuletzt zugegriffen am 10.10.16)

Drever, Frances; Whitehead, Margaret (1997): *Health Inequalities*. Decennial supplement. London: The Stationary Office

Kerschner, Bernd; Wipplinger, Jörg; Klerings, Irma; Gartlehner, Gerald (2015): Wie evidenzbasiert berichten Print- und Online-Medien in Österreich? Eine quantitative Studie. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. Vol. 109, S. 341-349

Pochobradsky, Elisabeth; Habl, Claudia; Schleicher, Barbara (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit (im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen). Wien

Internetquellen:

Esch, Franz Rudolf (o.A.): Advertorial. In: Springer Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/81870/advertorial-v6.html> (zuletzt zugegriffen am 4.10.16)

New Health Economy (2013): Gesundheitsjournalismus. Was trägt er zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung bei? In: New Health Economy Vol. 3.

[http://www.medizin-transparent.at/wp-content/uploads/NewHealthEconomy\\_03-2013\\_MT-Beitrag.pdf](http://www.medizin-transparent.at/wp-content/uploads/NewHealthEconomy_03-2013_MT-Beitrag.pdf) (zuletzt zugegriffen am 10.10.16)

Rothgang, Heinz; Larisch, Jochen (2011): Gesundheitswesen, Gesundheitswirtschaft und Wertschöpfung. Vortragsfolien. 14. Wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (ÖGHP) „Geld und Gesundheit – Der Wandel vom Gesundheitssystem zur Gesundheitswirtschaft, 29. Und 30 September. In: [http://www.oeph.at/images/stories/Downloads/Vortraege\\_2011/Plenar\\_Rothgang.pdf](http://www.oeph.at/images/stories/Downloads/Vortraege_2011/Plenar_Rothgang.pdf) (zuletzt zugegriffen am 10.10.16)

World Health Organization (WHO) (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation: Übersetzung. In: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (zuletzt zugegriffen am 10.10.16)

World Health Organization (WHO) (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. In: <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (zuletzt zugegriffen am 10.10.16)

## **8. Anhang**

### **8.1. Abstract**

Gesundheit spielt in der modernen Gesellschaft eine zentrale Rolle. Der gegenwärtige Zugang zu diesem Phänomen ist dabei von einem starken Fokus auf das Individuum bzw. auf die individuellen Dimensionen der Gesundheit geprägt. Dies äußert sich in der Organisation des Gesundheitswesens und im Abbau sozialstaatlicher Leistungen bei gleichzeitiger Forderung nach individueller Eigenverantwortung. Es äußert sich aber auch in den politischen und wissenschaftlichen Bemühungen zur Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens sowie in den therapeutischen Praktiken, die weitgehend auf die Verbesserung des individuellen Gesundheitszustandes gerichtet sind. Dieser Ausrichtung liegt die kulturell vorherrschende Auffassung zugrunde, dass Gesundheit vorwiegend durch das Individuum bestimmt wird bzw. durch individuell zu verortende Prozesse. Demgegenüber zeigt der gesundheitssoziologische Forschungsstand, dass diese Sichtweise deutlich zu kurz greift. Mit dieser Forschungsperspektive kann belegt werden, dass Gesundheit vor allem durch soziale und gesellschaftliche ‚Verhältnisfaktoren‘ bestimmt wird, was in den gegenwärtigen, gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien allerdings weitgehend unberücksichtigt bleibt. Die besondere Problematik, die sich daraus ergibt, wird als ‚gesundheitsliche Ungleichheit‘ bezeichnet. Dieser Begriff umschreibt die vielfach belegte Tatsache, dass Gesundheit in der heutigen Gesellschaft ungleich verteilt ist, da auch die gesellschaftlichen und sozialen Ressourcen, durch die sie weitgehend bestimmt wird, ungleich verteilt sind. Vor dem Hintergrund dieser Diskrepanz zwischen den kulturellen Vorstellungen und dem Forschungsstand wird die gesellschaftliche Kommunikation über Gesundheit relevant. Denn es ist davon auszugehen, dass die vorherrschende Gesundheitskonzeption auch durch kommunikative Prozesse aufrecht erhalten wird. In diesem Kontext beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Gesundheitskommunikation. Dabei wird insbesondere die Gesundheitsberichterstattung in Tageszeitungen fokussiert, da dies eine wesentliche Quelle für Gesundheitsinformationen darstellt, die das Potenzial besitzt, gesundheitsbezogene Wahrnehmungen zu beeinflussen. Mittels einer quantitativen Inhaltsanalyse werden die gesundheitsbezogenen Inhalte 4 ausgewählter österreichischer Tageszeitungen untersucht, wobei sich an der forschungsleitenden Frage orientiert wird welches Gesundheitsbild diese Zeitungen vermitteln. In Bezug auf die Ausgangsproblematik interessiert dabei im Speziellen durch welche Faktoren ‚Gesundheit‘ in der Berichterstattung beeinflusst wird, wodurch sie bedingt ist und wer für die Verbesserung von gesundheitsbezogenen Phänomenen/ Problemen verantwortlich gemacht wird. Durch die Beantwortung dieser Fragen soll ersichtlich werden, inwieweit die medialen Darstellungen von Gesundheit die diesbe-

züglichen kulturellen Vorstellungen wiedergeben, wodurch letztendlich eine Aussage darüber ermöglicht werden soll, ob und auf welche Weise die Gesundheitsberichterstattung in die Problematik der gesundheitlichen Ungleichheit eingebunden ist.

## **8.2. Abstract English Version**

Health issues are of significant importance in modern society. The present approach to this matter strongly focuses on the individual or rather on the individual dimensions of health. This shows up in how health-care is organized, as well as in a decreasing obligation of the welfare state for its citizens' health, while at the same time, growing individual responsibility is being demanded from citizens. In addition it also shows up in political and scientific efforts to change individual behavior concerning health as well as in therapeutic practice that aims at the improvement of an individual's state of health. This concentration on the individual stems from the culturally predominant perception that health is mainly determined by individual action or rather through processes that are located in the individual. On the contrary, results from health sociological research indicate that this approach is too narrowly considered. Its perspective shows that health is mainly determined by factors of social and societal conditions, a fact that is largely left out of consideration in the present strategies for actions concerning health care. The specific problematic issue resulting from this is labeled „health inequality“. This term subsumes the often proven fact that good health in today's society is unequally distributed, since the societal and social resources that determine health to a major part, are unequally distributed. In the light of this discrepancy between the cultural perception and the state of the art scientific research, social communication about health issues becomes very relevant, since we can assume that the predominant concept of health is maintained to a significant extent through communication processes. This paper discusses communication processes concerning health issues within the aforementioned framework. The focus will be on reports about health issues in daily papers, since these are an essential source of information on health topics that possess the potential to influence the perception of health issues. Using a quantitative method of content analysis the topics concerning health issues of 4 selected Austrian daily papers are examined. The orientation, therefore, is the research question at hand: which image of health is conveyed through the content of these articles and reports? In relation to the above stated problem it is of special interest which factors of the reports influence the concept of health? How is the concept determined? And who is held responsible for improving factors concerning health issues? Through this analysis it should become apparent how portrayals in the media concerning health issues reflect the cultural perception described above. In the end, a statement should become possible about whether and how the reporting on health issues in daily papers is involved in the problem of health disparity.

### **8.3. Künstliche Wochen**

2015:

Jänner: Mo 5.1. / Di 13.1. / Mi 21.1/ Do 29.1.

März: Fr 6.3. / Sa 14.3. / So 22.3. / Mo 30.3.

Mai: Di 5.5. / Mi 13.5. / Do 21.5. / Fr 29.5.

Juli: Sa 4.7. / So 12.7. / Mo 20.7. / Di 28.7.

September: Mi 2.9. / Do 10.9. / Fr. 18.9. / Sa 26.9.

November: So 1.11. / Mo 9.11. / Di 17.11. / Mi 25.11.

## 8.4. Codebuch

### 1. Beitragsnummer

|                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| Laufende Nummer des Beitrags | <i>Numerische Angabe</i> |
|------------------------------|--------------------------|

### 2. Medium

|                |   |
|----------------|---|
| Kronen Zeitung | 1 |
| Kurier         | 2 |
| Presse         | 3 |
| Der Standard   | 4 |

### Formale Kriterien:

### 3. Datum des Beitrags:

|          |  |
|----------|--|
| TT.MM.JJ | <i>Offene Codierung nach dem Schema Tag.Monat.Jahr</i> |
|----------|--|

### 4. Artikelform:

Die Erhebung dieser Variable hat den Zweck etwaige Zusammenhänge differenzierter darstellen zu können. So ist etwa zu erwarten, dass die strukturelle Abhängigkeit von Gesundheit eher in Hintergrundberichterstattungen, als in Kurzmeldungen Erwähnung findet, was durch die Erhebung dieser Kategorie überprüft werden kann.

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Nicht erkennbar                      | 0 |
| Nachricht/ (Kurz-) Meldung           | 1 |
| Report/ Hintergrundberichterstattung | 2 |
| Portrait/ Interview                  | 3 |
| Kolumne                              | 4 |
| Advertorial                          | 5 |
| Meinung                              | 6 |
| Andere                               | 7 |

### Inhaltliche Kriterien:

### 5. Hauptthema:

Mit dieser Variable soll festgehalten werden, ob ‚Gesundheit‘ bzw. die gesundheitsbezogenen Themen den expliziten Anlass für die Berichterstattung darstellen, oder nicht. Dabei wird insofern differenziert, als dass gesundheitsbezogene bzw. gesundheitsassoziierte Themen entweder den expliziten Anlass für den Beitrag darstellen, oder der Gesundheitsbezug im Zuge der Behandlung eines anderen Themas hergestellt wird.

|   |   |
|---|---|
| Nicht klar erkennbar                      | 0 |
| Gesundheitsbezogenes Thema ist Hauptthema | 1 |
| Gesundheitsbezogenes Thema ist Nebenthema | 2 |

## 6. Hauptakteur

Mit dieser Kategorie wird erfasst welcher Akteur in der Berichterstattung zu Wort kommt. Mit der Erfassung dieser Kategorie soll ersichtlich werden, ob es Schwerpunkte dabei gibt, welche Akteure in der Gesundheitsberichterstattung auftauchen, wodurch die Erkenntnisse zum Ausmaß der ‚Individualisierung‘ vertieft werden können. Für den Fall, dass mehrere Akteure vorkommen, kann mit der untenstehenden Kategorie ein weiterer codiert werden.

|   |   |
|---|---|
| Keine   | 0 |
| Experten/ Mitarbeiter/ Institutionen (medizin. Praxis und Forschung; alternativmedizin. Experten, Wissenschaftler)                          | 1 |
| Experten/ Mitarbeiter/ Institutionen (Gesundheitsorganisationen, Verbände, gesundheitspolitische Einrichtungen oder Sportverbände; Politik) | 2 |
| Experten/ Mitarbeiter/ Institutionen (Wirtschaftsunternehmen mit oder ohne Gesundheitsbezug)  | 3 |
| Betroffene/ Patienten   | 4 |
| Sportler  | 5 |
| Prominenter (Künstler, Schauspieler, usw.)  | 6 |
| Laien (nicht betroffen)   | 7 |
| Andere  | 8 |

## 7. Weiterer Akteur

|   |   |
|---|---|
| Keine   | 0 |
| Experten/ Mitarbeiter/ Institutionen (medizin. Praxis und Forschung; alternativmedizin. Experten, Wissenschaftler)                          | 1 |
| Experten/ Mitarbeiter/ Institutionen (Gesundheitsorganisationen, Verbände, gesundheitspolitische Einrichtungen oder Sportverbände; Politik) | 2 |
| Experten/ Mitarbeiter/ Institutionen (Wirtschaftsunternehmen mit oder ohne Gesundheitsbezug)  | 3 |
| Betroffene/ Patienten   | 4 |
| Sportler  | 5 |
| Prominenter (Künstler, Schauspieler, usw.)  | 6 |
| Laien (nicht betroffen)   | 7 |
| Andere  | 8 |

## 8. Selbstverantwortung

Damit soll erfasst werden, ob ein impliziter oder expliziter Verweis auf die Pflicht des Individuums vorhanden ist, die eigene Gesundheit zu managen. Mit ‚Selbstverantwortung‘ soll aber auch abgedeckt sein, wenn auf die gesundheitsbezogene Verantwortung für das direkte Umfeld verwiesen wird (Kinder, Familie, ...). Es muss allerdings beachtet werden, dass mit ‚Selbstverantwortung‘ in Bezug auf Gesundheit Faktoren angesprochen sein müssen, die im direkten Einflussbereich eines einzelnen Individuums liegen. Der Bezug zu individuellen Aktivitäten, im Gegensatz zu kollektiven Aktivitäten, ist hier ausschlaggebend.

Sollte also der Artikel etwa dafür plädieren, dass mehr gesundheitsbezogene Initiativen aus der Zivilgesellschaft hervorgehen müssen, um z.B. die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu

verbessern, dann wäre hier ‚nein‘ zu codieren. Sollte allerdings hervorgehoben werden, dass präventive Maßnahmen wie mehr Bewegung hilfreich sind die Gesundheit zu erhalten, dann wäre hier ‚Ja‘ zu codieren. Auch wenn über den schädlichen Einfluss des Rauchverhaltens der Eltern auf ihre Kinder berichtet wird, soll hier ‚ja‘ codiert werden. Demnach muss also auch nicht explizit auf eine spezifische Verantwortung bzw. auf eine Pflicht verwiesen sein, sondern es reicht der implizite Verweis darauf.

|                      |   |
|----------------------|---|
| Nicht klar erkennbar | 0 |
| Ja                   | 1 |
| Nein                 | 2 |

## 9. Selbstwirksamkeit

Damit wird erfasst, ob der Artikel implizit oder explizit die individuelle Selbstwirksamkeit bei Gesundheitsfragen anspricht, oder nicht. ‚Selbstwirksamkeit‘ meint dabei die zugrundegelegte Annahme, dass sich Gesundheit bzw. gesundheitsrelevante Belange durch individuelle Praktiken und Aktivitäten steuern/ verbessern/ erhalten bzw. erlangen lassen, ohne dass dies maßgeblich von weiteren Faktoren oder von Handlungen weiterer Personen (etwa Ärzten) abhängig wäre.

Selbstwirksamkeit soll hier also codiert werden, wenn im Artikel der Einfluss individueller Praktiken zur Verbesserung/ Verschlechterung des Gesundheitszustandes als wichtiger Faktor betont wird, ohne dass dabei dessen Anteil am Gesundheitszustand auf irgendeine Weise relativiert wird und ohne dass weitere Bedingungen für diese Handlungen oder den Gesundheitszustand selbst erwähnt werden.

|                      |   |
|----------------------|---|
| Nicht klar erkennbar | 0 |
| Ja                   | 1 |
| Nein                 | 2 |

## 10. Schuldzuweisung:

Damit wird erfasst, ob eine Beschuldigung bzw. Schuldzuweisung für ein angesprochenes, gesundheitsbezogenes Phänomen bzw. Problem enthalten ist, ob also eine explizite Verantwortungsattribution stattfindet. Dabei soll ja codiert werden, wenn die Ursache für einen Sachverhalt eindeutig auf eine bestimmte Quelle oder mehrere Quellen zurückgeführt wird.

|                      |   |
|----------------------|---|
| Nicht klar erkennbar | 0 |
| Ja                   | 1 |
| Nein                 | 2 |

## 11. Selbst- oder Fremdverschuldung

Damit wird erfasst, ob eine etwaige Schuldzuweisung auf die Eigenverantwortung der (betroffenen) Individuen verweist, oder ob andere Umstände dafür verantwortlich gemacht werden, die nicht direkt auf das Individuum und auf von ihm beeinflussbare Faktoren zurückzuführen sind.

|  |   |
|--|---|
| Keine Schuldzuweisung/ Nicht erkennbar | 0 |
| Selbstverschuldung                     | 1 |
| Fremdverschuldung                      | 2 |

## 12. Haupt-Thematik; Kontext der Berichterstattung

Hier soll der hauptsächliche Ereigniskontext/ der Bezugsrahmen bzw. der Hauptanlass der Berichterstattung erfasst und zugeordnet werden. Wenn in dem entsprechenden Artikel mehrere Themen behandelt werden sollten, muss sich auf das Hauptthema beschränkt werden. Dieses muss auf **einer** der drei folgenden Analyseebenen (A, B oder C) codiert werden. Die Codierung von Themen auf mehr als einer Ebene ist bei dieser Kategorie ausgeschlossen, da hier der explizite Anlass bzw. Kontext der Berichterstattung erfasst werden soll. Hauptsächlich geht es dabei darum, eine Zuordnung des Berichterstattungs-Kontexts auf einer der drei Analyseebenen vorzunehmen, die folgendermaßen differenziert werden:

- Mikro: Individuell (Gesundheit bzw. Krankheit eines Einzelnen, gesundheitsrelevante Themen auf individueller Ebene, wie medizinische Behandlungen, Fragen des Lebensstils, etc.)
- Meso: Über-individuelle gesundheitsrelevante Einflussfaktoren, die sich klar abgrenzen lassen (Organisationen, Institutionen, Kampagnen).
- Makro: Strukturelle oder strukturell vermittelte Einflüsse, die sich auf ein ganzes System beziehen (Kultur, Gesellschaft, Wirtschaft, Bildung, Finanzen, soziales Umfeld, Lebensbedingungen)

-Auf der Mikro Ebene werden alle Gesundheitsthemen erfasst, die sich auf das Individuum beziehen.

Dazu zählen auch Behandlungsmethoden oder präventive Maßnahmen, da diese beim Individuum ansetzen. Einzelne Krankheiten sind bei dieser Kategorie noch nicht spezifiziert, jedoch wurde eine Ausprägung definiert, mit der die Berichterstattung über eine Krankheit bzw. eine gesundheitliche Einschränkung erfasst werden kann, was nachfolgend mit der nächsten Kategorie noch differenziert werden kann. Zudem wurde der Gesundheitsbezogene ‚Lebensstil‘ von ‚Sport und Fitness‘ getrennt, wiewohl sich beide Kategorien auf individuelles, gesundheitsbezogenes Verhalten beziehen. Doch wird davon ausgegangen, dass Sport und Fitness in Medien ein eigenständiges Thema darstellen und daher erscheint eine eigene Kategorie sinnvoll.

-Auf der Meso Ebene werden Organisationen/ Institutionen/ Einrichtungen bzw. Initiativen gefasst, die zwar über die Einflüsse eines einzelnen Individuums hinausgehen, die sich aber immer noch auf gewisse Personengruppen reduzieren lassen. Dabei wurden auch gewisse Aspekte gefasst, die streng genommen bereits auf der Makro Ebene zu verorten wären, die sich aber durch eine mehr oder weniger klar abgrenzbare Gruppe beeinflussen ließen und sich noch nicht auf ein ganzes System beziehen, wie beispielsweise eine gesundheitsbezogene rechtliche Bestimmung im politischen Bereich. Zudem wurde das Gesundheitswesen auf dieser Ebene gefasst und vom Gesundheitssystem auf der Makroebene abgegrenzt. Damit soll erfasst werden können, wenn über einzelne Bestandteile des Gesundheitswesens berichtet wird, wobei sowohl Institutionen oder Einrichtungen (Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Ärztekammer, ...), als auch organisationale Aspekte (Arbeitszeiten, Überlastung, ...) gemeint sein können.

-Mit der Makro Ebene werden überindividuelle Strukturen eines Systems und strukturell vermittelte Faktoren erfasst. Dabei ist sowohl denkbar, dass die Strukturen direkt thematisiert werden, aber auch, dass diese indirekt thematisiert werden, indem etwa deren Einfluss anhand eines individuellen Beispiels exemplifiziert wird. Dies wäre etwa der Fall, wenn über eine erkrankte Person berichtet wird, deren finanzielle Situation eine frühere Erkennung und Behandlung der Krankheit nicht zuließ.

Eine Zuordnung der Thematik auf dieser Ebene soll dann vorgenommen werden, wenn diese sich etwa auf das Gesundheitssystem allgemein bezieht und nicht auf einzelne Bestandteile.

#### A-THEMA: Mikro

|   |    |
|---|----|
| Keine   | 0  |
| Gesundheit (allgemein), gesundheitsförderliche Maßnahmen, Gesundheitstipps  | 1  |
| Krankheit/en (allgemein), gesundheitliche Einschränkungen/ Risiken, negative Auswirkungen auf Gesundheit          | 2  |
| (Alternativ-)medizinische Behandlungsmethoden, Therapien, Impfungen, Medikamente                                  | 3  |
| Präventive Maßnahmen (Untersuchungen, ...)  | 4  |
| Glück, Wohlbefinden, Aussehen, Wellness, Diät   | 5  |
| Gesundheitsbezogener Lebensstil (allgemein; Arbeits-; Sexual-; Konsum; Schlafverhalten, Sport; Fitness, Bewegung, | 6  |
| Rauchen   | 7  |
| Alkohol   | 8  |
| Ernährung/ Nahrungsmittel   | 9  |
| Leistungsfähigkeit; Optimierung der Leistung  | 10 |
| Sport, Fitness (versch. Sportarten, Sportler, Trainingsmethoden)  | 11 |
| Andere  | 12 |

#### B-THEMA: Meso

|  |   |
|--|---|
| Keine  | 0 |
| Politik (rechtliche Bestimmungen, Gesundheitspolitik, Ärztekammern, Krankenkassen)   | 1 |
| Wirtschaft (Arbeitsmarkt, Pflege und Gesundheitssektor, einzelne Firmen, Pharmaindustrie, Produkte,...)  | 2 |
| Wissenschaft/ Forschung / Technik/ Medizin (Erkenntnisse, Projekte, Durchbrüche, ..)   | 3 |
| Gesundheitswesen (Finanzierung und Kosten, Versorgungsqualität, Organisation, Arbeitszeiten, Überlastung, Leistungsausmaß, Leistungsangebot <i>einzelner</i> Institutionen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Infrastruktur) | 4 |
| Kampagnen/ Initiativen/ Programme (z.b. an Schulen, in Betrieben usw.)   | 5 |
| NGOs und Non-Profit Organisationen, Verbände (zb. Selbsthilfegruppen, WHO, Patientenvereinigungen)   | 6 |
| Andere   | 7 |

C-THEMA: Makro

|  |   |
|--|---|
| Keine  | 0 |
| Politisches System   | 1 |
| Ökonomie/ Wirtschaftssystem (Staatshaushalt, BIP, Produktangebot, Gesundheitswirtschaft / freie Marktwirtschaft)   | 2 |
| Wissenschaft/ Forschung/ Technik/ Medizin (allgemein)  | 3 |
| Gesundheitssystem allgemein (Versorgungsqualität, Finanzierung und Kosten, Organisation, Leistungsausmaß, Personalmanagement, Arbeitsbedingungen, Infrastruktur) | 4 |
| Gesellschaft (Normen, Werte, Kultur, Religion, Sozialstruktur, Einkommensverteilung, soziale Gerechtigkeit, Integration)   | 5 |
| Lebensbedingungen; Umwelt (Arbeitsbedingungen, Schadstoffe, Luft-, Wasser-, Bodenqualität, Natur, Viren, Bakterien,...)  | 6 |
| Gesundheitsbezogener Zustand des Menschen (z.B.: genetische/ biopsychische Konstitution, Resistenzen, Leistungsfähigkeit und Optimierung, ...)                   | 7 |
| Andere   | 8 |

### 13. Krankheiten/ negative Auswirkung auf Gesundheit

Mit dieser Kategorie wird erfasst, ob und wenn ja, welche gesundheitsbezogene Problematik bzw. welche spezifische Krankheit thematisiert wird. Dabei sollen allerdings nicht nur Phänomene gefasst werden, die explizit als Krankheiten ausgewiesen sind, sondern ganz allgemein alle Phänomene, die sich in der jeweiligen Darstellung negativ auf die Gesundheit auswirken. Die verschiedenen Phänomene bzw. Krankheiten wurden in mehreren Unterkategorien klassifiziert. Damit kann in weiterer Folge festgestellt werden, ob sich bei den verschiedenen Krankheiten Unterschiede etwa in der Verantwortungsattribution ergeben.

Um eine Krankheit zu codieren muss diese im jeweiligen Artikel explizit erwähnt werden und es reicht kein impliziter Verweis darauf. Ein Bericht über die Genforschung, die mitunter Gendefekte heilen kann reicht nicht aus, um hier die Ausprägung ‚Genetische Erkrankung‘ zu codieren, sondern es muss explizit auf eine spezifische Krankheit verwiesen werden. Allerdings sollen gesundheitsbezogene Auswirkungen hier auch codiert werden, wenn sie nur nebensächlich erwähnt werden. Eine Krankheit muss demnach nicht den Hauptgegenstand der Berichterstattung darstellen.

Für den Fall dass mehrere Auswirkungen auf den Gesundheitszustand thematisiert werden, wird diese Kategorie zweimal wiederholt.

A:

|  |    |
|--|----|
| Keine  | 0  |
| Krankheiten/ negative Auswirkung auf Gesundheitszustand des Individuums (allgemein, unspezifiziert)                          | 1  |
| Herz-Kreislauf Erkrankungen (Bluthochdruck, Herzleiden, Schlaganfall, ...)   | 2  |
| Psychische Krankheiten (Süchte, Depression, Burn-Out, ADHS, Schlafstörungen, ...)  | 3  |
| Krankheiten des Bewegungsapparats (Rückenleiden, Osteoporose, Rheuma, ...)   | 4  |
| Bösartige Neubildungen (Krebs, Tumore, ...)  | 5  |
| Stoffwechselerkrankungen (Adipositas/ Übergewicht, Diabetes, ...)  | 6  |
| Sexuell übertragbare Krankheiten (AIDS, Syphilis, Hepatitis, ...)  | 7  |
| Infektionskrankheiten (Erkältung, Grippe, Cholera, Tuberkulose,...)  | 8  |
| Genetische Erkrankungen/ Auswirkungen  | 9  |
| Sonstige Krankheiten (Erb-, Haut-, Zahn-, HNO-Erkrankungen, Krankheiten der Atmungsorgane/ Verdauungsorgane, Allergien, ...) | 10 |
| Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit, Performance im Alltag/ Arbeitsleben   | 11 |
| Geistige/ körperliche Behinderungen  | 12 |
| Auswirkungen auf Glück, Wohlbefinden, Aussehen   | 13 |
| Tod  | 14 |
| Andere   | 15 |

B:

|  |    |
|--|----|
| Keine  | 0  |
| Krankheiten/ negative Auswirkung auf Gesundheitszustand des Individuums (allgemein, unspezifiziert)                          | 1  |
| Herz-Kreislauf Erkrankungen (Bluthochdruck, Herzleiden, Schlaganfall, ...)   | 2  |
| Psychische Krankheiten (Süchte, Depression, Burn-Out, ADHS, Schlafstörungen, ...)  | 3  |
| Krankheiten des Bewegungsapparats (Rückenleiden, Osteoporose, Rheuma, ...)   | 4  |
| Bösartige Neubildungen (Krebs, Tumore, ...)  | 5  |
| Stoffwechselerkrankungen (Adipositas/ Übergewicht, Diabetes, ...)  | 6  |
| Sexuell übertragbare Krankheiten (AIDS, Syphilis, Hepatitis, ...)  | 7  |
| Infektionskrankheiten (Erkältung, Grippe, Cholera, Tuberkulose, ...)   | 8  |
| Genetische Erkrankungen/ Auswirkungen  | 9  |
| Sonstige Krankheiten (Erb-, Haut-, Zahn-, HNO-Erkrankungen, Krankheiten der Atmungsorgane/ Verdauungsorgane, Allergien, ...) | 10 |
| Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit, Performance im Alltag/ Arbeitsleben   | 11 |
| Geistige/ körperliche Behinderungen  | 12 |
| Auswirkungen auf Glück, Wohlbefinden, Aussehen   | 13 |
| Tod  | 14 |
| Andere   | 15 |

C:

|  |    |
|--|----|
| Keine  | 0  |
| Krankheiten/ negative Auswirkung auf Gesundheitszustand des Individuums (allgemein, unspezifiziert)                          | 1  |
| Herz-Kreislauf Erkrankungen (Bluthochdruck, Herzleiden, Schlaganfall, ...)   | 2  |
| Psychische Krankheiten (Süchte, Depression, Burn-Out, ADHS, Schlafstörungen, ...)  | 3  |
| Krankheiten des Bewegungsapparats (Rückenleiden, Osteoporose, Rheuma, ...)   | 4  |
| Bösartige Neubildungen (Krebs, Tumore, ...)  | 5  |
| Stoffwechselerkrankungen (Adipositas/ Übergewicht, Diabetes, ...)  | 6  |
| Sexuell übertragbare Krankheiten (AIDS, Syphilis, Hepatitis, ...)  | 7  |
| Infektionskrankheiten (Erkältung, Grippe, Cholera, Tuberkulose, ...)   | 8  |
| Genetische Erkrankungen/ Auswirkungen  | 9  |
| Sonstige Krankheiten (Erb-, Haut-, Zahn-, HNO-Erkrankungen, Krankheiten der Atmungsorgane/ Verdauungsorgane, Allergien, ...) | 10 |
| Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit, Performance im Alltag/ Arbeitsleben   | 11 |
| Geistige/ körperliche Behinderungen  | 12 |
| Auswirkungen auf Glück, Wohlbefinden, Aussehen   | 13 |
| Tod  | 14 |
| Andere   | 15 |

#### 14. Gesundheitsbezogene Auswirkungen und Wirkungsebene

Mit dieser Kategorie soll erfasst werden, ob und wenn ja, auf welcher Analyseebene die Wirkung des dargestellten Sachverhalts thematisiert wird. Damit soll die Möglichkeit abgedeckt sein, dass zwar über eine spezifische Krankheit berichtet wird, dass dabei aber nicht die Auswirkungen auf ein Individuum thematisiert werden, sondern die Auswirkungen auf Gruppen oder ganze Gesellschaften. Denkbar wäre aber auch, dass über strukturelle Änderungen im Gesundheitswesen berichtet wird (etwa über eine Änderung des Leistungsangebots der Krankenkassen) und dabei die Auswirkungen anhand eines betroffenen Individuums exemplifiziert werden. Mit dieser Kategorie soll also erfasst werden, inwiefern die verschiedenen, gesundheitsrelevanten Ebenen in der Berichterstattung aufeinander einwirken.

Für den Fall, dass ein Artikel mehrere Wirkungsebenen thematisiert und etwa sowohl Auswirkungen auf der Meso, sowie auf der Mikro Ebene thematisiert, wird diese Kategorie ein zweites Mal angeführt.

|  |   |
|--|---|
| Keine Auswirkungen thematisiert  | 0 |
| Mikro Ebene: Auswirkungen auf Individuen   | 1 |
| Meso Ebene: Auswirkungen auf Gruppen von Personen (etwa in einem Betrieb, oder einer Schule, oder Patienten eines Krankenhauses) | 2 |
| Makro Ebene: Auswirkungen auf Gesamtbevölkerung/ Gesellschaft  | 3 |

## 15. Weitere Gesundheitsbezogene Auswirkungen und Wirkungsebene

|  |   |
|--|---|
| Keine Auswirkungen thematisiert  | 0 |
| Mikro Ebene: Auswirkungen auf Individuen   | 1 |
| Meso Ebene: Auswirkungen auf Gruppen von Personen (etwa in einem Betrieb, oder einer Schule, oder Patienten eines Krankenhauses) | 2 |
| Makro Ebene: Auswirkungen auf Gesamtbevölkerung/ Gesellschaft  | 3 |

## 16. Ursachen/ Gründe/ Erklärungen

Mit dieser Kategorie wird erfasst, ob auf Ursachen für das thematisierte, gesundheitsbezogene Phänomen eingegangen wird, ob (mögliche) Gründe oder Erklärungen angeführt werden, auf die das Phänomen zurückgeführt wird und auf welcher Ebene diese Erklärungen zu verorten sind. Gegenteilig wäre etwa vorstellbar, dass sich im entsprechenden Artikel eher auf die nüchterne Beschreibung eines Umstands konzentriert wird und weniger auf Erklärungen für diesen Umstand zur Thematik.

Bei dieser Kategorie wird sich bei der Klassifikation der verschiedenen Ebenen an einem anderen Schema orientiert, als am bisherigen Mikro-Meso-Makro-Schema. Denn hier (wie auch bei der folgenden Kategorie ‚Lösungen‘) kann das Hauptinteresse darauf reduziert werden, ob Gründe für die gesundheitsbezogene Thematik bzw. Problematik angeführt werden, die beim Individuum zu verorten sind, oder ob Gründe angeführt werden, die in Bereichen zu verorten sind, auf die keine individuelle Einflussmöglichkeit gegeben ist. Insofern wurden die ‚über-individuellen‘, gesellschafts- und umweltbezogenen Faktoren unter einer Unterkategorie zusammengefasst, wobei nicht mehr dahingehend differenziert wurde, ob diese auf der Meso oder der Makro Ebene zu verorten sind. Die individuellen Faktoren wurden allerdings etwas weiter ausdifferenziert. So wurde zwischen individuellen Verhaltensfaktoren, sowie zwischen Verhältnisfaktoren und bio-psychischen Faktoren unterschieden. Diese spezifische Differenzierung wird damit begründet, dass sich diese 3 Unterkategorien hinsichtlich der individuellen Einflussmöglichkeit darauf deutlich unterscheiden.

Zu den bio-psychischen Faktoren ist zu ergänzen, dass diese dann codiert werden sollen, wenn eine gesundheitsbezogene Thematik auf die biologische, oder psychische Konstitution eines, oder einiger weniger Individuen zurückgeführt wird. Wie der Pre-Test zeigte, ist zudem nicht auszuschließen, dass bio-psychische Erklärungen auch auf den Menschen an sich bezogen werden. Aufgrund dessen wurde eine weitere Unterkategorie eingeführt, die genau darauf Bezug nimmt.

Im Gegensatz zur Kategorie ‚Thematik‘ kann hier auf jeder Ebene eine Ausprägung codiert werden. Dies hat den Grund, dass es hier darum geht zu erfassen, welche Gründe in der Berichterstattung überhaupt angeführt werden. Mit dieser Kategorie wird also keine Aussage über die Gewichtung der einzelnen Gründe möglich sein, sondern lediglich eine Aussage darüber, in wie vielen Artikeln die jeweiligen Gründe jeweils zumindest einmal angesprochen wurden. Sollte es in der Berichterstattung allerdings zu einer Nennung mehrerer Gründe auf einer Ebene kommen, so muss sich auf die Codierung des Hauptgrunds beschränkt werden. Sollten in einem Artikel mehrere, verschiedene Verhaltensfaktoren als Gründe angeführt sein, so ist es vorgesehen, dass die Ausprägung ‚Gesundheitsbezogener Lebensstil‘ codiert wird.

A-GRÜNDE – INDIVIDUUM: Verhaltensfaktoren

|  |   |
|--|---|
| Keine  | 0 |
| Gesundheitsbezogener Lebensstil (allgemein)  | 1 |
| Rauchen  | 2 |
| Ernährungsverhalten  | 3 |
| Bewegung/ Sport  | 4 |
| Alkohol- Drogenkonsum  | 5 |
| Hygieneverhalten   | 6 |
| Sexualverhalten  | 7 |
| (Nicht-) Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen (Vorsorgeuntersuchungen, medizin. Eingriffe, Heilpraktikern, Einnahme von Medikamenten) | 8 |
| Andere   | 9 |

B- GRÜNDE – INDIVIDUUM: direktes Umfeld, individuelle Verhältnisfaktoren

|  |   |
|--|---|
| Keine  | 0 |
| Sozial (Umfeld, Arbeitsbedingungen, Arbeitslosigkeit, familiäre Situation, Bekanntenkreis, Wohnverhältnisse, Stress) | 1 |
| Kulturell (Bildung, Wissen, (religiöse) Werteinstellungen)   | 2 |
| Ökonomisch (Einkommen, Besitz, finanzielle Rahmenbedingungen/ Möglichkeiten)   | 3 |
| Andere   | 4 |

C- URSACHEN – INDIVIDUUM: biopsychische Konstitution

|   |   |
|---|---|
| Keine                                   | 0 |
| Genetische Konstitution/ Vorgänge       | 1 |
| Behinderung                             | 2 |
| Psyche, psychische Vorgänge             | 3 |
| Physis, körperlich-biologische Vorgänge | 4 |
| Geschlecht                              | 5 |
| Andere                                  | 6 |

D-URSACHEN – MENSCH: biopsychische Konstitution

|   |   |
|---|---|
| Keine                                   | 0 |
| Genetische Konstitution/ Vorgänge       | 1 |
| Psyche, psychische Vorgänge             | 2 |
| Physis, körperlich-biologische Vorgänge | 3 |
| Geschlecht                              | 4 |
| Andere                                  | 5 |

## E- GRÜNDE – Gesellschaft/ Umwelt: Verhältnisse; Strukturen

|   |   |
|---|---|
| Keine   | 0 |
| Umwelteinflüsse (allgemein, unspezifiziert)   | 1 |
| Politik (Gesundheitspolitik, rechtliche Bestimmungen, Ärztekammern,...)   | 2 |
| Wirtschaft/ Ökonomie/ Wirtschaftssystem (Arbeitsmarkt, Wirtschaftswachstum, Staatshaushalt, Gesundheitswirtschaft, Pharmaindustrie, Produktangebot, freie Marktwirtschaft, ..)                  | 3 |
| Gesundheitswesen und –system (Infrastruktur, Finanzierung und Kosten, Leistungen, Organisation und Management, Krankenkassen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, Gesundheitskampagnen, ...) | 4 |
| NGO's/ Verbände (Selbsthilfegruppen, WHO, Patientenvereinigungen, ..)   | 5 |
| Gesellschaft (Sozialstruktur, Einkommensverteilung, Soziale Gerechtigkeit, Bildungssystem, Kultur, Wertvorstellungen, Rollenbilder, Religion, ...)  | 6 |
| Wissenschaft/ Medizin/ Forschung/ Technik   | 7 |
| Umwelt (Schadstoffe, Luft-, Wasser- Bodenqualität, Natur, Viren und Bakterien)  | 8 |
| Andere  | 9 |

### 17. Lösungen für das thematisierte Problem/ Phänomen; Interventionsebene

Mit dieser Kategorie wird erfasst, ob (mögliche) Lösungen für das thematisierte Phänomen behandelt werden bzw. ob Ratschläge erteilt, oder Verbesserungen vorgeschlagen werden. Hauptsächlich ist dabei von Interesse, ob in der Berichterstattung (implizite oder explizite) Aussagen darüber gemacht werden, was verbessert werden muss, um das Problem zu lösen und wenn ja, auf welcher Ebene die angesprochene Intervention zu verorten ist.

Bei der Klassifikation der Ebenen wird sich, ebenso wie bei der vorhergehenden Kategorie, hauptsächlich daran orientiert, ob diese als individuell oder als über-individuell zu kategorisieren sind.

Bei ‚Lösungen‘ ist allerdings zu bedenken, dass sich diese auf veränderbare Größen beziehen müssen, sowie dass dabei ein Konnex zu konkret durchführbaren Handlungen besteht. Insofern entfällt bei der untenstehenden Klassifizierung die Unterkategorie ‚Individuelle biopsychische Konstitution, da diese von einem Individuum nicht zu beeinflussen sind. Die bereits bei der vorhergehenden Kategorie eingeführte Unterkategorie zur biopsychischen Konstitution des Menschen wird allerdings beibehalten, da diese Faktoren, etwa durch Veränderungen des Erbguts, heute prinzipiell als veränderbar betrachtet werden müssen.

Angesichts der bei ‚Lösungen‘ implizit abgefragten Verantwortungsattribution wurde im Gegensatz zur vorhergehenden Kategorie ebenfalls eine Unterkategorie definiert, bei der das Individuum den Interventionspunkt darstellt. Dabei wurde unterschieden zwischen individuellem Verhalten, das sich auf die Eigenleistung des Individuums bezieht, sowie zwischen Behandlungen/ Therapien und Medikamenten, die von weiteren Instanzen abhängig sind. Zudem wurden diese Unterkategorien weiter vereinfacht, indem hier die einzelnen Handlungen nicht mehr einzeln ausdifferenziert, sondern in einer Ausprägung zusammengefasst wurden. Die auf das individuelle, direkte Umfeld bezogene Unterkategorie wurde weiterhin beibehalten, da ‚Lösungen‘ auch auf dieser Ebene möglich scheinen. Diesen individuellen Faktoren gegenüber wurden wieder die gesellschaftlich bedingten Verhältnis Faktoren als Kategorie definiert.

Auch hier kann auf jeder Ebene eine Ausprägung codiert werden. Falls es in der Berichterstattung allerdings zu einer Nennung mehrerer Lösungen auf einer Ebene kommt, so muss sich auf die Codierung der am stärksten betonten Lösung beschränkt werden.

A-LÖSUNGEN – Individuum:

|   |   |
|---|---|
| Keine   | 0 |
| Verhalten – Eigenleistung: (Ernährung, Bewegung, nicht Rauchen, Sport, Verhütung, Fitness, Einnahme von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten, Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, psychische Dispositionen/ Einstellungen/ Meinungen) | 1 |
| Behandlung – Abhängig: (medizinische Behandlungen/ Operationen/ Therapien, verschreibungspflichtige Medikamente, Kuren, Impfungen)  | 2 |

B- LÖSUNGEN – Individuelle Verhältnisse, direktes Umfeld

|   |   |
|---|---|
| Keine   | 0 |
| Sozial (Umfeld; Arbeitsbedingungen, familiäre Situation, Bekanntenkreis, Wohnverhältnisse, ...) | 1 |
| Kulturell (Bildung, Interessen, Werteinstellungen,...)  | 2 |
| Ökonomisch (Einkommen, Besitz, finanzielle Rahmenbedingungen, ...)                              | 3 |

C-LÖSUNGEN – Biopsychische Konstitution des Menschen

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Keine                    | 0 |
| Genetische Konstitution  | 1 |
| Psychische Konstitution  | 2 |
| Körperliche Konstitution | 3 |
| Andere                   | 4 |

D-LÖSUNGEN - Gesellschaft/ Umwelt: Verhältnisse; Strukturen

|   |    |
|---|----|
| Keine   | 0  |
| Umwelteinflüsse (allgemein, unspezifiziert)   | 1  |
| Politik (Gesundheitspolitik, rechtliche Bestimmungen, Ärztekammern,...)   | 2  |
| Wirtschaft/ Ökonomie/ Wirtschaftssystem (Arbeitsmarkt, Wirtschaftswachstum, Staatshaushalt, Gesundheitswirtschaft, Pharmaindustrie, Produktangebot, freie Marktwirtschaft, ..)                  | 3  |
| Gesundheitswesen und –system (Infrastruktur, Finanzierung und Kosten, Leistungen, Organisation und Management, Krankenkassen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, Gesundheitskampagnen, ...) | 4  |
| NGO's/ Verbände (Selbsthilfegruppen, WHO, Patientenvereinigungen, ..)   | 5  |
| Gesellschaft (Sozialstruktur, Einkommensverteilung, Soziale Gerechtigkeit, Bildungssystem, Kultur, Wertvorstellungen, Rollenbilder, Religion, ...)  | 6  |
| Wissenschaft/ Medizin/ Forschung/ Technik   | 7  |
| Umwelt (Schadstoffe, Luft-, Wasser- Bodenqualität, Natur, Viren und Bakterien)  | 8  |
| Kampagnen/ Initiativen  | 9  |
| Andere  | 10 |

## 18. Handlungseinschränkende Faktoren

Mit dieser Kategorie soll erfasst werden, ob und wenn ja, auf welcher Ebene, Faktoren genannt werden, durch die mögliche Handlungseinschränkungen des Individuums bedingt sein können, die bestimmte Handlungen also verhindern oder zumindest erschweren können. Demnach bezieht sich diese Kategorie auch vorwiegend auf die beiden vorhergehenden Kategorien ‚Ursachen‘ und ‚Lösungen‘. Dabei wird grob zwischen individuellen und Verhältnisfaktoren unterschieden. Bei den individuellen Faktoren wird weiter zwischen biopsychischen Faktoren und Faktoren des direkten Umfelds unterschieden. Bei den Verhältnisfaktoren wurde, im Gegensatz zu den bei den Kategorien ‚Gründe‘ und ‚Lösungen‘ angeführten Ausprägungen nur eine Änderung vorgenommen. Und zwar wurde die Ausprägung ‚Gesellschaft‘ differenziert in ‚Sozial‘, sowie ‚Kulturell‘. Mit der Erfassung dieser Kategorie soll hauptsächlich überprüft werden, ob die sozialstrukturelle Einbettung von individuellen Handlungen und Handlungsweisen in der Berichterstattung berücksichtigt wird. Da die Möglichkeit nicht ausgeschlossen werden soll, dass auch mehrere handlungseinschränkende Faktoren erwähnt werden, wird diese Kategorie ein zweites mal angeführt.

A–HANDLUNGSEINSCHRÄNKUNG – INDIVIDUUM: direktes Umfeld, individuelle Verhältnisfaktoren

|  |   |
|--|---|
| Keine  | 0 |
| Sozial (Umfeld, familiäre Situation, Bekanntenkreis, Arbeitsbedingungen)                     | 1 |
| Kulturell (Bildungsstatus; religiöse Ansichten; traditionelle Praktiken und Gepflogenheiten) | 2 |
| Ökonomisch/ Materiell (Finanzielle Mittel; Besitz)   | 3 |
| Andere   | 4 |

B–HANDLUNGSEINSCHRÄNKUNG – INDIVIDUUM: biopsychische Konstitution

|   |   |
|---|---|
| Keine   | 0 |
| Psychische Konstitution/ Vorgänge (Ängste; Stresserleben, emotionale Intelligenz, soziale Kompetenz ....) | 1 |
| Körperlich-biologische Konstitution/ Vorgänge   | 2 |
| Behinderungen   | 3 |
| Genetische Konstitution/ Vorgänge   | 4 |
| Andere  | 5 |

C–HANDLUNGSEINSCHRÄNKUNG – Gesellschaft/ Umwelt: Verhältnisse; Strukturen

|   |    |
|---|----|
| Keine   | 0  |
| Umwelteinflüsse (allgemein, unspezifiziert)   | 1  |
| Politik (Gesundheitspolitik, rechtliche Bestimmungen, Ärztekammern,...)   | 2  |
| Wirtschaft/ Ökonomie/ Wirtschaftssystem (Arbeitsmarkt, Wirtschaftswachstum, Staatshaushalt, Gesundheitswirtschaft, Pharmaindustrie, Produktangebot, freie Marktwirtschaft, ..)                  | 3  |
| Gesundheitswesen und –system (Infrastruktur, Finanzierung und Kosten, Leistungen, Organisation und Management, Krankenkassen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, Gesundheitskampagnen, ...) | 4  |
| NGO's/ Verbände (Selbsthilfegruppen, WHO, Patientenvereinigungen, ..)   | 5  |
| Sozial (Sozialstruktur, Einkommensverteilung, Soziale Gerechtigkeit, Zugang zum Gesundheitssystem, ...)   | 6  |
| Kulturell (Wertvorstellungen, Bildungssystem, Rollen, religiöse Ansichten, traditionelle Praktiken, ...)  | 7  |
| Wissenschaft/ Medizin/ Forschung/ Technik   | 8  |
| Umwelt (Schadstoffe, Luft-, Wasser- Bodenqualität, Natur, Viren und Bakterien)  | 9  |
| Andere  | 10 |

**19. Weitere Handlungseinschränkende Faktoren**

A–HANDLUNGSEINSCHRÄNKUNG – INDIVIDUUM: direktes Umfeld, individuelle Verhältnisfaktoren

|  |   |
|--|---|
| Keine  | 0 |
| Sozial (Umfeld, familiäre Situation, Bekanntenkreis, Arbeitsbedingungen)                     | 1 |
| Kulturell (Bildungsstatus; religiöse Ansichten; traditionelle Praktiken und Gepflogenheiten) | 2 |
| Ökonomisch/ Materiell (Finanzielle Mittel; Besitz)   | 3 |
| Andere   | 4 |

B–HANDLUNGSEINSCHRÄNKUNG – INDIVIDUUM: biopsychische Konstitution

|   |   |
|---|---|
| Keine   | 0 |
| Psychische Konstitution/ Vorgänge (Ängste; Stresserleben, emotionale Intelligenz, soziale Kompetenz usw.) | 1 |
| Körperlich-biologische Konstitution/ Vorgänge   | 2 |
| Behinderungen   | 3 |
| Genetische Konstitution/ Vorgänge   | 4 |
| Andere  | 5 |

C–HANDLUNGSEINSCHRÄNKUNG – Gesellschaft/ Umwelt: Verhältnisse; Strukturen

|   |    |
|---|----|
| Keine   | 0  |
| Umwelteinflüsse (allgemein, unspezifiziert)   | 1  |
| Politik (Gesundheitspolitik, rechtliche Bestimmungen, Ärztekammern,...)   | 2  |
| Wirtschaft/ Ökonomie/ Wirtschaftssystem (Arbeitsmarkt, Wirtschaftswachstum, Staatshaushalt, Gesundheitswirtschaft, Pharmaindustrie, Produktangebot, freie Marktwirtschaft, ..)                  | 3  |
| Gesundheitswesen und –system (Infrastruktur, Finanzierung und Kosten, Leistungen, Organisation und Management, Krankenkassen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, Gesundheitskampagnen, ...) | 4  |
| NGO's/ Verbände (Selbsthilfegruppen, WHO, Patientenvereinigungen, ..)   | 5  |
| Sozial (Sozialstruktur, Einkommensverteilung, Soziale Gerechtigkeit, Zugang zum Gesundheitssystem, ...)   | 6  |
| Kulturell (Wertvorstellungen, Bildungssystem, Rollen, religiöse Ansichten, traditionelle Praktiken, ...)  | 7  |
| Wissenschaft/ Medizin/ Forschung/ Technik   | 8  |
| Umwelt (Schadstoffe, Luft-, Wasser- Bodenqualität, Natur, Viren und Bakterien)  | 9  |
| Andere  | 10 |