universität wien

MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

Gesundheitskommunikation zu psychischen Erkrankungen und die mediale Aufmerksamkeit, die sie erreicht

Eine Medienresonanzanalyse am Fallbeispiel „ganznormal.at“

Verfasserin

Doris Harreither, Bakk. Komm.

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, September 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 066 841
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Publizistik und Kommunikationswissenschaft
Betreuerin:	Dr. Petra Herczeg

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Magisterarbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe und dass die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht wurden.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner anderen Prüferin/keinem anderen Prüfer – weder im In- noch im Ausland - als Prüfungsleistung eingereicht, als gedruckte Version bei der zuständigen Prüferin hinterlegt sowie in elektronischer Form auf der Plattform https://hopla.univie.ac.at/ zur Prüfung der o.g. Erklärung hochgeladen.

Wien, September 2013 Doris Harreither

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen Personen bedanken, die mir während meines Studiums sowie im Zuge der Erstellung dieser Magisterarbeit immer hilfreich zur Seite gestanden sind. Ich danke:

….. ganz besonders meiner Mama, die mich während des gesamten Studiums durch alle Höhen & Tiefen begleitet hat, immer ein offenes Ohr für mich hatte und stets gute Ratschläge parat hielt („Es wird nix so heiß gegessen wie es gekocht wird“ – du weißt was ich meine) – danke für deine Geduld, dein Verständnis, … - einfach DANKE für alles.

….. meinen Brüdern Andreas und Christian - für Korrekturlesen, hilfreiche Unterstützung und für ihre stets aufmunternden Worte.

….. Becky, Christina & Natalie, für wichtigen Input und gute Verbesserungsvorschläge für diese Magisterarbeit.

….. meiner Chefin Katri für ihre Nachsicht & Toleranz.

….. Frau Dr.in Petra Herczeg für die Betreuung der Magisterarbeit und die stets schnellen Antworten auf meine Emails.

INHALTSVERZEICHNIS

1 EINLEITUNG 1

1.1 Forschungsinteresse & Problemperspektiven 1

1.2 Forschungs-, Erkenntnisziele & Fachbezug 4

1.3 Aufbau der Arbeit 6

I. THEORIE UND BEGRIFFSDEFINITIONEN 8

2 Was ist Gesundheit? 8

2.1 Definitionen 8

2.2 Gesundheit und Kommunikationsforschung 10

2.3 Gesundheitsorientierung 14

3 Gesundheitskommunikation 16

3.1 Definitionen 16

3.2 Der Einfluss von Gesundheitskommunikation 20

3.3 Gesundheitskommunikation & Forschung 21

3.4 Berufsfelder in der Gesundheitskommunikation 22

3.4.1 Gesundheitsmarketing 23

3.4.2 Gesundheits- und Medizinjournalismus 26

3.5 AnbieterInnen von Gesundheitsinformationen 29

3.5.1 Gesundheitsinformationen durch staatliche und halbstaatliche Institutionen 29

3.5.2 Gesundheitsinformationen durch private Stiftungen und Vereine 30

3.5.3 Gesundheitsinformationen durch die pharmazeutische Industrie 31

3.6 Kanäle der Gesundheitskommunikation 31

3.6.1 Interpersonale Gesundheitskommunikation 31

3.6.2 Non-verbale Gesundheitskommunikation 32

3.6.3 Mediale Gesundheitskommunikation 32

3.6.3.1 Gesundheitsthemen in den Massenmedien 33

3.6.3.2 Wirkungsperspektiven von medialer Gesundheitskommunikation 34

3.6.3.3 Wirkungspotential der durch Medien vermittelten Gesundheitskommunikation 38

3.7 Prävention & Gesundheitsförderung 40

3.7.1 Was ist Prävention? 40

3.7.2 Was ist Gesundheitsförderung? 43

4 Kampagnen 45

4.1 Was ist eine Kampagne? 45

4.2 Theoretische Fundierung von Kampagnen 47

4.2.1 Theory of Planned Behavior 48

4.2.2 Sozialkognitive Theorie 49

4.2.3 Health Belief Model 50

4.2.4 Protection Motivation Theory 51

4.2.5 Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung 52

4.3 Kampagnen in der Kommunikationswissenschaft 54

4.3.1 Kommunikationskampagnen 54

4.3.2 Gesundheitskampagnen („Health Campaigning“) 56

4.3.3 Social Marketing 59

5 Psychische Erkrankungen 62

5.1 Definition 62

5.2 Aktuelle Zahlen und Fakten 65

5.2.1 Psychische Erkrankungen in Österreich 65

5.2.2 Psychische Erkrankungen in Deutschland 68

5.2.3 Psychische Erkrankungen europaweit 69

5.3 Berichterstattung über psychologische Themen 71

5.4 Darstellung psychischer Erkrankungen in den Medien 73

6 Theoretischer Bezugsrahmen – Medienresonanzanalysen in der Kommunikationswissenschaft 75

6.1 Agenda-Building-Forschung 76

6.2 Determinationsforschung 78

6.3 Intereffikationsmodell 81

6.4 Exkurs: Erkenntniszusammenhang Public Relations und Journalismus 82

6.4.1 Journalismus & die Massenmedien 82

6.4.1.1 Massenmediale Öffentlichkeit 83

6.4.1.2 Werte, Normen und Rollenverständnis im Journalismus 84

6.4.2 Public Relations / Öffentlichkeitsarbeit 87

6.4.2.1 Gesellschafts- und organisationsbezogene Ansätze der PR 88

6.4.2.2 Werte & Öffentlichkeitsarbeit 90

6.4.3 Das Verhältnis von PR und Journalismus 92

II. EMPIRIE 96

7 Fallbeispiel: ganznormal.at 96

7.1 Allgemeine Informationen 96

7.1.1 Exkurs: Nonprofit-Organisationen (NPOs) 98

7.2 Ziele von ganznormal.at 101

7.3 Die Kampagne 102

8 Empirische Untersuchung 104

8.1 Forschungsfragen & Hypothesen 104

8.2 Untersuchungsanlage 107

8.3 Tätigkeiten im Vorfeld der empirischen Untersuchung 109

8.3.1 Erstellung des Kategoriensystems 109

8.3.2 Operationalisierung 109

8.3.3 Pretest 111

9 Auswertung und Interpretation der Ergebnisse 112

9.1 Darstellung der Ergebnisse zu den forschungsleitenden Fragestellungen 112

9.2 Überprüfung der Hypothesen 121

10 Fazit und Ausblick 129

11 Quellenverzeichnis 134

12 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis 144

13 Anhang 145

13.1 Codebuch 145

13.2 Pressespiegel 152

13.3 Presseaussendungen 152

13.4 SPSS-Auswertungen zu den Forschungsfragen und Hypothesen 153

1 EINLEITUNG

1.1 Forschungsinteresse & Problemperspektiven

Im Zuge der Themenfindung für die vorliegende Magisterarbeit war mir von Anfang an klar, dass ich einerseits den interdisziplinären Forschungszweig „Gesundheitskommunikation“ und andererseits die Psychologie mit einbeziehen möchte. Die Einbindung der Psychologie wurde unter anderem deshalb angestrebt, da mich diese Wissenschaft bzw. die dort behandelten Themen schon immer von großem Interesse für mich waren und ich auch ergänzend zum Studium der Publizistik und Kommunikationswissenschaft begeistert Fächer aus der Fachrichtung Psychologie belegt habe. Dazu kamen diverse Problemperspektiven, die mich dann Schritt für Schritt zu der vorliegenden Arbeit führten.

Im Zuge der Literaturrecherche für diese Magisterarbeit konnte zunächst einmal festgestellt werden, dass sich die Literatur zwar viel mit dem Thema „Gesundheitskommunikation“ beschäftigt, es jedoch nach wie vor an Forschungen zur Kommunikation über psychische Erkrankungen mangelt. Dieses Forschungsmanko sowie ein noch immer vorhandenes Tabu in der Kommunikation, Öffentlichkeitsarbeit, Berichterstattung und im offenen Bekennen zu psychischen Krankheiten stellten Hauptgründe für die inhaltliche Ausrichtung dieser Arbeit dar.

Psychische Gesundheit ist Voraussetzung für eine hohe Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. Psychische Störungen belasten die Betroffenen und die Sozial- und Gesundheitssysteme. Beispielsweise sind Fehlzeiten am Arbeitsplatz wegen psychischer Störungen in den letzten zehn Jahren stark angestiegen (vgl. Kurth 2012: 987).

Nach einer Hochrechnung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kommen im Jahr 2030 in den Industrieländern 3 der 10 mit den stärksten Beeinträchtigungen (Global Burden of Disease) verbundenen Erkrankungen aus dem Bereich Psychiatrie: Unipolare Depressionen, Demenzen und alkoholbezogene Suchterkrankungen (vgl. Schneider/Falkai/Maier 2012: 10). Auch bedingt durch die hohen Anforderungen in der heutigen Arbeitswelt, die zunehmend durch Stress, Druck oder Mobbing begleitet sein können, können solche Erkrankungen entstehen, wodurch es Betroffenen dann häufig nicht mehr möglich ist, ihre Arbeit auszuüben (vgl. ebd.:7).
In der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) wurden in den

Jahren 2008-2011 Daten zur psychischen Gesundheit in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren mittels Fragebogen (n=7807) und eines computergestützten ärztlichen Interviews (n=7956) erhoben (vgl. Kurth 2012: 987). Dabei konnte festgestellt werden, dass eine aktuelle Depression bei 8,1% der TeilnehmerInnen besteht (Frauen: 10,2%, Männer: 6,1%). Die Prävalenz ist bei den 18- bis 29-Jährigen mit 9,9 Prozent am höchsten und im Alter ab 65 Jahren mit 6,3% am niedrigsten. Die Häufigkeit von Depressionen sinkt mit der Höhe des sozioökonomischen Status (vgl. ebd.).

Eine gemeinsame Studie der Allianz Versicherung und der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit ermittelte im Jahr 2012, dass immer mehr junge Menschen in Österreich an seelischen Leiden erkranken: Bereits sechs Prozent der 14- bis 24-Jährigen ÖsterreicherInnen leiden an Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen (vgl. Der Standard 2012: o.S.). Die 2011 unter österreichischen StudentInnen durchgeführte Sozialerhebung zeigte auf, dass auch immer mehr Studierende hierzulande von psychischen Belastungen bzw. Erkrankungen betroffen sind. 45 Prozent der Befragten gaben etwa an, durch psychische Beschwerden im Studium beeinträchtigt gewesen zu sein (vgl. BMWF 2012: 80).

Erschreckende Ergebnisse zeigte auch eine Untersuchung der deutschen Techniker Krankenkasse (TK) zur gesundheitlichen Situation von Studierenden im Alter von 20 bis 35 Jahren in Deutschland: Jede fünfte Pille, die ein(e) HochschülerIn verschrieben bekommt, ist ein Medikament zur Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems – die Tendenz dabei ist steigend (vgl. TK 2012: o.S.). Demnach erhielten StudentInnen im Jahr 2010 durchschnittlich 13,5 Tagesdosen Psychopharmaka, vier Jahre zuvor waren es 8,7 Tagesdosen – das bedeutet eine Steigerung um 55 Prozent. Insgesamt wurde jedem/jeder HochschülerIn im Jahr 2010 Medikamente für 65 Tage verordnet (vgl. ebd.). Auch der Anteil junger Menschen, die medikamentös behandelt werden müssen, nimmt immer weiter zu. Gleich um 40 Prozent sind die Verordnungsraten von Antidepressiva angestiegen (vgl. ebd.). Ambulante Diagnosedaten zeigten, dass jedem/jeder fünften Studenten/Studentin und jungen Erwerbstätigen mindestens einmal pro Jahr eine psychische Diagnose gestellt wurde. Frauen waren dabei mit 30 Prozent deutlich häufiger betroffen als Männer mit 13 Prozent. Auch nehmen mit zunehmendem Alter die Diagnosen einer psychischen Störung bei Studierenden erheblich stärker zu als bei Berufstätigen (vgl. ebd.).

Gerade aufgrund solcher Ergebnisse ist Aufklärungs- bzw. Antistigmatisierungsarbeit zu

seelischen bzw. psychischen Erkrankungen enorm wichtig. Obwohl diesbezüglich in den letzten Jahren schon Fortschritte erzielt wurden, gibt es hier nach wie vor akuten Handlungsbedarf (vgl. Rutz 2005: 219). Es ist erforderlich, einen öffentlichen Diskurs hinsichtlich psychischer Erkrankungen anzuregen, da es nach wie vor ein Tabu ist, offen darüber zu sprechen. Denn nach wie vor sind psychische Erkrankungen in der Gesellschaft mit einem Stigma behaftet (vgl. ebd.). So haben Menschen, die ihre psychische Krankheit gut genug bewältigen, um regelmäßig zur Arbeit gehen zu können, dennoch oftmals bei der Suche nach einer Arbeitsstelle erhebliche Schwierigkeiten (vgl. Rüsch et al. 2004: 3). Denn wenn ArbeitgeberInnen Kenntnis über ihre medizinische Vorgeschichte erhalten, schließen sie sie häufig - unabhängig von ihren Qualifikationen - vom BewerberInnenkreis aus. Geschieht dies, wird von einer „öffentlichen Stigmatisierung“ gesprochen (vgl. ebd.). Eine weitere mögliche Belastung ist, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen die verbreiteten Vorurteile gegenüber ihrer Erkrankung akzeptieren, diese dann jedoch gegen sich selbst wenden und dadurch an Selbstbewusstsein verlieren. In solch einem Fall wird dann von einer „Selbststigmatisierung“ gesprochen (vgl. ebd.). Dadurch werden psychische Probleme oftmals verheimlicht bzw. unterschätzt und somit nicht ausreichend behandelt (vgl. Rutz 2005: 220).

Um dieser Dynamik entgegenzuwirken hat beispielsweise die WHO im Jahr 2001 das „Jahr der seelischen Gesundheit“ ausgerufen und damit verschiedene globale, nationale und regionale Aktivitäten unternommen, um auf die Belastungen psychischer Erkrankungen von Betroffenen und deren Familienangehörigen hinzuweisen und darüber aufzuklären (vgl. ebd.: 219). Auch engagieren sich weltweit immer mehr Interessensgruppen von Betroffenen gegen eine Stigmatisierung psychisch Erkrankter, um dadurch deren Leben zu verbessern (vgl. Rüsch et al. 2004: 9). Erfolgreiche Beispiele hierfür sind z.B. die „National Alliance of Mentally Ill“ aus den USA – eine Gruppe von Familienangehörigen und Betroffenen, die öffentliche Aufklärungsarbeit leistet – oder die deutsche Antistigma-Initiative „Irrsinnig Menschlich e.V.“, von der diverse lokale sowie bundesweite Informationskampagnen ausgehen, wie u.a. das Schulprojekt „Verrückt? Na und!“ (vgl. ebd.).

Trotz solcher Bemühungen finden sich in den Medien noch immer sehr häufig stigmatisierende Berichterstattungen über Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die meisten Beiträge konzentrieren sich dabei auf den Aspekt „Gewalt“ (vgl. Rüsch et al. 2004: 9). Das Gewaltrisiko ist jedoch nur bei ganz wenigen Erkrankungsformen - beispielsweise bei Psychosen oder Demenz - und dann auch nur innerfamiliär erhöht

(vgl. ebd.). Die Berichterstattung übertreibt allerdings sehr oft dieses angebliche Gewaltrisiko und vernachlässigt andere Faktoren wie jugendliches Alter und männliches Geschlecht, die demographisch bedingt ein erhöhtes Gewaltrisiko darstellen (vgl. ebd.). Dazu kommt noch, dass positive Berichte über die realen Möglichkeiten von Heilung und Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Medien eher selten sind (vgl. ebd.).

Vereine, Kampagnen und andere Initiativen, die sich mit seelischen Erkrankungen auseinandersetzen, leisten meiner Meinung nach daher auch enorm wichtige Arbeit, um u.a. vorherrschende Tabus zu brechen. Dies war auch der Anreiz für mich, dazu ein Fallbeispiel näher zu untersuchen.

1.2 Forschungs-, Erkenntnisziele & Fachbezug

Ein österreichischer Verein, der sich ebenfalls für die Antistigmatisierung von bzw. zur Aufklärung über psychische Erkrankungen einsetzt, ist „ganznormal.at“. Dieser wurde 2011 gegründet und hat im Oktober desselben Jahres eine Kampagne – zunächst mit einer Plakatserie - gestartet. Fortgesetzt wurde die Kampagne dann mit Anzeigen in Tages-, Wochen- und Monatsmedien. Die Kampagne sowie die Öffentlichkeitsarbeit des Vereins sollten zur Aufklärung und Prävention aber auch zu einem Diskurs in der Öffentlichkeit beitragen. Dieser Verein wurde als Fallbeispiel für die vorliegende Magisterarbeit ausgewählt, um anhand einer Medienresonanzanalyse - die auf Basis der Berichterstattung in österreichischen Medien über den Verein ganznormal.at und dessen Kampagne durchgeführt werden soll - entsprechende Schlüsse aus der darüber erfolgten Medienberichterstattung ziehen zu können. Medienresonanzanalysen werden in der Kommunikationswissenschaft häufig auch dafür eingesetzt, um das Zusammenspiel von Quellen und journalistischem Output zu untersuchen und unter anderem der Frage nachzugehen, welchen Einfluss Öffentlichkeitsarbeit auf das Mediensystem ausübt. In der deutsch- und englischsprachigen Kommunikationswissenschaft haben sich hierfür diverse Ansätze herausgebildet, die jeweils unterschiedliche Aspekte betonen und Zwecke verfolgen. So geht z.B. Barbara Baerns mit ihrer Determinationsthese davon aus, dass JournalistInnen täglich vielfältige druckfertige Informationsleistungen der Öffentlichkeitsarbeit zum kostenfreien Abdruck erreichen und dass die Öffentlichkeitsarbeit die Informationsleistung tagesbezogener Medienberichterstattung determiniere. Deswegen wird mit der empirischen Untersuchung hier auch versucht herauszufinden, ob es eine Beeinflussung der journalistischen Berichterstattung durch PR-Aktivitäten von ganznormal.at gibt.

Forschungsziele der vorliegenden Magisterarbeit sind einerseits, das Verhältnis von österreichischen Medien und der Gesundheitskommunikation bzw. Öffentlichkeitsarbeit zu psychischen Erkrankungen näher zu untersuchen, und andererseits, aussagekräftige Ergebnisse zur Resonanz der Medien auf einen Verein, der sich schwerpunktmäßig mit psychischen Erkrankungen beschäftigt, sowie dessen Gesundheitskampagne, erzielen zu können.

Erkenntnisziele in diesem Zusammenhang waren:

- Möglichkeiten und Grenzen von Gesundheitskommunikation zu behandeln,
- herauszufinden, wie ein Verein, dessen Hauptanliegen es ist, die öffentliche Diskussion über seelische Gesundheit zu fördern und einen Beitrag zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen zu leisten, überhaupt in den Medien aufgenommen wird sowie
- eine mögliche Beeinflussung von PR auf den Journalismus aufzeigen zu können.

Der PuKW-Fachbezug wurde hier unter anderem in folgenden Punkten gesehen:

a) Zunächst einmal kann mediale Gesundheitskommunikation einen wichtigen Beitrag zur Akzeptanz und Entstigmatisierung bzw. zu einem besseren Verständnis von psychischen Erkrankungen leisten.
b) Kommunikation über Massenmedien kann außerdem dazu beitragen, dass Aufmerksamkeit für spezifische Krankheiten auf RezipientInnenseite entsteht und dass verschiedenen Themen eine unterschiedlich hohe Bedeutung beigemessen wird (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 107).
c) Und zudem kann den Medien bzw. ihrer Berichterstattung ein großes Machtpotential zugeschrieben werden. Die moderne Gesellschaft ist nämlich auf die Existenz von Medien angewiesen, da sie u.a. als Beobachtungs- und Berichterstattungsinstanz dienen und Medien es uns durch ihre Vermittlungs- und Erklärungsleistung ermöglichen, Kenntnis von der Welt, von lokalen, regionalen bis hin zu globalen Ereignissen, Zuständen und Entwicklungen zu erhalten (vgl. Saxer 1987: 11). Medien sind auch funktional in das gesellschaftliche Regelungssystem eingefügt und sie sind institutionalisiert, weil von ihnen die Erbringung unentbehrlicher Leistungen für die Gesellschaft gefordert wird (vgl. ebd.). Eine These daraus lautet daher: Wenn Medien gesellschaftlich relevante Funktionen erfüllen, dann fungieren sie als dauerhafte Lösung für gesellschaftliche Probleme (vgl. ebd.). Oder um Castells zu zitieren: „Wir [die Menschen, Anm. d. Verf.] leben mit den Medien und durch die

Medien.“ (Castells 2001: 382)

1.3 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Magisterarbeit ist in einen Theorie- sowie einen Empirie-Teil untergliedert. Im Theorieteil sollen vor allem Begriffe definiert werden, die in engem Zusammenhang mit der Thematik und der empirischen Untersuchung der Arbeit stehen. In Kapitel 2 wird daher näher auf den Begriff „Gesundheit“ eingegangen, wie der Forschungsstand dazu ist und wie die Gesundheitsorientierung in unserer heutigen Gesellschaft überhaupt aussieht. Unter Kapitel 3 wird das zentrale Element der Gesundheitsvorsorge – die Gesundheitskommunikation – eingehend beschrieben und näher auf deren Arbeitsbereiche, deren AnbieterInnen und ihre Kanäle eingegangen und es werden die in der Gesundheitskommunikation relevanten Begriffe „Prävention“ & „Gesundheitsförderung“ erläutert. Da ganznormal.at 2011 eine Kampagne gestartet hat, soll unter Kapitel 4 daher auch der Begriff der „Kampagne“ näher erklärt werden. Zudem erfolgt eine Darstellung einiger sozial- und gesundheitspsychologischer Modelle, die einen essentiellen Bestandteil in einer Kampagnenentwicklung ausmachen (Kap. 4.2). Auch die in der Kommunikationswissenschaft - und in der Kommunikationspraxis - im Zusammenhang mit Kampagnen genannten Schlüsselwörter „Kommunikationskampagne“, „Gesundheitskampagne“ bzw. „Health Campaigning“ und „Social Marketing“ werden in Kapitel 4.3 eingehender beschrieben. Um verstehen zu können, was „psychische Erkrankungen“ überhaupt sind, werden diese in Kapitel 5 ausführlich definiert, aktuelle nationale bzw. internationale Ergebnisse aus Studien und Analysen zu seelischen Krankheiten vorgestellt und erläutert, wie psychische bzw. seelische Erkrankungen in den Medien dargestellt werden bzw. wie die diesbezügliche Berichterstattung generell erfolgt. In Kapitel 6 findet sich dann der theoretische Bezugsrahmen, an dem sich die in dieser Magisterarbeit durchgeführte Medienresonanzanalyse orientiert. Um die Ergebnisse von Medienresonanzanalysen interpretieren zu können, ist es außerdem sinnvoll, sich die Rahmenbedingungen zu vergegenwärtigen, die das Verhältnis von Journalismus und Public Relations beeinflussen. In einem Exkurs (Kap. 6.4) sollen daher zusammengefasst einige Grundlagen des Journalismus und der Public Relations bzw. Grundlagen zu ihrem Verhältnis zueinander beschrieben werden, um daraus einen Erkenntniszusammenhang ableiten zu können. Im darauf folgenden Empirie-Teil wird zunächst das gewählte Fallbeispiel – der Verein „ganznormal.at“ bzw. dessen Kampagne – eingehend vorgestellt (Kap. 7) und unter Kapitel 8 wird dann beschrieben, welche Forschungsfragen & Hypothesen formuliert wurden (Kap. 8.1), wie die empirische Untersuchung angelegt wurde (Kap 8.2) sowie welche vorbereitenden Tätigkeiten im

Vorfeld der Untersuchung gemacht wurden (Kap. 8.3). In Kapitel 9 werden dann die durch die Medienresonanzanalyse gewonnenen Ergebnisse dargestellt und interpretiert. Zum Abschluss findet sich noch das Fazit, in dem die wichtigsten Resultate zusammengefasst werden und Schlussfolgerungen aus der Erstellung dieser Magisterarbeit bzw. aus der dafür durchgeführten empirischen Untersuchung gezogen werden sollen (Kap. 10).

I. THEORIE UND BEGRIFFSDEFINITIONEN

2 Was ist Gesundheit?

2.1 Definitionen

Einer Definition der World Health Organisation (WHO) zufolge lässt sich Gesundheit als Zustand des völligen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Freisein von Krankheit und Gebrechen definieren (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 15). Diese Definition wurde vor allem deswegen kritisiert, da subjektives Wohlbefinden nicht mit dem Zustand von Gesundheit gleichzusetzen sei, da man sich auch im Stadium einer Krankheit durchaus wohlfühlen kann (vgl. ebd.).

Obwohl diese Definition schon im Jahr 1946 von der WHO erlassen wurde, ist Gesundheit lange Zeit ausschließlich negativ definiert worden, d.h. als Abwesenheit von Krankheit und Beschwerden (vgl. ebd.). Dieser Auffassung lag ein mechanistisches Menschenbild zugrunde, das Individuen auf ihre körperlichen Funktionen reduzierte. Diese rein biomedizinische Sichtweise wurde dann in den 1970er Jahren um psychosoziale Komponenten erweitert, die dem Umstand Rechnung tragen, dass auch psychische und soziale Faktoren die Entstehung und Entwicklung von Krankheitsbildern beeinflussen (vgl. ebd.). Ein Perspektivenwechsel im Sinne einer Begriffserweiterung setzte dann Ende der 1970er Jahre ein: Der Soziologe Aaron Antonovsky erweiterte die gesundheitswissenschaftliche und -politische Diskussion um das Konzept der Salutogenese (*salus* = Unverletztheit, Heil, Glück; *genes* = Entstehung), das dem Konzept der Pathogenese gegenübergestellt wurde. Antonovsky kritisiert vor allem die Fokussierung auf Krankheit und stellte mit seinem Konzept die Bedingungen von Gesundheit und die diese begünstigenden Faktoren in den Mittelpunkt (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 16). Anstelle eines krankheitszentrierten Modells der Pathogenese setzte er das gesundheitsbezogene, ressourcenorientierte und präventiv ansetzende Modell der Salutogenese. Gesundheit und Krankheit schließen sich in Antonovskys Modell nicht aus, sondern bilden Pole eines Kontinuums (health ease/disease-continuum), auf dem sich der Gesundheitszustand flexibel bewegt (vgl. ebd.). Drei zentrale Aspekte stechen in diesem Modell hervor (vgl. ebd.: 16f.):

1. Die absoluten Größen Krankheit und Gesundheit werden relativiert, sie schließen Wohlbefinden und Unwohlsein ein.

2. Die vermeintlich objektive Zuschreibung der Befindlichkeit wird um die subjektive Perspektive erweitert.
3. Neben den physischen und psychischen werden soziale und kulturelle Rahmenbedingungen, die das Befinden beeinflussen, berücksichtigt.

Antonovskys Ansatz trug maßgeblich zur Sensibilisierung für eine gesundheitsorientierte Perspektive bei (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 17). Klaus Hurrelmann hat die Definition von Gesundheit noch weiterentwickelt: Wie Antonovsky vertritt er die Auffassung, dass Gesundheit kein statischer Zustand ist, sondern ein dynamisches Gleichgewicht zwischen Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung der inneren und äußeren Anforderungen gelingt (vgl. ebd.). Dieses Gleichgewicht ist jedoch permanenten Schwankungen unterworfen und muss dementsprechend ständig austariert werden (vgl. ebd.).

Eine andere, aktuelle Definition für Gesundheit stammt von Schnabel und Bödeker: Demnach handelt es sich bei Gesundheit nicht nur um einen Zustand, sondern um die variierenden Ergebnisse eines lebenslangen, von Stadien unterschiedlichen Erfolges geprägtes Auseinandersetzungs- und Aneignungsgeschehen (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 64). Kreyher (2001: 20) versteht unter Gesundheit einen weltweit wachsenden Wirtschaftsmarkt. Gerade in den westlichen Industriegesellschaften gewinnen Gesundheit und Medizin – auch unter dem Einfluss der Medien – eine immer größere Bedeutung für die Lebensführung (vgl. ebd.).

Gesundheit kann aus der Sichtweise einer auf das alleinige Körpergeschehen reduzierten Wissenschaft nicht hinreichend erfasst werden. An ihrer Entstehung und ihrem Verlauf sind nämlich genetische, physiologische, psychische, soziale und biografische Faktorengruppen beteiligt (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 62). Die folgende Abbildung verdeutlicht dies:

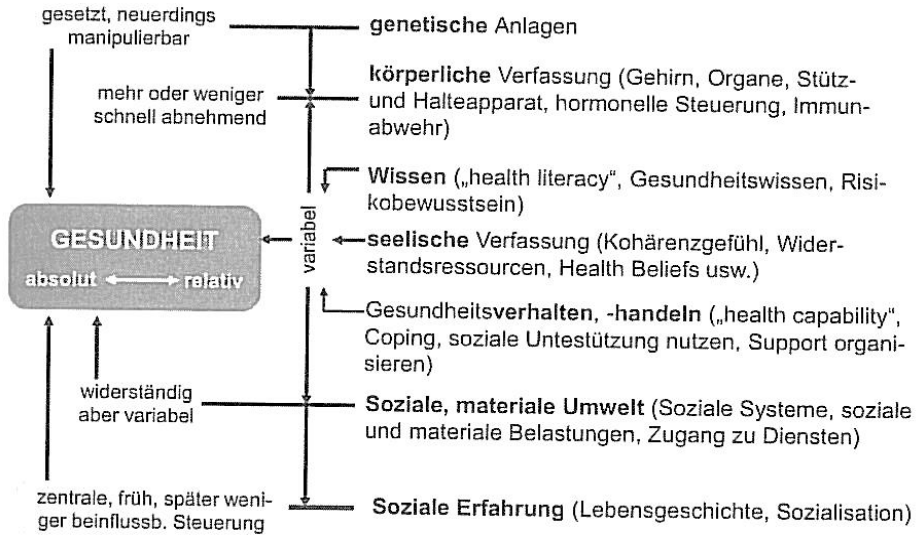

Abb. 1: Bausteine der Gesundheit und ihre Beeinflussbarkeit (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 63)

2.2 Gesundheit und Kommunikationsforschung

In den Massenmedien[1] kann seit einigen Jahren im Informations- und Unterhaltungsbereich eine stetige Zunahme von Medizin- und Gesundheitsthemen beobachtet werden (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 68).

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie wichtig Massenmedien zur Vermittlung u.a. von gesundheitlichen Risikoinformationen sind. Hinzu kommt, dass sie bisweilen die ersten und sogar einzigen Quellen sind, die über Gesundheitsrisiken informieren (vgl. Rossmann/Brosius 2013: 118). Damit kommt den Medien eine wichtige Rolle zu: Denn gerade dort, wo andere Informationsquellen fehlen, haben sie das Potenzial, die Wahrnehmung von Risiken durch die Bevölkerung zu beeinflussen. Dies eröffnet einerseits die Möglichkeit, Massenmedien bewusst einzusetzen, um über Gesundheitsrisiken aufzuklären. Andererseits birgt die Thematisierung von Gesundheit in diesem Rahmen auch Risiken, etwa wenn bestimmte Themen überbetont und andere, eigentlich wichtigere Themen vernachlässigt werden (vgl. ebd.).

[1] Für Roland Burkart sind unter Massenmedien alle Medien zu verstehen, über die durch Techniken der Verbreitung mittels Schrift, Bild oder Ton optische bzw. akustische Aussagen an eine unbestimmte Vielzahl von Menschen vermittelt werden (vgl. Burkart 2002: 171f.). Dazu zählen Presse, Buch, CD/DVD, Film, Fernsehen und Internet (vgl. ebd.). Mit Hilfe der Massenmedien wird Massenkommunikation erst ermöglicht (vgl. ebd.: 172). Massenmedien erfüllen verschiedene Funktionen. Dazu zählen unter anderem die soziale Funktion, die politische Funktion oder die ökonomische Funktion. Um zu erfahren, wie genau diese Funktionen definiert sind, wird auf das Werk von Roland Burkart (2002): „Kommunikationswissenschaft: Grundlagen und Problemfelder. Umrisse einer interdisziplinären Sozialwissenschaft", erschienen im Böhlau-Verlag, Wien, verwiesen.

Ein Thema, das derzeit in der Forschung häufig diskutiert wird, ist, inwieweit Unterhaltungsmedien zur Kommunikation von Gesundheitsrisiken nützlich sein können. In diesem Zusammenhang sind vor allem der Kultivierungsansatz und der Entertainment-Education-Ansatz zu nennen (vgl. Rossmann/Brosius 2013: 119). Der Kultivierungsansatz geht davon aus, dass VielseherInnen von Unterhaltungssendungen ihre Realität so wahrnehmen, wie sie im Fernsehen dargestellt wird. Da die Fernsehrealität in vielen Punkten von der tatsächlichen Realität abweicht, ergeben sich bei VielseherInnen oft Fehlwahrnehmungen und Fehlurteile über die soziale Realität (vgl. ebd.). Oft ist es dann so, dass die Art und Weise, wie Risiken in Unterhaltungssendungen dargestellt werden, einen Einfluss darauf haben, was RezipientInnen über sie denken, welche Einstellungen sie dazu haben, und somit indirekt auch darauf, wie sie sich verhalten (vgl. ebd.). An diesem Punkt setzt dann der Entertainment-Education-Ansatz an. Dieser nutzt den Einfluss von Unterhaltungsangeboten für Kampagnen und platziert Risikobotschaften in Unterhaltungsangeboten, etwa in Fernsehserien oder Computerspielen (vgl. Rossmann/Brosius 2013: 120). Im Vergleich zu herkömmlichen Informationskampagnen hat diese Vorgehensweise zwei Vorteile: Zum einen erreichen Unterhaltungsangebote auch solche Zielgruppen, die Informationsangebote nur wenig nutzen, etwa Jugendliche oder soziale Randgruppen. Zum anderen machen sich Entertainment-Education-Kampagnen den Wirkmechanismus von Unterhaltungsangeboten zunutze, der davon profitiert, dass RezipientInnen quasi nebenbei überzeugt werden, ohne zu merken, dass sie überzeugt werden sollen (vgl. ebd.).

Aus der Perspektive der Kommunikationsforschung mangelt es jedoch an Grundlagenstudien, in denen die Suche nach bzw. die Wahrnehmung und Nutzung von Gesundheitsinformationen in den Medien umfassend analysiert wird (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 68). Den wenigen Projekten, in denen das Gesundheitsinformationsverhalten empirisch erforscht wird, fehlt es dann meist an einer theoretischen Fundierung und Reflexion (vgl. ebd.). Grund für dieses Defizit könnte möglicherweise sein, dass das Angebot gesundheitsbezogener Informationen in den Medien mittlerweile derart unüberschaubar ist, dass eine Operationalisierung der Nutzung in einem Forschungsdesign unter Berücksichtigung verschiedener Medien, Genres, Inhalte, Kommunikationsformen, Zielgruppen und ihrer Informationsbedürfnisse nur sehr schwer realisiert werden kann (vgl. ebd.).
Disziplinen wie die Mediensoziologie oder die Gesundheitswissenschaften stellen die Gesundheit bzw. Krankheit der Menschen als Untersuchungsgegenstand – das heißt

eine konkrete Erkrankung und damit eine Zielgruppe erkrankter Personen – ins Zentrum der Forschung (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 68). Dabei wird das gesundheitsrelevante Verhalten der Zielgruppe untersucht, das Mediennutzung lediglich als einen Faktor unter vielen berücksichtigt und diese dementsprechend dann nur sehr verkürzt oder pauschalisierend erfassen kann. Von besonderem Interesse ist hier die Erforschung der Bedeutung von Medien für den therapeutischen Prozess, z.B. welche Rolle Medien als eine mögliche Informationsquelle für den Therapieerfolg spielen können (vgl. ebd.).

In der Kommunikationswissenschaft steht laut Fromm/Baumann/Lampert (2011: 68f.) grundsätzlich nach wie vor die Nutzung der Medien selbst im Mittelpunkt der Forschung. Untersucht wird dabei u.a. die Nutzung ausgewählter, gesundheitsbezogener, medialer Kanäle. Das Erkenntnisinteresse ist u.a. auf die Fragestellung beschränkt, wie bestimmte Bevölkerungsgruppen ein Medium im Hinblick auf ein bestimmtes Gesundheitsthema nutzen. Teilweise erfolgt auch eine Fokussierung auf ausgewählte Krankheiten, wie z.B. Depression bei gesunden Internet-NutzerInnen (vgl. ebd.).

Der Fokus der Kommunikationsforschung liegt vor allem auf der aktiven Informationssuche (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 75). Laut Schwarz (2004: 927) sind das erklärte Vorbild von solchen Forschungen die vor allem von US-amerikanischen ForscherInnen seit mehreren Jahrzehnten in den USA und in Entwicklungsländern unter dem Label „Health Communication“ durchgeführten Studien über die gesundheitsrelevanten Auswirkungen der Massenmedien und dabei insbesondere des Fernsehens. Auch wurden mit der Frage, auf welche Weise massenmediale Gesundheitsaufklärung das Wissen, die Einstellungen und das Verhalten der Bevölkerung beeinflussen kann, nicht nur institutionelle Gesundheitskampagnen zur gezielten Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung untersucht, sondern auch die nicht intendierten, aber dennoch potenziell gesundheitsrelevanten Effekte der Medien und der Mediennutzung insgesamt (vgl. ebd.).

Grob vereinfacht sind zwei Grundrichtungen der empirischen Medienforschung für den Bereich „Gesundheit und Medien“ relevant:

1. Dem SenderInnen-EmpfängerInnen-Modell der Medienwirkung liegt die Auffassung einer mehr oder weniger direkten Übertragung zugrunde – idealtypisch gesprochen, sendet ein(e) AbsenderIn (KommunikatorIn) eine mediale (Gesundheits-)Botschaft an einen Adressaten/eine Adressatin, der/die diese so versteht, wie der/die

AbsenderIn sie gemeint hat (vgl. Schwarz 2004: 927). Er/Sie akzeptiert diese Information und lässt sie für sich einstellungs- und verhaltensrelevant werden. Dieser heute in seiner Reinform veraltete, als pädagogisch oder informationsorientiert bezeichnete Grundansatz beschreibt die Medienwirkung auf den/die Adressaten/Adressatin mitunter in metaphorischer Analogie zur Medizin als eine Art unter die Haut gehende Spritze („subkutane“ Medienwirkung) (vgl. ebd.). Die Betrachtungsrichtung vom Sender zum Empfänger ist vorrangig also an der Medienwirkung interessiert. Sie liegt auch der so genannten Kultivierungsthese zugrunde, die ursprünglich im Zusammenhang mit der Frage nach der Wirkung massenmedialer Gewaltdarstellungen formuliert wurde (vgl. ebd.).

2. Mit dem Grundansatz der Gebrauchsweisen und Belohnungen (Uses and Gratifications) betrachtet die empirische Medienforschung den massenmedialen Kommunikationsprozess von der Rezeptionsseite her. Nicht der Nachweis intendierter oder unbeabsichtigter Wirkungen, sondern der Nachvollzug der Rezeptionsweisen der MediennutzerInnen steht dabei im Mittelpunkt (vgl. Schwarz 2004: 928). Rezeption wird hierbei als eine Aneignung verstanden, als eine aktiv auswählende und verarbeitende Tätigkeit, bei der der/die RezipientIn in Programmauswahl und Rezeptionsverhalten individuelle Interessen verfolgt und befriedigt und seine/ihre Art des Mediengebrauchs danach ausrichtet, was er/sie im Medienangebot an verwertbarer Unterstützung und Bestätigung zur Bewältigung seines Alltags findet (vgl. ebd.). Die Wahrnehmung der Medienkommunikation von der RezipientInnenseite aus berücksichtigt den sozialen Kontext des Mediengebrauchs, die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen der RezipientInnen und ihren Einübungsgrad in die Genreregeln der unterhaltenden Sendeformen grundsätzlich stärker (vgl. ebd.).

Die Erforschung der Bedeutung von Mediennutzung ist hingegen für erkrankte Personen, die bestenfalls in Kooperation mit MedizinerInnen oder anderen AkteurInnen des Gesundheitssystems erfolgt, eher die Ausnahme in der Kommunikationsforschung (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 69). Insgesamt gesehen liegen zur gesundheitsbezogenen Mediennutzung in der Kommunikationsforschung weit weniger Arbeiten vor als zu gesundheitsbezogenen Medieninhalten und gesundheitsrelevanten Medienwirkungen (vgl. ebd.).

Diese Vernachlässigung der Mediennutzung als wissenschaftlichen Gegenstand ist historisch zu erklären: RezipientInnen wurden in der Tradition der

Medienwirkungsforschung lange Zeit als passiv und als eine auf Medienimpulse eher gleichförmig reagierende Masse betrachtet (vgl. ebd.). Daher wurde dann weniger davon ausgegangen, dass sich RezipientInnen Medieninhalte aktiv und konstruktiv aneignen, sondern es dominierte vielmehr die Vorstellung, dass jene den Medieneinflüssen hilflos ausgesetzt seien (vgl. ebd.). Die Nutzung von gesundheitsbezogenen Medieninhalten wurde aus wissenschaftlicher Perspektive zumeist im Rahmen von Medienwirkungsstudien als Voraussetzung für potentielle Medieneinflüsse erhoben (beispielsweise in Kultivierungsstudien), wobei dem Wahrnehmungs- und Nutzungsprozess selbst weniger Beachtung geschenkt wurde (vgl. ebd.: 69).

Insgesamt gesehen kann die Kommunikation über Massenmedien dazu beitragen, dass auf RezipientInnenseite Aufmerksamkeit für spezifische Krankheiten entsteht und dass verschiedenen Themen auch auf Publikumsseite eine unterschiedlich hohe Bedeutung beigemessen wird (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 107). Dies gilt insbesondere für Themen, die außerhalb des persönlichen Erfahrungsbereichs liegen, wie beispielsweise die Vogelgrippe oder HIV/Aids zu Beginn der Epidemie in den 1980er Jahren (vgl. ebd.). Durch die häufige Präsentation solcher Krankheiten und die Betonung der gesundheitlichen Gefahren in den Massenmedien können die Ansichten des Publikums dahingehend beeinflusst werden, dass es bestimmte Gesundheitsrisiken zum einen überhaupt wahrnimmt und sie zum anderen als relevant erachtet. In diesem Zusammenhang wird oftmals von der Agenda-Setting-Funktion der Massenmedien gesprochen (vgl. ebd.).

2.3 Gesundheitsorientierung

Das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Auch gibt es ein verändertes Informationsverhalten gegenüber Gesundheits- und Krankheitsthemen. Immer mehr Menschen interessieren sich für Gesundheitsthemen und suchen aktiv nach Gesundheitsinformationen, die ihnen die Orientierung im Gesundheitssystem erleichtern und Handlungsimpulse für gesundheitsförderndes Verhalten geben (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 73). Kreyher (2001: 29) spricht vom „Ideal der selbstbestimmten Gesundheit": Demnach wird dieses von dem Anspruch bestimmt, Gesundheit durch bewusste Lebensweise und eigenverantwortetes Verhalten lenken zu können. Zu dieser Einstellung gehören moderne Begriffe wie „Selbstmanagement" oder „Health Management" (vgl. ebd.). Die Vorstellung einer selbstverantworteten Gesundheit bestimmt dann auch den Lebensstil sowie die Einstellung zu Therapie und Medizin, wobei Ansprüche und Präferenzen sich laufend ändern: Selbstinformationen via Internet, Selbsttherapie und Selbstmedikation,

Präventions- und Check-up-Programme oder SelbstzahlerInnenmedizin – der moderne Mensch ist durchaus bereit, in seine Gesundheit zu investieren (vgl. ebd.). Aus der Orientierung auf mehr und eigenverantwortete Gesundheit ergeben sich Chancen für ÄrztInnen, Apotheken und Kliniken, Unternehmen, aber auch Krankenkassen und Krankenversicherungen, die sich dann auf den Wandel der Erwartungen und Ansprüche einstellen, indem sie patientInnen- und kundInnenbezogene Leistungen entwickeln und anbieten (vgl. ebd.).

Unbestritten ist ebenso, dass medizinische ExpertInnen (ÄrztInnen, TherapeutInnen, ApothekerInnen etc…) bei der Information über Gesundheit und Krankheit eine zentrale Bedeutung zukommt (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 73). Persönliche Gespräche mit GesundheitsexpertInnen finden allerdings oft erst dann statt, wenn aufgrund eines gesundheitlichen Problems konkreter Beratungs- bzw. Handlungsbedarf besteht (vgl. ebd.: 73f.).

Heute interessiert vor allem der Einfluss der elektronischen Medien auf das Verständnis von Medizin und Gesundheit: Auf der einen Seite stehen die Klinik- und ÄrztInnenserien im Fernsehen, die das Bild des Mediziners/der Medizinerin und das Gesundheitswesen prägen. Auf der anderen Seite wird dem Internet ein großes Potential unterstellt, die Gesundheitskommunikation grundlegend zu verändern (vgl. Dernbach 2010: 159). Es zeichnet sich bereits ab, dass eine wachsende Zahl an Menschen entsprechende Portale und Seiten im Internet besucht, um sich selbst medizinischen Rat zu suchen (vgl. ebd.).

Auch Fromm/Baumann/Lampert (2011: 74f.) sind der Ansicht, dass für das aktive und zielgerichtete Informationsverhalten in Gesundheitsfragen dem Internet eine immer bedeutendere Rolle zukommt. Dies leitet sich vor allem aus dessen spezifischen Vorteilen gegenüber traditionellen Medien ab, da

- das Internet eine interaktive Kommunikation ermöglicht, wo NutzerInnen nach persönlich relevanten Informationen suchen können,
- NutzerInnen nicht mehr das Haus verlassen müssen und die Internetnutzung zu Gesundheitsthemen daher als sehr bequem und vorteilhaft empfunden wird,
- Gesundheitsangebote im Netz außerdem zur Ablenkung und zum Zeitvertreib genutzt werden, weil beispielsweise Gesundheitstest zur Vorbeugung sehr unterhaltsam sein können und

- die weitgehend anonyme Nutzung zur Nivellierung sozialer Unterschiede und gesundheitlicher Stigmatisierungen beiträgt und die Bereitschaft zur Selbstöffnung erhöht wird (vgl. ebd.: 75).

Für Gesundheitsinformationen im Internet gelten allerdings besondere Ansprüche: Diese müssen sich in der Art der Präsentation an den Informationsbedürfnissen der NutzerInnen – und nicht der AnbieterInnen – orientieren (vgl. Kreyher 2001: 34). Gefordert ist dabei vor allem die Nutzergerechtigkeit (Usability) des Auftritts. Auch muss die Internet-Präsentation neben der aktuellen zeitlichen und örtlichen Verfügbarkeit der Informationen einen Mehrwert gegenüber anderen Medien bieten. Beispielsweise kann durch interaktive Angebote wie abrufbare Serviceleistungen und Diskussionsforen eine Bindung der NutzerInnen an den Auftritt erreicht werden (vgl. ebd.: 34f.).

3 Gesundheitskommunikation

> "Mit Informationen lässt sich handeln, mit Medien lassen sich Geschäfte machen. Gesundheitsinformationen machen da keine Ausnahme. Entsprechend unterschiedlich wird dann mit Gesundheitsinformationen gearbeitet: da wird mit Angst gearbeitet, kleine Erfolgshoffnungen werden als Sensation aufgebauscht, unerfüllbare Hoffnungen werden geweckt."
> (Göpfert 2001: 136)

3.1 Definitionen

Die Gesundheitskommunikation ist ein zentrales Element der Gesundheitsvorsorge und des Gesundheitswesens. Prinzipiell umfasst sie jegliche Kommunikation über Gesundheit und Krankheit, die entweder bewusst zur Aufklärung, Gesundheitsförderung oder Prävention initiiert wird, oder nebenbei, z. B. in medialen Unterhaltungsangeboten, stattfindet (vgl. Rossmann/Ziegler 2013: 385).

Der Begriff „Gesundheitskommunikation“ ist eine Übertragung aus der englischen Sprache. „Health Communication“ hat als eigenständiges Teilgebiet der Gesundheitswissenschaften (Public Health[2]) in den letzten Jahrzehnten vor allem in den USA eine starke Beachtung gefunden (vgl. Hurrelmann/Leppin 2001: 9). Die meisten Definitionen des Begriffs sind wenig konkret und lassen großen interpretatorischen Spielraum zu. Es bietet sich daher an, die beiden Bestandteile des Begriffs näher zu betrachten:

- Unter „Gesundheit“ kann der Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person verstanden werden, der gegeben ist, wenn diese Person sich in ihrer physischen, psychischen und sozialen Entwicklung in Einklang mit den äußeren Lebensbedingungen befindet (vgl. Hurrelmann 2000: 8).
- Unter „Kommunikation“ kann der Austausch von Wissen, Erfahrungen, Gedanken, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen und die Übertragung von Nachrichten und Informationen durch Sprache, Bilder und andere Zeichen verstanden werden. In der Kommunikationswissenschaft wird zwischen der direkten (personalen) und der indirekten (medialen) Kommunikation unterschieden (vgl. Hurrelmann/Leppin 2001: 10).

Grundsätzlich scheint der Begriff „Gesundheitskommunikation“ auf den ersten Blick leicht greifbar und eindeutig, schließlich spricht jeder über Gesundheit und Krankheit. Erst bei näherer Betrachtung fallen die unterschiedlichen Facetten auf, die Gesundheitskommunikation zu einem vielschichtigen Thema machen (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 15). Es scheint zwar eindeutig, dass es sich um Phänomene handeln muss, die sich mit Gesundheit und Kommunikation beschäftigen, versucht man jedoch, den Gegenstandbereich abzugrenzen, bewegt man sich schnell auf unsicherem Terrain (vgl. ebd.).

[2] Public Health ist die Wissenschaft und die Praxis der Förderung der individuellen und gesellschaftlichen Gesundheit, der Verbesserung der Lebensqualität sowie der gesellschaftsorientierten Systemgestaltung im Gesundheitswesen (vgl. ÖPH o.J.: o.S.). Public Health ist eine multidisziplinäre und interdisziplinäre Wissenschaft mit starkem Praxis- und Politikbezug. Standen früher noch Themen wie Hygiene (z.B. Wasserversorgung, Abfallsammlung) und Immunisierung (Impfungen) im Vordergrund, so gewinnt heute die Verbesserung des Zuganges zu Gesundheitsleistungen (u.a. durch Krankenversicherung) und die Vorbeugung, Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit in der breiten Bevölkerung und in benachteiligten Gruppen immer mehr an Bedeutung (vgl. ebd.). Die Public Health-Forschung beschäftigt sich mit Faktoren, die Gesundheit sowie Krankheit bedingen, und außerdem mit der Entstehung von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung (vgl. Noack 1999: 25). Auch wird dabei behandelt, wie durch Investitionen bzw. Interventionen zum Erhalt und zu einer Verbesserung der Gesundheit sowie der Gesellschaft beigetragen werden kann (vgl. ebd.).

Auch bezieht sich der Begriff „Gesundheitskommunikation“ bzw. „Health Communication“ nicht nur auf die Kommunikation über Gesundheit, tatsächlich sind auf dem Kontinuum der verschiedenen Zustände von Gesundheit und Krankheit alle Themen mit eingeschlossen, wobei allerdings der Fokus häufig auf bestimmten Krankheitsbildern liegt wie z.B. HIV/Aids oder Krebs (vgl. ebd.: 19). Die meisten Publikationen verweisen auf die Definition von Kreps und Thornton aus dem Jahr 1984: „Health Communication is an area of study concerned with human interaction in the health care process.” (Kreps/Thornton 1984: 2, zit.n. nach Fromm/Baumann/Lampert 2011: 19). Gesundheitskommunikation beschäftigt sich also mit allen Interaktions- und Kommunikationsprozessen von Personen im Rahmen der Gesundheitsversorgung (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 19). Welche konkreten Interaktionen unter dem Begriff „Gesundheitskommunikation“ subsummiert werden, ist allerdings umstritten: Im engeren Sinne gehören hierzu vor allem verbale oder schriftliche bzw. bildliche Kommunikationsformen (vgl. Hurrelmann/Leppin 2001: 11).

In den letzten Jahren sind vermehrt Definitionsversuche unternommen worden, die zu einer Betonung vor allem der unterschiedlichen Facetten von Health Communication geführt haben. Schiavo hat folgende Zielrichtungen identifiziert, die die Rolle von Gesundheitskommunikation kennzeichnen:

- Information und Einflussnahme auf individuelle und gemeinschaftliche Entscheidungen,
- Motivation,
- Verhaltensänderung,
- Wissenszuwachs und Verbesserung des Verständnisses von gesundheitsbezogenen Themen,
- Stärkung (Empowerment) sowie
- Partnerschaft/Partizipation/Austausch/Dialog (vgl. Schiavo 2007: 8ff., zit.n. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 20).

Schiavo entwickelte daraus eine Arbeitsdefinition, die bemüht ist, den Gegenstandsbereich genau zu definieren:

> „Health Communication is a multifaceted and multidisciplinary approach to reach different audiences and share health-related information with the goal of influencing, engaging, and supporting individuals, communities, health professionals, special groups, policymakers and the public to champion, introduce, adopt, or sustain a behavior, practice, or policy that will ultimately improve health outcomes.” (Schiavo 2007: 7, zit.n. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 20)

Diese Definition zielt auf die Gesundheitsversorgung und damit auf die Ansprache einer (vorab) festgelegten Zielgruppe mit dem Ziel, das Gesundheitsverhalten dieser Personen positiv zu beeinflussen (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 20). Im deutschsprachigen Raum wurde der Begriff „Health Communication“ in der Regel direkt mit Gesundheitskommunikation, Medizinkommunikation oder Medizinpublizistik übersetzt. Während Health Communication alle Kommunikationsvorgänge im Gesundheitssektor umfasst (wie beispielsweise ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräche, Aufklärungskampagnen, usw…), konzentriert sich der Forschungs- und Anwendungsbereich der Gesundheitskommunikation im deutschsprachigen Raum überwiegend auf Kommunikationsmaßnahmen mittels Massenmedien (vgl. ebd.: 20f.).

Dietmar Jazbinsek unterteilt die Entwicklung des Begriffs in zwei Phasen:

> „In den 80er Jahren war ‚health communication’ nicht viel mehr als ein neues Label für altbekannte Forschungsthemen. Im Fokus stand die Arzt-Patienten-Interaktion. Außerdem wurde in dieser Zeit Gesundheitskommunikation mit Gesundheitserziehung gleichgesetzt; sie sollte Konsumenten mit Informationen versorgen, die sie für die Entscheidung zu einem gesünderen Lebensstil benötigen.“ (Jazbinsek 2000: 11f., zit.n. Dernbach 2010: 158).

Ende der 1980er Jahre rückten die Aufklärungs-/Kommunikationskampagnen dann in den Hintergrund und die Frage nach dem Einfluss der täglichen Nutzung der Massenmedien in den Vordergrund. Damit einher ging ein starker Trend zur Politisierung und Professionalisierung der Gesundheitskommunikation (vgl. Dernbach 2010: 158f.).

Mit Gesundheitskommunikation haben Medien bzw. die Medienwissenschaften vor allem immer dann zu tun, wenn es darum geht, die Wirkung, die Wahrnehmung und die Nutzung von mediengestützten Informationen und Botschaften zu untersuchen, die Einfluss auf die Entstehung oder Verhinderung von und den Umgang mit Krankheiten sowie die Herstellung von Gesundheit nehmen bzw. nehmen sollen (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 40). Dabei kann es sich um die Herstellung sachangemessenen Wissens und zielführender Kompetenzen bei denjenigen ExpertInnen handeln, die es als ihre Aufgabe betrachten, tatsächliche oder potenzielle PatientInnen zum eigenverantwortlichen Umgang mit akuten Erkrankungen, zur Zusammenarbeit mit der behandelnden Medizin und anderen diagnostisch und therapeutisch arbeitenden DienstleisterInnen aber auch zu gesundheitsdienlichem Handeln und zur Realisierung gesunder Lebensstile zu motivieren (vgl. ebd.).

Von großem Interesse für die Gesundheitskommunikation ist auch die Frage, ob und wie sich die Kommunikation zwischen den AkteurInnen des Versorgungssystems und zwischen den AkteurInnen und ihren KlientInnen im gegenseitigen Interesse verbessert und wie die mediengestützte Aufklärung qualitätssicher gemacht werden kann (vgl. ebd.). Es ist schließlich für den Umgang mit psychischen, psychosomatischen und verhaltensbedingten Erkrankungen aus therapeutischen und vorbeugungsstrategischen Gründen wichtig zu erfahren, wie bestimmte Formen des Medienge- bzw. -missbrauchs bei deren Entstehung und Verlauf mitgewirkt haben (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 40).

3.2 Der Einfluss von Gesundheitskommunikation

Der Einfluss und die Wirkung von Gesundheitskommunikation manifestieren sich auf zweierlei Weise:

- Als Produkt gelungener *Sozialisation*, an der alle Instanzen, Einrichtungen, Organisationen etc… beteiligt sind, welche heranwachsende Menschen im Verlauf ihrer Entwicklung zu mehr oder weniger eigenständigen Persönlichkeiten durchlaufen (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 139). Diesbezügliche gesundheitskommunikative Interventionen ereignen sich auf einer Vielzahl von Ebenen, die auch als „Settings" bezeichnet werden (vgl. ebd.). Diese sind umso erfolgreicher in der Herstellung und Aufrechterhaltung von Überlebenskompetenz und Gesundheitsfähigkeit, je mehr die dabei genutzten Kommunikationskanäle, einschließlich der dabei erhaltenen interpersonalen, systemischen, kampagnenförmigen Botschaften, inhaltlich miteinander konvenieren (vgl. ebd.: 139f.). Solche Erfolge oder Wirkungen können zwar auch anhand von Indikatoren wie überstandener, gegebenenfalls auch vermiedener Morbidität, Mortalität und Frühberentung gemessen werden. Um ihren tatsächlichen Wirkungen evaluationsstrategisch gerecht zu werden, bedarf es jedoch ergänzender, derzeit noch zu wenig entwickelter Gesundheitsindikatoren, mit deren Hilfe Gewinne bzw. Verluste an Gesundheit auf der individuellen wie auf der systemischen Ebene identifiziert und bewertet werden können (vgl. ebd.).

- Zudem kann Gesundheitskommunikation als Folge des mehr oder weniger erfolgreichen, fach- und sachangemessenen *professionellen* Handelns von GesundheitskommunikationsexpertInnen – das heißt als Medium der Gesundheitsförderung – betrachtet werden (vgl. ebd.: 139).

Nach Göpfert (2001: 136) funktioniert Gesundheitskommunikation in der Regel nach einem einheitlichen Schema: Hier werden überwiegend neue Erkenntnisse aus der Medizin und der Präventionsforschung, Therapieempfehlungen sowie Aufklärung über sinnvolle und sinnlose Behandlungsmethoden kommuniziert.

Gesundheitskommunikation in ihren verschiedenen Formen hat außerdem einen erheblichen Einfluss darauf, wie Krankheiten, Krankheitsrisiken sowie präventive und therapeutische Möglichkeiten wahrgenommen und eingeschätzt werden (vgl. Loss/Nagel 2009: 504). Sie ist damit entscheidend dafür, wie man sich in gesundheitlichen Belangen verhält und sie trägt dazu bei, dass bestimmten Krankheiten oder einem Risikoverhalten gesellschaftliche Werte zugeschrieben werden (vgl. ebd.). Wer immer über Gesundheit informiert und kommuniziert – der Arzt/die Ärztin, eine Behörde, ein(e) JournalistIn oder ein pharmazeutisches Unternehmen –, bedient somit ein machtvolles Instrument (vgl. ebd.).

3.3 Gesundheitskommunikation & Forschung

Hurrelmann und Leppin sehen die Notwendigkeit einer fundierten Grundlagenforschung im Bereich der Gesundheitskommunikation, um diesen Gegenstandsbereich adäquat definieren zu können. Ihre Definition berücksichtigt die verschiedenen Facetten des Gegenstandsbereichs:

> „Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den Versorgungsprozess einbezogen sind und /oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind. Dieser Austausch kann direkt-personal oder er kann durch Medien vermittelt sein. Der Prozess der Kommunikation kann dabei mehr oder weniger symmetrisch verlaufen."
> (Hurrelmann/Leppin 2001: 11)

Aspekte, die Gegenstand des Forschungsinteresses in der Gesundheitskommunikation sein können, sind unter anderem:

- das Kommunikationsverhalten von ÄrztInnen, KrankenhausadministratorInnen, Gesundheitsbürokratien usw…,
- KommunikationspartnerInnen wie PatientInnen, Angehörige der PatientInnen, Krankenversicherte usw…,
- verschiedene Ebenen der Kommunikation wie die intrapersonale, die interpersonale oder die Organisationsebene sowie

- ökonomische, soziale, (multi-)kulturelle und ethische Fragen als Rahmenbedingungen für Gesundheitskommunikation (vgl. Signitzer 2001: 23).

Ein Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation ist laut Signitzer (2001: 28) das Vier-Ebenen-Modell der Kommunikation. Hierbei werden die einander ergänzenden Ebenen der

- intrapersonalen Kommunikation,
- interpersonalen Kommunikation,
- Organisationskommunikation und
- Massenkommunikation

unterschieden, wobei es sich idealerweise um Analyse- und Diskursebenen handelt. Der funktionale Anspruch des Modells ist einerseits Einseitigkeiten entgegenzutreten und andererseits eine bessere Integration des Faches zu ermöglichen (vgl. ebd.).

Interessant für die vorliegende Magisterarbeit erscheint hierbei vor allem die Ebene der Massenkommunikation, denn die Medien spielen eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, den Informationsbedarf der Gesellschaft im Bereich des Gesundheitswesens zu decken (vgl. Signitzer 2001: 28). Auf der Ebene der Massenkommunikation steht die Darstellung von Gesundheit und Krankheit in den Medien im Mittelpunkt (vgl. ebd.: 29).

Laut Signitzer (2001: 31) waren Themenfelder, die im Mittelpunkt von Forschungen standen, unter anderem:

- Darstellung von Gesundheitsfragen in den Medien
- Der breite Fragenkomplex der Informationskampagnen im Gesundheitssektor, wobei das in der allgemeinen Forschung über „public communication campaigns“ erarbeitete Wissen beispielsweise auf Anti-Raucher-Kampagnen bezogen wird.
- Im thematischen Zusammenhang mit Informations- und Kommunikationskampagnen wird oftmals auch die Rolle der Kommunikation in den Bereichen Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung untersucht.

3.4 Berufsfelder in der Gesundheitskommunikation

Nachfolgend sollen einige bedeutende Berufsfelder, die es innerhalb der Gesundheitskommunikation gibt, näher beschrieben werden.

3.4.1 Gesundheitsmarketing

Kreyher (2001: 3) versteht unter Gesundheits- bzw. Medizinmarketing die Anwendung des Marketings auf den Gesundheits- und Medizinbereich. Das Marketing wird dabei im Gesundheitsbereich – der sich zunehmend marktwirtschaftlich und kundenorientiert entwickelt – ein immer wichtigeres Führungskonzept zur Gestaltung und Steuerung der Marktbeziehungen. Für die Beteiligten am Gesundheitsmarkt wird es immer wichtiger, die Beziehungen zu den MarktpartnerInnen aktiv und bewusst zu gestalten (vgl. ebd.: 5). AkteurInnen, die am Gesundheitsmarkt beteiligt sind, sind u.a. die PatientInnen als VerbraucherInnen, KundInnen und LeistungsempfängerInnen oder die LeistungserbringerInnen wie beispielsweise ÄrztInnen, Krankenhäuser etc… (vgl. ebd.).

Schnabel und Bödeker sind der Ansicht, dass es sich hier um ein thematisch sehr breit angelegtes Feld handelt, welches den darin Tätigen die Verfügung über eines der komplexesten Qualifikationsprofile abverlangt (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 240). Kenntnisse über Patho- und Salutogenese sind hier neben medientechnischem Know-how noch etwas wichtiger als epidemiologische und (medien-)pädagogisch-didaktische Kenntnisse (vgl. ebd.). Sich in der massenmedialen, systembezogenen und interpersonalen Kommunikation auszukennen spielt hier eine fast gleich große Rolle. Das Rollenselbstverständnis dieser Berufsgruppe sollte das Bedürfnis bzw. der Anspruch sein, Individuen zu motivieren und deren Lebensumwelt mitzugestalten (vgl. ebd.: 241).

Allgemein gesagt versucht Gesundheitsmarketing („Health marketing") gleichzeitig sowohl gesunde Individuen – die es auch bleiben möchten – als auch kranke Individuen, die wieder gesund werden wollen, zu erreichen (vgl. Crié/Chebat 2013: 123) [Übers. d. Verf.]. Gesundheitsmarketing agiert oftmals in einem widersprüchlichen Kontext und reicht von der Kommunikation über das Wissen von Krankheit bis zur Kommunikation über Gesundheitsinformationen (vgl. ebd.) [Übers. d. Verf.] Der Begriff „Gesundheitsmarketing" bedeutet auch, die Grundlagen des Marketings in dem sehr breiten, heterogenen und komplexen Feld „Gesundheit" anzuwenden bzw. einzusetzen.

Laut Crié und Chebat (2013: 124f.) [Übers. d. Verf.] sollte das Gesundheitsmarketing aus einer einheitlichen bzw. integrativen Perspektive heraus betrachtet werden, da für sie das Gesundheitsvorsorgesystem ein integriertes Ganzes darstellt, das alle AkteurInnen unter bestimmten Aspekten vereint. Solche Aspekte sind unter anderem (vgl. ebd.: 125) [Übers. d. Verf.]:

- Gesundheit und Gesundsein von PatientInnen durch einen „patientInnen-zentrierten“ Ansatz,
- die Diversität von gleichen Zielen definiert einen breit gefächerten Markt, der Informationskongruenz sowie -konvergenz fordert und in dem jede(r) AkteurIn gleichzeitig die Bedürfnisse von internen und externen Stakeholdern befriedigen muss,
- die zentrale Rolle von InvestorInnen,
- die Veränderungen im Medizin- und Gesundheitssystem sowie die „Alterung” der Bevölkerung oder
- die enormen Fortschritte in der Entwicklung von bzw. die geringen Zugänge zu modernen Behandlungsmöglichkeiten (beispielsweise Biotherapeutika oder Nanotechnologien) (vgl. ebd.).

Für Stremersch (2008: 232) [Übers. d. Verf.] stellt Gesundheitsmarketing ein neues Forschungsfeld dar, welches für Politik, Unternehmen bzw. Organisationen aber auch Einzelpersonen gleichermaßen von Interesse ist. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung in Industriestaaten ist Gesundheit vor allem für die Politik bzw. Regierungen ein enorm wichtiges Thema geworden. Deren Ziel ist es, über Gesundheitsrisiken zu informieren, um schwere Erkrankungen kontrollieren zu können, vor allem wenn diese hoch ansteckend und somit gefährlich sind (vgl. ebd.) [Übers. d. Verf.].

Aus akademischer Sicht ist das Gesundheitsmarketing als Schnittmenge von vielerlei Disziplinen wie der Medizin, der Kommunikationswissenschaft, der Betriebswirtschaftslehre oder dem Dienstleistungsmanagement entstanden (vgl. Mai/Schwarz/Hoffmann: 10). Besonders drei Disziplinen scheinen für das Gesundheitsmarketing relevant: das Marketing, die Gesundheitspsychologie und die Gesundheitsökonomie (vgl. ebd.). Aus der Marketing-Perspektive umfasst das Gesundheitsmarketing all jene Maßnahmen, die darauf abzielen, gesundheitspositionierte Produkte, Dienstleistungen bzw. Gesundheitskampagnen zu entwickeln, die Bedürfnisse der Zielgruppe zu analysieren und das Leistungsangebot entsprechend zu kommunizieren (vgl. ebd.). Um relevante Zielgruppen gezielt ansprechen zu können, bedarf es eines umfassenden Verständnisses für die Beweggründe gesundheitsbewussten Verhaltens. Daher muss das Gesundheitsmarketing auch aus der Perspektive der Gesundheitspsychologie betrachtet werden: Diese analysiert, wie Menschen gesundheitliche Risiken und

Beeinträchtigungen wahrnehmen, und hinterfragt außerdem, warum es manchen Individuen leichter fällt als anderen, sich zu einem gesunden und „proaktiven" Lebensstil zu motivieren (vgl. ebd.: 10f.). Schließlich befindet sich das Gesundheitsmarketing auch an der Schnittstelle zur Gesundheitsökonomie: Diese beschäftigt sich mit der Produktion und der Verteilung knapper Wirtschaftsgüter (vgl. ebd.: 11). Wird der Markt aus makroökonomischer Sicht betrachtet, liegen für gesundheitsbezogene Produkte und Dienstleistungen Informationsdefizite und verzerrte Präferenzen vor, die zu einer Fehlverteilung von Ressourcen führen. Daraus resultiert ein drohendes Marktversagen, welches es notwendig macht, dass der Staat mit gesetzlichen Bestimmungen regulierend eingreift, was dann wiederum Konsequenzen für die Gestaltung konkreter Marketing-Maßnahmen hat (vgl. ebd.).

Grundsätzlich ist es wichtig zu wissen, dass der Gesundheitssektor zu den größten und sich am schnellsten entwickelnden Märkten der Weltwirtschaft gehört. Ausschlaggebend hierfür ist vor allem ein starker Anstieg von Erkrankungen, der gerade in industrialisierten Gesellschaften zu beobachten ist (vgl. Mai/Schwarz/Hoffmann 2012: 5). Viele dieser Erkrankungen sind auf einen Wandel des Lebensstils zurückzuführen (z. B. auf Alltagsstress, Fehlernährung oder Bewegungsarmut). Hinzu kommt, dass solche Erkrankungen nicht nur die Lebensqualität der BürgerInnen stark beeinträchtigen, sondern auch deren Lebenserwartung senken können (vgl. ebd.). Vor dem Hintergrund der Bedrohung für das individuelle und gesellschaftliche Wohlergehen wird die zunehmende Relevanz bzw. das Potenzial des Gesundheitssektors deutlich (vgl. ebd.). Derzeitige Entwicklungen im Gesundheitssektor stellen jedoch Anforderungen an GesetzgeberInnen und Unternehmen, die weit über jene des herkömmlichen Gesundheitswesens hinausgehen (vgl. ebd.). Beschränkte sich das systematische Management dieses Marktes früher noch auf einige wenige staatliche/kommerzielle AkteurInnen, wie Krankenhäuser oder die Pharmaindustrie, ist hingegen heute ein so genanntes „Broadening" zu beobachten (vgl. ebd.). Damit ist gemeint, dass der Gesundheitsmarkt und damit potenzielle Zielgruppen eines ganzheitlichen Gesundheitsmarketings immer breiter aufgefächert sind (vgl. ebd.).

Heute umfasst dieser Markt neben klassischen AkteurInnen auch nicht-kommerzielle AkteurInnen und kommerzielle AkteurInnen, die nur indirekt mit dem Gesundheitssektor verknüpft sind (vgl. Mai/Schwarz/Hoffmann 2012: 5). Beispielsweise ändern selbst Fastfood-Ketten wie McDonalds, die traditionellerweise ungesunde Speisen vertreiben, nach und nach ihre Produktpalette und ihr Image, um im Zuge der zunehmenden Gesundheitsorientierung von KonsumentInnen keine Marktanteile an die Konkurrenz zu

verlieren (vgl. ebd.: 6). Das Thema Gesundheitsmarketing spielt damit für kommerzielle AnbieterInnen eine immer größer werdende Rolle. Aber auch für andere, klassischerweise nicht primär kommerzielle AkteurInnen im Gesundheitssektor wie ÄrztInnen oder Krankenhäuser, wird es immer wichtiger, sich mit dem Thema „Marketing“ auseinanderzusetzen (vgl. ebd.).

In Anbetracht der wachsenden Mündigkeit der PatientInnen und VerbraucherInnen und der wirtschaftlichen Situation ist es für die Beteiligten am Gesundheitsmarkt ebenso wichtig, ihre gesundheitsbezogenen und gesundheitspolitischen Positionen durch ein gezieltes Themen-Management (Issues-Management) und aktive Pressearbeit gegenüber der Öffentlichkeit zu vertreten und die Akzeptanz bzw. Unterstützung wichtiger InteressensvertreterInnen und Entscheidungs- und VerantwortungsträgerInnen zu suchen (vgl. Kreyher 2001: 44).

3.4.2 Gesundheits- und Medizinjournalismus

> „Gesundheitsberichterstattung hat nicht viel mit Gesundheit, sondern viel mehr mit der Abwesenheit von Krankheit zu tun, die nach gesundheitswissenschaftlicher Auffassung den Tatbestand der Gesundheit nicht erfüllt.“ (Schnabel/Bödeker 2012: 51)

Bei Gesundheits- und Medizinjournalismus handelt es sich um einander überlappende Bereiche, die unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte setzen. Nur von der Begrifflichkeit ausgehend könnte man zwischen einem eher pathogenetischen und einem eher salutogenetischen Fokus unterscheiden (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 149). Medizinjournalismus oder Medizinpublizistik legt den Fokus eher auf das Thema „Krankheiten und deren Ursachen“ sowie auf die therapeutische Praxis. Mit dem Begriff „Gesundheitsjournalismus“ verbindet man hingegen eher Aspekte der Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung (vgl. ebd.).

Grundsätzlich bewegen sich Medizin- und Gesundheitsjournalismus in einem komplexen Feld, in dem vier wesentliche Bereiche und dementsprechend zahlreiche AkteurInnen auszumachen sind:

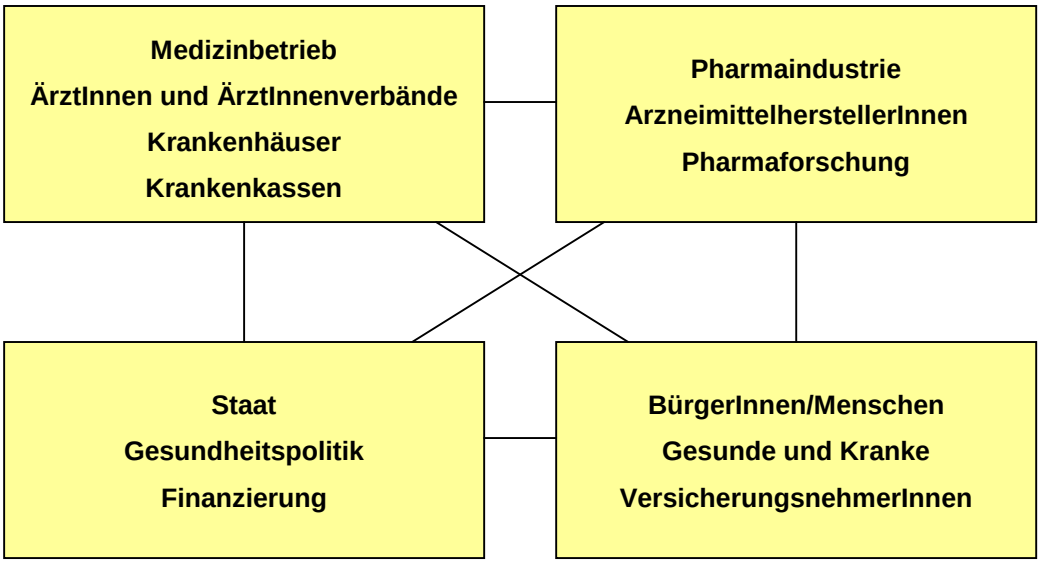

Abb. 2: Bereiche und AkteurInnen im Medizin- und Gesundheitsjournalismus (eig. Abb., nach Dernbach 2010: 162)

Die besondere Herausforderung für den Gesundheits- und Medizinjournalismus ist es dabei, kompetent die Teilsysteme zu beobachten, relevante Informationen daraus zu recherchieren, sie mit journalistischen Mitteln zu bearbeiten und sie der Öffentlichkeit (und damit den jeweils anderen Systemen) zur Verfügung zu stellen. Medizin und Gesundheit sind aber nicht nur Themen für Journalismus, sondern auch und gerade für die fiktionalen und non-fiktionalen (Unterhaltungs-)Angebote im Fernsehen (vgl. Dernbach 2010: 162).

Gesundheits- und Medizinjournalismus unterscheiden sich methodisch von Massenmedienkampagnen: Traditionelle Kommunikationskampagnen zum Thema „Gesundheit“ benutzen typischerweise Werbemethoden, um spezifische Verhaltensweisen oder öffentliches Bewusstsein zu ändern, und sie sind hochgradig organisiert und geplant (vgl. Glik 2001: 169). Außerdem hat die gesundheits- und medizinjournalistische Berichterstattung im Gegensatz zu Kommunikationskampagnen keinen werblichen Charakter (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 150). Gegenstand des Gesundheits- und Medizinjournalismus sind weitgehend unabhängige Sachinformationen, die von JournalistInnen eigen- oder fremdrecherchiert werden. Beim Publikum genießen solche Berichte daher auch ein sehr hohes Maß an Glaubwürdigkeit – auch wenn die Sachinformationen immer häufiger mit unterhaltenden Elementen angereichert werden (Infotainment), um die Vermittlung der Fakten zu erleichtern und Interesse beim Publikum zu wecken (vgl. ebd.: 150f.).

In der Wahl nachrichtenwürdiger Themen verlassen sich der Gesundheits- und Medizinjournalismus auf den Spürsinn der JournalistInnen, auf die Themen, zu denen diese sich in Recherche und Berichterstattung hingezogen fühlen, und auf die Normen von Nachrichtenmedien, für die sie arbeiten (vgl. Glik 2001: 169). Die Nachrichtenberichterstattung kann die Wirkung bestimmter Gesundheitsbotschaften vergrößern: So hat die Presse während der letzten Jahrzehnte in verschiedenen Gebieten des öffentlichen Gesundheitswesens Einfluss ausgeübt, einschließlich der Berichterstattung über HIV/Aids, der Frühentdeckung von Krebs, Themen der psychischen Gesundheit oder Ernährung (vgl. Glik 2001: 172).

GesundheitsberichterstatterInnen sollten sich vor allem als solche verstehen, die sich für die Wissenschaftlichkeit, insbesondere die methodisch-wissenschaftliche Qualität der Berichtssysteme verbürgen (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 237). Parteilichkeit innerhalb dieses Metiers ist immer dann gefragt, wenn problemorientierte Entscheidungen darüber getroffen werden müssen, welche Berichte und Systeme gegenüber anderen bevorzugt erstellt werden müssen (vgl. ebd.). BerichterstatterInnen sind jedoch dazu angehalten, alle berichtsrelevanten Informationen mit gleicher Priorität zu behandeln (vgl. ebd.). Auch gehört dazu das Wissen darüber, wie unter Einsatz geeigneter massenmedialer Kanäle (Presse, Rundfunk, Internet) relevante Berichtstatbestände an die verschiedenen NutzerInnen in öffentlichen und privaten Einrichtungen herangetragen werden können (vgl. ebd.: 237f.).

Nach Fromm/Baumann/Lampert (2011: 152) bewegen sich Medizin- und GesundheitsjournalistInnen oftmals auf einem sehr schmalen Grat: Auf der einen Seite sind sie in hohem Maß auf den Input an Informationen der AkteurInnen des Gesundheitswesens, deren Expertise und Einschätzungen angewiesen. Auf der anderen Seite sollen sie um Unabhängigkeit und eine kritische Distanz zu den einzelnen InteressensvertreterInnen bemüht sein (vgl. ebd.). Im Gegensatz zu kurzen, aufmerksamkeitsorientierten Botschaften einer Gesundheitskampagne bietet sich im Gesundheits- und Medizinjournalismus die Möglichkeit, wesentlich mehr und komplexere Informationen zu vermitteln, wenngleich Qualität, Exaktheit und Breite der Informationen von ExpertInnenseite häufig als unzureichend angesehen werden (vgl. ebd.). Neben dem Vorwurf, inakkurat, oberflächlich und sensationsheischend zu sein, wird Gesundheitsberichten oftmals vorgeworfen, das Thema im Rahmen von Individualtragödien zu präsentieren und nicht als soziales, kollektives Thema oder Problem (vgl. ebd.).

Eine Quelle, die für Gesundheits- und medizinische JournalistInnen zum Standard geworden ist, sind Pressemitteilungen über bevorstehende Artikel, die in absehbarer Zeit in führenden medizinischen Fachzeitschriften veröffentlicht werden sollen (vgl. Glik 2001: 173). JournalistInnen bekommen dann oftmals Forschungs-„Knüller“, deren Veröffentlichung in medizinischen Fachzeitschriften erst bevorsteht (vgl. ebd.). Die medizinische Fachpresse ebenso wie die wissenschaftlichen AutorInnen und GeldgeberInnen verwenden im Gegensatz dazu die Presseberichterstattung als kostenlose Öffentlichkeitsarbeit (vgl. ebd.).

Ein Beispiel hierfür ist die Studie von Entwhistle (1995): Dieser untersuchte vier große Zeitungen, um Informationen über die Quellen der Berichterstattung über Gesundheit und Medizin zu gewinnen (vgl. Glik 2001: 173). Er konnte dabei feststellen, dass die meisten medizinischen Artikel und solche zum Thema „Gesundheit“ (81%) auf Pressemitteilungen über neue Studien basierten, die entweder von einer medizinischen Fachzeitschrift, in der eine Studie veröffentlicht werden sollte, der Universität, an der die Studie durchgeführt wurde oder von der Finanzierungsquelle der Studie kamen (vgl. ebd.). Die am meisten verwendeten Pressemitteilungen waren diejenigen, die die Befunde der Studie am deutlichsten beschrieben und dann deren Relevanz diskutierten. Diese Pressemitteilungen wurden laut Entwhistle überwiegend jedoch nicht von WissenschaftlerInnen verfasst, sondern von den jeweiligen Pressestellen der Forschungseinrichtungen (vgl. ebd.). Falls JournalistInnen ihre Storys auf der Basis eines Fachblattartikels schreiben, benutzen sie nach der Wahl von Themen oft den vollständigen Text des Artikels als Hintergrundinformationsquelle und wenden sich dann zwecks zusätzlicher Informationen an die AutorInnen oder andere ExpertInnen, die sie rasch kontaktieren können (vgl. ebd.: 174).

3.5 AnbieterInnen von Gesundheitsinformationen

Es gibt eine Vielzahl an Privatpersonen, Institutionen und Unternehmen, die sich auf dem Gebiet der Gesundheitskommunikation engagieren und diesbezüglich Informationen anbieten. An dieser Stelle sollen überblicksmäßig einige solcher AnbieterInnen dargestellt werden.

3.5.1 Gesundheitsinformationen durch staatliche und halbstaatliche Institutionen

In Österreich ist es unter anderem Aufgabe des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) oder des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), die Bevölkerung beziehungsweise Fachöffentlichkeit über Gesundheitsthemen zu informieren.

Das BMG informiert z.B. über Angelegenheiten der Gesundheitspflege, Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung; die Überwachung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten; Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals der öffentlichen Gesundheitsverwaltung/des Personals der öffentlichen VeterinärInnenverwaltung/der Ärzte und Ärztinnen/des Personals der öffentlichen Nahrungsmittelkontrolle; den Schutz vor Gefahren für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung einschließlich des überregionalen Gesundheitskrisenmanagements oder über Angelegenheiten des Suchtgiftverkehrs (vgl. Aufgaben BMG o.J.: o.S.). Der FGÖ fördert u.a. Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention finanziell und initiiert entsprechende Aktivitäten auch selbst (vgl. Leitbild FGÖ o.J.: o.S.). Der FGÖ berücksichtigt alle Lebensbereiche wie z.B. Wohnort, Schule und Arbeitsplatz. Dabei steht im Zentrum, Rahmenbedingungen zu schaffen und weiterzuentwickeln, die die Menschen in die Lage versetzen, ein Leben in guter Gesundheit zu führen (vgl. ebd.).

In Deutschland wird die Bevölkerung über Gesundheitsthemen beispielsweise durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und das Robert Koch-Institut (RKI) informiert (vgl. Loss/Nagel 2009: 502). Die BZgA informiert mittels Massenmedien (Plakate, Broschüren, Radio- und Fernsehspots), Internetseiten und personalkommunikative Angebote (zum Beispiel Telefonberatungen) zu Themen wie HIV/AIDS, Sucht, Sexualität und Organspende (vgl. ebd.). Das RKI beschäftigt sich unter anderem mit Infektionskrankheiten und informiert und berät über Broschüren, Newsletter und Internetseiten vorwiegend die Fachöffentlichkeit, zu einzelnen Themen jedoch auch die breitere Bevölkerung (vgl. ebd.).

Auch Gesundheitsämter und Krankenkassen widmen sich der Weitergabe von gesundheitsbezogenen Informationen an die Bevölkerung (vgl. ebd.). Außerdem existiert eine Vielzahl an Stiftungen und Vereinen, die von staatlicher Seite unterstützt werden beziehungsweise denen zum Teil öffentliche Organisationen angehören, die sich in der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskommunikation engagieren (vgl. ebd.).

3.5.2 Gesundheitsinformationen durch private Stiftungen und Vereine

In den letzten Jahren hat die Anzahl an gesundheitsbezogenen Kommunikationskampagnen durch private Stiftungen oder Vereine, die sich meist einem bestimmten Gesundheitsthema widmen, deutlich zugenommen (vgl. Loss/Nagel 2009: 502). Entsprechende finanzielle Mittel und persönliche Kontakte ermöglichen diesen AnbieterInnen zum Teil aufwendige gesundheitskommunikative Formate, wie beispielsweise ausgedehnte Plakatierungsaktionen und Anzeigenserien (vgl. ebd.: 503).

3.5.3 Gesundheitsinformationen durch die pharmazeutische Industrie

Auch die pharmazeutische Industrie engagiert sich zunehmend in der Aufklärung über Erkrankungen, um damit bei den EndverbraucherInnen direkt oder indirekt für Medikamente zu werben. Diese Gesundheitskommunikation ist eine Form der sogenannten „Direct-to-Consumer“-(DTC-)Werbung, in deren Rahmen die allgemeine Aufklärung zu bestimmten Krankheiten, das so genannte Disease-Education-Advertisement, erfolgt (vgl. Loss/Nagel 2009: 503). Dieses soll ein Bewusstsein für Krankheiten schaffen und die RezipientInnen ermutigen, ärztlichen Rat über mögliche Behandlungsmethoden einzuholen Das Unternehmen profitiert dann, wenn es ein Monopol auf das Arzneimittel hat oder eindeutiger Marktführer ist (vgl. ebd.). Mittlerweile dominiert die Gesundheitsaufklärung durch die Industrie bei vielen Krankheitsbildern. Die Gesundheitskommunikation im Internet sowie die Werbung von HerstellerInnen pharmazeutischer Produkte ist zudem zu einer wesentlichen Informationsquelle für PatientInnen, aber auch für Gesunde geworden).

3.6 Kanäle der Gesundheitskommunikation

Innerhalb der Gesundheitskommunikation existieren diverse Kanäle, mittels derer Gesundheitsinformationen, Beratungen zu Gesundheitsfragen u.Ä. weitergegeben werden. Dazu zählen u.a. der Kanal der interpersonalen, der Kanal der non-verbalen sowie der Kanal der medialen Gesundheitskommunikation. Diese drei Kanäle sollen in den nachfolgenden Kapiteln nun näher beschrieben werden.

3.6.1 Interpersonale Gesundheitskommunikation

Die interpersonale Kommunikation dürfte die geläufigste Form der Gesundheitskommunikation sein und diejenige, von der man sagen kann, dass sie den Prototyp dessen darstellt, was gemeinhin mit der Bezeichnung „Kommunikation“ verbunden wird (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 82). Im Zentrum stehen dabei zwei Personen, die sich gegenseitig und zu beiderseitigem Nutzen zu beeinflussen versuchen. Beratung stellt in diesem Zusammenhang einen speziellen Typus dar (vgl. ebd.: 83).

Das Charakteristische an diesem Arrangement ist, dass sich BeraterInnen und KlientInnen in der Regel von Angesicht zu Angesicht gegenüberstehen und daher alle ihnen zur Verfügung stehenden kommunikativen Mittel zur Geltung bringen können (vgl. ebd.). Sie tun dies, um auf das Gegenüber zur Erreichung eigener Ziele einzuwirken, die Effekte dieses Bemühens durch Beobachtung direkt zu kontrollieren und das Ergebnis

bei der Planung künftiger Kommunikationsereignisse beeinflussungsstrategisch zu nutzen (vgl. ebd.).

3.6.2 Non-verbale Gesundheitskommunikation

In der Gesundheitskommunikation spielt das non-verbale Kommunizieren in Form von Gesten, Gesichtsausdrücken oder Bewegungen eine besonders wichtige Rolle, so z.B. beim Erkennen und Wahrnehmen von Gesundheits- bzw. Krankheitszuständen, die oft non-verbal besser zum Ausdruck gebracht werden können als durch Worte (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 91). Therapierende oder pflegende Personen, die Ruhe, Sicherheit und Schutz signalisieren oder durch Berührungen und Gesten Anteilnahme und Geborgenheit vermitteln, können dadurch die gleichen oder sogar bessere Wirkungen erzielen als durch bloßes Reden (vgl. ebd.).

Um krankheits- oder gesundheitsbezogene Befindlichkeiten besser zum Ausdruck zu bringen, den Umgang mit Kranken oder Leidenden zu verbessern oder das Kommunikationsverhalten derer zu optimieren, zu deren beruflichen Aufgaben es gehört, die Gesundheitsfähigkeit von Menschen zu stärken oder im Interesse einer Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Gruppen, Organisationen und ganzen Gesellschaften zu intervenieren, ist es wichtig

- den allgemeinen Wissenstand über die Existenz und Funktionsweise von non-verbaler Kommunikation zu verbessern,
- den Menschen Sicherheit im Hinblick auf die Entschlüsselung non-verbaler Botschaften zu vermitteln und
- sie in Bezug auf den sinnvollen und nicht-zufälligen Einsatz von sowie den Umgang mit non-verbalen Informationen als Kommentare zu den verbalen Botschaften gezielter als bisher auszubilden (vgl. ebd.: 92).

3.6.3 Mediale Gesundheitskommunikation

Der klassische Kanal für (bevölkerungsbezogene) Gesundheitskommunikation (insbesondere für präventive Kampagnen) sind – unabhängig von den AnbieterInnen der Informationen – sehr häufig die Massenmedien (vgl. Loss/Nagel 2009: 502 und 504). Im Hinblick auf die Veränderung des Gesundheitsverhaltens ist der Einsatz medial vermittelter Kommunikation – über Fernsehen, Radio, Internet, Plakate, Tageszeitungen usw… – grundsätzlich in vielen Ländern weit verbreitet (vgl. Kerr/Weitkunat/Moretti 2007:

328) und diese mediale Gesundheitskommunikation hat in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung zugenommen (vgl. Loss/Nagel 2009: 502).

Die theoretischen Ursprünge der empirischen Forschung zur medialen Gesundheitskommunikation liegen unter anderem in Disziplinen wie der Psychologie und der Soziologie (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 24). Das zunehmende Interesse anderer Fächer wie der Medienpädagogik oder der Medien- und Kommunikationswissenschaften hat international zu einer beträchtlichen Anzahl an Forschungsarbeiten geführt (vgl. ebd.). Der Umstand, dass unterschiedliche Disziplinen an der Erforschung der medialen Gesundheitskommunikation beteiligt sind, hat jedoch auch dazu geführt, dass sich die theoretische Ausrichtung sehr uneinheitlich gestaltet und die wechselseitige Wahrnehmung sehr begrenzt bleibt (vgl. ebd.).

3.6.3.1 Gesundheitsthemen in den Massenmedien

Massenmedien bringen Nachrichten aus dem Gesundheitsbereich einschließlich Meldungen über das Gesundheitssystem auf die öffentliche Agenda, sie sensibilisieren für die Relevanz der Themen und schärfen das Problembewusstsein der Bevölkerung (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 149). Zum Beispiel informieren sie regelmäßig über alarmierende Zahlen, wenn es um übergewichtige, depressive oder suchtgefährdete Menschen in der Welt geht, in Frauen-, Wellness- und Gesundheitsmagazinen sowie auf den Medizin-, Gesundheits- und Wissenschaftsseiten werden Krankheitsbilder von sehr geringer bis zu epidemischer Reichweite beschrieben (vgl. ebd.). Oft werden Problemlösungen dann gleich in Form von Produkten und Dienstleistungen mitgeliefert oder zumindest im Umfeld der Berichterstattung beworben (vgl. ebd.).

Die Präsenz von Gesundheitsthemen in journalistischen Formaten im Fernsehen, Hörfunk und in den Printmedien ist grundsätzlich sehr hoch. In den Printmedien sind Gesundheitsthemen beliebt und wirken nicht selten auflagensteigernd (vgl. Loss/Nagel 2009: 504). Bevölkerungsbefragungen zu verschiedenen Gesundheitsthemen ergaben unter anderem, dass Fernsehen, Radio, Zeitungen und Zeitschriften die mit Abstand häufigsten Quellen für Gesundheitsinformationen sind (vgl. ebd.) Die Berichterstattung zu Gesundheitsthemen in Nachrichtenmagazinen, vor allem im Fernsehen, kann das Verhalten der Bevölkerung zum Teil dramatisch beeinflussen. Themenwahl und Umfang der Berichterstattung stehen dabei aber oft in keinem angemessenen Verhältnis zu ihrer Relevanz aus der Public Health-Sicht (vgl. ebd.).

Zunehmend informieren sich viele Menschen außerdem immer häufiger im Internet über Gesundheitsthemen. Gesundheitsinformationen werden dort von Privatpersonen, kommerziellen AnbieterInnen, Forschungseinrichtungen oder öffentlichen Institutionen publiziert (vgl. Loss/Nagel 2009: 504). Das Angebot reicht von wissenschaftlichen Publikationen bis hin zur PatientInnen-Selbstberatung in Foren, Chats oder Support-Gruppen (vgl. ebd.). Auch eine der weltweit am häufigsten besuchten Internetseiten, die Internetenzyklopädie Wikipedia, bietet Gesundheitsinformationen an. Die Kompetenz oder Objektivität der AnbieterInnen gesundheitsbezogener Internet-Informationen ist jedoch in vielen Fällen unklar und dürfte gerade für medizinische LaiInnen nicht ohne weiteres erkennbar sein (vgl. ebd.).

Forschungsergebnisse einer Metaanalyse in den USA haben ergeben, dass mediale Kampagnen oftmals erfolgreicher bei der Beeinflussung gesundheitsrelevanter Einstellungen und Verhaltensweisen waren, auch wenn die Effekte, insbesondere bei schwer zu ändernden Verhaltensweisen wie dem Rauchen recht gering sind (vgl. Kerr/Weitkunat/Moretti 2007: 328). Auch die Effizienz, mehrere Millionen Menschen über die Massenmedien zu erreichen, spricht für ein kostengünstiges Mittel, um Gesundheitsverhalten zu beeinflussen (vgl. ebd.).

Nach Göpfert (2001: 140) können Massenmedien gerade bei der Primärprävention eine sehr wichtige Rolle spielen. Allerdings ist die Hürde hoch gesetzt, da die Menschen zwar generelles Interesse an Gesundheitsthemen bekunden, ohne besondere Betroffenheit allerdings die emotionale Hürde der Aufmerksamkeit nicht überwinden und die Umsetzung bestimmter Maßnahmen nicht in Erwägung ziehen. Dies gilt dann verschärft für die Sekundärprävention (vgl. ebd.).[3]

3.6.3.2 Wirkungsperspektiven von medialer Gesundheitskommunikation

Die Autorinnen Rossmann und Ziegler unterscheiden bei den Wirkungsperspektiven von medialer Gesundheitskommunikation zwischen Wirkungsdimensionen, Wirkungsarten und den Einflussfaktoren:

- *Wirkungsdimensionen:*

Analog zur Medienwirkungsforschung allgemein lassen sich im Gesundheitsbereich diverse Wirkungsdimensionen unterscheiden. Demnach sind Einflüsse von Gesundheitskommunikation zunächst im Hinblick auf die Wirkungsebene zu

[3] Die Begriffe Primär- bzw. Sekundärprävention werden dann in Kapitel 3.7.1 noch näher erläutert.

differenzieren. Gesundheitskommunikation hat sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Wirkungen zur Folge (vgl. Rossmann/Ziegler 2013: 387). Bei Individuen geht es um den Einfluss auf das Gesundheitsbewusstsein, das Wissen, Einstellungen oder Verhalten. Auf gesellschaftlicher Ebene kann Gesundheitskommunikation zu Homogenisierung und Integration bzw. zu einer Differenzierung führen (vgl. ebd.). Integrative Effekte können dadurch entstehen, dass sich Individuen oder Bevölkerungsgruppen durch die Nutzung medial vermittelter Gesundheitsinformationen in Bezug auf Wissen oder Einstellungen annähern. Gleichzeitig kann es aber auch zu einer verstärkten Differenzierung der Gesellschaft kommen (z. B. zur Entstehung von Wissensklüften) (vgl. ebd.). Darüber hinaus sind Wirkungen auf der Mesoebene denkbar, beispielsweise wenn es um den Einsatz von Kampagnen zur Beeinflussung bestimmter Institutionen geht (vgl. ebd.).

Die Effekte von gesundheitsbezogenen Informationen lassen sich auch bezüglich ihrer Wirkungsrichtung unterscheiden (vgl. Rossmann/Ziegler 2013: 387). Einflüsse medialer Gesundheitskommunikation auf die RezipientInnen können gesundheitsförderlich genauso aber auch gesundheitsschädlich sein bzw. wirkungslos bleiben (vgl. ebd.). Positive Effekte können z.B. zu einer Sensibilisierung für bestimmte Krankheitsbilder, zu einem erhöhten Gesundheitsbewusstsein oder zu einer gesünderen Lebensweise führen. Mögliche negative Effekte können Verunsicherung, Angst oder Verdrängung von Risiken sein (vgl. ebd.).

Auch auf gesellschaftlicher Ebene können Effekte sowohl positiv (funktional, z. B. im Sinne der Adaption sozialer Handlungsmuster oder eines Wissenszuwachses) als auch negativ (dysfunktional, z. B. in Form einer wachsenden Wissenskluft oder verzerrten Risikowahrnehmung durch Kultivierungseffekte) sein (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 94). Diese Effekte können dann sowohl direkt als auch indirekt auftreten. Eine direkte Wirkung tritt ein, wenn gesundheitsbezogene Einstellungen oder Verhaltensweisen durch die Nutzung medialer Gesundheitsinformationen unmittelbar beeinflusst werden. Von indirekten Effekten wird gesprochen, wenn das Gesundheitsverhalten erst durch die Kommunikation mit anderen (sowohl während als auch nach der Medienrezeption) beeinflusst wird und somit die Anschlusskommunikation indirekte Wirkungen auslöst (vgl. ebd.: 91f.).

Medial vermittelte Informationen über Gesundheit erzielen nicht immer die beabsichtigte positive Wirkung. Vor diesem Hintergrund lassen sich mögliche Wirkungen auch hinsichtlich der Wirkungsabsicht unterscheiden: Hier wird zwischen intendierten und

nicht-intendierten Effekten differenziert (vgl. Rossmann/Ziegler 2013: 388). Die Dauer der Wirkung kann sowohl kurzfristig als auch langfristig sein. Zum Beispiel können nach der Rezeption von gesundheitsbezogenen Informationen kurzfristige Wirkungen in Form eines temporär veränderten Gesundheitsverhaltens auftreten, welches aber nach einigen Tagen oder Wochen wieder endet. Gleichzeitig besteht dann aber auch die Möglichkeit, dass eine solche Intention zu einem langfristig veränderten Gesundheitsverhalten führt (vgl. ebd.).

Gesundheitskommunikation kann außerdem unterschiedliche Folgen haben. So können medial verbreitete Gesundheitsinformationen neues Verhalten initiieren, bestehendes Verhalten (oder auch Einstellungen) verändern, aber auch stabilisieren oder bestärken und somit Veränderungen verhindern (vgl. Rossmann/Ziegler 2013: 388). Denkbar wären hier beispielsweise Kampagnen gegen zu schnelles Fahren auf der Autobahn, die auf eine Änderung des Fahrverhaltens abzielen, oder Anti-Raucher-Kampagnen für Jugendliche, die verhindern wollen, dass Jugendliche zu rauchen anfangen (vgl. ebd.).

- *Wirkungsarten:*

Je nach Wirkungsebene (Mikro-, Meso- oder Makroebene) sind unterschiedliche Wirkungsarten oder abhängige Variablen zu identifizieren. Auf der Individualebene lassen sich die Wirkungsarten im Wesentlichen in die vier Bereiche affektiv, kognitiv, konativ und physiologisch einteilen (vgl. Rossmann/Ziegler 2013: 388). Affektive Wirkungen sind emotionale Reaktionen auf Gesundheitsinformationen (beispielsweise Hoffnung, Angst oder Verunsicherung), Einflüsse auf der kognitiven Ebene betreffen Wissen, Wahrnehmung oder Einstellungen, konative Effekte beziehen sich auf die Verhaltensebene und können ein verändertes Gesundheits- oder Informationsverhalten zur Folge haben (vgl. ebd.). Physiologische Effekte betreffen körperliche Folgen wie etwa Gewichtsreduktion oder veränderte Blutwerte, aber auch das allgemeine Wohlbefinden (Kreps et al. 1994 zit.n. Rossmann/Ziegler 2013: 389).

Rogers (1994) verweist darauf, dass die Besonderheit der Gesundheitskommunikation im Vergleich zu anderen Forschungsbereichen darin besteht, dass die Wirkung in der Regel positiver Natur ist (vgl. Rossmann/Ziegler 2013: 389). Tatsächlich zielen intendierte Effekte auf eine positive Wirkung ab, sie können zunächst aber auch negative Effekte hervorrufen (wie z. B. Angst), um anschließend zu einer positiven Reaktion (z. B. Verhaltensänderung) zu führen. Auch durch nicht-intendierte Effekte kann es zu negativen Wirkungen kommen (vgl. ebd.).

Die Wirkungsperspektive von Gesundheitskommunikation geht jedoch über das einzelne Individuum hinaus. Auf der Mesoebene sind etwa Fragen der interpersonalen Kommunikation von Relevanz (vgl. Rossmann/Ziegler 2013: 389). Dies betrifft sowohl die Anschlusskommunikation mit Familienmitgliedern und FreundInnen als auch die ÄrztInnen-PatientInnen-Interaktion. Auch auf der Makroebene rufen mediale Gesundheitsinformationen Effekte hervor (vgl. ebd.). Diese umfassen gesellschaftliche Wirkungen in Form von Homogenisierungs- bzw. Differenzierungsprozessen. Dabei ist auch ein Transfer klassischer Medienwirkungsansätze auf die Gesundheitskommunikation möglich, z. B. Kultivierungseffekte, eine wachsende Kluft in Bezug auf gesundheitsrelevantes Wissen oder Agenda Setting-Effekte von Gesundheitsthemen durch Massenmedien (vgl. ebd.).

- *Einflussfaktoren:*

Die Einflussfaktoren medialer Gesundheitskommunikation lassen sich differenzieren in Botschaftsmerkmale, also Merkmale der Gesundheitsinformationen selbst, sowie Eigenschaften der RezipientInnen und der Situation. Auf der Botschaftsseite sind zunächst die Medienkanäle zu differenzieren (vgl. Rossmann/Ziegler 2013: 389). Zentral für die Gesundheitskommunikation sind neben den klassischen Medien Fernsehen, Radio, Zeitungen, Zeitschriften und Online-Angeboten auch Computerspiele und Plakate sowie Präventions- und Aufklärungsmittel wie Flyer, Broschüren oder Newsletter (vgl. ebd.).

Innerhalb dieser Medien stellen stilistische Aufbereitungsmöglichkeiten einen wesentlichen Einflussfaktor dar (vgl. u. a. Hastall 2011, zit.n. Rossmann/Ziegler 2013: 390). Neben der sprachlichen und visuellen Gestaltung werden verschiedene Stilmittel wie Fallbeispiele und Testimonials, aber auch Furchtappelle oder humorvolle Elemente untersucht (vgl. ebd.). Befunde dazu zeigten, dass sowohl die stilistische Aufbereitung von Gesundheitsinformationen als auch das richtige Maß an Appellen für Verhaltensänderungen entscheidend sind (vgl. Perloff 2003, zit.n. Rossmann/Ziegler 2013: 390). RezipientInnen- und Situationsmerkmale spielen im Wirkungsprozess ebenfalls eine Rolle. Das Spektrum möglicher intervenierender Variablen ist umfangreich (vgl. Rossmann/Ziegler 2013: 390). Eine veränderte Risikowahrnehmung kann etwa aus der Rezeption von Gesundheitsinformationen resultieren und somit eine abhängige Variable sein. Die Risikowahrnehmung ist aber häufig auch eine intervenierende Variable, die den Einfluss von Gesundheitsinformationen auf Einstellungen oder Verhalten moderiert (vgl. ebd.). Solche Merkmale sind u.a.:

- Soziodemographische Merkmale, z. B. Alter, Geschlecht
- Persönlichkeitseigenschaften, z. B. Ängstlichkeit, Extraversion
- Mediennutzung, z. B. Nutzungshäufigkeiten und -präferenzen
- Soziales Umfeld, z. B. medizinisches Fachpersonal, Betroffene im persönlichen Umfeld
- Gesundheitszustand, z. B. Vorerkrankungen oder
- Risikowahrnehmung (vgl. ebd.: 390f.)

3.6.3.3 Wirkungspotential der durch Medien vermittelten Gesundheitskommunikation

Massenmedien erreichen ein großes, heterogenes Publikum. Insofern besteht die realistische Chance, dass Informationen über Medizin und Gesundheit viele EmpfängerInnen erreichen (vgl. Dernbach 2010: 160). Aber was bewirken sie? In der Medienwirkungs- und Publikumsforschung wird von der Wirkung auf unterschiedlichen Ebenen ausgegangen: der Wirkung auf Wissen (Kognition), der Effekte auf Einstellungen und Meinungen sowie des Einflusses auf Verhalten (vgl. ebd.). Jeder Mensch muss sich im Prinzip mit medizinischen Fragen und Gesundheitsfragen auseinandersetzen. Daher wird auch jeder Mensch über Medien verbreitete Informationen wahrnehmen und somit kann sich das Wissen über diese Themen verbreitern und vertiefen (vgl. ebd.). Dieses Wissen bedeutet allerdings noch nicht, dass eine Einstellung zu einem Sachverhalt oder gar das Verhalten geändert werden (vgl. ebd.).

Winfried Göpfert (2001: 131) betont, dass die Menschen gesundheitsschädigendes Verhalten ausüben, obwohl sie informiert sind. Denn das Wissen um etwas und die Informationsaufnahme sind nur ein Faktor von vielen und steuern nicht allein Grundeinstellungen und Verhaltensweisen. Ein wesentlicher Faktor ist die Selektion von Informationen: Schon die Wahl des Mediums und im zweiten Schritt die Wahl der Programme und Inhalte steuern Wahrnehmung und Wirkung. Es werden gezielt Informationen gesucht und genutzt, um die persönlichen Bedürfnisse zu befriedigen (vgl. ebd.). Entsprechende Mitteilungen haben dann die Chance, bestimmte Einstellungen, Meinungen und Verhaltensweisen zu bestätigen und zu verstärken. Verhaltensveränderungen über Massenmedien sind nämlich dann schwierig zu erzielen, wenn es sich um suchtmäßig verankertes Verhalten handelt (vgl. ebd.: 136).

Daher ist auch die Vorstellung von einer positiven, linearen Reiz-Reaktions-Gesundheitskommunikation naiv und unrealistisch – was jedoch nicht heißen soll, dass jede Art der Gesundheitsaufklärung über Massenmedien sinnlos ist (vgl. ebd.).

Da Gesundheit generell einen hohen Stellenwert im Leben der Menschen hat und die Grundeinstellungen positiv sind, können gerade in der vorbeugenden Phase entsprechende aufklärende Informationen ein neues Verhalten stimulieren (vgl. ebd.).

Im Rahmen der Medienproduktion spielen bestimmte medienspezifische Zwänge und Selektionsnotwendigkeiten eine Rolle. Diese führen dazu, dass Medienthemen wie Gesundheit und Krankheit in einer spezifischen, oftmals der Realität nicht entsprechenden Art abgebildet werden (vgl. Göpfert 2001: 62). RedakteurInnen schenken beispielsweise aufgrund persönlicher Erfahrungen oder weil ein Thema in der wissenschaftlichen Literatur bereits häufiger besprochen wurde bestimmten Inhalten mehr Aufmerksamkeit als anderen (Gate-Keeper-Effekt). Das Verhalten von JournalistInnen wird aber auch durch tatsächliche oder wahrgenommene Einflüsse von Werbetreibenden beeinflusst (vgl. ebd.).

Im Zusammenhang mit diesen Produktionszwängen und Selektionsmechanismen lassen sich daher Darstellungsmuster identifizieren, die einer verzerrten Präsentation und damit auch einer verzerrten Wahrnehmung von Krankheitsrisiken und Therapiemöglichkeiten Vorschub leisten. Dazu zählen unter anderem:

- Über- und Unterbetonungen:

Häufig werden Erkrankungen in Medien über- oder unterbetont, wodurch die Bandbreite der medial präsentierten Krankheiten nicht deren tatsächliches Auftreten widerspiegelt. Beispielsweise erfährt HIV/Aids in verschiedenen Magazinen deutlich mehr Aufmerksamkeit als real häufiger verbreitete Krebs- und Herzerkrankungen (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 62). Berichte über Krebs reflektieren auch nicht die tatsächlichen Todesraten. Genauso werden Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen wie z.B. Nikotinkonsum als Ursache für Lungenkrebs oder Herzerkrankungen medial unterrepräsentiert, während Todesraten in Verbindung mit illegalem Konsum von Drogen, Unfällen mit motorisierten Vehikeln oder toxischen Stoffen überrepräsentiert werden (vgl. ebd.: 63).

- Tabuisierungen:

Eine Extremform von Unterbetonungen kann die Tabuisierung sein, bei der Krankheiten oder Risikofaktoren für Erkrankungen in der medialen Öffentlichkeit vollständig ausgeblendet werden. Dies galt beispielsweise lange Zeit für Krebserkrankungen (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 63). Gründe für die mediale Ignoranz der „invisible chronic illnesses“ (vgl. Kline 2006: 52, zit.n. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 63) liegen

nicht zuletzt in der Schwierigkeit, diese medial (schriftlich, auditiv und/oder visuell) gut darstellen zu können (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 63).

- Stereotypisierungen:

Diese betonen spezifische Eigenschaften von dargestellten Personen oder Phänomenen, während andere vernachlässigt werden. Beispielsweise enden Krebserkrankungen in Filmen weitaus häufiger tödlich als in der Realität (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 63). Die erkrankte Person überdenkt dann meist im Verlauf des Films ihr Leben, um es geläutert zu beenden. Diese stereotypen, verzerrenden Darstellungen von Krebserkrankten sind darauf zurückzuführen, dass die Krankheit der ProtagonistInnen von Produktionsseite als dramaturgisches Element eingesetzt wird (vgl. ebd.).

- Unausgewogenheit der Berichterstattung:

In klassischen Massenmedien herrschte lange der Eindruck vor, dass das Thema „Gesundheit“ durch Medizinprofis bestimmt wird. Beispielsweise kam in TV-Ratgebern häufig die Elite der MedizinerInnen als ExpertInnen zu Wort, während Fachleute, deren Auffassungen nicht dem Mainstream entsprachen, weniger oft um ihre Expertise gebeten wurden (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 65). Insgesamt kann eine stärkere Betonung von technologischen oder pharmazeutischen Lösungen für gesundheitliche Probleme beobachtet werden, während z.B. interpersonale oder psychologische Interventionen deutlich unterrepräsentiert sind (vgl. ebd.).

3.7 Prävention & Gesundheitsförderung

In diesem Kapitel geht es um die Relevanz von Gesundheitskommunikation im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung zählen zu den zentralen Feldern vorbeugenden Versorgungshandelns. Nachfolgend sollen diese beiden Begriffe nun näher erläutert werden.

3.7.1 Was ist Prävention?

Die Präventivmedizin (z.B. Impfprävention, Krebsfrüherkennung) und die risikofaktororientierte Verhaltens-Prävention (z.B. Bekämpfung von Bluthochdruck, Adipositas, Bewegungsmangel) sind auf die Verhinderung potenzieller Erkrankungen einzelner Menschen gerichtet (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 57). Sie haben die Reduzierung oder Beseitigung von sogenannten körperlichen Eigenschaften und Verhaltensbesonderheiten, das heißt bestimmter Risiko-Faktoren, zum Ziel (vgl. ebd.).

Der Präventivmedizin und Verhaltensprävention liegen andere Inhalte und Wahrnehmungsmuster zugrunde als der Gesundheitsförderung, sie bedienen sich unterschiedlicher und unverwechselbarer Kommunikationsstrategien, um ihre jeweiligen Ziele – nämlich die Förderung von Gesundheit oder die Verhinderung von Krankheit – zu erreichen (vgl. ebd.).

Mit Prävention wird die Gesamtheit all jener Maßnahmen umschrieben, die auf die Minderung von Erkrankungsrisiken, die Milderung von Krankheitsverläufen und auf die Verhinderung von Rückfällen (Rezidivprophylaxe) gerichtet sind (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 145). Hierbei werden vier Bereiche unterschieden (vgl. ebd.: 145ff.):

1. Die Primärprävention findet statt, wenn noch keinerlei für die Akutmedizin erkennbare Krankheitszeichen existieren. Hierzu zählt beispielsweise die Impfprävention, deren Konzept darin besteht, Menschen durch künstliches Verabreichen von Krankheitserregern und im Vertrauen auf eine funktionierende körpereigene Abwehr gegen den Ausbruch einer Krankheit zu immunisieren. Die Primärprävention beschäftigt sich heute hauptsächlich mit den so genannten Risikofaktoren auf der körperlichen (Präventivmedizin) sowie auf der Einstellungs- und Verhaltensebene (Verhaltensprävention), die sie mithilfe der modernen Krankheitsverteilungsforschung zu identifizieren gelernt hat und zu eliminieren versucht.

2. Sekundärpräventive Maßnahmen kommen erst dann zum Einsatz, wenn sich erste, noch schwache Krankheitszeichen bemerkbar machen. Ihr Prinzip ist es, durch besonders dafür geeignete Diagnose- und Screeningverfahren frühe Schädigungen des menschlichen Organismus zu erkennen und die Betroffenen einer möglichst frühen medizinischen Behandlung zuzuführen, um einen möglicherweise lebensbedrohlichen Ausbruch einer Krankheit zu verhindern. Die hier bekannteste Maßnahme ist heute die Krebsfrüherkennung. Vorbeugung findet hier nicht statt, vielmehr wird versucht, die Betroffenen dem kurativen System und seinen Diensten frühzeitig zuzuführen, um die Krankheitsfolgen so gering wie möglich zu halten und das Leben mit einer Krankheit möglichst individualverträglich zu gestalten.

3. Tertiärpräventive Maßnahmen kommen erst zum Zug, wenn eine Krankheit mit zumeist medizinischer Hilfe mehr oder weniger gut überstanden wurde. Den Tatbestand der Vorbeugung erfüllen diese Maßnahmen jedoch am wenigsten. Dennoch lassen sich ihnen präventive Absichten nicht absprechen, weil mit ihrer

Hilfe einiges getan werden kann, um Rückfälle, das heißt den erneuten Ausbruch einer überstandenen Krankheit zu verhindern und den RehabilitandInnen die Rückkehr in das Privat- und/oder Arbeitsleben zu ermöglichen. Als Beispiel hierfür zählt die Anschlussheilbehandlung.

4. Die vierte und letzte Variante in diesem Zusammenhang ist die Verhältnisprävention, die erst im Zusammenhang mit der Rehabilitation chronisch degenerativ Erkrankter hinzugetreten ist. Von dieser wird behauptet, dass sie sich speziell krankheitsbedingenden Lebens- und Arbeitsverhältnissen annehme und deshalb eher mit Gesundheitsförderung gleichzusetzen sei. Verhältnisprävention kommt immer dort zum Einsatz, wo es zum Beispiel darum geht, HeimkehrerInnen aus der Rehabilitationsklinik durch Einbindung der Familie und die Veränderung ihrer Lebensgewohnheiten die Anpassung an eine risikominimierte Lebensweise zu erleichtern. Mit Gesundheitsförderung, die sich überwiegend mit der Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit beschäftigt, sollte sie jedoch weder in inhaltlicher noch in motivationsstrategischer Hinsicht verwechselt werden.

Die wichtigsten Interventionsziele der von der Medizin als Leitdisziplin beherrschten Präventionspolitik sind:

- die Kontrolle des Krankenstandes in der Bevölkerung,
- die Früherkennung,
- die Rezidivprophylaxe und
- die Eliminierung von körperlichen und/oder verhaltensbedingten Risikofaktoren (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 149).

Prävention spielt nach wie vor eine untergeordnete Rolle im Gesundheitswesen. Ein Grund dafür ist, dass die Effekte von Präventionsprogrammen wegen ihrer meist langen Laufzeit sehr oft schwer abzuschätzen sind (vgl. Busse/Schlette 2007: 207). Hinzu kommt, dass sich Prävention zwar auf die Verbesserung von Gesundheit der gesamten Bevölkerung richtet, sich aber auf der anderen Seite auf individuelle Personen fokussieren muss (vgl. ebd.).

In Industrieländern sind ein zentrales Problem bei der Umsetzung ganzheitlicher oder landesweiter Präventionsprogramme oftmals die zersplitterten Zuständigkeiten (vgl. ebd.: 209). Ein Beispiel: In Deutschland obliegen gesundheitsfördernde Maßnahmen

einer nicht-ärztlichen öffentlichen Einrichtung, während für den Gesundheitsschutz der öffentliche Gesundheitsdienst zuständig ist. Krankheitsprävention ist wiederum ärztliche Aufgabe, wird jedoch je nach Zielrichtung unterschiedlich organisiert (vgl. ebd.).Trotz vieler Bemühungen, Prävention zu fördern, braucht es oftmals Schlüsselsituationen, die zu tatsächlichem Handeln führen. In Israel wurde beispielsweise erst nach einem Schlaganfall von Ex-Premierminister Ariel Sharon das Thema Schlaganfallprävention angegangen. Ohne vorheriges, öffentliches Interesse hatten PatientInnen-Organisationen und NeurologInnen vergeblich für mehr Prävention angekämpft (vgl. ebd.).

3.7.2 Was ist Gesundheitsförderung?

Als Höhepunkt der Entwicklung der Gesundheitsförderung gilt gemeinhin die WHO-Konferenz von Ottawa 1986, in welcher die bis dahin stattgefundenen Entwicklungen auf dem Gebiet zusammengefasst wurden und in der berühmt gewordenen „Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung“ (WHO 1993) ihren Niederschlag gefunden haben (vgl. Penz 2008: 15). Aus der Charta entstammt auch jene Formulierung, welche die WHO heute noch als Definition für Gesundheitsförderung heranzieht:

> „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. “
> (Ottawa Charta 1986: o.S.)

Mit diesen Worten lieferte die Ottawa Charta die Grundlage für die breite Entfaltung des Konzepts in allen möglichen Bereichen unserer Gesellschaft, da sie auch die zur Umsetzung dieses Prozesses notwendigen Strategien und Handlungsfelder vorgibt (vgl. Penz 2008: 15).

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung als eigenständiges Konzept vorbeugenden Versorgungshandelns ist historisch eng verbunden mit einer gesundheitspolitischen Weichenstellung der WHO, mit der Ende der siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts unter dem Namen „New Public Health" begonnen wurde (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 153). Diese Strategie wurde 1977 unter dem Titel „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" von der WHO ins Leben gerufen (vgl. ebd.). Es ging hier nicht nur darum, den Infektionskrankheiten überall auf der Welt den Kampf anzusagen, sondern angesichts der zunehmenden Dominanz der chronisch-degenerativen

Erkrankungen sowohl in den Industrie- als auch in den Schwellen- und Entwicklungsländern sahen sich die Vereinten Nationen dazu veranlasst, die körperlichen/seelischen/sozialen Ressourcen der Menschen zu stärken, um sie besser gegen die wesentlichen Krankheitsursachen (insbesondere Armut, mangelnde Bildung, ethnische Zugehörigkeit, geschlechtsspezifische Sozialisation) zu wappnen, den Zugang zu diesen Ressourcen weltweit gerechter zu verteilen und die Verantwortung für deren Einsatz und Verteilung an die Menschen selbst zurückzugeben (vgl. ebd.: 154).

Grundlegende Strategien der Gesundheitsförderung umfassen die Aktivitäten „Interessen vertreten" („advocacy"), „befähigen und ermöglichen" („enabling") sowie „vermitteln und vernetzen" („mediating") (vgl. Penz 2008: 15). Damit wird zunächst eingefordert, dass Gesundheitsförderung in allen gesundheitlich relevanten Bereichen vertreten bzw. dass in diesen „anwaltschaftlich" die Anliegen einer Gesundheit erhaltenden Perspektive eingebracht werden (advocacy). Weiters soll mit Blick auf eine umfassende Chancengleichheit jeder Mensch in die Lage versetzt werden, größtmögliche Gesundheit zu erreichen (vgl. ebd.). Dies umfasst sowohl die Förderung individueller Kompetenzen als auch die Schaffung entsprechender gesellschaftlicher Voraussetzungen (enabling) (vgl. ebd. 15f.). Schließlich geht es dann auch noch darum, über die gesellschaftlich ausdifferenzierten Grenzen der Zuständigkeit für Gesundheit hinweg – also jenen des Gesundheitssektors – zu umfassender und dauerhafter Kooperation aller AkteurInnen zu finden, um das Thema „Gesundheit" tatsächlich in allen Lebensbereichen berücksichtigen zu können (mediating) (vgl. ebd.: 16).

Gesundheitsförderung, die nicht nur so genannt wird, sondern sich auch wirklich mit den von der WHO angestoßenen Mitteln um die Förderung der Gesundheit kümmert, hat erst relativ späte Beachtung innerhalb gesundheitswissenschaftlicher und vorbeugungspolitischer Diskurse gefunden (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 159). Dies liegt unter anderem daran, dass sie aufgrund des erforderlichen interdisziplinären Know-hows und des Mangels an ExpertInnen schwieriger in das Angebot potenzieller DienstleisterInnen zu integrieren war als beispielsweise die Präventivmedizin oder die Verhaltensprävention (vgl. ebd.). Bislang ist bekannt, dass Gesundheitsförderung immer dann ihren Zweck in der Arbeitswelt erfüllt, wenn es darum geht, durch positive Beeinflussung von Kommunikations-, Kooperations- und Organisationsbedingungen gegen pathogene Belastungen vorzugehen, die durch Über- oder Unterforderung des Personals nicht nur in produzierenden und dienstleistenden Unternehmen, sondern auch in Familien, Kindergärten oder Schulen entstehen (vgl. ebd.: 160). Der dabei erzielte Gesundheitsgewinn ist nicht unerheblich, Schätzungen zufolge sind etwa ein Drittel aller

Fehlzeiten in Unternehmen durch Organisations-, Kooperations- und Kommunikationsprobleme bedingt, die sich beispielsweise in moderierten Gesundheitszirkeln oder durch andere Maßnahmen – wie eine regelmäßige betriebliche Gesundheitsberichterstattung oder den Einsatz von fach- und sachgerecht durchgeführten Rückkehr- und Beratungsgesprächen – beheben lassen würden (vgl. ebd.).

Für Penz und andere AutorInnen wie z.B. Mayer (1995) oder Rosenbrock & Kümpers (2006) ist die Gesundheitsförderung am ehesten mit der primären Prävention vergleichbar, also jener der ursächlichen Verhinderung von Krankheiten, während andere AutorInnen (z.B. Laaser & Hurrelmann 2003) genau die umgekehrte Unterordnung von präventiven Ansätzen unter das Konzept der Gesundheitsförderung treffen (vgl. Penz 2008: 20).

4 Kampagnen

4.1 Was ist eine Kampagne?

Ähnlich wie für den Begriff der Gesundheitskommunikation finden sich auch für den Kampagnenbegriff zahlreiche Definitionen. Die wohl meistzitierte stammt von Rogers und Storey (1987) und ist vergleichsweise weit gefasst. Vier Elemente sind demnach konstituierend für Kampagnen: Sie verfolgen ein bestimmtes Ziel und wollen durch den strategischen Einsatz verschiedener kommunikativer Aktivitäten bei einer relativ großen Zahl an Individuen üblicherweise innerhalb einer bestimmten Zeit eine bestimmte Wirkung erzielen (vgl. Rossmann/Ziegler 2013: 391).

Laut Mernyi (2007: 13) ist eine Kampagne eine Serie von Kommunikationsereignissen, oft auch Aktionen genannt, mit dem Mindestziel, eine Veränderung in den Köpfen der Menschen zu bewirken. Das höhere Ziel ist natürlich, Menschen zu einer konkreten Handlung zu motivieren oder auch gegen den Willen eines politischen Gegners etwas durchzusetzen. Kampagnen sind daher oftmals dramaturgisch angelegte, thematisch begrenzte und zeitlich befristete kommunikative Strategien zur Erzeugung öffentlicher Aufmerksamkeit (vgl. ebd.).

Der Ursprung des Wortes „Kampagne" liegt im lateinischen „campus": die Ebene, das freie Feld, das Ackerland, das Schlachtfeld. Lange Zeit wurden Kampagnen ausschließlich als militärische Feldzüge interpretiert. Egal wie man es jedoch dreht und

wendet: Eine Kampagne ist und bleibt ein kommunikativer Feldzug (vgl. Mernyi 2007: 13).

Es handelt sich hierbei um einen Veränderungsprozess, in dem es darum geht,

- ohne formelle Macht und
- durch eine geschickte Kommunikationsstrategie

das gewünschte Ziel zu erreichen. Die Aufgabe von Campaignern ist die Gestaltung dieses Veränderungsprozesses (vgl. ebd.).

Für Schnabel/Bödeker (2012: 128) sollten Kampagnen folgende Merkmale aufweisen:

- Sachangemessenheit (wie Richtigkeit, Verlässlichkeit, Glaubhaftigkeit der Informationen),
- Zielkongruenz (Übereinstimmung von Zielen und eingesetzten Instrumenten/Methoden),
- die Orientierung an den Bedürfnissen und an der Lebenswelt bestimmter Zielgruppen und -personen,
- eine leichte Zugänglichkeit des Angebots (Niedrigschwelligkeit),
- die Einplanung von Mitmachmöglichkeiten,
- das Treffen von strukturellen Vorkehrungen für das Erreichen von nachhaltigen Wirkungen und
- die Durchführung einer sach- und fachgerechten Evaluation (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 128).

Gute Erfolgsaussichten haben Kampagnen, wenn

- das Ziel erreichbar und glaubwürdig ist,
- eine klare Strategie zugrunde liegt,
- die Strategie auf neue Rahmenbedingungen gut reagieren kann,
- sie organisatorisch gut vorbereitet wurden,
- sie das Kampagnenteam motivieren können,
- sie aufgrund ihrer Thematik oder ihrer Dynamik auch andere begeistern können,
- die interne und externe Kommunikation hervorragend klappt,
- das Entscheidungsmanagement funktioniert und
- das Timing perfekt ist (vgl. Mernyi 2007: 14).

Die Qualität einer Kampagnenbotschaft, ihr Inhalt und Umfang, die mit ihr verfolgten Absichten und die Art und Weise ihrer Vermittlung bestimmen entscheidend darüber mit, ob die Inhalte einer Botschaft zur Kenntnis genommen und beherzigt werden (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 131). Der Wirkungserfolg in sich unstimmiger, unrealistischer, unsinnig oder deplatziert erscheinender Botschaften ist unwahrscheinlich. Tatsächlich kann aber beispielsweise eine inhaltlich noch so berechtigte, richtige, vernünftige und notwendige Gesundheitskampagne ihren Zweck und ihre Wirkung verfehlen, wenn die mit ihrer kampagnenförmigen Durchführung betrauten Personen/Firmen ihr Handwerk nicht verstehen, übertriebene Mittel zur Erzeugung von Aufmerksamkeit einsetzen und/oder es mit AdressatInnen zu tun haben, die sich mit den Botschaften aufgrund bestimmter Voraussetzungen nicht befassen wollen oder können (vgl. ebd.).

Wie bei der Realisierung einer Kampagne vorgegangen und welche Medien eingesetzt werden, hängt nicht nur von den finanziellen Möglichkeiten und den Interessen der Auftraggeber ab. Ebenso entscheidend sind die geschäftlichen Interessen, die Ambitionen und die Kompetenzen der Kampagnenmacher, nicht zuletzt aber auch deren Einschätzungen darüber, was den Zielpersonen und -gruppen inhaltlich zugemutet werden kann, wie diese Botschaften verarbeitet werden und was getan werden muss, um sie im Denk- und Verhaltensrepertoire der AdressatInnen dauerhaft zu verankern (vgl. ebd.: 131f.).

4.2 Theoretische Fundierung von Kampagnen

Einen essentiellen Bestandteil der Kampagnenentwicklung bildet die theoretische Fundierung, durch die sich die Wahrscheinlichkeit, dass eine Kampagne effektiv und effizient zugleich ist und somit die anvisierten Ziele erreicht, deutlich steigern lässt (vgl. z. B. Finnegan & Viswanath 2008, zit.n. Rossmann/Ziegler 2013: 394). Wichtig sind dabei neben medizinisch-epidemiologischen Befunden zur Wirksamkeit möglicher Maßnahmen der Verhaltensänderung vor allem Erkenntnisse aus der Kommunikationswissenschaft zur Nutzung und Wirkung massenmedialer Kanäle, kognitionspsychologische Erkenntnisse zur Informationsverarbeitung und Aufbereitung persuasiver Botschaften sowie gesundheitspsychologische Erkenntnisse zur Erklärung von Verhalten (vgl. Rossmann/Ziegler 2013: 394).

Sozial- oder gesundheitspsychologische Modelle zur Erklärung von Gesundheitsverhalten versuchen, menschliches Verhalten durch verschiedene Determinanten zu erklären (vgl. ebd.). Auf der Basis gesundheitspsychologischer Modelle lässt sich herausfinden, welche Botschaft konkret geeignet ist, um Verhalten zu

ändern. Wenn es nun um die Frage geht, wie eine solche Botschaft formuliert und aufbereitet sein muss, ist es sinnvoll, Erkenntnisse der Kognitionspsychologie und Kommunikationswissenschaft heranzuziehen (vgl. ebd.: 395).

Zu den zentralen Theorien sozial- und gesundheitspsychologischer Modelle zählen beispielsweise die „Theory of Planned Behavior“ (Fishbein & Ajzen), die „Sozialkognitive Theorie“ (Bandura), das „Health Belief Model“ (Champion & Skinner), die „Protection Motivation Theory“ (Rogers) oder das „Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung“ (Prochaska et al.) (vgl. ebd.: 394). Solche Modelle haben nicht nur theoretische Relevanz, sondern lassen sich vielmehr in der Kampagnenplanung gezielt einsetzen, um herauszufinden, welche Verhaltensdeterminante ein spezifisches Verhalten in der anvisierten Zielgruppe am stärksten beeinflusst (vgl. ebd.: 394f.). Nachfolgend sollen die genannten Modelle nun kurz skizziert werden.

4.2.1 Theory of Planned Behavior

Die „Theory of Planned Behavior“ (TOPB) ist die Weiterentwicklung der „Theory of Reasoned Action“. Die TOPB gilt als umfassender, da sie das Konstrukt der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle zur Vorhersage des Verhaltens mit einbezieht (vgl. Welker 2001: 133). In der Theory of Planned Behavior (dt. der „Theorie des geplanten Verhaltens“) – die nach Scholz und Schwarzer (2005) zu den am häufigsten verwendeten Ansätzen zur Vorhersage und Erklärung von Gesundheitsverhalten zählt – gilt die Intention als der zentrale Prädikator von Verhalten (vgl. Schneider 2006: 428). Die Intention stellt ein Produkt von Einstellung, subjektiver Norm und wahrgenommener Verhaltenskontrolle dar. Es werden dabei sowohl affektive Bewertungsprozesse auf der Ebene der Einstellungen mit einbezogen als auch die subjektive Überzeugung davon, was andere Personen von einem Individuum erwarten (vgl. ebd.). Der vom Individuum wahrgenommenen Verhaltenskontrolle (die subjektiv wahrgenommene Schwierigkeit, ein Verhalten auszuführen) wird in diesem Modell für die Realisierung von Verhalten eine zentrale Bedeutung zugeschrieben (vgl. ebd.). Ajzen (1985) sieht die wahrgenommene Verhaltenskontrolle als übergeordnetes Konstrukt seiner Theorie an, das sowohl die wahrgenommene Kontrollierbarkeit als auch die Selbstwirksamkeitserwartungen umfasst (vgl. ebd.).

Insgesamt postuliert die TOPB, dass Menschen immer im Einklang mit ihren Verhaltensintentionen handeln. Dabei bezieht sich die Theorie vor allem auf Handlungen, die aus einem bewussten Entscheidungsprozess resultieren, also nicht

überwiegend habitualisiert ablaufen (vgl. Welker 2001: 136). Für Scholz und Schwarzer (2005) ist an diesem Modell die explizite Berücksichtigung von sozialen Einflüssen über das Konstrukt der subjektiven Norm von Bedeutung, da in anderen Modellen die soziale Dimension weitgehend vernachlässigt wird (vgl. Schneider 2006: 428).

4.2.2 Sozialkognitive Theorie

Bandura (1977) hat eine sehr einflussreiche Selbstwirksamkeitstheorie entwickelt. Er hat die Bedeutung der Selbstwirksamkeitserwartung für menschliches Verhalten und Erleben systematisch erforscht. Ausgangspunkt dabei waren Beobachtungen in der Verhaltenstherapie (vgl. Schwarzer 1996: 20). Gesundheitsverhalten wird laut der sozialkognitiven Theorie von drei Hauptkomponenten beeinflusst: Selbstwirksamkeit, den gesetzten Zielen sowie den Ergebniserwartungen. Als wesentlichste Komponente gilt dabei das Konzept der Selbstwirksamkeit, oft auch als Kompetenzerwartung bezeichnet (vgl. Penz 2008: 51). Die Selbstwirksamkeit gilt als entscheidender Prädiktor für gezeigtes Gesundheitsverhalten. Unter Selbstwirksamkeit versteht man laut Bandura die persönliche Erwartung der Einschätzung, ein gewünschtes Verhalten tatsächlich zeigen zu können (vgl. Kern/Reichmann/Ziemssen 2008: 885).

Nach Schwarzer (1996: 14f.) beschreibt Selbstwirksamkeit die Erwartung einer Person, eine geplante Handlung – auch gegen Widerstände – tatsächlich umsetzen zu können. Sie ist damit die höchste Stufe in einer Kette von verschiedenen Erwartungshaltungen, beginnend mit dem Zusammenhang von Ursache und Wirkung (Instrumentalitätserwartung) bezüglich eines wünschenswerten Ziels, gefolgt von der Konsequenzerwartung bezüglich der Beeinflussbarkeit der Ursache durch die eigene Person („locus of control“) und schließlich der Selbstwirksamkeitserwartung (vgl. ebd.: 15).

Selbstwirksamkeit entsteht demnach in einem Lernprozess, der Erwartungshaltungen (Kognitionen) über den zu erwartenden Ausgang einer Handlung erzeugt (vgl. Penz 2008: 52). Im Unterschied zum reinen operanten Konditionieren – also der Festigung von Verhaltensweisen durch erhaltene Belohnung oder Strafe – wird Verhalten viel mehr durch antizipierte positive bzw. negative Folgen beeinflusst. Damit wird auch erklärt, weshalb die eigene Wahrnehmung darüber, ob ein Verhalten erfolgreich umgesetzt werden kann oder nicht, zur wesentlichen Vorhersagekomponente der Verhaltensausführung herangezogen werden kann (vgl. ebd.).

Die mit einem Verhalten verbundenen Erwartungen entstammen vier Quellen, die Informationen über den zu erwartenden Ausgang liefern. Dazu gehört zunächst einmal die am stärksten wirksame „direkte Erfahrung“ („mastery experiences“). Diese gibt Auskunft über die eingesetzten Anstrengungen und das damit verbundene Erlebnis der Handlungsergebnisse (vgl. Penz 2008: 52). Etwas schwächer wirkt die „mittelbare bzw. indirekte Erfahrung“ („vicarous experiences“). Sie entsteht über die Beobachtung anderer Personen, die als einem selbst ähnlich eingeschätzt werden. Dabei wird sozusagen modellhaft die zu bewältigende Aufgabe miterlebt und die entsprechende Lehre gezogen (vgl. ebd.). Die dritte Quelle ist „social persuasion“, eine über Kommunikation vermittelte symbolische Erfahrung. Diese bezieht sich direkt auf die motivatorischen Fähigkeiten der, eine Person umgebenden Mitmenschen, die mittels entsprechender Überzeugungskünste das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten stärken können (vgl. ebd.: 53). Zusätzlich tragen die auf die Selbstwirksamkeit förderlich wirkenden Mitmenschen dadurch bei, indem sie Situationen so beeinflussen können, dass persönliche Erfolgserlebnisse erst möglich werden, indem sie zur Vermeidung von überfordernden Situationen beitragen oder indem sie eine Neudefinition der Situationsbewertung – und somit auch des persönlichen Erfolges – ermöglichen (vgl. ebd.). Die vierte Quelle für das Entstehen von (Miss-)Erfolgserwartungen einer Person sind ihre physiologischen und emotionalen Zustände. Hierbei handelt es sich um die Bewertung der eigenen Stressreaktionen, beispielsweise Müdigkeit oder Ängstlichkeit, welche erlebt und kognitiv als Anzeichen möglichen Scheiterns interpretiert werden können (vgl. ebd.). Gerade hier entsteht eine starke Wechselwirkung aus persönlichem Befinden und erwarteter Selbstwirksamkeit, so dass sich eine scharfe Grenze kaum finden lässt – Angst kann zu niedriger Selbstwirksamkeit führen, aber niedrige Selbstwirksamkeit kann auch leichter Angst auslösen (vgl. ebd.).

Laut Penz (2008: 53) erweist sich die Theorie der Selbstwirksamkeitserwartung als konzeptuell sehr ausgereift und findet außerdem in der empirischen Forschung breite Anwendung und oftmalige Bestätigung. Insbesondere in den Gesundheitswissenschaften wird das Konzept gerne verwendet (vgl. ebd.).

4.2.3 Health Belief Model

Als Ausgangspunkt für die modellhafte Beschreibung von Gesundheitsverhalten gilt das „Health-Belief-Modell“ (HBM), welches ein Vorläufer zahlreicher heutiger Überlegungen zum Thema ist und sich deshalb nach wie vor großer Beliebtheit erfreut (vgl. Penz 2008: 46). Angewendet wurde das Modell bislang unter anderem auf Prävention oder

Krankenrollen, wobei es jedoch keine standardisierten Erhebungsmethoden gibt (vgl. Hohensohn 1998: 61).

In seinem Kern setzt sich das Health-Belief-Modell (Rosenstock 1966) aus den Komponenten von wahrgenommener Bedrohung und wahrgenommener Kosten-Nutzen-Bilanz als unmittelbare Einflüsse auf die Verhaltenswahrscheinlichkeit zusammen (vgl. Penz 2008: 46f.). Damit wird auf zwei grundlegende Komponenten Bezug genommen, nämlich ob jemand prinzipiell bereit ist, eine Handlung zu setzen (aufgrund einer Bedrohung) und ob eine Handlung zur Verfügung steht, welche als ausreichend nützlich zur Bekämpfung dieser Gefahr betrachtet wird (Bilanz) (vgl. ebd.: 47).

Seine Komplexität erhält das Modell durch die Ausweitung auf mittelbare Faktoren, welche als Ausgangspunkt für den Modellverlauf dienen. Demnach erweitert sich das Modell um allgemeine und persönliche Gefährdung, zusätzliche Handlungsanreize sowie allgemeine personenbezogene Eigenschaften (vgl. ebd.: 47). Empirische Untersuchungen haben widersprüchliche Ergebnisse aufgezeigt: Während sich das Gesamtmodell etwa im Review von Janz & Becker (1984) als haltbar erweist (mit besonders hohen Effekten von wahrgenommenen Barrieren sowie subjektiver Vulnerabilität bezüglich präventivem Gesundheitsverhalten), bezweifeln Harrison et al. (1992) die Aussagekraft des Health-Belief-Modells, da ihr Review auf nur schwache und eher inkonsistente Zusammenhänge hinweist (vgl. ebd.: 48). In einer späteren Erweiterung des Modells führen die AutorInnen noch die Variablen „Motivation zu Gesundheitsverhalten“ sowie „Selbstwirksamkeitserwartung“ ein (Rosenstock, Strecher & Becker 1988). Obwohl sich das Modell auch heute noch einer breiten Anwendung erfreut, ist es dennoch als veraltet zu betrachten (vgl. ebd.).

4.2.4 Protection Motivation Theory

In der Protection Motivation Theory (dt. „Theorie der Schutzmotivation“) wird davon ausgegangen, dass der Umgang mit einer Gesundheitsbedrohung das Resultat von zwei Bewertungsprozessen darstellt: 1. die Bewertung der Bedrohung und 2. die Einschätzung der Bewältigungsmöglichkeiten (vgl. Schneider 2006: 428). Diese Bewertungsprozesse werden initiiert, wenn ein Individuum mit einer gesundheitsrelevanten Information konfrontiert wird. Als Resultat solcher Bewertungsprozesse wird die Herausbildung einer Schutzmotivation angesehen, die der Intention zu einer Veränderung des Gesundheitsverhaltens entspricht. Daraus resultiert dann ein adaptives oder maladaptives Bewältigungsverhalten (vgl. ebd.).

Als Informationsquellen werden sowohl umweltbezogene Informationen (Furchtappelle, aber auch Beobachtungslernen) und auch intrapersonale Informationen (Persönlichkeitsvariablen, frühere Erfahrungen) angesehen. Diese Informationen sollen nach dem Modell in einem ersten Schritt eine Bedrohungseinschätzung auslösen, die in eine Bewertung des Ausmaßes an Vulnerabilität mündet (vgl. ebd.). Erst nach der Bedrohungseinschätzung wird das Individuum eine Bewältigungsbewertung vornehmen. Diese umfasst die Selbstwirksamkeitserwartung sowie positive und negative Handlungswirksamkeitserwartungen (vgl. ebd.).
Zu den negativen Handlungswirksamkeitserwartungen gehört beispielsweise der Aufwand, der mit einer Verhaltensänderung verbunden wäre (z.B. Zeit und Geld für Sport) (vgl. ebd.).

4.2.5 Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung

Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM, auch: „Stages of Change Model“) versucht nicht nur die Phase der Intentionsbildung zu beleuchten, sondern auch darüber hinaus die Phase der Handlungsausführung in relevante Abschnitte zu untergliedern. In diesem Sinne versteht es sich auch vorwiegend als Modell der Verhaltensveränderung, d.h. des Übergangs von einer dauerhaften Verhaltensweise zu einer anderen (vgl. Penz 2008: 56). Es stammt aus der Auseinandersetzung mit Suchtproblematiken und soll beispielsweise die erfolgreiche Veränderung des Rauchens hin zum Nichtrauchen erklären. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass einmal langfristig ausgeführte, habituelle Verhaltensweisen nur mehr ein geringeres aktives Engagement benötigen als der Übergang dorthin (vgl. ebd.).

Das TTM unterscheidet sechs qualitativ unterschiedliche Phasen der Verhaltensänderung. Als inhaltlicher Bezugspunkt werden die motivationale Ausgangslage sowie ihre Intention bezüglich zukünftigen und vergangenen Verhaltens angesehen (vgl. Schneider 2006: 428).

Die Phasen umfassen laut Schneider (2006: 428):

- Präkontemplation: In dieser Phase befinden sich Personen, die nicht darüber nachdenken, ein bestimmtes Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu verändern.

- Kontemplation: Zu dieser Phase werden Individuen zugerechnet, die über eine Verhaltensänderung in den nächsten sechs Monaten, aber nicht innerhalb des nächsten Monats, reflektieren.
- Vorbereitung: In diesem Stadium befinden sich Personen, die über eine Verhaltensänderung innerhalb des nächsten Monats nachdenken und bereits in der Vergangenheit entsprechende Versuche unternommen haben.
- Handlung: In dieser Phase verändern die Individuen ihr Verhalten über einen Zeitraum, der längstens sechs Monate umfasst.
- Aufrechterhaltung: Hier weist das Individuum eine über sechs Monate stabile Verhaltensänderung auf und entwickelt Strategien zur Verhütung von Rückfällen.
- Termination: Jetzt hat die Person ein hohes Ausmaß an Selbstwirksamkeit erreicht und zeigt keine Versuchung, ihrem alten „Risikoverhalten“ nachzugehen.

Darüber hinaus postulieren die Autoren des Modells (Prochaska et al.) aber auch zehn Veränderungsprozesse („processes of change“), welche das Wechseln zwischen Stufen zusätzlich erklären sollen (vgl. Penz 2008: 58). Aufgrund empirischer Untersuchungen kamen sie zu dem Schluss, dass in der Präkontemplations-Phase vor allem eine Nichtbeschäftigung mit Informationen über das zu verändernde Verhalten stattfindet, von den postulierten Strategien kommen kaum welche zum Einsatz (vgl. ebd.). Erst mit dem Eintreten in das Stadium der Kontemplation beginnen die aktive Informationsaufnahme und die Neubewertung. In der Handlungsphase sind es vor allem die Elemente der aktiven Selbstüberzeugung (Durchhalteparolen etc...) und sozialen Unterstützung, die wirksam werden, welche im Übergang zur Aufrechterhaltungsphase schließlich das Ausweichen auf neue Verhaltensweisen und deren Kontrolle mit sich bringen (vgl. ebd.).

Kritisiert wird an diesem Modell laut Scholz und Schwarzer (2005), dass es mit den Zeitkriterien eher formale und keine psychologischen Kriterien zugrunde legen würde (vgl. Schneider 2006: 428). In der ursprünglichen Konzeptualisierung des Modells wurde davon ausgegangen, dass ein Individuum die unterschiedlichen Stadien der Verhaltensänderung nacheinander durchlaufen würde. Scholz und Schwarzer (2005) sind jedoch der Ansicht, dass sich gezeigt hat, dass Individuen die Prozesse spiralförmig durchlaufen, indem sie immer wieder auf bereits durchlaufene Stadien zurückfallen können. Darüber hinaus hätten sich die „Zeitkriterien“ der Phasen nicht empirisch belegen lassen (vgl. ebd.).

4.3 Kampagnen in der Kommunikationswissenschaft

In der Kommunikationswissenschaft, aber auch in der Kommunikationspraxis, tauchen im Zusammenhang mit Kampagnen die unterschiedlichsten Namen auf: im deutschsprachigen Raum beispielsweise „öffentliche Informationskampagnen“, „Kommunikationskampagnen“, „PR-Kampagnen“ oder „Präventions- oder Gesundheitskampagnen“ und im englischsprachigen Raum etwa „Public Information Campaign“, „Communication Campaign“, „Social Marketing“ usw… (vgl. Universität Zürich 2006: 2). Auf Basis der recherchierten Literatur erschien es interessant, näher auf die Bezeichnungen „Kommunikationskampagne“, „Gesundheitskampagne“ bzw. „Health Campaigning“ sowie „Social Marketing“ einzugehen. Nachfolgend soll dargestellt werden, wie diverse AutorInnen diese Begrifflichkeiten definieren.

4.3.1 Kommunikationskampagnen

Die Wissenschaftler Heinz Bonfadelli und Thomas N. Friemel präferieren die Bezeichnung „Kommunikationskampagne“, da laut ihrer Meinung Kampagnen nicht nur informieren, wie der enger gefasste Begriff „Informationskampagne“ nahe legt, sondern auch Meinungen und Verhalten beeinflussen wollen (vgl. Universität Zürich 2006: 2).

Der Begriff „Kommunikationskampagne" enthält zwei wesentliche Aspekte: nämlich die Interaktivität der Prozesse, die eben „kommunikativ" sind, sowie das Vorhandensein einer gewissen Intensität, Systematik und Zielgerichtetheit, welche sie zu Kampagnen machen (vgl. Bonfadelli/Friemel 2010: 15). Interaktivität ist bei solchen Kampagnen in mehrfacher Hinsicht gegeben bzw. zu fordern. Moderne Kampagnen zeichnen sich nicht mehr nur durch massenmediale Einwegkommunikation aus, sondern integrieren bewusst auch Feedbackkanäle, bieten Plattenformen für den Austausch innerhalb der Zielgruppe an und initiieren Gespräche zwischen Betroffenen und Angehörigen (vgl. ebd. 16). In der Regel verfügen Kommunikationskampagnen über eine formale Organisation, entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen und eine gewisse Langfristigkeit von Maßnahmen und verfolgten Zielen. Nur dann kann auch von einer Kampagne gesprochen werden (vgl. ebd.).

Kommunikationskampagnen umfassen

- die Konzeption, Durchführung und Evaluation von
- systematischen und zielgerichteten
- Kommunikationsaktivitäten zur
- Förderung von Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen

- gewisser Zielgruppen
- im positiven, d.h. gesellschaftlich erwünschten Sinn (vgl. Bonfadelli/Friemel 2010:16).

Das bedeutendste Themenfeld von Kommunikationskampagnen ist der Gesundheitsbereich. Zum einen sind gesundheitsbezogene Ziele wenig kontrovers. Bei Themen wie „Prävention von Suchtproblemen“ oder „Gesundheitserziehung“ (Bewegung, Entspannung, Ernährung) sind sich alle wichtigen AkteurInnen in der Gesellschaft bezüglich der Ziele einig (vgl. Bonfadelli/Friemel 2010: 23). Eine Risikominimierung wird ausnahmslos als Gewinn für die individuelle Lebensqualität und als Entlastung der öffentlichen Ressourcen gesehen. Der zweite Grund für das große Gewicht an Gesundheitskampagnen dürfte der Umstand sein, dass die adressierten Probleme sehr hohe und konkret bezifferbare Kosten verursachen (vgl. ebd.).

Sowohl bei den AuftraggeberInnen als auch bei den Zielgruppen muss Klarheit darüber herrschen, was mit einer Kampagne überhaupt erreicht werden soll. Eine klare Definition von Zielen ist daher auch Voraussetzung für die Wahl der Strategie und die inhaltliche Bestimmung der Botschaften (vgl. ebd.: 28f.). Mögliche Ziele sind unter anderem „Problematisieren“ (nicht sensibilisierte Zielgruppen auf ein Problem aufmerksam machen), „Motivieren“ (zur Ausführung von Verhaltensweisen motivieren) oder „Aktivieren“ (zur Ausführung von konkreten Verhaltensweisen anregen) (vgl. ebd.).

Laut Bonfadelli (2004: 101) werden seit den 80er- und 90er-Jahren des 20. Jahrhunderts vermehrt solche öffentlichen Kommunikationskampagnen in Massenmedien eingesetzt, um auf gesellschaftliche Probleme aufmerksam zu machen und Lösungsansätze zu finden. Dadurch fand auch eine zunehmende medienwissenschaftliche Auseinandersetzung mit Kommunikationskampagnen statt.

Von Kommunikationskampagnen ist es unrealistisch zu erwarten, dass sie allein zu Verhaltens- oder Lebensstiländerungen führen oder direkt zur Senkung von Morbiditäts- und Frühberentungsraten beitragen könnten (vgl. Göpfert 2001, zit.n. Schnabel/Bödeker 2012: 40). Denn grundsätzlich gilt: Kommunikation via Massenmedien

- ist an mehr oder weniger fiktive AdressatInnen gerichtet,
- arbeitet überwiegend mit Appellen an Gefühle und Emotionen der Konsumenten,
- bietet nur selten die Möglichkeit zu verstehens- und lernförderlichem Feedback,

- spielt mit wenig überprüfbaren Eindrücken, Symbolen und assoziativen Methapern und
- versorgt die AdressatInnen mit kontextabhängigen Informations-„Schnipseln“, deren Auswahl immer noch stärker durch die MedienmacherInnen als durch die mittlerweile aktiveren RezipientInnen kontrolliert wird (vgl. Göpfert 2001, zit.n. Schnabel/Bödeker 2012: 40f.).

4.3.2 Gesundheitskampagnen („Health Campaigning“)

Der Begriff der Gesundheitskampagne legt den thematischen Bezug des Kommunikationsgegenstandes fest und umfasst dabei die gesamte Bandbreite kommunikativer Instrumente und Techniken, die von interpersonaler Kommunikation über settingbezogene Schulungen, Interventionsprogramme und Kurse, klassische Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit bis zum Einsatz werblicher Mittel reichen (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 131f.).

Bei der mediengestützten und kampagnenförmigen Gesundheitskommunikation („Health Campaigning") handelt es sich um die am breitesten streuende, gleichzeitig aber auch wirkungssicherste Interventionsform, weshalb AuftraggeberInnen und -nehmerInnen von Kampagnen davor gewarnt werden, deren Wirkungsgrad zu überschätzen (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 138). Durch sie können einfache Botschaften vermittelt, Gesundheitsprobleme bewusster gemacht und Änderungsstrategien von Verhaltensweisen und Lebensstilen intensiviert werden, wenn dabei auf anderweitig erzeugten Motiven und Einstellungen aufgebaut werden kann (vgl. ebd.).

Das gewählte Bündel der kommunikativen Maßnahmen muss stets den Kampagnenzielen unterstellt und an den jeweiligen Zielgruppen ausgerichtet sein (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 132). Mit der Integration – das heißt mit der inhaltlichen, gestaltungsbezogenen und zeitlichen Abstimmung der Maßnahmen – wird das Ziel verfolgt, auf individueller und gesellschaftlicher Ebene das öffentliche Bewusstsein für eine bestimmte Thematik zu sensibilisieren, Aufmerksamkeit hierauf zu lenken und auf beiden Ebenen bestenfalls Veränderungen herbeizuführen (vgl. ebd.).

In Projekten des Health Campaignings müssen sechs Schritte bewältigt werden, wenn das Kampagnenziel – nämlich die gesundheitsförderliche Beeinflussung der Menschen in ihrer Umwelt – erreicht werden soll (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 135ff.):

1. Kommunikation im Zusammenhang mit einer ersten Situationsanalyse
2. Von der Situationsanalyse zur Auftragsvergabe
3. Von der Auftragsvergabe zur Konzeptentwicklung
4. Von der Konzeptentwicklung zur Realisierung
5. Von der Realisierung zur Evaluation
6. Kommunikation im Besitz umfangreicher Evaluationsergebnisse

Gerade solche Gesundheitskampagnen, in denen es weniger um die Vermarktung von Produkten und Dienstleistungen, sondern vielmehr um die Förderung von Gesundheit geht, haben mit einem großen Dilemma zu kämpfen: Sie müssen es schaffen, Menschen für ein neues, gesellschaftlich institutionalisierte Routinen infrage stellendes Urteilen und Handeln zu motivieren, und müssen wegen der immer noch weit verbreiteten Skepsis gegenüber Gesundheitsförderungsaktivitäten einen ungleich höheren kommunikativen Aufwand betreiben, um messbare Gesundheitsgewinne zu erzielen (vgl. Schnabel/Bödeker 133f.).

Laut Schnabel und Bödeker gibt es zwei Arten von Gesundheitskampagnen:

1. Top Down-Kampagnen:

Für diese ist charakteristisch, dass sie aus der Position der überlegenen, über die unwissenden AdressatInnen stehenden ExpertInnen heraus kommunizieren (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 126). Top Down-Kampagnen repräsentieren die Mehrheit aller durchgeführten Kampagnen und sie werden in der Regel von öffentlichen, dem Gemeinwohl verpflichteten oder im ökonomischen Privatinteresse agierenden Einrichtungen gegen Geld in Auftrag gegeben, um für eigene oder fremde Produkte oder auch gewünschte Verhaltensweisen zu werben (vgl. ebd.). Aufgrund des hohen bürokratischen Aufwands und der durch Unterbeauftragung ins Spiel gebrachten Eigeninteressen entstehen hier vergleichsweise hohe Kosten, wobei man sich des bedingungslosen Engagements der UnterauftragnehmerInnen bzw. eines Erfolgs niemals sicher sein kann (vgl. ebd.). Hinzu kommt im Fall der Top Down-Kampagne die sogenannte dirigistische Signalgebung: Damit ist gemeint, dass von anderen in Auftrag genommene, angebotsorientiert geplante und fremd kontrollierte Kampagnen, die ihren Zielpersonen und -gruppen vorzuschreiben versuchen, was gut für sie ist und was sie zu tun haben, inhaltlich und handwerklich gut gemacht sein können, die AdressatInnen aber nicht zum Mitmachen und eigenverantwortlichen Handeln motivieren (vgl. ebd.). Gerade bei Kampagnen, wo es um die Förderung von Gesundheit geht, ist eine solche Signalgebung motivationspsychologisch kontraproduktiv (vgl. ebd.).

2. Bottom Up-Kampagnen:

Für sie ist charakteristisch, dass sie von denjenigen, die ihre Notwendigkeit erkennen, selbst konzipiert und durchgeführt werden und im Unterschied zu den StakeholderInnen und RealisatorInnen von Top Down-Kampagnen nicht der Versuchung erliegen, sich, ihre PartnerInnen und die AdressatInnen mit Aufgaben bzw. Vernunftappellen zu konfrontieren, die sie selbst nicht erfüllen können (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 127). Bei diesen Kampagnen gibt es in der Regel keine zentralen, eigenverantwortlich, nach zum Teil kampagnenfremden Interessen geleiteten EntscheiderInnen. Wegen des nicht minder großen Regulierungsbedarfs, der mit möglichst wenig bürokratischem Aufwand befriedigt werden soll und kann, ist außerdem ein hoher, auf Eigeninitiative beruhender Vernetzungsgrad zwischen denjenigen erforderlich, die die Steuerung der Kampagne und die Ausführung anfallender Teilaufgaben übernehmen (vgl. ebd.). Die Kosten sind vergleichsweise gering, dafür hält sich aber auch der Einflussradius in Grenzen (vgl. ebd.). Im Fall von Bottom Up-Kampagnen kann von einer eher non-dirigistischen und aktivierenden Signalgebung sowohl aufseiten der Betreibenden wie der AdressatInnen gesprochen werden: Diese Kampagnen inspirieren zum Mit- und Selbermachen und zur Entwicklung und Durchführung kreativer, oft unkonventioneller Ideen (vgl. ebd.). Außerdem erlauben sie es, sich an den Bedürfnissen und der Lebenswelt aller Beteiligten zu orientieren, was von Top Down-Kampagnen meist nicht intendiert ist und aus strukturellen Gründen gar nicht erreicht werden kann (vgl. ebd.). Bottom Up-Kampagnen funktionieren aber nur, wenn sie von entsprechend sozialisierten und motivierten Personen initiiert und getragen werden, auf AdressatInnen treffen, die lernbereit genug und in der Lage sind, sich selbst um ihre Gesundheit zu kümmern und wenn Rahmenbedingungen existieren, die der Entwicklung und dem Praktischwerden von eigenverantwortlichem Gesundheitshandeln nicht im Wege stehen (vgl. ebd.).

Zu den gesendeten Informationen, Angeboten und Appellen eine Rückmeldung zu erhalten ist im Health Campaigning nur durch sachangemessene Evaluationsstrategien möglich (vgl. Schnabel/Bödeker 2012: 120). Fromm/Baumann/Lampert (2011: 139) halten eine systematische Evaluation zwar für ein wichtiges, allerdings in der Praxis oft vernachlässigtes Element im Verlauf einer Gesundheitskampagne. Jedoch können nur auf dieser Grundlage erwünschte und unerwünschte positive wie negative Wirkungen der Kampagne (Effekte), der Grad der Erreichung der Kampagnenziele (Effektivität) sowie die Wirtschaftlichkeit der Kampagne als positives Verhältnis der erwünschten, zielkonformen Wirkungen in Relation zum getätigten Aufwand (Effizienz) eingeschätzt werden (vgl. Bonfadelli/Friemel 2006, zit.n. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 139). Grundlage der Evaluation sind die im Vorfeld definierten Ziele. Von Bonfadelli & Friemel

(2006) wird vorgeschlagen, eine Differenzierung nach *Reichweite* (auf Basis gestützter und ungestützter Erinnerung), *Wissen* (Kenntnis der Kernbotschaften und Slogans), *Akzeptanz* (Einschätzung der Botschaften und der Kampagne insgesamt), *Verhalten* (vom Kommunikator intendiertes und nicht-intendiertes Gesundheitsverhalten) sowie eine *Bewertung der Ausrichtung* im Hinblick auf den Kampagnenfokus zu machen (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 140).

4.3.3 Social Marketing

Crié und Chebat (2013: 123) [Übers. d. Verf.] konnten in einer im Februar 2012 durchgeführten Recherche feststellen, dass sich insgesamt 489 Artikel in wissenschaftlichen Fachzeitschriften mit dem Thema „Health marketing“ bzw. „Gesundheitsmarketing“ beschäftigten. Das Thema wurde dabei am häufigsten im Zusammenhang mit dem Begriff „Social Marketing“ (insgesamt 115 Artikel) genannt. Doch was genau wird unter diesem Begriff eigentlich verstanden?

Wird eine moderne, deutlich weiterentwickelte Definition von Social Marketing zugrunde gelegt, dann gibt es eine hohe Überschneidung mit der Definition von Gesundheitskampagnen (vgl. Pott 2009: 202). Die Ziele zielgruppen- und bevölkerungsbezogener Prävention sollen in der Regel mit Kommunikationskampagnen erreicht werden, die Social Marketing-Ansätze nutzen. Dabei müssen die Besonderheiten des jeweiligen Gesundheitsthemas berücksichtigt, die Strategien des Social Marketings an die thematischen Besonderheiten angepasst und die Marketingansätze mit modernen wissenschaftsbasierten Kommunikationskonzepten verknüpft werden (vgl. ebd.).

Wesentliche Methoden und Instrumente des kommerziellen Marketings können mittlerweile auch im sozialen Bereich erfolgreich implementiert werden. Nach wie vor sind allerdings eine Anpassung der Methoden und Instrumente sowie die Berücksichtigung von Spezifika des sozialen Sektors unumgänglich (vgl. Christa 2010: 18). Im Zuge der Professionalisierung und der instrumentellen Verfeinerung kommerzieller Marketingtechnologien etablierte sich mit ersten Kampagnen bereits in den 1970er Jahren, verstärkt dann aber seit Mitte der 1990er Jahre, im europäischen und deutschsprachigen Raum ein Social Marketing im Sinne einer „Vermarktung sozialer Ideen“ (vgl. ebd.).

Der Begriff des Social Marketings ist in den USA entstanden und basiert auf den Arbeiten von Philip Kotler und Gerald Zaltman (vgl. Koziol et al. 2006: 4). Kotler und Zaltman haben den Begriff zum ersten Mal 1971 erwähnt und verstehen darunter: „[…] the design, implementation, and control of programs calculated to influence the acceptability of social ideas and involving considerations of product planning, pricing, communications and marketing research." (Kotler/Zaltman 1971: 5) Übersetzt bedeutet dies also, dass Social Marketing der Entwurf, die Umsetzung und die Kontrolle von solchen Programmen ist, die dazu dienen, die Akzeptanz sozialer Ideen zu beeinflussen und die Überlegungen zu Produktplanung, Preisgestaltung, Informationsaustausch und Marktforschung mit einbeziehen [Übers. d. Verf.].

Später definierten Kotler und Roberto Social Marketing als eine Managementtechnik, die sozialen Wandel einleiten soll und das Ziel hat, die Akzeptanz einer gesellschaftspolitischen Vorstellung oder einer Verhaltensweise bei einer oder mehreren Zielgruppen zu erhöhen (vgl. Kotler/Roberto 1991: 37).

Krzeminski und Neck schlagen eine allgemeinere Definition von Social Marketing vor, die sich sowohl auf Wirtschaftsunternehmen als auch auf NPOs bezieht:

> „Social Marketing bezeichnet die Planung, Durchführung und Kontrolle von Programmen zur Beeinflussung der Akzeptanz von sozialen Vorstellungen und zwar unter Berücksichtigung der Dimensionen Produkt, Preis, Distribution und Kommunikation. Soziale Vorstellungen sind insbesondere Wertmaßstäbe und Verhaltensnormen, die sich auf das menschliche Zusammenleben auswirken. Durch soziales Marketing wird die wechselseitige Stimulation von Angebot und Nachfrage im Bereich sozialer Vorstellungen für die Zielsetzungen einer Organisation fruchtbar gemacht." (Krzeminski/Neck 1994: 18)

Nicht gemeint mit Social Marketing sind laut Pott (2009: 201) die Marketingkonzepte kommerzieller AnbieterInnen, die ein vermeintlich oder tatsächlich besonders gesundes oder im sozialen Bereich nützliches Produkt anbieten und mit dieser Marketingstrategie einen besonderen Marktvorteil suchen. Während sich das kommerzielle Marketing häufig an eindimensionalen Zielen orientiert, beispielsweise am Gewinn, der erzielt werden soll, besteht das Hauptziel von Social Marketing-Strategien in der Regel in komplexen Zielen, die schwierig zu operationalisieren und zu kontrollieren sind (vgl. ebd.: 201f.). Erfolgsvoraussetzung ist, dass ein integriertes Marketingkonzept entwickelt wird und sich die Strategie des Social Marketings tatsächlich und messbar auf die Lösung definierter gesundheitlicher, sozialer Probleme richtet (vgl. ebd.: 202).

Fromm et al. sprechen davon, dass beim Social Marketing grundsätzlich soziale Ideen in den Mittelpunkt gestellt werden, beispielsweise Menschenrechte, Familienplanung oder Gesundheitsverhalten, die allerdings nicht nur von gemeinnützigen Organisationen, sondern durchaus auch von solchen kommerziellen Institutionen vermarktet werden, die über ihr Leistungsangebot zugleich soziale Ideen artikulieren und vermarkten (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 129). Insgesamt handelt es sich bei Organisationen, die Social Marketing betreiben, zumeist nicht um klassische Wirtschaftsunternehmen, sondern um solche, die nicht gewinnorientiert arbeiten, d.h. soziale, gemeinnützige, nicht-erwerbswirtschaftliche, öffentliche oder gesundheitspolitische Ziele verfolgen (vgl. ebd.). Im Gesundheitsbereich gehören hierzu Wohlfahrtsverbände, Gesundheitseinrichtungen, Bildungsanbieter, aber auch Vereine, Verbände, Genossenschaften und Parteien (vgl. ebd.: 129f.).

Laut Langford/Panter-Brick (2013: 134) ist das Social Marketing in die Public Health integriert worden und wurde zu Beginn überwiegend in Entwicklungsländern eingesetzt, vor allem zur Kontrolle von Infektionskrankheiten wie beispielsweise Malaria [Übers. d. Verf.].

Im Wesentlichen ist das Handlungsfeld des Social Marketings kommunikationspolitisch angelegt: Im Zentrum stehen Kampagnen und andere werbliche Maßnahmen, die Verhaltensänderungen oder Änderungen in der Einstellung breiterer Schichten der Bevölkerung intendieren (vgl. Christa 2010: 18). Große Kampagnen bezogen sich in der Anfangszeit primär auf das Thema der Sicherheit im Straßenverkehr, heutzutage sind Social-Marketing-Maßnahmen beispielsweise im Zusammenhang mit AIDS-Prävention, für einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol oder für die verstärkte soziale Integration von MigrantInnen bekannt (vgl. ebd.).

Innerhalb des Social Marketings verfolgt die strategische Gesundheitskommunikation (Kommunikationspolitik) das Ziel, die auf Gesundheitsförderung ausgerichtete Idee, Dienstleistung oder Produktverwendung möglichst erfolgreich einer breiten Zielgruppe zugänglich zu machen (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 131). Nur über eine geeignete Kommunikationsstrategie können die übergeordneten Ziele erreicht werden, wie zum Beispiel die Sensibilisierung für Gesundheitsgefahren (vgl. ebd.).

Strategien des Social Marketings zielen also darauf ab, das individuelle Verhalten einer Person so zu verändern, sodass diese dadurch beispielsweise ihre eigene Gesundheit bzw. ihr eigenes Wohlbefinden verbessert (vgl. Wymer 2010: 99) [Übers. d. Verf.].

Dennoch lassen sich viele Menschen nicht durch eine Social Marketing-Kampagne beeinflussen geschweige denn ändern auf Grund einer solchen ihr (Gesundheits)Verhalten (vgl. ebd.) [Übers. d. Verf.].

5 Psychische Erkrankungen

Der Verein ganznormal.at hat sich der Förderung der öffentlichen Diskussion über seelische bzw. psychische Erkrankungen verschrieben. Um den Begriff „psychische Erkrankung“ besser verstehen zu können, soll in diesem Kapitel eine Definition dafür aufgezeigt werden. Anschließend werden aktuelle Forschungsergebnisse zu dieser Art von Erkrankungen vorgestellt (Kap. 5.2). In den Kapiteln 5.3 bzw. 5.4 soll dann auch noch aufgezeigt werden, wie die Darstellung und Berichterstattung zu psychologischen Themen bzw. zu psychisch Erkrankten häufig erfolgt.

5.1 Definition

Die Bedeutung psychischer und sozialer Gesundheit bekommt grundsätzlich einen immer höher werdenden Stellenwert in unserer heutigen Gesellschaft (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 15). Den Begriff der psychischen Gesundheit definiert die WHO als Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen (vgl. Roschker 2013: 29f.). Mit psychischen Erkrankungen bezeichnet die WHO psychische Gesundheitsprobleme und -belastungen sowie diagnostizierbare psychische Störungen wie beispielsweise Schizophrenie oder Depression (vgl. ebd.: 30).

Für Meißel (2005: 15) handelt es sich bei psychischen Krankheiten bzw. psychosozialen Krisen um menschliche Zustände und Situationen, in denen ein Individuum bzw. eine Gruppe von Menschen auf Grund wie immer bedingter seelischer Überforderung in der Beziehung und Auseinandersetzung mit sich selbst und mit der Umwelt erheblich eingeschränkt ist Die unter Umständen existenziell bedrohliche innerliche Dynamik wird dabei in den sozialen Bezügen zum Ausdruck gebracht, dort interpersonell ausagiert und von den einbezogenen Personen der Umwelt mitagierend aufgegriffen und beantwortet (vgl. ebd.).

Die psychischen Umstände, in denen sich ein Mensch befindet, können eine Krankheit sowohl negativ (z.B. bei einer Depression) als auch positiv (z.B. im Sinne einer Robustheit oder einer günstigen Krankheitsverarbeitung) beeinflussen (vgl. Kreddig/Karimi 2013: 234). Bei zahlreichen Krankheiten sind Körper und Psyche

gleichermaßen beteiligt, wobei es grundsätzlich viele Wechselwirkungen zwischen Körper und Psyche gibt (vgl. ebd.). Dazu zählen:

- Körperliche Probleme, die ursächlich mit psychischen Problemen zusammenhängen, wie z.B. stressbedingter Tinnitus,
- psychische Probleme, die durch körperliche Beschwerden entstanden sind, wie z.B. Panikattacken durch Herzklappenprolaps sowie
- körperliche und psychische Probleme, die sich gegenseitig bedingen, wie z.B. Schlafstörungen (vgl. ebd.).

Da oft schwer festzustellen ist, ob zuerst die psychischen oder die körperlichen Probleme aufgetreten sind, wird ein Wirkkreislauf zwischen Körper und Psyche angenommen (vgl. ebd.). Eine alleinige Fokussierung auf entweder den Körper oder die Psyche stellt jedoch eine eingeschränkte Sichtweise dar und versperrt den Weg zu vielen hilfreichen Erkenntnissen über Erkrankungen von vornherein (vgl. ebd.).

Psychische Gesundheitsprobleme nehmen insgesamt dramatisch zu. Die Tendenz zeigt, dass psychische Erkrankungen zunehmend zu Behinderung und zu einer Veränderung des sozialen Umfelds der Betroffenen führen. Auch Volkswirtschaften und Gesundheitssysteme werden zunehmend belastet (vgl. Busse/Schlette 2005: 16).

Erkrankungen der Psyche haben Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von betroffenen PatientInnen (Probleme im Berufs- und Familienleben, Obdachlosigkeit etc…) und bringen dadurch negative, psychosoziale Konsequenzen mit sich (vgl. Bottlender/Möller 2005: 7). Diese können sowohl als eine unmittelbare Folge der Erkrankung selbst (reduziertes Leistungsvermögen, Veränderung des Sozialverhaltens etc…) als auch als Resultat bestehender gesamtgesellschaftlicher Strukturen und Prozesse angesehen werden (vgl. ebd.). Durch psychische Erkrankungen entstehen oftmals auch noch zusätzliche Belastungen: Beispielsweise wenden sich Personen, die daran erkranken, oft erst sehr spät – zumeist aus Scham – an AnsprechpartnerInnen bzw. finden erst gar keine geeigneten AnsprechpartnerInnen (vgl. Zäske/Baumann/Gaebel 2005: 81).

Psychisch kranke Menschen stoßen nach wie vor auf Ablehnung und Vorurteile, die ihr persönliches Leiden vergrößern und ihre soziale Ausgrenzung verschärfen (vgl. NPCE 2012: o.S.). Oft ist dann eine soziale Ablehnung und/oder Stigmatisierung von solchen

Betroffenen die Folge (vgl. ebd.). Helmchen (2013: 336) ist der Meinung, dass häufig weniger der Name, sondern vielmehr die Symptomatik der Krankheit stigmatisiert, also die krankheitsbedingten Verhaltensweisen, die von Angehörigen oder anderen LaiInnen nicht verstanden oder als beängstigend erlebt werden. Auf diese Verhaltensweisen reagieren sie dann mit Ablehnung, Absonderung oder Verheimlichung (vgl. ebd.).

Die Öffentlichkeit hat oftmals sehr konkrete Vorstellungen über psychische Störungen und die Ziele einer psychiatrischen Behandlung: Die Haltung der Bevölkerung ist von Unbehagen gegenüber psychisch Kranken und einem daraus resultierenden Sicherheitsbedürfnis bestimmt (vgl. Rössler 2003: 557). Beispielsweise hat eine repräsentative Bevölkerungsumfrage in der Schweiz gezeigt, dass mehr als 70% im Falle einer psychischen Erkrankung eine Zwangsbehandlung favorisieren. Je nach Landesteil befürworten zwischen 60% und 75% aller Befragten, dass psychisch Kranken der Führerschein entzogen werden sollte und zwischen 26% und 39% stimmen dafür, dass denjenigen Frauen ein Schwangerschaftsabbruch vorgeschlagen werden sollte, die einmal an einer schweren psychischen Störung gelitten haben (vgl. ebd.). Zwischen 18,7% und 35,4% der Bevölkerung empfehlen den Entzug des Wahlrechtes im Falle einer psychischen Erkrankung (vgl. ebd.).

Am 27. Mai 2013 hat die Weltgesundheits-Versammlung (World Health Assembly) den „Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020" verabschiedet. Zum ersten Mal in der Geschichte der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde dabei eine Resolution eines solchen Aktionsplans verabschiedet (vgl. Saxena/Funk/Chisholm 2013: 1970) [Übers. d. Verf.]. Vorrangige Ziele für die 194 Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation sollen dabei in den nächsten acht Jahren konkrete Strategien zur Bekämpfung bzw. Behandlung psychischer Erkrankungen sowie Verbesserung der psychischen Gesundheit sein (vgl. ebd.) [Übers. d. Verf.]. Konkret sollen unter anderem eine 20-prozentige Steigerung der Service- und Behandlungsleistungen für schwere psychische Erkrankungen sowie eine Senkung der Suizidraten in den Mitgliedsstaaten um 10 Prozent erreicht werden (vgl. ebd.) [Übers. d. Verf.].

Der Aktionsplan hebt zudem hervor, dass eine öffentliche Diskussion bzw. Prävention von psychischer Gesundheit nötig ist. Gesundheitsministerien müssen dabei eine Führungsrolle übernehmen, um den Aktionsplan im jeweiligen Land umsetzen zu können (vgl. ebd.) [Übers. d. Verf.]. Laut dem Aktionsplan wird die Weltgesundheitsorganisation die betreffenden Gesundheitsministerien tatkräftig unterstützen, unter anderem indem

sie mit NGOs, ExpertInnen und wissenschaftlichen Einrichtungen der jeweiligen Mitgliedsstaaten zusammenarbeiten wird (vgl. ebd.) [Übers. d. Verf.]. Daten zur psychischen Gesundheit werden dann anhand von Indikatoren – die von der WHO entwickelt wurden – in den Mitgliedsländern erfasst und in den Jahren 2015, 2018 und 2021 soll dann ein Bericht vom jeweiligen Land an die Weltgesundheitsversammlung übermittelt werden (vgl. Saxena/Funk/Chisholm 2013: 1971) [Übers. d. Verf.].

Die Vision des Aktionsplans ist eine Welt, in der psychische Gesundheit beworben und beschützt wird, Prävention zu psychischen Erkrankungen geleistet wird und in der von psychischen Erkrankungen Betroffene die Behandlung bekommen, die notwendig ist, um vollständig akzeptiert – frei von Stigmatisierung und Diskriminierung – am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können (vgl. ebd.) [Übers. d. Verf.]. Eine Umsetzung eines solchen Plans bzw. solcher Ziele stellt Regierungen natürlich vor große Herausforderungen. Zukünftig ist es vor allem von großer Wichtigkeit, Investitionen an menschlichen und finanziellen Ressourcen in psychische Gesundheit zu steigern bzw. zu verbessern (vgl. ebd.) [Übers. d. Verf.].

Der Psychiater Hanfried Helmchen empfindet den optimalen Einsatz wirksamer, kurativer und rehabilitativer Maßnahmen sowie die umfassende Aufklärung von PatientInnen, deren Angehörigen und der Öffentlichkeit über den Verlauf einer Krankheit ohne und mit Therapie als den besten Weg gegen die Stigmatisierung von psychisch Erkrankten (vgl. Helmchen 2013: 336). Denn die Verbesserung der Behandlung und Verminderung der Symptomatik tragen dann wohl zur Entängstigung und Enttabuisierung von Kranken und Angehörigen bei, was deutlich wird, wenn diese selbst davon sprechen, eine bestimmte psychische Erkrankung wie beispielsweise Schizophrenie zu haben (vgl. ebd.).

5.2 Aktuelle Zahlen und Fakten

In diesem Kapitel sollen aktuelle Ergebnisse zu psychischen Erkrankungen in Österreich, unserem Nachbarland Deutschland sowie europaweite Forschungsergebnisse dargestellt werden.

5.2.1 Psychische Erkrankungen in Österreich

In der „Analyse zur Versorgung psychisch Erkrankter“, die in den Jahren 2010 und 2011 auf Basis von Daten des Jahres 2009 in Zusammenarbeit des Hauptverbands der Österreichischen Sozialversicherungsträger und der Salzburger Gebietskrankenkasse durchgeführt wurde, ist erhoben worden, dass 2009 in Österreich rund 900.000

Menschen wegen psychischer Leiden Leistungen der Krankenversicherung erhielten (vgl. SV-SGKK-Studie 2011: 5). Basis für diese Zahl war die Auswertung der gesamten Medikamentendaten, der Daten zu stationären Aufenthalten und zu Krankenständen aufgrund psychischer Diagnosen (vgl. ebd.). Rund 840.000 ÖsterreicherInnen bekamen im Jahr 2009 Psychopharmaka aus den Gruppen der Antidepressiva, der Antipsychotika oder der Tranquilizer verschrieben. Wegen psychischer Diagnosen waren rund 78.000 ÖsterreicherInnen im Krankenstand und 70.000 hatten deshalb einen stationären Aufenthalt (vgl. ebd.). Ein Großteil dieser beiden Gruppen bezog auch Medikamente. In Summe waren daher rund 900.000 Menschen in Österreich von psychischen Erkrankungen in einem Ausmaß betroffen, das zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führte (vgl. ebd.).

Zudem wurde auf Basis der Kombination von Daten zu stationären Aufenthalten, Krankenständen und Dauermedikation erhoben, dass zwischen 200.000 und 250.000 ÖsterreicherInnen (ca. 3% der Bevölkerung) in einem schweren Ausmaß betroffen waren (vgl. SV-SGKK-Studie 2011: 5). Knapp mehr als die Hälfte aller Betroffenen ist älter als 60 Jahre. Rund 8.100 Kinder unter 10 Jahren und 26.000 Jugendliche bis 19 Jahre erhielten Psychopharmaka (damit entfallen 3% der Betroffenen auf diese Altersgruppe). Bei den Kindern dominieren Stimulanzien (Ritalin) und Anxiolytika (Angstlöser). Bereits bei den Jugendlichen steigt allerdings der Anteil der Antidepressiva und Antipsychotika (vgl. ebd.). Rund 400.000 Betroffene waren im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 60 Jahren (46% aller PatientInnen). Bereits ab 20 Jahren ist ein deutlicher Anstieg der Erkrankungen festzustellen, in der Altersgruppe ab 40 Jahren dann sogar eine drastische Steigerung (vgl. ebd.: 6).

Grundsätzlich wurde für die letzten Jahre ein außergewöhnlicher Anstieg bei psychischen Erkrankungen festgestellt, wobei es sich hierbei allerdings zu einem überwiegenden Teil um einen Anstieg bei leichteren Erkrankungen gehandelt hat (vgl. ebd.). Während die stationären Aufenthalte um 1,5% zunahmen, stieg die Medikamentenverschreibung um 17% in einem Zeitraum von zwei Jahren (2009-2011). Die Zunahme psychischer Erkrankungen zeigt sich auch in den Krankenstandsdaten: Im Jahr 2009 waren insgesamt 78.028 Versicherte der Gebietskrankenkassen aufgrund einer psychischen Diagnose arbeitsunfähig (vgl. ebd.). Diese Krankenstände sind mit 2,5% aller Fälle nur eine kleine Gruppe, die aber im Zeitverlauf deutlich stärker steigt als Krankenstände mit rein körperlichen Diagnosen (die psychischen Krankenstände stiegen um 22%, jene aufgrund körperlicher Diagnosen um 10% innerhalb von zwei Jahren) (vgl. ebd.).

Eine gemeinsame Studie der Allianz Versicherung und der AGES – Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit - ermittelte im Jahr 2012, dass auch immer mehr junge Menschen an seelischen Leiden erkranken: Bereits sechs Prozent der 14- bis 24-jährigen ÖsterreicherInnen leiden an Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen (vgl. Der Standard 2012: o.S.).

Die 2011 unter Studierenden durchgeführte Sozialerhebung[4] zeigte auf, dass auch immer mehr StudentInnen von psychischen Belastungen bzw. Erkrankungen betroffen sind (vgl. BMWF 2012: 80). 45% der Befragten gaben etwa an, durch mindestens eine der folgenden, abgefragten psychischen Beschwerden im Studium beeinträchtigt gewesen zu sein:

- Leistungsdruck/Versagensängste/Prüfungsängste (31%),
- Existenzängste (20%),
- depressive Stimmungen (17%),
- mangelndes Selbstwertgefühl (15%),
- Konkurrenzdruck (11%) oder
- Kontaktschwierigkeiten/soziale Isolation (10%) (vgl. ebd.).

Depressive Stimmungen treten dabei am häufigsten in der Altersgruppe zwischen 26 bis 30 Jahren auf (21%) (vgl. ebd.). Innerhalb der Universitäten fallen vor allem Studierende der Veterinärmedizin mit überdurchschnittlich hohen Werten bei stressbedingten gesundheitlichen Beschwerden (37%) und nahezu allen abgefragten psychischen Beschwerden – vor allem Leistungsdruck (55%), depressive Stimmungen (27%) und Konkurrenzdruck (24%) – auf (vgl. BMWF 2012: 81). Auch Studierende der Künste sind besonders häufig von Existenzängsten (30%) und depressiven Verstimmungen (23%) betroffen (vgl. ebd.).

[4] Die Studierenden-Sozialerhebung 2011 wurde von der Forschungsgruppe „equi“ am Institut für Höhere Studien (IHS) in Wien durchgeführt und ausgewertet. Das IHS ist ein außeruniversitäres Lehr- und Forschungsinstitut in den Bereichen Ökonomie und Finanzwissenschaft, Politikwissenschaft sowie Soziologie (vgl. Studierenden Sozialerhebung 2011: o.S.). „Equi“ (Employment - Qualification - Innovation) ist ein wissenschaftliches Zentrum innerhalb der Abteilung Soziologie. Im Bereich der Bildungsforschung arbeitet equi zu Themen wie der sozialen Situation von Studierenden, Bildungsfinanzierung, Chancengleichheit, Weiterbildung, Entwicklungsperspektiven von Fachhochschulen, internationale Entwicklungen und Schulabbruch (vgl. ebd.).

5.2.2 Psychische Erkrankungen in Deutschland

Psychische Erkrankungen betreffen in Deutschland rund ein Drittel der Bevölkerung im Verlaufe des Lebens. Zu dieser hohen Erkrankungswahrscheinlichkeit tragen insbesondere die Angststörungen (ca. 10%), Depressionen (ca. 5%) und psychotische Erkrankungen (ca. 3%) bei (vgl. Mitteilung DGPPN 2012: 409). Auch nehmen sich jährlich fast 10.000 Menschen in Deutschland das Leben. 90 Prozent aller Selbsttötungen stehen dabei in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung, am häufigsten mit einer Depression (Müller-Rörich et al. 2013: VII). Da psychische Störungen auch stressbedingt sind, wird angesichts sich wandelnder Arbeits- und Lebensbedingungen die gegenwärtige Steigerungstendenz bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aufgrund psychischer Störungen anhalten (vgl. Mitteilung DGPPN 2012: 409). Als Maß für die gesundheitspolitische Bedeutung von psychischen Erkrankungen kann zum einen das Maß der Beeinträchtigung der normalen Lebensgestaltung durch diese Erkrankungen gelten und zum anderen das Ausmaß der Frühberentungen, die diese Erkrankungen zur Folge haben (vgl. ebd.).

Laut einer aktuellen Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) Deutschland leidet mehr als jeder vierte Erwachsene in Deutschland innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung. Damit liegt Deutschland im europäischen Mittelfeld (vgl. BPtK 2013: 3). Frauen sind häufiger und anders psychisch krank als Männer. Bei Kindern und Jugendlichen liegt die Häufigkeit psychischer Erkrankungen vermutlich etwas niedriger (vgl. ebd.). Nach der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Studie) zeigen circa 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten (vgl. ebd.). Etwa jedes zehnte Kind ist mit hoher Wahrscheinlichkeit psychisch krank, bei weiteren zwölf Prozent finden sich zumindest Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit. Jedes zehnte Kind leidet unter Ängsten, etwa jedes zwanzigste unter Depressionen oder einer Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (vgl. ebd.).

Nach Schätzungen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2012) erhält nur jeder fünfte Erwachsene zwischen 18 und 79 Jahren bei einer akuten psychischen Erkrankung irgendeine Art von Behandlung (vgl. BPtK 2013: 4). Nur ein Fünftel der Erkrankten hat also aufgrund seiner/ihrer psychischen Beschwerden mindestens einmal Kontakt zu HausärztInnen, FachärztInnen, PsychotherapeutInnen oder stationären Einrichtungen. Eine Ursache für die geringe Behandlungsquote bei psychischen Krankheiten sind fehlende PsychotherapeutInnen (vgl. ebd.). Auch warten in

Deutschland psychisch kranke Menschen im Durchschnitt 12,5 Wochen auf ein Erstgespräch beim/bei der niedergelassenen Psychotherapeuten/Psychotherapeutin (vgl. ebd.).

Auch die Studie der BPtK kam zu dem Ergebnis, dass psychische Krankheiten nach wie vor stigmatisiert sind. Dennoch ist es so, dass heute Betroffene im Alter zwischen 20 und 40 Jahren eher über ihr Leiden sprechen als die Menschen dieser Altersgruppe es noch vor einigen Jahren taten (vgl. BPtK 2013: 7). Jüngere Erwachsene suchen eher Hilfe beim Hausarzt/bei der Hausärztin oder bei PsychotherapeutInnen. Psychische Erkrankungen, die früher als körperliche Erkrankungen oder gar nicht behandelt wurden, werden heute häufiger richtig diagnostiziert und therapiert (vgl. ebd.). Psychotherapie wird als wirksame Behandlung von psychischen Krankheiten immer stärker angenommen und auch eingefordert, nach wie vor verharrt jedoch die Akzeptanz von depressiv kranken Menschen schon seit Jahrzehnten unverändert auf sehr niedrigem Niveau (vgl. ebd.).

In dieser Studie wurde außerdem festgestellt, dass an Schizophrenie erkrankte Menschen im Vergleich zu früheren Jahrzehnten eher noch stärker als „gefährlich“ stigmatisiert werden (vgl. ebd.). Psychisch kranke Menschen empfinden viele immer noch als fremd und bedrohlich, psychische Krankheiten sind weit davon entfernt, als Erkrankungen gesehen zu werden, die jeden treffen können und die in fast jeder Familie vorkommen (vgl. ebd.). Aktuell gehen in Deutschland 12,5 Prozent aller Krankschreibungen auf psychische Erkrankungen zurück, ihr Anteil an allen Krankschreibungen hat sich seit dem Jahr 2000 etwa verdoppelt (vgl. ebd.). Der Anteil frühzeitiger Berentungen wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Erkrankungen hat sich von 15,4 Prozent im Jahr 1993 auf 41 Prozent im Jahr 2011 mehr als verdoppelt (vgl. ebd.: 8). In absoluten Zahlen heißt das, dass es einen Anstieg von 41.409 Neuberentungen im Jahr 1993 auf 73.273 im Jahr 2011 gab – das bedeutet einen Anstieg von mehr als 75 Prozent. Allein für Erwerbsminderungsrenten entstehen Kosten in Höhe von mehr als vier Milliarden Euro pro Jahr in Deutschland (vgl. ebd.).

5.2.3 Psychische Erkrankungen europaweit

Psychische Erkrankungen sind die Volkskrankheiten des 21. Jahrhunderts in Europa, sie sind europaweit die Hauptursache für 58.000 Selbsttötungen pro Jahr und fordern damit mehr Opfer als Straßenverkehrsunfälle (vgl. NPCE 2012: o.S.). Die Kosten psychischer Erkrankungen betragen schätzungsweise drei bis vier Prozent des europäischen

Bruttoinlandsproduktes, insbesondere aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, Krankenbehandlung, Frührenten sowie auch Kosten des Justizsystems (vgl. ebd.).

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen liegt in Bevölkerungsstudien verschiedener europäischer Länder bei etwa 27 Prozent, wobei Frauen und Männer je nach Krankheitsgruppe unterschiedlich häufig betroffen sind (vgl. Universität Leipzig 2013: o.S.). Aufgrund von Arbeitsausfall und nötiger Behandlungen werden beträchtliche Kosten verursacht. In der EU entstehen beispielsweise durch affektive Erkrankungen Kosten in Höhe von 113 Mrd. Euro, durch Psychosen 84 Mrd. Euro (vgl. ebd.). Auch wenn sich in vielen europäischen Ländern in den letzten 3 Jahrzehnten die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verbessert hat, erhalten noch immer häufig weniger als die Hälfte eine entsprechende fachgerechte Behandlung (vgl. ebd.).

Wittchen et al. (2011: 656) [Übers. d. Verf.] gehen nach einem Vergleich publizierter epidemiologischer Studien des European Brain Councils (EBC) und des European Colleges of Neuropsychopharmacology (ECNP) – enthalten sind in diesen Studien Ergebnisse aus 30 europäischen Staaten (alle 27 Mitgliedsstaaten der EU plus die Schweiz, Island und Norwegen) – davon aus, dass insgesamt 38,2 Prozent der Bevölkerung in Europa an einer psychischen Erkrankung leiden, in absoluten Zahlen gesagt betrifft dies schätzungsweise etwa 165 Millionen Menschen.

Zusammengefasst gehen die ForscherInnen davon aus, dass jährlich über ein Drittel der europäischen Bevölkerung an psychischen Erkrankungen leidet. Von diesen Betroffenen erhalten rund 30% keine Behandlung (vgl. Wittchen et al. 2011: 656) [Übers. d. Verf.]. Deswegen sehen die ForscherInnen dieses Vergleichs steigenden Handlungsbedarf, unter anderem bei der Erforschung öffentlicher Gesundheit, damit eine der großen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts, nämlich eine verbesserte Prävention und Behandlung für psychisch Erkrankte, gemeistert werden kann (vgl. ebd.) [Übers. d. Verf.].

Laut ExpertInnen ist es zukünftig außerdem von enormer Wichtigkeit, dass die EU und die Politik in den Mitgliedstaaten sicherstellen, dass alle psychisch kranken Menschen eine angemessene Gesundheitsversorgung erhalten, um gesunde und vollwertige Mitglieder ihrer Gesellschaft sein zu können (vgl. NPCE 2012: o.S.). Unter anderem fordert das „Network for Psychotherapeutic Care in Europe“ (NPCE, dt. „Netzwerk Psychotherapeutische Versorgung in Europa“) deshalb eine Intensivierung der Versorgungsforschung im Bereich der seelischen Gesundheit (vgl. ebd.). Die bisherige

europäische Forschungsförderung setze laut Aussage des Netzwerks einseitig auf die genetische und neurobiologische Grundlagenforschung. Jedoch viel nötiger brauchen psychisch kranke Menschen eine „Sprechende Medizin“, sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Praxis (vgl. ebd.).

5.3 Berichterstattung über psychologische Themen

Es spricht zwar vieles für eine deutliche Präsenz psychologischer Themen in den Medien, dennoch besteht Einigkeit in der Einschätzung, dass Forschungsergebnisse aus den Sozialwissenschaften und der Psychologie insgesamt weniger Medienaufmerksamkeit erlangen, als dies bei naturwissenschaftlichen Themen der Fall ist (vgl. Trepte/Reinecke/Bruns 2008: 557). Die Psychologie liegt in der Analyse von Schanne (1986) zur Berichterstattung in Schweizer Tageszeitungen unter den im Wissenschaftsjournalismus vertretenen Themen auf Platz vier und erfährt somit innerhalb der Sozialwissenschaften die intensivste Aufmerksamkeit seitens der Medien. Bei der Berichterstattung über psychologische Themen wird dabei wesentlich häufiger eine explizite Verbindung zum Fach Psychologie hergestellt, als dies bei anderen sozialwissenschaftlichen Themen der Fall ist (vgl. ebd.). Grundsätzlich wird über psychologische Themen eher und umfangreicher in Zeitschriften als in (Tages-) Zeitungen berichtet (vgl. ebd.).

Ebenso wichtig wie die Frage nach dem Umfang der Berichterstattung ist die Frage nach den Themenschwerpunkten, die seitens der Medien gesetzt werden, da die Psychologie grundsätzlich ein extrem facettenreiches Fachgebiet ist (vgl. Trepte/Reinecke/Bruns 2008: 558). Laut Schorr (1994) ist beispielsweise innerhalb deutscher Printmedien bei Tageszeitungen und Zeitschriften eine deutlich unterschiedliche Schwerpunktbildung festzustellen (vgl. ebd.). Während die Mehrheit der psychologiehaltigen Texte in Tagezeitungen Berichte über die Lebensgeschichte einschließlich der psychologischen Begutachtung und Bewertung von Personen beinhaltet, spielt dieser thematische Aspekt in Zeitschriften eine weit geringere Rolle. Demgegenüber bilden in Zeitschriften Beratungsthemen zu Ehe und Partnerschaft, Erziehung, Sexualität oder allgemeine Lebenshilfe den thematischen Schwerpunkt (vgl. ebd.).

Auch die Frage nach der Qualität der Darstellung psychologischer Themen ist wichtig: Werden die für die Wissenschaft geltenden Standards beachtet? Wird auf die Grenzen der Verallgemeinerbarkeit von Forschungsergebnissen hingewiesen und fußen die Aussagen zu psychologischen Fragestellungen auf anerkannten wissenschaftlichen Theorien und Erkenntnissen? (vgl. ebd.). Der Versuch der Qualitätsbewertung

psychologiehaltiger Beiträge in den deutschen Printmedien ergibt große Unterschiede innerhalb der bearbeiteten Themenkategorien. Schorr (1994) kategorisiert die in ihrer Untersuchung identifizierten psychologiehaltigen Texte in drei Qualitätsstufen: Während Texte der ersten Kategorie durch psychologisierende Darstellung charakterisiert sind, beziehen sich Texte der zweiten Kategorie auf populärwissenschaftliche psychologische Literatur und in die dritte Kategorie fallen schließlich jene Beiträge, die sich auf anerkannte wissenschaftliche Theorien oder psychologische Forschungsergebnisse stützen (vgl. Trepte/Reinecke/Bruns 2008: 558f.). Dabei kommt Schorr (1994) zu dem Ergebnis, dass Berichte über die Lebensgeschichten von AkteurInnen und der Themenbereich „Psychiatrie“ sowohl in Tageszeitungen als auch in Zeitschriften auf eher niedrigem Niveau und unter Bezug auf vorwiegend populärwissenschaftliche psychologische Literatur oder allenfalls in Form von psychologischen Laientheorien präsentiert werden. Dagegen erreicht die Darstellung von sozialpolitischen Themen mit Bezug zur Psychologie ein gutes Niveau (vgl. ebd.: 559).

In Hinblick auf PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen existieren einige internationale Untersuchungen [hauptsächlich aus den USA, Anm. d. Verf.], die sich mit der visuellen Darstellung dieses Personenkreises in den Medien beschäftigen (vgl. von Sydow/Weber/Reimer 1998: 80). Beispielsweise werden in Cartoons PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen als Angehörige der gehobenen Mittelklasse dargestellt, oft mit formaler Kleidung (z.B. Anzug), jedoch mit einem Hang zum Ungewöhnlichen (z.B. Fliege oder gepunktete Hose) (vgl. ebd.: 80f.). Die Persönlichkeit dieser Berufsgruppen wird oft negativ dargestellt, sowohl in der Belletristik, als auch im Film (vgl. ebd.: 81). Zahlreiche deutsch- und englischsprachige Untersuchungen haben zudem ergeben, dass die Inkarnation von Psychotherapeuten oder Psychiatern in den Medien schlechthin Sigmund Freud ist, der durchgängig am häufigsten zur Visualisierung von „Psycho-Themen“ eingesetzt wird (vgl. von Sydow 2007: 328). Beispielsweise konnten von Sydow/Weber/Reimer 1998 feststellen, dass knapp die Hälfte aller „Psycho-Darstellungen“ auf Titelbildern deutscher Zeitschriften Bilder von Sigmund Freud sind (vgl. ebd.: 328f.). Laut von Sydow (2007: 329) ist dieses Ergebnis noch bis heute gültig. Entsprechend werden dann von der Öffentlichkeit meist auch Psychiater bzw. Psychotherapeuten visualisiert, die Sigmund Freud-artig aussehen (vgl. ebd.).

Von Sydow (2007: 328) ist auch der Ansicht, dass Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie in den Medien zwar einen relativ großen Platz einnehmen – unübersehbar ist beispielsweise das immense Interesse der Bevölkerung an

Ratgeberliteratur und populärwissenschaftlichen Texten oder die hohe Präsenz von „Psycho-Themen“ z.B. in Frauenzeitschriften und in Fernsehtalkshows. Dennoch stehen diesem quantitativen „Psycho-Boom“ qualitative Defizite der Darstellung gegenüber – u.a. eine stark verkürzte „Küchenpsychologie“, die zum Teil zu simpel, zum Teil sogar falsch ist und ein vereinfachendes „Werkzeugkasten-Denken“, das mit grandiosen Hoffnungen auf „Selbstoptimierung“ verknüpft ist (vgl. Kliche et al. 1999, zit.n. von Sydow 2007: 328). Auch die Vorstellungen über den Psychotherapieprozess in den Medien sind geprägt durch eine Art „Küchenpsychoanalyse“, die mit der aktuellen Psychoanalyse wenig und mit dem aktuellen Stand der Psychotherapieforschung noch weniger zu tun hat (vgl. von Sydow 2007: 329).

5.4 Darstellung psychischer Erkrankungen in den Medien

Laut den US-Forschern Otto F. Wahl und Arthur Lincoln Kaye hat die Berichterstattung über psychische Erkrankungen – ebenso wie die Berichterstattung zu psychologischen Themen –in den letzten Jahrzehnten zugenommen[5] (vgl. Trepte/Reinecke/Bruns 2008: 559). Zwar kamen Wahl und Kaye (1992) zu dem Ergebnis, dass die steigende Berichterstattung über psychisch Erkrankte auch mit einer wünschenswerten Änderung der dabei verwendeten Terminologie hin zu weniger stigmatisierender Sprache einhergegangen sei, trotzdem ist die Darstellung betroffener Personen auch heute noch überwiegend negativ gefärbt und entspricht häufig nicht der realen Situation psychisch Erkrankter (vgl. Trepte/Reinecke/Bruns 2008: 559). Besonders problematisch erscheint dabei, wie unausgewogen über psychisch erkrankte Personen in nicht-fiktionalen Medienkontexten berichtet wird: Z.B. haben zahlreiche englischsprachige Studien erhoben, dass kriminelle GewalttäterInnen einen überproportional hohen Anteil der präsentierten psychisch Erkrankten ausmachen (vgl. Trepte/Reinecke/Bruns 2008: 559f.).

Ähnliche Befunde ergeben sich u.a. auch für die deutsche Medienlandschaft. So bezieht sich nach Schorr (1994) in deutschen Tageszeitungen die psychologische Charakterisierung von AkteurInnen häufig auf StraftäterInnen (vgl. Trepte/Reinecke/Bruns 2008: 560). Der öffentliche Diskurs über psychisch erkrankte StraftäterInnen und deren Behandlung und Begutachtung zeigt deutlich negative Darstellungstendenzen. Zusätzlich findet in den Medien aber oftmals keine differenzierte und objektive Auseinandersetzung mit den psychisch erkrankten StraftäterInnen statt

[5] Kaye und Wahl haben erhoben, in welchem Ausmaß über psychologische Themen bzw. psychische Erkrankungen im US-amerikanischen „The Reader’s Guide“ von 1965 bis 1988 berichtet wurde (vgl. Wahl/Kaye 1992: 23). Fraglich ist daher, in wie weit diese Aussage auch für andere Länder gültig ist und nicht nur für die USA [Anm. d. Verf.].

(vgl. ebd.). Ebenso negativ ist in diesem Kontext die Darstellung der psychotherapeutischen Profession. Das dabei gezeichnete Bild von psychologischen GutachterInnen und PsychotherapeutInnen vermittelt oftmals den Eindruck, psychologische Diagnosen seien unzuverlässig, Interventionen ineffizient und das Rückfallrisiko hoch (vgl. ebd.).

Diese Ergebnisse sprechen für eine selektive Berichterstattung in Bezug auf psychisch Erkrankte und die Wirksamkeit von Psychotherapie. Besorgniserregend sind daher auch mögliche Folgen dieses öffentlichen Diskurses (vgl. ebd.). Kliche und Schneider (2000) sind etwa der Ansicht, dass die negative Darstellung der Erfolge von Psychotherapie zu einem Vertrauensverlust seitens der PatientInnen führen könnte (vgl. ebd.).

Auch die Darstellungen psychisch kranker Menschen in Film und Fernsehen haben oftmals nur wenig mit der Wirklichkeit der Krankheiten zu tun. Sie scheinen nur dazu geeignet zu sein, die Vorstellung von der Unberechenbarkeit und Gefährlichkeit psychisch Kranker zu festigen (vgl. Finzen 2000: o.S.). Die Bildgewalt von Film und Fernsehen ist nämlich erdrückend. Hieß es früher in Kriminalromanen und -filmen „Der Mörder ist immer der Gärtner“, lässt sich das heute scheinbar zwanglos abwandeln in: „Der Mörder ist immer psychisch krank – oder doch fast immer“ (vgl. ebd.). Finzen äußert zudem Zweifel dazu, ob es möglich ist, solchen Aussagen überhaupt etwas entgegenzusetzen, denn sowohl Vereinigungen Psychiatrie-Erfahrener als auch Angehörige können es auch nicht – zumindest nicht kurz- oder mittelfristig (vgl. ebd.):

> „Immer wieder höre ich: Aber es müsste doch möglich sein! Es müsste doch beispielsweise möglich sein, einen psychosekranken Menschen mit positivem Image in eine Vorabendserie hereinzuschreiben. Dabei wird übersehen, dass dies schon wiederholt geschehen ist, z.B. in ‚Hagedorns Tochter‘, einer Serie über eine Hamburger Kaufmannsfamilie, oder die ‚Aubergers‘, einer bayerischen Familienserie. In beiden geschah, was immer geschieht, wenn bestimmte Figuren sich nicht als Publikumsmagneten erweisen – und die psychisch Kranken taten dies nicht: Sie wurden aus der Serie herausgeschrieben, in beiden Fällen durch Suizid …“
> (Finzen 2000: o.S.)

Es kann sein, dass die meisten Menschen zwar ein Bild von dem/von der psychisch Kranken mit sich herumtragen, das durch den letzten „Tatort“ oder den letzten Pressebericht über eine(n) schizophrene(n) MörderIn bestimmt ist, dass dieses aber keine bzw. fast keine Beziehung zu den psychisch kranken Menschen hat, denen sie in ihrem Alltag begegnen (vgl. Finzen 2000: o.S.). Denn die depressiven Menschen in ihrer Umgebung nerven allenfalls, weil sie auf Annäherung mit Rückzug oder Gereiztheit reagieren (vgl. ebd.). Schizophreniekranke – wenn sie ihre Diagnose überhaupt offenbaren – fallen ebenfalls eher durch Zurückgezogenheit und verlangsamte Motorik

oder vermehrte Ängstlichkeit auf. Sie erinnern in nichts an das Bild, das LeserInnen aus den Medien mitgenommen haben (vgl. ebd.).

Trotz solcher Negativbeispiele gilt es, den potenziellen Nutzen von medialer Aufmerksamkeit für psychische Erkrankungen im Auge zu behalten. So können die Medien durchaus ein geeignetes Mittel darstellen, um eine breite Öffentlichkeit bezüglich psychischer Erkrankungen und möglicher Interventionen aufzuklären (vgl. Trepte/Reinecke/Bruns 2008: 561).

Denn es kann durchaus sein, dass das von den Medien vermittelte, abstrakte Bild der psychisch Kranken in der Öffentlichkeit gesellschafts- und gesundheitspolitisch außerordentlich wirksam ist (vgl. Finzen 2000: o.S.). Davon betroffen sind die psychiatrisch-psychotherapeutische, die medizinische ebenso wie die soziale Behandlung und Betreuung psychisch Kranker (vgl. ebd.). „Betroffen“ meint in diesem Fall die rechtliche Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken, die Ausgestaltung psychiatrischer Institutionen einschließlich solcher für psychisch kranke RechtsbrecherInnen sowie die Gestaltung der Gesetze für psychisch Kranke und die Psychiatrie. „Betroffen“ sind vor allem aber psychisch kranke Menschen durch die Kristallisation von Vorurteilen und Diskriminierung in Stigmatisierung (vgl. ebd.).

6 Theoretischer Bezugsrahmen – Medienresonanzanalysen in der Kommunikationswissenschaft

In der vorliegenden Magisterarbeit soll eine Medienresonanzanalyse durchgeführt werden. Medienresonanzanalysen werden in der Kommunikationswissenschaft dazu eingesetzt, um das Zusammenspiel von Quellen und journalistischem Output empirisch-analytisch zu untersuchen (vgl. Raupp/Vogelgesang 2009: 43). Der größere kommunikationswissenschaftliche Kontext, in dem diese Frage eine Rolle spielt, ist das Verhältnis von Medien zur Politik, aber auch zu anderen gesellschaftlichen Teilbereichen, beispielsweise der Wirtschaft oder dem Sport. In einem engeren Forschungskontext sind Medienresonanzanalysen in der Journalismus- und PR-Forschung anzusiedeln (vgl. ebd.). Im Rahmen dieser kommunikationswissenschaftlichen Zusammenhänge haben sich diverse Ansätze in der deutsch- und englischsprachigen Kommunikationswissenschaft herausgebildet, die jeweils unterschiedliche Aspekte betonen und Zwecke verfolgen (vgl. ebd.).

Als theoretische Verortung für die empirische Untersuchung erschienen die Determinationsforschung sowie zum Teil auch die Agenda-Building-Forschung und das Intereffikationsmodell relevant. Diese werden nachfolgend zusammengefasst dargestellt.

Um die Ergebnisse von Medienresonanzanalysen interpretieren zu können, ist es außerdem sinnvoll, sich die Rahmenbedingungen zu vergegenwärtigen, die das Verhältnis zwischen PR/Öffentlichkeitsarbeit und Journalismus beeinflussen. Deswegen werden abschließend in einem Exkurs (Kapitel 6.4) kurz die Grundlagen des Journalismus und der Öffentlichkeitsarbeit skizziert, um dann den Kontext aufzuzeigen, in den das Verhältnis von Journalismus und PR eingebettet ist.

6.1 Agenda-Building-Forschung

Mit der Frage, wie öffentliche Themen entstehen, wie öffentliche Meinung zustande kommt und welche Rolle die Massenmedien dabei spielen, setzt sich seit den 1960er Jahren die Agenda-Setting-Forschung auseinander (vgl. Raupp/Vogelgesang 2009: 50). Eine wichtige Funktion der Medien ist es dabei, die öffentliche Agenda mitzubestimmen. Für diese These erbrachten McCombs und Shaw 1972 erstmals einen empirischen Nachweis. Seither wurde die Ursprungsannahme in vielerlei Hinsicht weiterentwickelt, u.a. von Brosius 1994 oder Rössler 1997 (vgl. ebd.).

Indem Medien ein Thema auf ihre Agenda (Tagesordnung) setzen, wird dadurch auch die Publikums-Agenda beeinflusst. In Zusammenwirkung mit anderen Faktoren der Nachrichtenselektion können das Interesse und die Resonanz des Publikums dann wiederum MedienproduzentInnen dazu veranlassen, über ein bestimmtes Thema vermehrt zu berichten und andere zu vernachlässigen (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 107). Im Hinblick auf Gesundheitsthemen erlangte die Agenda Setting Hypothese beispielsweise zur Erklärung starker medialer Einflüsse im Zusammenhang mit HIV/Aids Bedeutung (vgl. ebd.).

Eine Weiterentwicklung bzw. ein Teilbereich der Agenda-Setting-Forschung setzt nicht bei der Frage danach an, welche Rolle die Medien beim Zustandekommen der Publikumsagenda spielen, sondern bei der Frage danach, wer die Medienagenda setzt (vgl. Raupp/Vogelgesang 2009: 50). Diese Forschungsrichtung, die die Quellen in den Mittelpunkt rückt, wird meist Agenda-Building-Forschung genannt (vgl. ebd.). Doch auch Studien, die sich nicht explizit der Agenda-Building-Forschung zurechnen, können diesem Forschungskontext zugeordnet werden. Gemeinsam ist diesen Studien das

Interesse an dem Zusammenspiel zwischen Medien und den Quellen (sources), die den Medien Informationen liefern (vgl. ebd.: 50f.).

In der Öffentlichkeitssoziologie werden die Prozesse und Dynamiken, in denen unterschiedliche AkteurInnen aus Wirtschaft, Politik, Wissenschaft etc… die öffentliche Diskussion und die Medienagenda beeinflussen, in der Perspektive dieser Forschungsrichtung erforscht. Öffentlichkeit wird dabei als Arena konzipiert, in der verschiedene AkteurInnen mit ihren Problemdefinitionen um Aufmerksamkeit konkurrieren (vgl. Waldherr 2008: 173). Vom Beginn der Agenda-Building-Forschung an richtete sich das Augenmerk auf die Frage nach dem unterschiedlichen Zugang der Quellen zu den Medien (vgl. Raupp/Vogelgesang 2009: 51). Dahinter stand die Annahme, dass diejenigen, die über politische oder ökonomische Macht verfügen, JournalistInnen stärker beeinflussen können als diejenigen, die nicht über diese Macht verfügen (vgl. ebd.). Gandy (1982) stellte die Bedeutung von Quellen für die Medienberichterstattung in das Zentrum seiner Ausführungen. Die Informationsversorgung gehorcht in kapitalistischen Mediensystemen laut Gandy dem Gesetz von Angebot und Nachfrage und manchen Quellen gelinge es aufgrund ungleicher Ressourcenverteilung und unter Ausnutzung dieses Gesetzes besser als anderen, ihre Informationen im Mediensystem durchzusetzen (vgl. Raupp/Vogelgesang 2009: 51). Alle Anstrengungen, die unternommen werden, um den Preis für Informationen zu reduzieren und damit den Konsum dieser Informationen zu erhöhen, bezeichnete Gandy als „Information subsidies“ (vgl. ebd.). In weiten Teilen der englischsprachigen Kommunikationsforschung hat sich dieser Begriff als Sammelbegriff für Informationen der Öffentlichkeitsarbeit, die dem Journalismus zur Weiterverarbeitung angeboten werden, etabliert (vgl. ebd.: 52).

Mehrere Untersuchungen zur Verwendung von Quellen in der Berichterstattung gelangten zu dem Schluss, dass vor allem offizielle Quellen, d.h. amtliche Quellen der US-Regierung, Einfluss auf die Medienberichterstattung nehmen (vgl. Raupp/Vogelgesang 2011: 52). Den inhaltsanalytischen Nachweis, wie wichtig Regierungsquellen für die Berichterstattung sind, erbrachte erstmals Sigal (1973), eine viel zitierte Untersuchung über den Einfluss von „information subsidies“ ist beispielsweise jene von Turk (1985) (vgl. ebd.: 52f.). Seit den Untersuchungen von Sigal und Turk wurden in den USA immer wieder empirische Studien durchgeführt, die den Niederschlag von Pressemitteilungen und anderen PR-Informationen in der Medienberichterstattung untersuchten, u.a. von Cameron/Sallott/Cutrin (1997), Wehmeier (2004) oder Sweetser/Brown (2008) (vgl. ebd.: 55). Dabei wurden diverse

Variablen mit einbezogen, beispielsweise Nachrichtenfaktoren oder die sprachliche Qualität von Pressemitteilungen (vgl. ebd.).

Grundsätzlich ist es eine empirische Frage, wie das Kräfteverhältnis zwischen Medien und externen AkteurInnen aussieht und ob es besser mit dem Begriff des Agenda-Settings oder des Agenda-Buildings beschrieben wird. Denn hinter den Aktivitäten der externen AkteurInnen und der MedienmacherInnen stehen unterschiedliche Ziele und Absichten, die meist nicht transparent und explizit sind (vgl. Waldherr 2008: 176). In der US-amerikanischen Forschung stellt das Agenda-Building das prominenteste Theorem dar, auf dessen Grundlage empirisch die Bedeutung von Quellen für die Medienberichterstattung untersucht wurde (vgl. Raupp/Vogelgesang 2009: 56). Diese Studien sind ein Anknüpfungspunkt für die deutschsprachige Kommunikationswissenschaft, vor allem für die Determinationsforschung (vgl. ebd.).

6.2 Determinationsforschung

Eine Frage, die in der Kommunikationswissenschaft immer wieder auftaucht, ist jene nach dem Machtpotential von PR und dem Einfluss, den Öffentlichkeitsarbeit auf das Mediensystem ausübt (vgl. Dorer/Lojka 1996: 1). Die Diskussion um die Macht der Medien (auch: Medien als „vierte Gewalt“) ist jener einer differenzierten Betrachtung über die Machtverschiebung in journalistischen Berufen gewichen. Den wissenschaftlichen Diskurs hat dabei unter anderem Barbara Baerns’ Denkrichtung bestimmt (vgl. ebd.).

Ausgehend von den Mängeln der Forschung plädierte Barbara Baerns „für eine Erweiterung der Perspektiven nachrichtenanalytischer Forschungen“. Ihrer Untersuchung im Mediensystem Nordrhein-Westfalens legte sie die Hypothese zugrunde, wonach Öffentlichkeitsarbeit die Leistungen in tagesaktuellen Medien determiniere (vgl. Grossenbacher 1996: 43).

Schon die amerikanische Studie von Sigal (1973) stellte fest, dass auch in Blättern wie der *New York Times* oder der *Washington Post* knapp 60 Prozent des redaktionellen Materials aus Routinekanälen stammen, also vor allem von Pressestellen und PR-Abteilungen erarbeitet worden sind (vgl. Bentele/Liebert/Seeling 1997: 236). Die Studien von Baerns haben zum ersten Mal in Deutschland die Aufmerksamkeit auf dieses Problem fokussiert (vgl. ebd.). Laut Baerns ist die Kommunikationsbeziehung zwischen Journalismus und PR nicht dialogisch angelegt, sondern der Informationsfluss verläuft einseitig von Public Relations zum Journalismus (vgl. Riesmeyer 2007: 57). Riesmeyer

widerspricht jedoch dieser Annahme und ist der Ansicht, dass der Austausch von Informationen und Publizität keineswegs einseitig linear verläuft, da zwischen beiden Kommunikationsformen wechselseitig sowohl Anpassungshandlungen als auch Informationsanregungen zu beobachten sind (vgl. ebd.: 66). Zudem werde sichtbar, dass von einer absoluten Determination des Journalismus durch PR-Leistungen nicht gesprochen werden kann (vgl. ebd.).

Im deutschsprachigen Raum erschien die erste Input-Output-Analyse zum Einfluss von Quellen auf die Medienberichterstattung im Jahr 1977. Die Autoren Nissen und Menningen bezeichneten ihre Untersuchung als Beitrag zur Gatekeeper-Forschung, wobei sich das anders geartete Forschungsdesign ihrer Studie deutlich von der herkömmlichen Gatekeeper-Forschung abhebt (vgl. Raupp/Vogelgesang 2009: 56). Nissen und Menningen interessierten sich für die Frage, wie Pressemitteilungen von den Medien weiterverarbeitet werden. Die Autoren schlussfolgerten aus ihrer Untersuchung unter anderem, dass der Prozess der öffentlichen Meinungsbildung stark von politischen Organisationen im vormedialen Bereich bestimmt wird: PrimärkommunikatorInnen bestimmen die Themen, artikulieren die Meinungen dazu und versuchen sie als „öffentliche Meinung“ durchzusetzen (vgl. Nissen/Menningen 1977: 226, zit.n. Raupp/Vogelgesang 2009: 57). Sie leiteten daraus ab, dass die Macht organisierter Gruppen (die als bürokratische Gatekeeper-Institutionen Einfluss auf die Kommunikationsströme ausüben) bedeutender sei als die Macht von JournalistInnen (vgl. Nissen/Menningen 1977: 226, zit.n. Raupp/Vogelgesang 2009: 57). Die Ergebnisse und die daraus abgeleitete These von Nissen und Menningen wurden in der Kommunikationswissenschaft zunächst kaum beachtet. Erst nachdem Barbara Baerns ihre Studie „Öffentlichkeitsarbeit oder Journalismus – zum Einfluss im Mediensystem“ veröffentlicht hatte, setzte eine umfangreiche Beschäftigung mit der Frage nach den Beziehungen zwischen Journalismus und Öffentlichkeitsarbeit ein (vgl. Raupp/Vogelgesang 2009: 57). Baerns‘ Studie wirkte dabei wie eine Initialzündung für eine Fülle von Medienresonanzanalysen zur Bedeutung von Öffentlichkeitsarbeit für die Medienberichterstattung (vgl. ebd.).

Baerns lieferte mit ihrer Studie erstmals den wissenschaftlichen Beleg dafür, dass Public Relations den Journalismus beeinflussen. Die Brisanz dieser These zeigt sich im Blick auf die Normen, die der Journalismus erfüllen soll, und das Leitbild, das sich die JournalistInnen selbst zum Ziel setzen (vgl. Riesmeyer 2007: 9). Baerns ging davon aus, dass JournalistInnen jeden Tag vielfältige druckfertige Informationsleistungen zum kostenfreien Abdruck aus den PR-Abteilungen von Unternehmen, Organisationen und

Verbänden erreichen. In ihrer Studie – in der sie mittels einer Input-Output-Analyse alle mündlichen und schriftlichen Pressemitteilungen der Coca Cola GmbH im Jahr 1974 mit der Berichterstattung über den Konzern in der *Westdeutschen Allgemeinen Zeitung* verglich – konnte sie feststellen, dass durchschnittlich 42 Prozent aller Beiträge über den Konzern den Inhalt der Presseinformationen entweder wörtlich, inhaltlich vollständig oder gekürzt wiedergaben. Veröffentlichungen, deren Grundlage eine eigene Recherche war, lagen nur in 20 Prozent der Artikel vor (vgl. ebd.: 56). Baerns konnte außerdem feststellen, dass eine konstant hohe Anzahl von Beiträgen auf PR-Quellen zurückzuführen ist. Public Relations haben demnach einen stark ausgeprägten Einfluss auf den Journalismus und dominieren das gesamte Mediensystem, die Themen und das Timing der Berichterstattung werden durch PR-Leistungen bestimmt (vgl. ebd.: 58). Die thematische Beeinflussung des Journalismus macht Baerns an hohen Übernahmequoten von Public Relations, den geringen inhaltlichen Veränderungen und mangelhaften journalistischen Eigenleistungen fest. Als Einfluss auf das Timing der Berichterstattung wertet sie die zeitnahe Veröffentlichung von PR-Quellen (vgl. ebd.: 75).

In späteren Jahren leitete Barbara Baerns unter der Annahme *ceteris paribus* (wenn keine anderen Einflussfaktoren existieren) die so genannte Nullsummenthese ab (vgl. Riesmeyer 2007: 57): „Je mehr Einfluss Öffentlichkeitsarbeit ausübt, umso weniger Einfluss kommt Journalismus zu und umgekehrt“ (vgl. Baerns 1991: 17). So werden beispielsweise Beziehungen zwischen Öffentlichkeitsarbeit und Journalismus beim Entstehen und Zustandekommen von Medieninhalten als Einfluss beschrieben. Einfluss meint dort eine Verbindung zwischen Handelnden, bei der ein Handelnder/eine Handelnde den/die andere(n) veranlasst, in irgendeiner Weise zu handeln, in der er/sie sonst nicht handeln würde (vgl. Baerns 1991: 17). Daraus ließe sich nach Baerns formulieren: Öffentlichkeitsarbeit hat erfolgreich Einfluss ausgeübt, wenn das Ergebnis der Medienberichterstattung ohne diese Einflussnahme anders ausgesehen hätte. Andererseits kann gesagt werden, dass Journalismus dann erfolgreich Einfluss ausgeübt hat, wenn das Ergebnis ohne dieses anders ausgefallen wäre, daraus wäre dann eine gegenseitige Abhängigkeit zu konstatieren (vgl. ebd.).

Trotz zahlreicher Kritik anderer WissenschaftlerInnen hat sich die Determinationsforschung in ihrer methodischen Vorgehensweise bis heute noch nicht weiterentwickelt: Noch immer wird meist mittels Medienresonanzanalysen der Niederschlag von PR-Aktivitäten einer gesellschaftlich etablierten Organisation in einer begrenzten Zahl von Massenmedien untersucht (vgl. Riesmeyer 2007: 67). Auch wurde bislang vor allem der PR-Einfluss auf den Journalismus untersucht. Einflüsse von PR-

Seite auf Themenselektion und Timing stellen aber nur eine Einflussrichtung dar (vgl. Bentele/Liebert/Seeling 1997: 239). Aufgrund vieler Erfahrungen aus dem praktischen Journalismus und der praktischen PR kann jedoch angenommen werden, dass auch eine Reihe von Einflüssen vom Mediensystem in Richtung auf die PR hin existieren (vgl. ebd.).

6.3 Intereffikationsmodell

Hierbei handelt es sich um ein analytisches Modell, welches zur Beschreibung des Verhältnisses zwischen Journalismus und Public Relations dienen soll. Das mit der Wortschöpfung „Intereffikation“ (= gegenseitige Beeinflussung) bezeichnete Modell ist im Kontext eines empirischen Projekts entstanden, in dem in den Jahren 1996/97 die kommunale Öffentlichkeitsarbeit der deutschen Städte Leipzig und Halle untersucht worden ist (vgl. Bentele 1999: 177). Ursprünglich ging das Projekt von einem Einflussmodell aus, wie es in dem von Barbara Baerns entwickelten Determinationsmodell vorhanden ist (vgl. ebd.). Jedoch erschien dieses bei dem genannten Projekt nicht ausreichend zu sein, da beim Determinationsmodell vor allem eine Einflussrichtung innerhalb des komplexeren Verhältnisses zwischen PR und Journalismus untersucht wurde (vgl. ebd.: 179). Deswegen wurde versucht, ein noch effizienteres Modell zu entwickeln, das von einem gegenseitigen Einfluss der beiden Systeme ausgeht (vgl. ebd.). Im Unterschied zur Determinationsforschung stellt das Intereffikationsmodell also die Wechselseitigkeit der Beziehung zwischen Journalismus und Öffentlichkeitsarbeit in den Mittelpunkt (vgl. Raupp/Vogelgesang 2009: 74).

Neben den gegenseitigen Einflüssen (Induktionen) wurden auch gegenseitige Anpassungen (Adaptionen) festgestellt (vgl. Bentele 1999: 179). Induktionen lassen sich als intendierte, gerichtete Kommunikationsanregungen oder -einflüsse definieren. Diese finden z.B. in Form von Medienresonanzen statt. Adaptionen lassen sich als kommunikatives und organisatorisches Anpassungshandeln definieren, als Handeln, das sich bewusst an verschiedenen sozialen Gegebenheiten der jeweils anderen Seite orientiert, um den Kommunikationserfolg der eigenen Seite zu optimieren (vgl. ebd.: 181). Laut Bentele/Liebert/Seeling (1997: 242) finden Induktionen und Adaptionen in drei Dimensionen statt:

a) in der Sachdimension (Selektion, Thematisierung, Präsentation)[6],

[6] Weiters unterscheidet das Intereffikationsmodell in der sachlichen Dimension drei verschiedene Induktionstypen: Initiativinduktion, Textinduktion und Tendenzinduktion (vgl. Bentele/Nothhaft 2004: 75f.).

b) in der zeitlichen Dimension (zeitliche Rahmen und Routinen) sowie
c) in der sozial-psychischen Dimension (psychische Voraussetzungen, organisatorische Rahmen und Routinen).

Empirisch untersucht sind bislang vor allem die Induktionsprozesse, also nur ein Typ von Relationen, in Form von Input-Output-Studien oder von Medienresonanzanalysen (vgl. Bentele 1999: 186f.). Die meisten Untersuchungen, die im Rahmen des Intereffikationsmodells durchgeführt wurden, setzen den PR-Input in Beziehung zum journalistischen Output (vgl. Bentele/Liebert/Seeling 1997: 245). In der Sachdimension differenziert das Intereffikationsmodell Induktionen entlang von vier Subdimensionen: (1) Themen und ihre Selektion, (2) Festlegung von Relevanzen, (3) Bewertungen von Sachverhalten, Personen und Themen sowie (4) Präsentationen (vgl. ebd.).

Insgesamt gesehen ist das Modell eher handlungstheoretisch angelegt. Es bietet eine theoretische Perspektive, um die Gesamtbeziehung zwischen Journalismus und Öffentlichkeitsarbeit in den Blick zu nehmen – auf der gesellschaftlichen, der organisatorischen und der individuellen Ebene (vgl. Raupp/Vogelgesang 2009: 82).

6.4 Exkurs: Erkenntniszusammenhang Public Relations und Journalismus

Um die Ergebnisse von Medienresonanzanalysen interpretieren zu können, ist es sinnvoll, sich die Rahmenbedingungen zu vergegenwärtigen, die das Verhältnis von Journalismus und PR/Öffentlichkeitsarbeit beeinflussen. Nachfolgend werden deswegen zusammengefasst einige Grundlagen des Journalismus und der Öffentlichkeitsarbeit skizziert, um dann kurz den Kontext aufzuzeigen, in den das Verhältnis von Journalismus und PR eingebettet ist.

6.4.1 Journalismus & die Massenmedien

Der Fachterminus „Journalismus“ gehört zu den am häufigsten verwendeten und dennoch unklarsten Begriffen in der Kommunikationswissenschaft. Die möglichen Definitionen unterscheiden sich je nach theoretischem Ansatzpunkt. Grundsätzlich kann zwischen eng gefassten Definitionen und komplexen Begriffsvorstellungen differenziert werden (vgl. Riesmeyer 2007: 15). Zur ersten Gruppe zählt unter anderem der Definitionsversuch von Weischenberg (1981: 96, zit.n. Riesmeyer 2007: 15f.): Er reduziert Journalismus auf die hauptberufliche Tätigkeit von Personen, die an der Sammlung, Prüfung, Auswahl, Verarbeitung und Verbreitung von Nachrichten, Kommentaren und Unterhaltungsstoffen durch Massenmedien beteiligt sind.

Für Riesmeyer (2007: 17) stellt Journalismus eine Sammelbezeichnung für Tätigkeiten dar, die JournalistInnen ausüben. Dazu gehören das hauptberufliche Aufgreifen, Kontrollieren, Hinterfragen und Kritisieren von aktuellen Themen und gesellschaftlichen Handlungen. Über ein Massenmedium werden solche Informationen dann veröffentlicht und an die RezipientInnen weitergegeben (vgl. ebd.). Über seine Informationspflicht nimmt Journalismus Einfluss auf die Meinungsbildung der BürgerInnen (vgl. ebd.).

Im Prinzip kann sich jedermann als JournalistIn bezeichnen. Weischenberg/Malik/Scholl (2006: 31) haben dennoch versucht, eine Definition für dieses Berufsbild zu erstellen. Für sie können sich solche als JournalistIn bezeichnen, die hauptberuflich und hauptsächlich damit beschäftigt sind, aktuelle, auf Tatsachen bezogene und relevante Informationen zu sammeln, zu beschreiben und in journalistischen Medien zu veröffentlichen (vgl. ebd.). Für Weischenberg fallen sowohl Personen in einer festen Anstellung als auch freie MitarbeiterInnen in das Berufsbild des Journalisten/der Journalistin (vgl. Weischenberg 1981: 96, zit.n. Riesmeyer 2007: 15f). Entscheidendes Definitionskriterium ist die hauptberufliche Tätigkeit im Journalismus. JournalistInnen arbeiten laut Weischenberg unter anderem für Presse, Rundfunk, Nachrichtenagenturen und Pressedienste (vgl. ebd.).

6.4.1.1 Massenmediale Öffentlichkeit

Laut Raupp/Vogelgesang (2009: 17) ist ein wichtiges Kennzeichen moderner Mediendemokratien eine massenmedial verfasste Öffentlichkeit und medial vermittelte, öffentliche Meinungsbildungsprozesse. Massenmedien leisten demnach einen Beitrag zur öffentlichen Meinungsbildung, indem sie unter anderem politisch relevante Informationen verbreiten und diese bewerten (vgl. ebd.).

Massenmedien und die darin platzierte Werbung sind eine Informationsquelle über Produkte und Dienstleistungen, deren Konsum u.a. den Gesundheitszustand beeinflussen können (vgl. Rosenbrock/Michel 2007: 34ff.). Die Produktwerbung stärkt bestehende Neigungen, während aus der Perspektive der Primärprävention versucht werden müsste, bestehenden Neigungen und Konsumwünschen entgegenzuwirken, um auf längere Sicht einen Konsumverzicht zu bewirken (vgl. ebd.). Massenmedien werden außerdem seit vielen Jahren dazu genutzt, um gezielt Informationen über gesundheitsdienliche Verhaltens- und Konsummuster zu transportieren (vgl. ebd.). Massenmedien können die Öffentlichkeitswirksamkeit von Gesundheitsthemen erhöhen, einfache Botschaften vermitteln und dazu beitragen, Verhalten zu verändern, wenn andere Faktoren wie ein geeignetes Lebensumfeld diese Verhaltensänderung

unterstützen bzw. wenn der Veränderung keine größeren Hindernisse entgegenstehen (vgl. ebd.).

6.4.1.2 Werte, Normen und Rollenverständnis im Journalismus

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde in Artikel 5 des [deutschen, Anm. d. Verf.] Grundgesetzes die Pressefreiheit verankert und in Landespressegesetzen konkretisiert. Im Zentrum der Auslegung von Pressefreiheit stand immer wieder die Frage nach Art und Umfang der öffentlichen Aufgabe, die Medien erfüllen sollten (vgl. Röben 2013: 36). Als „vierte Gewalt" übernehmen Medien eine Kontrollfunktion und beeinflussen die politische Meinungs- und Willensbildung – durch professionelle Fremdbeobachtung und Thematisierung verschiedener Gesellschaftsbereiche (vgl. ebd.). Doch diese der Allgemeinheit dienende Funktion kollidiert zuweilen mit der zweiten Funktion, die Medien als Industrie haben: nämlich die wirtschaftliche Gewinnmaximierung (vgl. Weischenberg 2004: 171). Aus diesem Dilemma heraus stellt sich die Frage nach den ethischen Orientierungspunkten, an denen JournalistInnen ihr Handeln ausrichten – nämlich nach ihrem Selbstverständnis (vgl. Röben 2013: 36).

Nach einer ersten repräsentativen Befragung von hauptberuflich tätigen JournalistInnen 1993 legte das ForscherInnenteam um Siegfried Weischenberg 2005 eine zweite Vergleichsstudie vor (vgl. Röben 2013: 36). Unter anderem wurde dabei nach dem Rollenverständnis gefragt. Die Auswertung zeigt ein journalistisches Selbstverständnis, das vom Informationsjournalismus dominiert wird: Nahezu 90 Prozent der Befragten wollen ihr Publikum neutral und präzise informieren (vgl. Weischenberg/Malik/Scholl 2006: 355f.). Jeweils rund drei Viertel der JournalistInnen beabsichtigen, komplexe Sachverhalte zu erklären und zu vermitteln (79,4%), das Publikum möglichst schnell zu informieren (74,1%) und die Realität genauso abzubilden, wie sie ist (73,8%). Das einzige Rollenselbstverständnis, das im Kontext des Informationsjournalismus weniger Zustimmung (60,2%) erfährt, ist die Beschränkung auf Nachrichten für ein möglichst breites Publikum (vgl. ebd. 356). Ein zweites Segment von Rollenbildern kann als politischer Journalismus bezeichnet werden. Es gehört zur öffentlichen Aufgabe von JournalistInnen, Kritik zu üben und zur demokratischen Kontrolle beizutragen (vgl. ebd.). Allerdings findet nur die Kritikfunktion bei mehr als der Hälfte der JournalistInnen Zustimmung, wohingegen anwaltschaftlicher Journalismus deutlich weniger angestrebt wird: 34,1 Prozent wollen normalen Leuten eine Chance geben, sich bei öffentlichen Themen Gehör zu verschaffen, weniger als ein Drittel (28,8%) will sich für die Benachteiligten der Bevölkerung einsetzen. Die Kontrollfunktion (23,5%) und die aktive Mitbestimmung der politischen Agenda (13,8%) finden jeweils nur von einer Minderheit

Zustimmung (vgl. ebd.).

Das dritte Segment besteht aus Rollenbildern, die im weitesten Sinn unter Ratgeber-, Service- und Unterhaltungsjournalismus zusammengefasst werden können (vgl. Weischenberg/Malik/Scholl 2006: 356). Jeweils rund zwei Fünftel der JournalistInnen streben an, neue Trends aufzuzeigen und neue Ideen zu vermitteln (44,1%), dem Publikum als RatgeberIn zu dienen (43,6%), positive Ideale zu vermitteln (39,9%) sowie das Publikum zu unterhalten und zu entspannen (36,9%) (vgl. ebd.). Diese Ziele können zumeist einigermaßen umgesetzt werden. Eine Ausnahme ist die Vermittlung positiver Ideale: Weniger als die Hälfte der Befragten (43%), die sich dafür einsetzen wollen, können dieses Ziel auch umsetzen (vgl. ebd.).

Bei der Frage nach berufsethischen Einstellungen stellte das ForscherInnenteam im Vergleich zu 1993 eine auffällige Wertestabilität fest (vgl. Weischenberg/Malik/Scholl 2006: 360). Ermittelt wurde diese indirekt: Die Befragungsteilnehmenden sollten die Legitimität von umstrittenen Recherchemethoden bewerten – wie beispielsweise „vertrauliche Regierungsunterlagen ohne Genehmigung zu benutzen“ oder „sich als eine andere Person auszugeben“. Begründet wurde diese Vorgehensweise damit, dass Recherche eine zentrale journalistische Tätigkeit ist und die Güterabwägung ethisches Problembewusstsein reflektiert (vgl. Röben 2013: 36f.). Auch mussten sich die Befragten entscheiden, zwischen normengerechtem Verhalten (gesellschaftliche Moral, Presse-Kodizes) einerseits und andererseits der Aufgabe der Medienschaffenden, zu veröffentlichen, Informationen für die Öffentlichkeit zu sammeln und bereitzustellen – einer Aufgabe, die zugleich den wirtschaftlichen Zielen des Unternehmens dient (vgl. ebd.: 37). Die große Mehrheit der Befragten lehnte die umstrittenen Methoden zwar prinzipiell ab, hielt solche Methoden jedoch dennoch teilweise für vertretbar und jeweils abhängig von der Situation (vgl. Weischenberg/Malik/Scholl 2006: 357, zit.n. Röben 2013: 37). Damit dominiert laut Röben (2013: 37) eine „verantwortungsethische Haltung“ im Journalismus.

Hoffjann (2007: 42) ist der Ansicht, dass es aufgrund der großen Vielfalt im Journalismus innerhalb des journalistischen Leistungssystems unterschiedliche Wertehierarchien zu geben scheint. Die Ausdifferenzierungsprozesse, die es im journalistischen Leistungssystem gibt, erschweren jedoch die Formulierung einer journalistischen Ethik (vgl. ebd.). Mit Möglichkeiten und Grenzen von Werten und Normen sind wichtige Voraussetzungen für eine journalistische Ethik benannt (vgl. ebd.: 46). Nach Luhmann wird unter Ethik die Reflexionstheorie der Moral verstanden und Moral ist als eine

Struktur sozialer Systeme zu begreifen, die die Bedingungen benennt, unter denen das Gegenüber geachtet oder missachtet wird (vgl. ebd.). Die Reichweite der Ethik wird jedoch von dem parallel zum Wandel gesellschaftlicher Wertvorstellungen verlaufenden Wandel gesellschaftlicher Moralvorstellungen eingeschränkt (vgl. Koszyk 1992: 76).

Das Scheitern der weltweit vorhandenen Pressekodizes ist beispielsweise ein Beleg für die Unmöglichkeit, selbst in einem vermeintlich homogenen System wie dem Journalismus, verbindliche moralische Vorstellungen verankern zu können (vgl. Hoffjann 2007: 47). Nach Weischenberg und Scholl ist das Ziel eines Pressekodex nämlich bis heute ein berufsethisches Entscheidungsprogramm für den Journalismus zu formulieren (vgl. ebd.). Die Spannweite zwischen Elite- und Boulevardzeitungen oder Kirchen- und Parteizeitungen ist allein unter den Zeitungen und Zeitschriften so groß, dass es zu Problemen führen muss, wenn ein Presserat alle nach den gleichen Kriterien beurteilt. Würde man trotzdem versuchen, den kleinsten gemeinsamen Nenner dieses offenbar sehr heterogenen Leistungssystems zu benennen, dürfte im Grunde genommen weniger bis gar nichts übrig bleiben (vgl. ebd.). Dies wird umso deutlicher, wenn die Werte- und Normenkonflikte, die schon in einer einzigen Redaktion vorherrschen, berücksichtigt werden (vgl. ebd.).

Das Fazit einer journalistischen Ethik fällt somit sehr ernüchternd aus. Zahlreiche Autoren, wie beispielsweise Rühl, Saxer oder Weischenberg, sind dieser Ansicht: Sie kritisieren u.a. Pressekodizes eher als Dekoration denn als Entscheidungsträger oder müssen einräumen, dass auch eine systemtheoretische Auseinandersetzung mit der Ethik des Journalismus kaum handlungsleitende Qualitäten besitzt (vgl. Hoffjann 2007: 47).

Was wird dann aber eigentlich von der Ethik im Allgemeinen und einer Journalismusethik im Besonderen erwartet? Hoffjann (2007: 48) vermutet, dass eine (Selbst-) Steuerungsfunktion der Ethik nur durch eine kontinuierliche Reflexion zu erreichen ist. Auch ist er der Ansicht, dass eine journalistische Ethik wegen des vorhandenen Werte- und Normenpluralismus – der zudem einer ständigen Veränderung unterliegt – nicht niedergeschrieben werden kann, ohne sich im Moment des Formulierens bereits selbst überholt zu haben (vgl. ebd.). Die beiden Bezugspunkte einer Ethik sind einerseits die Systemstrukturen und der damit verbundene Fortbestand des Systems und andererseits die Umweltsysteme, auf die auch der Journalismus auf unterschiedliche Weisen angewiesen ist (vgl. ebd.). Daraus kann dann die These gefolgert werden, dass ethisches Verhalten der Systemfunktion dient: Ethisches Verhalten ist damit kein

Selbstzweck und kein Altruismus – mit moralischem bzw. „gutem“ Verhalten sollen vor allem Konflikte mit Umweltsystemen verhindert werden (vgl. ebd.).

Bei einer journalistischen Ethik zeigen sich dennoch schnell Grenzen auf: Denn während bei Werten wie „Freiheit“, „Frieden“ und „Sicherheit“ noch ein gesellschaftlicher Normstatus unterstellt werden darf bzw. kann, ist bei vielen Werten unklar, ob der Journalismus bei einem Verstoß Konsequenzen zu erwarten hat (vgl. Hoffjann 2007: 48). Auch stellt sich bei zwangsläufig auftretenden Werte- und Normenkonflikten die Frage, welchen Werten und Normen welcher gesellschaftlicher Teilsysteme mehr Achtung entgegengebracht wird als anderen (vgl. ebd.). Relevanz erlangt Journalismus-Ethik als Reflexion, wenn die Folgen bedacht werden, die dem Journalismus im Falle unmoralischen Verhaltens drohen. Die Nichtbeachtung von Objektivitätsnormen und gewissenhaften Informationsüberprüfungen können z.B. im Fall einer als seriös angesehenen Zeitung schnell zu einem Vertrauensverlust führen (vgl. ebd.: 49).

6.4.2 Public Relations / Öffentlichkeitsarbeit[7]

Ebenso wie Journalismus ist Public Relations bzw. Öffentlichkeitsarbeit ein häufig verwendeter jedoch unscharf gebrauchter Begriff. Die Deutsche Public Relations Gesellschaft (DPRG) hat versucht, eine Definition für dieses Berufsbild zu verfassen (vgl. Raupp/Vogelgesang 2011: 35). Demnach vermittelt Öffentlichkeitsarbeit Standpunkte und ermöglicht Orientierung, um den politischen, wirtschaftlichen und sozialen Handlungsraum von Personen oder Organisationen im Prozess öffentlicher Meinungsbildung zu schaffen und zu sichern. Dazu steuert Public Relations Kommunikationsprozesse für Personen und Organisationen mit deren Bezugsgruppen in der Öffentlichkeit (vgl. ebd.: 35).

Für Riesmeyer (2007: 21) sind Public Relations eine Form der persuasiven Kommunikation. Dabei versucht die Produktionsseite langfristig, durch Überzeugungen und Informationsangebote soziale und psychische Strukturen der RezipientInnenseite zu verändern. Mittler des Informationsaustausches zwischen Public Relations und den Zielgruppen sind die vorher beschriebenen und in diesem Zusammenhang ebenfalls so wichtigen Massenmedien (vgl. ebd.).

[7] In der vorliegenden Magisterarbeit werden, dem gängigen akademischen Sprachgebrauch entsprechend, die Begriffe Public Relations – abgekürzt PR – und Öffentlichkeitsarbeit synonym verwendet.

6.4.2.1 Gesellschafts- und organisationsbezogene Ansätze der PR

Im PR-Theoriediskurs, der Anfang der 1990er Jahre ansetzte, finden sich eine Reihe herkunftsmäßig unterschiedlicher Ansätze, die u.a. in gesellschaftsbezogene oder organisationsbezogene Ansätze unterschieden werden (vgl. Signitzer 1992, zit.n. Szyszka/Schmitz 2006: 60). Auf diese soll nachfolgend näher eingegangen werden.

- *Public Relations als gesellschaftliche Funktion:*

Der gesellschaftsbezogene Ansatz fragt danach, welche Funktion oder welchen Einfluss PR im Kontext moderner Gesellschaften hat (vgl. Szyszka/Schmitz 2006: 61). Ein bekanntes Beispiel eines gesellschaftsbezogenen Ansatzes ist der Theorieentwurf von Ronneberger. Dort werden Public Relations als gesellschaftliches Teilsystem innerhalb der öffentlichen Kommunikation eingestuft (vgl. ebd.).

Laut Ronneberger (1996: 13) ereignet sich Öffentlichkeit nur mehr in Teilbereichen von selbst und sie wird von den Massenmedien planvoll hergestellt. Sie funktioniert jedoch nur mehr durch die Verbindung mit der persönlichen Kommunikation. Zugespitzt heißt das: Nur das hat in den Massenmedien Öffentlichkeitsbestand und Aussicht auf Wirkung, was auch in der zwischenmenschlichen, persönlichen Kommunikation möglich ist und existiert (vgl. Ronneberger 1996: 13). Mit dem Öffentlichmachen der Absichten, Programme und Forderungen durch die Interessenorganisation erfolgt nicht nur die Information zwischen Interessenorganisationen, sondern damit werden auch Mitglieder selbst angesprochen (vgl. ebd.). Deren Bild von der eigenen Organisation wird dabei geformt, gewandelt, angepasst usw… Kritik, Zustimmung und Ablehnung vollziehen sich somit letztlich durch die Gesamtheit, auch wenn dies angesichts des spektakulären Auftretens von RepräsentantInnen, SprecherInnen und Vorsitzenden in den Massenmedien verdeckt wird (vgl. ebd.).

Öffentlichkeit ist in diesem Sinn also Raum der Aussprache, der prinzipiell jedem Interesse offen steht und im Sinne unserer Verfassung auch offen stehen soll (vgl. ebd.). Jede(r) kann und soll sich in ihm frei bewegen, wobei dieser natürlich von Organisationen dominiert wird, doch die sind letztendlich auf die Zustimmung ihrer Mitglieder angewiesen und informieren sich über die Tätigkeit ihrer Organisationen hauptsächlich aus den Medien (vgl. ebd.).

Wenn dieser Aspekt noch weiter verfolgt wird, so stellt sich heraus, dass der Raum der Öffentlichkeit nicht nur durch den Einsatz der Medien strukturiert wird, sondern auch durch die Inhalte. Wir haben es somit – bildlich gesprochen – mit kleineren Foren oder

Etagen in einem großen Gebäude zu tun (vgl. Ronneberger 1996: 13f.). Eine allgemeine, für alle zugängliche und informative Öffentlichkeit besteht nur noch für wenige Themen. So ist es mehr und mehr zur Entstehung von Teilöffentlichkeiten gekommen, die sich sowohl auf geographische Räume als auch auf bestimmte Sach- und Fachgebiete beziehen (vgl. ebd.). Wer mit seinen Botschaften möglichst viele Menschen erreichen will, muss daher überlegen, über welche der partiellen Öffentlichkeiten er/sie dies am besten tut und er/sie wird dann ohnehin solche bevorzugen, die schon ein entsprechend großes Gewicht haben (vgl. ebd.: 14). Dies führt dann dazu, dass die Großen immer größer und mächtiger werden, während die Mittleren und Kleinen zur Bedeutungslosigkeit absinken können. Auf der anderen Seite zeigt sich jedoch, dass intensive Information und Wirkung eher bei kleineren Öffentlichkeiten zu erwarten sind (vgl. ebd.).

Das offenkundige Ziel von PR ist es, möglichst große und stabile Teilöffentlichkeiten zu schaffen bzw. anders gesagt: In aller Öffentlichkeit durch Auseinandersetzung mit anderen Interessen für die Interessen der eigenen Organisation möglichst umfassende und dauerhafte Zustimmung zu erreichen (vgl. Ronneberger 1996: 16). Das setzt voraus, der Öffentlichkeit möglichst viele und einigermaßen überprüfbare Informationen zur Verfügung zu stellen (vgl. ebd.). Die Öffentlichkeit soll erkennen können, wie das Interesse der Organisation tatsächlich aussieht, auf welche Annahmen es sich gründet, welche Ziele verfolgt, welche Mittel eingesetzt, welche Erwartungen gehegt werden. Dies alles sind beabsichtigte, bewusste Ziele, Mittel und Wege von PR (vgl. ebd.).

- *Public Relations-Aktivitäten als Organisationsfunktion*

Der von Szyszka im Jahr 2004 publizierte organisationsbezogene Ansatz argumentiert – so wie der gesellschaftsbezogene Ansatz – aus einer systemtheoretischen Position. Er setzt beim Problem der System-Umwelt-Differenz an und unterscheidet die Begriffe

- Public Relations (Meso-Makro-Bezug) für das Netzwerk der Beziehungen einer Organisation zu „ihrer“ Umwelt (Strukturen) sowie
- Public Relations-Aktivitäten (Meso-Mikro-Bezug) für die mit einer bestimmten Form des Kommunikationsmanagements befasste Organisationsfunktion (vgl. Szyszka/Schmitz 2006: 62).

Dabei werden Public Relations als Beziehungsstruktur zwischen einer Organisation und ihrer Umwelt dafür verantwortlich gemacht, dass, und in welcher Form, für eine Organisation das Kommunikationsmanagement funktionalisiert werden muss – nämlich indem die im System-Umwelt-Kontext getroffenen organisationspolitischen

Grundsatzentscheidungen die Vorgaben liefern, wie Public Relations-Aktivitäten auf der Handlungsebene umgesetzt werden sollen (vgl. ebd.: 63). Organisationen sind hier AkteurInnen gesellschaftlicher Teilsysteme, die ihre Interessen verfolgen und dabei vom gesellschaftlichen Teilsystem – dem sie angehören – vorgeprägt sind (vgl. ebd.). Außerdem sind sie prinzipiell öffentlich (zugänglich), weil sie sich Beobachtung und öffentlicher Kommunikation nicht entziehen können. Weil diese Öffentlichkeit in hohem Maß über Medien hergestellt wird, verfügen Organisationen zusätzlich permanent über potenzielle Publizität (vgl. ebd.).

6.4.2.2 Werte & Öffentlichkeitsarbeit

In der Öffentlichkeitsarbeit spielt die Vermittlung von Werten eine zentrale Rolle. Gerade hier besteht jedoch die Gefahr, dass allgemein erwartete ethische Standards nicht von allen Beteiligten eingehalten werden (vgl. Breyer-Mayländer 2009: 81). Dennoch sind moralische Reflexionen für die Öffentlichkeitsarbeit in mehrfacher Hinsicht von herausragender Relevanz: Im Public Relations-System prallen nämlich die Werte- und Normenhierarchien der organisationsinternen und -externen Umweltsysteme aufeinander, womit Öffentlichkeitsarbeit zu einem Diener zweier Herren wird (primär des Organisationssystems, sekundär der Umweltsysteme) (vgl. Hoffjann 2007: 108).

Beiträge zur Wertediskussion kommen aus unterschiedlichen Disziplinen, so beispielsweise aus der Psychologie (Wert im Sinne von Antrieb, Motivation, Präferenz oder subjektivem Ziel), aus der Soziologie (Wert im Sinne von Einstellung, Norm oder Regel) oder aus den Kulturwissenschaften (Werte im Sinne von kollektiven Verhaltensweisen und Gebräuchen oder Mentalitäten) (vgl. Faulstich 2001: 77).

Infolge enormer Differenzen zwischen den einzelwissenschaftlichen Zugriffen und Begriffsauffassungen und angesichts der Komplexität des Problemfeldes gibt es bislang noch keine allgemein gültige Definition von „Wert“, geschweige denn eine disziplinübergreifende Wertetheorie (vgl. ebd.: 78).

Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit ist unter anderem die Wertkongruenz oder zumindest die Vermeidung von Wertkollisionen oder Wertgegensätzen sowohl im Verhältnis eines Systems zur Umwelt als auch im Verhältnis eines Systems zu seinen Mitgliedern (vgl. Faulstich 2001: 80). Werte sind nicht konstant, ihre konkreten Inhalte und Formen wandeln sich. Dieser Wertewandel meint Änderungen in der Wertorientierung, der Werthaltung, der Wertpräferenz, der Wertehierarchie, aber auch der Wandel von Rangplätzen (vgl. ebd.). Erfolgreiches Wertemanagement bedeutet in einem

Unternehmen, dass Werte des Unternehmens, die gelebt und kommuniziert werden, mit den Werten der wichtigsten Bezugsgruppen in Einklang gebracht werden (vgl. Breyer-Mayländer 2009: 63). In Bezug auf die Öffentlichkeitsarbeit hat dies einen eigenständigen Wert. Bereits in der PR-Theorie wird daher auf die Notwendigkeit hingewiesen, langfristige Kommunikationsbeziehungen zu den wichtigsten Bezugsgruppen (z.B. maßgeblichen JournalistInnen oder Fachleuten) aufzubauen, um im Krisenfall rasch reagieren zu können (vgl. ebd.).

Zu den zentralen und viel diskutierten Werten der Öffentlichkeitsarbeit zählen u.a. die Offenlegung der Interessen bzw. die Transparenz und die Objektivität. Beispielsweise kann gegenüber organisationsinternen Umweltsystemen daher von einer Objektivitätsnorm gesprochen werden (vgl. Hoffjann 2007: 110). Denn Public Relations-Systeme, die z.B. gegenüber der Organisationsleitung bewusst Bewertungen zur Relevanz von Umweltinteressen hoch- bzw. herunterspielen, gefährden damit ihre Systemexistenz (vgl. ebd.). Auch können zunehmende Differenzen dieser beiden organisationsinternen Systeme dazu führen, dass die Organisationsleitung kein Vertrauen in die PR-Kommunikationen mehr besitzt und Public Relations somit seinerseits Änderungen der Organisationspolitik kaum noch induzieren kann (vgl. ebd.). Wesentlich komplexer ist die Bedeutung der Objektivität der PR-Kommunikationen gegenüber organisationsexternen Umweltsystemen: Eine PR, deren Kommunikationsangebote ständig im Gegensatz zu gesellschaftlich akzeptierten Wirklichkeitsmodellen steht, erweist sich selbst als unsinnig, da sie damit die Erlangung von Legitimität durchkreuzt (vgl. ebd.). Daher ist Öffentlichkeitsarbeit geradezu dazu gezwungen, glaubwürdig zu operieren, was nach Pöttker bedeutet, dass sie immer mehr den journalistischen Prinzipien des unbefangenen Beobachtens, der Konfliktbereitschaft und der Selbstkritik in ihren eigenen Reihen einen Platz einräumt (vgl. Hoffjann 2007: 110f.).

Nach Hoffjann (2007: 112) ist eine positive moralische Bewertung von organisationellen Operationen und sogar von PR-Operationen untrennbar mit der Zuschreibung von Legitimation verbunden. Dies führt dann unmittelbar zu einer Notwendigkeit einer PR-Ethik. Die in Kapitel 6.4.1.2 angesprochene journalistische Ethik bedarf daher nur einer minimalen Reformulierung, um sie für die Öffentlichkeitsarbeit anwenden zu können: Moralisch gutes Verhalten dient demnach – im Falle des Journalismus sowie der Public Relations – allein der Systemfunktion (vgl. ebd.).

6.4.3 Das Verhältnis von PR und Journalismus

> „Der amerikanische Sozialwissenschaftler Gans hat schon früher mit einem Gesellschaftstanz verglichen, was sich zwischen Journalisten und Einrichtungen der Informationspolitik Tag für Tag abspielt: Die Quelle sucht Zugang zum Journalisten, und der Journalist sucht Zugang zur Quelle. Beide müssen sich anstrengen, wenn es gilt, einen schönen Tango aufs Parkett zu legen, aber nur einer kann die Führung übernehmen…“ (Baerns 1991: 5)

Parasitentum, unsichtbare Souffleure, trojanische Pferde, Yin und Yang, siamesische Zwillinge, Junkies, Dealer oder Symbiose – die Metaphern zur Beschreibung des Verhältnisses von Journalismus und PR sind so vielfältig wie die zugrunde liegenden theoretischen Annahmen (vgl. Bieth 2012: 123).

Fortdauernde Interaktionen zwischen Journalismus und PR lösen als Teilsysteme des Funktionssystems Öffentlichkeit wechselseitig Strukturveränderungen aus, sodass ein übereinstimmender Bereich der gegenseitigen Verhaltensabstimmung entsteht (vgl. ebd.: 149). So können Journalismus und PR, die einen funktionalen Beitrag zur Synchronisation der Gesellschaft leisten, im Medium der Aktualität operieren und füreinander Nahumwelt sein und über Möglichkeiten der Selbstirritation Einfluss auf die wechselseitigen Strukturentwicklungen nehmen (vgl. ebd.).

Journalismus und PR als soziale Systeme sind nicht entweder autonom oder abhängig, sondern sowohl operational geschlossen als auch informatorisch offen. Dabei können drei Dimensionen der strukturellen Kopplung voneinander unterschieden werden (vgl. Bieth 2012: 150):

1. Die persönlichen Beziehungen zwischen JournalistInnen und PR-FunktionsträgerInnen sowie die institutionalisierten Interaktionen z.B. in Form von Pressekonferenzen, Journalistenreisen und Pressemitteilungen auf der Mikroebene (vgl. ebd.).
2. Die Leistungen des jeweiligen Gegenparts und ihre Relevanz oder die Motivation, die Beziehung aufrecht zu erhalten, auf der Mesoebene (vgl. ebd.).
3. Die Koevolution von Journalismus und PR durch die wechselseitigen Resonanzen als Selbststeuerung und Irritationen als Kontextsteuerung auf der Makroebene. Dabei können Resonanzen zunächst als Differenzminimierung zwischen den beiden systemrelativen Wirklichkeitskonstruktionen und damit als Koorientierung am jeweils anderen System verstanden werden. Genauso können jedoch Resonanzen – Irritationen entgegengesetzt – als Differenzmaximierung und damit als Orientierung am jeweils eigenen System verstanden werden (vgl. ebd.).

Auch Hoffjann (2007: 179) spricht davon, dass sich Journalismus und Öffentlichkeitsarbeit bei ihren Strukturbildungen u.a. am jeweils anderen System orientieren: Denn während sich Öffentlichkeitsarbeit an der journalistischen Operationsweise orientiert und ihr Wirklichkeitsmodell u.a. auf der Grundlage der journalistischen Berichterstattung konstruiert, wird die journalistische Berichterstattung durch die Wirklichkeitsmodelle der PR beeinflusst (vgl. ebd.).

Nach Grossenbacher (1996: 42) herrschte lange Zeit ein kommunikationswissenschaftliches Desinteresse an PR vor, was wohl daran lag, dass deren Nähe zur Werbung von der Wissenschaft als anrüchig empfunden wurde. Sowohl Gatekeeper-Forschung als auch Nachrichtenwertforschung oder systemtheoretisch inspirierte Redaktionsforschung sind journalismuszentriert, das heißt, sie unterstellen, dass JournalistInnen als Individuen oder in Systemen organisiert UrheberInnen von Medieninhalten sind (vgl. ebd.). Dieser Auffassung entsprach auch gängiger journalistischer Rollen(selbst)definition, sodass es kein Wunder war, dass ein Einfluss der Öffentlichkeitsarbeit auf die Arbeit von JournalistInnen von diesen in der Regel negiert wurde (vgl. ebd.).

Eine solche Perspektive der Entstehung von Medieninhalten missachtete jedoch, dass Ereignisse, Themen und Sachverhalte nicht erst durch die Wahrnehmung von JournalistInnen zu Nachrichten werden, sondern in der Regel eine „Vorgeschichte“ haben (vgl. ebd.). Zwar ist die große Bedeutung der Nachrichtenagenturen bei der Informationsdiffusion bekannt, doch kaum wurde je die Frage gestellt, wie Agenturen eigentlich zu ihren Themen kommen. Sporadische Versuche, die Informationsverarbeitung von Massenmedien unter dem Aspekt des Ursprungs der Informationen zu untersuchen führten alle zu dem Ergebnis, dass Quellen ein erheblicher Einfluss zukommt (vgl. ebd.).

Die im Dezember 2010 veröffentlichte Studie „Journalisten-Trends“ zeigt, wie die Zusammenarbeit zwischen Journalismus und PR im Berufsalltag bewertet wird. Dabei ging es um einen Zehn-Jahres-Vergleich des Verhältnisses zwischen PR und Journalismus (vgl. Röben 2013: 43). Demnach erwies sich die Grundhaltung von WirtschaftsjournalistInnen gegenüber Public Relations als recht stabil. Die meisten meinten mit zunehmender Tendenz, PR sei „eine andere Form von Werbung“. 53 Prozent der Befragten vertraten diese Ansicht (vgl. ebd.). Auch hielten immer mehr JournalistInnen (22%) PR für eine Orientierungshilfe in einer komplexen

Informationswelt. 21% der befragten JournalistInnen meinten, PR habe eine den Journalismus ergänzende Rolle für die Gesellschaft. (vgl. ebd.)

Die Haltung von PR-Fachleuten gegenüber JournalistInnen ermittelte der PR-Trendmonitor im September 2011 (vgl. Röben 2013: 43). Beim Thema „Pressearbeit 2.0“ sah die Hälfte aller befragten PressesprecherInnen und AgenturmitarbeiterInnen immer noch große Herausforderungen bei der Verbindung von klassischen PR-Instrumenten und Social Media (vgl. ebd.). JournalistInnen bleiben für PR-Schaffende aber noch immer die erste Ansprechperson, wenn es um Presseinformationen geht (Pressestellen: 57%, PR-Agenturen: 68%) (vgl. ebd.: 43f.).

Die Frage nach den gegenseitigen Abhängigkeiten von Journalismus und Public Relations ist nach Hoffjann noch nicht vollständig beantwortet worden: Zwar scheinen die Interdependenzen in den vergangenen Jahrzehnten enorm zugenommen zu haben, dennoch sind die beiden Systeme noch nicht existenziell aufeinander angewiesen (vgl. Hoffjann 2007: 179). Journalismus kann durch direkte Beobachtungen bzw. durch Quellen abseits der Öffentlichkeitsarbeit seine Funktionen erfüllen. Andererseits sammeln Public Relations-Systeme mittlerweile notwendige Informationen durch demoskopische Umfragen und kommunizieren mittels anderer PR-Instrumente direkt mit relevanten Umweltsystemen (vgl. ebd.: 179f.). Insbesondere die Nutzung dieser PR-Instrumente belegt damit die These, dass Public Relations auf die Existenz eines Journalismus verzichten könnte (vgl. ebd.: 180). Trotzdem können die meisten PR-Systeme dennoch nicht auf einen existierenden Journalismus verzichten (vgl. ebd.). Dies ist damit zu begründen, dass die Öffentlichkeitsarbeit die journalistische Berichterstattung alleine deswegen berücksichtigen muss, da auch ihre relevanten Umweltsysteme dies tun. Public Relations-Systeme, die bei der Informationssammlung vollständig auf eine Beobachtung der journalistischen Berichterstattung verzichten würden, würden damit eine Entscheidung treffen, die äußerst risikobehaftet ist (vgl. ebd.).

Laut Hoffjann (2007: 180) ist daher noch die Frage offen, ob es nicht vorstellbar wäre, dass Journalismus und PR in Zukunft existenziell aufeinander angewiesen sind: Wenn jedes Organisationssystem über ein PR-System verfügen würde, würde sich für den Journalismus die Frage stellen, wie er Informationen abseits von PR-Quellen generieren soll. Für die Öffentlichkeitsarbeit ist ebenfalls eine existenzielle Abhängigkeit vorstellbar, wenn nämlich die gesellschaftliche Bedeutung des Journalismus weiter ansteigt (wovon in einer zunehmend komplexeren Gesellschaft auszugehen ist) (vgl. ebd.). Selbst Public

Relations-Systeme, deren Muttersysteme vom Journalismus weitgehend nicht beobachtet bzw. thematisiert werden, müssten dann nämlich im Rahmen der Informationssammlung die journalistische Berichterstattung berücksichtigen (vgl. ebd.).

II. EMPIRIE

7 Fallbeispiel: ganznormal.at[8]

Für die in dieser Magisterarbeit durchgeführte Medienresonanzanalyse wurde die Medienberichterstattung über den Verein ganznormal.at bzw. dessen 2011 gelaunchte Kampagne untersucht. Nachfolgend sollen nun der Verein, seine Aufgaben & Zielsetzungen sowie Informationen zu der Kampagne vorgestellt werden. Da der Verein keinen auf Gewinn gerichteten Zweck verfolgt, ist zudem ein Exkurs zu Non-Profit-Organisationen aufgeführt.

7.1 Allgemeine Informationen

Der Verein ganznormal.at wurde im August 2011 in Wien gegründet und steht unter dem Ehrenschutz von Stadträtin Sonja Wehsely. Wehsely verweist stetig auf die Bedeutung des Anliegens, einen Beitrag zur Entstigmatisierung psychisch erkrankter Menschen zu leisten (vgl. Der Verein o.J.: o.S.). Ganznormal.at versteht sich als unabhängiger, gemeinnütziger Verein und verfolgt keinen auf Gewinn ausgerichteten Zweck, sondern definiert sich vielmehr als Verein zur Förderung der öffentlichen Diskussion über seelische Gesundheit (vgl. Fact Sheet o.J.: o.S.). „Die Plattform ganznormal.at leitet aus dem sozialen Menschenrecht auf den besten erreichbaren Gesundheitszustand das Menschenrecht auf die beste erreichbare seelische Gesundheit für alle ab." (Mission Statement o.J.: o.S.) Aus diesem Grund fordert der Verein auch die Gleichstellung von psychischen und physischen Erkrankungen. Auch hat sich ganznormal.at der Förderung der öffentlichen Diskussion über seelische Erkrankungen verschrieben, denn: es ist Zeit, ganz normal darüber zu reden (vgl. ebd.).

Laut ganznormal.at deuten internationale Studien darauf hin, dass jährlich etwa ein Drittel aller Menschen in Österreich mit psychischen Problemen kämpft und kaum gesellschaftliche Akzeptanz findet (vgl. Info Folder o.J.: o.S.). Zahlreiche Menschen sind in ihrem Bekannten- und Verwandtenkreis mit seelischen Erkrankungen konfrontiert (vgl. ebd.). Seelische Erkrankungen haben vergleichbare Verläufe wie körperliche Erkrankungen – von leicht bis schwer, von vorübergehend bis chronisch – und sind etwa halb so häufig wie körperliche Erkrankungen. Trotzdem werden Menschen mit psychischen Problemen gesellschaftlich nach wie vor diskriminiert bzw. ihre Erkrankung tabuisiert (vgl. ebd.). Der Verein ganznormal.at will alle Kanäle und Medien nutzen, um

[8] Die in den Kapiteln 7.1, 7.2 und 7.3 (Ausnahme: Kapitel 7.1.1) angeführten Quellenangaben sind im Quellenverzeichnis (Kapitel 11) - Abschnitt „Online-Quellen" - zusammengefasst unter dem Punkt „Ganznormal.at" zu finden.

eine öffentliche Diskussion in Gang zu bringen, denn nur öffentliche Diskussion bietet die Basis für einen offenen Umgang mit dem Thema seelische Erkrankungen (vgl. ebd.).

Die Website des Vereins (www.ganznormal.at) stellt ein wichtiges Dialogmedium dar, das regelmäßig redaktionell betreut wird (vgl. PA vom 2.11.11: o.S.). Auf der Homepage von ganznormal.at finden sich neben allgemeinen Informationen zum Verein und seiner Kampagne außerdem noch u.a. wichtige Telefonnummern, falls akut Hilfe benötigt wird, beispielsweise gibt es Kontaktverweise für den sozialpsychiatrischen Notdienst Wien, die Akutambulanz des AKH Wien, das Kriseninterventionszentrum oder die Telefonseelsorge (vgl. Soforthilfe o.J.: o.S.). KooperationspartnerInnen von ganznormal.at sind u.a. die Unternehmen Siemens, die REWE Group, die Wiener Städtische, die Kronen Zeitung oder Ströck Brot (vgl. Partner o.J.: o.S.). Zum Personenkomitee von ganznormal.at zählen prominente ÖsterreicherInnen wie Schauspielerin Franziska Weiss, Andrea Buday, Joesi Prokopetz oder Barbara Stöckl, die auch alle anlässlich des ersten Geburtstags des Vereins anwesend waren (vgl. PA vom 18.6.12: o.S.).

Am 10. Oktober 2012 feierte ganznormal.at – anlässlich des „Internationalen Tag der seelischen Gesundheit“ – seinen ersten Geburtstag mit prominenten UnterstützerInnen in Wien. Dabei stand die Gleichstellung von psychischen und physischen Erkrankungen im Mittelpunkt sowie die guten medialen Werte des letzten Jahres (vgl. PA vom 10.10.12: o.S.). LAbg. Christian Deutsch, Vorsitzender von ganznormal.at, konnte bei dieser Veranstaltung beachtliche Zahlen und gute Ergebnisse präsentieren: Unter anderem konnte mit der Unterstützung der PartnerInnen des Vereins ein PR-Wert von über 300.000 Euro erreicht und zusätzlich 200.000 Euro an Inserat-Mediawerten erzielt werden, welche durch kostenlose, karitative Schaltungen erfolgten (vgl. ebd.).

Zusätzlich war die Informationsplattform ganznormal.at zwischen 2011 und 2012 auf Plakaten und über 800 Screens in Arzt-/Ärztinnenpraxen oder Apotheken präsent (vgl. ebd.). Mit Veranstaltungen in den Einkaufszentren Lugner- bzw. Millenium City und Unternehmenstagen bei Großkonzernen wie Siemens und Rewe sowie an den Gesundheitstagen im Wiener Rathaus war ganznormal.at laut Christian Deutsch sehr präsent (vgl. ebd.). Besonders bei den Veranstaltungen in den beiden Einkaufszentren ist es laut Initiator Deutsch gelungen, direkt bei den Menschen aufzuklären und in Gesprächen auf seelische Krankheiten und deren Behandlung einzugehen (vgl. PA vom 18.6.12: o.S.). Als positiv kann auch die Tatsache gewertet werden, dass Partner Siemens ganznormal.at in sein Human Resources-Programm mit eingebaut hat und im

vergangenen Jahr auch bei einer internen Veranstaltung berücksichtigte (vgl. ebd.).

7.1.1 Exkurs: Nonprofit-Organisationen (NPOs)

Ganznormal.at kann den so genannten Nonprofit-Organisationen zugeordnet werden. Nachfolgend soll deswegen dieser Begriff kurz näher erläutert werden, um nachvollziehen zu können, wie solche Organisationen definiert werden bzw. wie diese arbeiten.

Der Begriff der Nonprofit-Organisation stammt ursprünglich aus der Betriebswirtschaftslehre. Als diese begann, sich auch mit nicht-erwerbswirtschaftlichen AkteurInnen zu beschäftigen, wurden diese einfach mit dem negativen Begriff „Nonprofit" von den „For-Profit"-Organisationen abgegrenzt (vgl. Gahrmann 2012: 9). Das charakteristische Merkmal von Nonprofit-Organisationen ist die Nicht-Gewinnorientierung (vgl. ebd.).

Ein Ansatz, wie eine NPO definiert werden kann, stammt von den AutorInnen Eikenberry und Drapal-Kluver. Demnach kennzeichnen Nonprofit-Organisationen drei Hauptmerkmale:

1. Ausführung von öffentlichen Aufgaben,
2. Übernahme von Aufgaben, welche der Staat nicht abdeckt („die erweiterte Hand des Staates") und dass
3. die Zivilgesellschaft hierbei als Anlaufstelle, als Sprachrohr der Gesellschaft dient (vgl. Eikenberry / Drapal-Kluver 2004: 133) [Übers. d. Verf.].

Während bei erwerbswirtschaftlichen Organisationen Formalziele wie Gewinn, Rentabilität und Effizienz dominieren, steht bei nichterwerbswirtschaftlichen Organisationen das Sachziel der Bedarfsdeckung durch Bereitstellung eines spezifischen Leistungsangebots im Vordergrund (vgl. Gahrmann 2012: 9). Gleichwohl schließt die Bedarfsorientierung eine Gewinnerzielung jedoch nicht aus. Überschüsse ermöglichen die Expansion der Organisation oder können zum Aufbau eines Kapitalstocks verwendet werden (vgl. ebd.). Entscheidend ist, dass Überschüsse nicht Unternehmern oder KapitalgeberInnen zugutekommen (Eigenwirtschaftlichkeit), sondern unmittelbar für die satzungsgemäßen Zwecke verwendet werden (Gemeinwirtschaftlichkeit) (vgl. ebd.).

Nonprofit-Organisationen unterliegen einem so genannten „Non-Distribution Constraint“ (vgl. Gahrmann 2012: 9). Damit ist gemeint, dass satzungsmäßig oder praktisch der Gewinnbezug der KontrollinhaberInnen ausgeschlossen wird (vgl. Universität Hamburg o.J. a): 2). Zwar dürfen durch den „Non-Distribution Constraint“ Gewinne erwirtschaftet, jedoch nicht an diejenigen ausgeschüttet werden, die die Gesellschaft kontrollieren – die Folge davon ist, dass Non-Profit-Organisation keine EigentümerInnen haben (vgl. Universität Hamburg o.J. b): 3).

Die Existenz von NPOs wird von WirtschaftswissenschaftlerInnen durch das Versagen von Staat bzw. Markt erklärt (Failure Performance Approach) (vgl. Gahrmann 2012: 10). Nach diesem Erklärungsansatz des Staats- bzw. Marktversagens ist die öffentliche Hand aufgrund der Orientierung an der WählerInnenpopularität nicht in der Lage, genügende und passende Güter auch für Minderheiten bereitzustellen. Diese Nischen werden dann durch Nonprofit-Organisationen gefüllt (vgl. ebd.). NPOs ergänzen aber auch staatliches Handeln. Nach der Theorie des Marktversagens sind gemeinwohlorientierte Leistungen nur schwer kontrollierbar (vgl. ebd.). Aufgrund der Möglichkeit, zur Gewinnmaximierung über die tatsächliche Leistungserbringung zu täuschen, würde gewinnorientierten Unternehmen daher kein Vertrauen entgegengebracht. Hier sind Nonprofit-Organisationen im Vorteil, da sie dem Verbot der Gewinnausschüttung unterliegen, das Täuschungen uninteressant macht (vgl. ebd.: 10f.).

Im Rahmen des John Hopkins Comparative Nonprofit Sector Projects – einer internationalen Vergleichsstudie des Dritten Sektors – wurde eine eigenständige, international einheitliche Klassifizierung der Tätigkeitsbereiche von Nonprofit-Organisationen entwickelt, die International Classification of Nonprofit Organizations (ICNPO) (vgl. Gahrmann 2012: 11). Das vielfältige Tätigkeitsprofil der Nonprofit-Organisationen wird hierbei anhand von Themenbereichen geordnet und in zwölf Hauptgruppen eingeteilt (vgl. ebd.):[9] 1) Culture and Recreation, 2) Education and Research, 3) Health, 4) Social Services, 5) Environment, 6) Development and Housing, 7) Law, Advocacy and Politics, 8) Philanthropic Intermediaries and Voluntarism Promotion, 9) International, 10) Religion, 11) Business and Professional Assocoiations, Unions und 12) Not Elsewhere Classified (vgl. Gabler Wirtschaftslexikon o.J.: o.S.). Von

[9] Die ICNPO wurde 1992 von Lester M. Salamon und Helmut K. Anheier vorgeschlagen (vgl. Gabler Wirtschaftslexikon o.J.: o.S.). Mittlerweile hat sich die ICNPO fest in der NPO-Community etabliert und findet im einschlägigen Schrifttum häufig Anwendung, trotz einer Vielzahl von „konkurrierenden“ Klassifikationen (wie z.B. der International Standard Industrial Classification [ISIC] der Vereinten Nationen oder der General Classification of Economic Activities [NACE] der Europäischen Union) (vgl. ebd.).

größter ökonomischer Bedeutung sind in nahezu allen westlichen Industrienationen die Klassen 1 bis 4, da sie die meisten Arbeitsplätze repräsentieren und das größte finanzielle Volumen aufweisen (vgl. ebd.).

Eine solche Klassifizierung ermöglicht durch die Auflistung der typischerweise von NPOs zu erfüllenden Aufgaben nebenbei auch eine funktionale Abgrenzung des Begriffs der Nonprofit-Organisation (vgl. Gahrmann 2012: 12). Laut Weisbrod (2004: 42) [Übers. d. Verf.] kann zwischen kommerzialisierten NPOs (finanzieren sich durch Einnahmen) und NPOs (welche lediglich auf Spenden, Gönnergaben, Stiftungserträge und im Kleinen auf Merchandising angewiesen sind) unterschieden werden. In den letzten Jahren wird ein Anstieg an Kommerzialisierung der NPOs bemerkt. Dies kann durch eine versuchte Abkoppelung von staatlichen SpenderInnen einhergehen (vgl. ebd.) [Übers. d. Verf.]. Trotzdem bleibt aber indirekt die Verbindung zum Staat ob der steuerlichen Begünstigungen erhalten (vgl. ebd.) [Übers. d. Verf.].

Die Wahl der Rechtsform hat weit reichende Konsequenzen für eine Nonprofit-Organisation, unter anderem was die amtliche Erfassung sowie Buchführungs- und Informationspflichten betrifft. In Österreich können Nonprofit-Organisationen als Rechtsform u.a. einen Verein oder eine Stiftung wählen (vgl. Schneider/Hagleitner 2005: 10).

- Vereine:

Der Verein genießt Rechtspersönlichkeit und ist laut Gesetz ein freiwilliger, auf Dauer angelegter, auf Grund von Statuten organisierter Zusammenschluss mindestens zweier Personen zur Verfolgung eines bestimmten, gemeinsamen, ideellen Zwecks (§1 VerG) (vgl. Schneider/Hagleitner 2005: 10). Voraussetzung für die Gründung eines Vereins ist die Gemeinnützigkeit, d.h. die Aktivitäten des Vereins dürfen nicht auf Gewinn gerichtet sein und das Vereinsvermögen darf nur im Sinne des Vereinszweckes verwendet werden (vgl. ebd.). Die Rechtsform Verein wird den Anforderungen sehr vieler Nonprofit-Organisationen gerecht und daher spielen Vereine im dritten Sektor eine dominante Rolle (vgl. ebd.). Vereine sind in allen Lebensbereichen der Menschen tätig, die von ihnen erbrachten Leistungen für Kultur, Bildung, Soziales und Freizeit sind unbestritten von sehr hohem Wert (vgl. ebd.).

- Stiftungen:

Bei der Gründung einer Stiftung ist es wichtig zu wissen, dass grundsätzlich zwischen Privatstiftungen (die nach dem jüngeren Privatstiftungsgesetz PSG von 1994 gegründet werden) und öffentlich-rechtlichen Stiftungen (die nach Bundes- bzw. Landesrecht errichtet werden) zu unterscheiden ist (vgl. Schneider/Hagleitner 2005: 14). Seit der Einführung des Privatstiftungsgesetzes ist es zu einem starken Anstieg von Stiftungsgründungen gekommen, da Privatstiftungen im Gegensatz zu den Bundes- und Landesstiftungen nicht auf gemeinnützige Zwecke beschränkt sind (vgl. ebd.). Ob Gemeinnützigkeit vorliegt, ist von den Finanzbehörden zu entscheiden. Falls der Status der Gemeinnützigkeit anerkannt wird, genießt die Privatstiftung steuerliche Vorteile, die vor allem durch das Körperschaftsteuergesetz und die Bundesabgabenordnung geregelt sind (vgl. ebd.). Im Unterschied zur öffentlich-rechtlichen Stiftung besitzt der Staat gegenüber der Privatstiftung weniger Kontroll- und Durchgriffsmöglichkeiten, der administrative Aufwand für eine Privatstiftung fällt etwas geringer aus (vgl. Schneider/Hagleitner 2005: 14f.). Gemeinnützigen Stiftungen erscheinen oftmals nicht sehr bedeutend, da ihre Gründung aufwändig ist und viel Kapital erfordert. Sie bieten sich vor allem dann an, wenn es um die Aufbringung und Verwaltung von Vermögen und letztlich zur Bereitstellung von Kapital für einen gemeinnützigen Zweck geht (vgl. ebd.: 15).

7.2 Ziele von ganznormal.at

Ganznormal.at entstand unter anderem daher, da mittlerweile ein Drittel der österreichischen Bevölkerung mit psychischen Problemen kämpft, nach wie vor jedoch eine geringe, gesellschaftliche Akzeptanz von seelischen Erkrankungen vorherrscht und der Verein aus diesen Gründen eine soziale Forderung nach gesellschaftlicher Gleichstellung von physischen und seelischen Erkrankungen stellen wollte (vgl. Fact Sheet o.J.: o.S.). Auch nutzen nach wie vor viele Menschen das vorhandene Angebot zur Heilung psychischer Krankheiten nicht ausreichend, da es sich immer noch um ein Tabuthema handelt. Mit ganznormal.at sollte deshalb durch Information und Prävention eine Hilfestellung geboten werden (vgl. PA vom 15.9.11: o.S.). Der Verein wollte zudem sichtbar machen, dass seelische Erkrankungen vergleichbare Verläufe haben wie körperliche Erkrankungen (vgl. ebd.). Denn auch wenn psychische Erkrankungen etwa halb so häufig wie körperliche Erkrankungen auftreten, ist ein seelisches Gesundheitsproblem ernst zu nehmen (vgl. ebd.).

Vorrangige Ziele des Vereins sind unter anderem (vgl. Fact Sheet o.J.: o.S.):

- Die öffentliche Diskussion anzuregen und so die Basis für einen offenen Umgang mit dem Thema psychische bzw. seelische Erkrankungen zu schaffen und Entstigmatisierung sowie Enttabuisierung zu bewirken.
- Betroffenen, Angehörigen und deren Umfeld soll durch Wissen ein besseres Gefühl gegeben werden, denn ein offener Umgang bewirkt dass sich Betroffene bei Beschwerden früher melden, deren Umfeld kann dadurch besser damit umgehen und der Heilungs-/Besserungszeitraum beginnt früher bzw. dauert kürzer.

Um diese Ziele erreichen zu können, ist es wichtig, Verantwortung zu übernehmen, für betroffene Menschen im Umfeld offen zu sein, bestehende negative Einstellungen gegenüber psychisch Erkrankten zu ändern, sich und andere zu informieren, Veränderungen anzusprechen anstatt sie zu ignorieren, Hilfe anzubieten bzw. zu vermitteln, Betroffene motivieren, professionelle Hilfe aufzusuchen, Betroffene anstatt auszugrenzen zu integrieren sowie Mobbing zu verhindern (vgl. Fact Sheet o.J.: o.S.).

Zielgruppe des Vereins ganznormal.at ist die gesamte Bevölkerung der Stadt Wien, damit die öffentliche Diskussion auf einer möglichst breiten Basis stattfinden kann (vgl. Fact Sheet o.J.: o.S.). Genauso sollen aber auch direkt Betroffene und ihr betroffenes Umfeld (Familie, Freunde, etc…), Führungskräfte und BetriebsrätInnen in Unternehmen, SchuldirektorInnen und LehrerInnen an Schulen oder das Pflegepersonal in Krankenhäusern, Alters- und Pflegeheimen durch den Verein bzw. dessen Öffentlichkeitsarbeit angesprochen werden (vgl. ebd.).

7.3 Die Kampagne

2011 wollte ganznormal.at mit einer Kampagne verstärkt – über alle Kanäle und Medien - noch zusätzlich in eine öffentliche Diskussion eintreten. Der Initiator von ganznormal.at, Christian Deutsch, begründete dies damit, dass eine öffentliche Diskussion die Basis eines offenen Umgangs mit dem Thema seelische Erkrankungen ist und somit ein wichtiger Beitrag geleistet werden kann (vgl. PA vom 15.9.11: o.S.).

Das Leitmotiv von ganznormal.at - die Gleichstellung von psychischen und physischen Erkrankungen - sollte sich auch durchgängig in den von der „echokom werbeagentur“ entwickelten Kommunikationsmaßnahmen wieder finden (vgl. Info Kampagne o.J.: o.S.). Die Kampagne war auf die Kernbotschaft „Eine seelische Erkrankung ist so normal wie …“ fokussiert und sollte auf überraschende und eigenständige Art das Thema seelische Erkrankung mit allgemein bekannten und häufigen körperlichen Erkrankungen wie Grippe, Armbruch, Zahnschmerzen etc… verbinden (vgl. ebd.). Ziel der Kampagne war

unter anderem ein Klima zu schaffen, in dem sich ganz selbstverständlich über seelische Gesundheit sprechen lässt (vgl. PA vom 2.11.11: o.S.).

Ganznormal.at startete die Kampagne mit einer Plakatserie im Oktober 2011. Fortgesetzt wurde die Kampagne dann mit Anzeigen in Tages-, Wochen- und Monatsmedien und begleitet mit PR von „echo relations“ (vgl. PA vom 2.11.11: o.S.).

Insgesamt wurden fünf Plakate bzw. Inserate für die Kampagne erstellt:

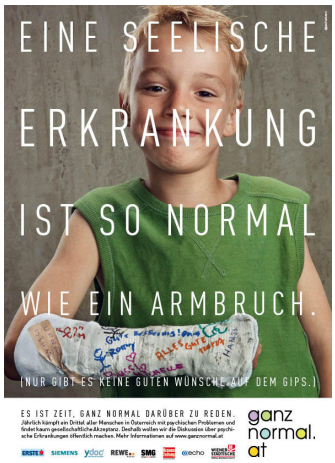

Abb. 3: Bild Armbruch (vgl. Kampagne Bild 1 o.J.)

Abb. 4: Bild Grippe (vgl. Kampagne Bild 2 o.J.)

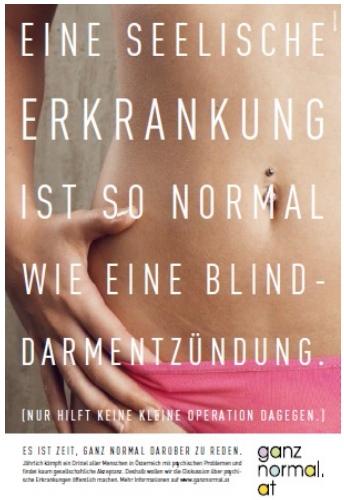

Abb. 5: Bild Blinddarmentzündung (vgl. Kampagne Bild 3 o.J.)

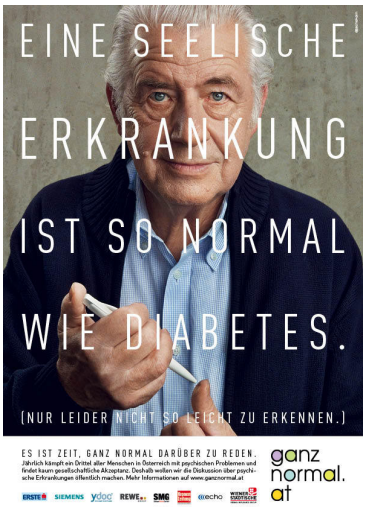

Abb. 6: Bild Diabetes (vgl. Kampagne Bild 4 o.J.)

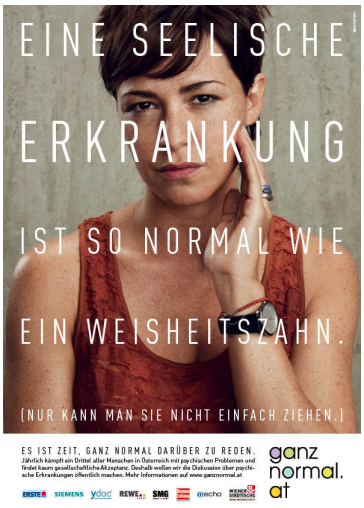

Abb. 7: Bild Weisheitszahn (vgl. Kampagne Bild 5 o.J.)

Die Anzeigen und Plakate sollten insbesondere die Normalität einer seelischen Erkrankung ansprechen und auf einen zumeist längeren Krankheitsverlauf hinweisen (vgl. PA vom 15.9.11: o.S.). Die Botschaft „Eine seelische Erkrankung ist so normal wie ein Armbruch“ wies beispielsweise auf die alltägliche Verletzungsgefahr der Seele hin (vgl. ebd.).

8 Empirische Untersuchung

8.1 Forschungsfragen & Hypothesen

Der Forschungsprozess begann zunächst mit der Formulierung forschungsleitender Fragestellungen und Hypothesen. Es ergaben sich zwei übergeordnete Forschungsfragen, die die Untersuchung im Rahmen dieser Magisterarbeit bestimmen sollten:

1. In welchem Ausmaß erfolgte die Berichterstattung innerhalb des Untersuchungszeitraums?
   a. Gab es stärkere/schwächere Monate bezüglich der Berichterstattung über ganznormal.at?
   b. Welche Medien haben in welchem Ausmaß über ganznormal.at berichtet? Ist dabei ein Trend erkennbar?
   c. Erschienen die meisten Beiträge im Gesundheits-/Medizin-Ressort? Oder kann das Ressort vermehrt gar nicht festgestellt werden?
   d. Welchen Einstieg wählen RedakteurInnen für eine Berichterstattung über den Verein?

e. Werden mit der Berichterstattung über den Verein oder die Kampagne Werte vermittelt?
f. Ist in der Berichterstattung eine Tendenz erkennbar (positiv, ausgewogen, negativ)?
g. Wie wurde die Kampagne in den Medien bewertet?
h. Kommen Bilder in der Berichterstattung vor? Wenn ja, welche?

2. Werden die Informationsleistungen des Journalismus durch PR beeinflusst?[10]
   a. In welchem Ausmaß basiert die Berichterstattung über ganznormal.at auf PR-Aktivitäten (wie Presseaussendungen oder Presseveranstaltungen) von ganznormal.at[11]?
   b. Lässt sich eine Beeinflussung durch die Öffentlichkeitsarbeit von ganznormal.at auf die Medienberichterstattung feststellen?

Weiters wurden Hypothesen formuliert, die statistisch überprüft werden sollen. Unter einer wissenschaftlichen Hypothese versteht man eine vorläufige, also nicht gesicherte, Annahme, die aus Beobachtungen und/oder logischem Schließen hervorgeht (vgl. Karall/Weikert 2010: o.S.). Eine Hypothese wird im Rahmen der Hypothesenbildung gewonnen und dient der Erklärung und Klärung bestimmter Fragen und Problemstellungen (vgl. ebd.). Folgende Hypothesen wurden aufgestellt:

H1: Wenn Beiträge aus Zeitschriften vorkommen, dann sind diese am häufigsten im Jahr 2012 erschienen.

Die im Pressespiegel erfasste Berichterstattung von ganznormal.at beginnt erst mit September 2011. Da viele Zeitschriften nur monatlich oder noch seltener erscheinen, wird angenommen, das die meisten davon erst Monate später – genauer gesagt erst mit Beginn des Jahres 2012 – über den Verein oder dessen Kampagne zu berichten begannen.

H2: Wenn Beiträge aus Printmedien im Pressespiegel erfasst sind, dann erschienen diese überwiegend im Gesundheits-/Medizinressort.

[10] Forschungsfrage 2) wurde von Claudia Riesmeyer übernommen (vgl. Riesmeyer 2007: 11).
[11] Ganznormal.at ist der Auftraggeber der PR-Aktivitäten, umgesetzt wurden diese dann von der PR-Agentur „echo relations“. Der Einfachheit halber wird hier jedoch von „PR-Aktivitäten von ganznormal.at“ gesprochen, da beispielsweise alle Presseaussendungen auf der Homepage des Vereins vorhanden sind.

Dies wird angenommen, da eine Berichterstattung über ganznormal.at thematisch am besten in das Gesundheits-/Medizinressort passen würde.

H3: Wenn in Zeitungen über ganznormal.at berichtet wurde, dann überwiegt die journalistische Darstellungsform der Meldung/Kurznachricht.

Zeitungen haben oftmals nicht genügend Platz/Ressourcen, um über ein so spezielles Themen ausführlich zu berichten. Daher wird auch angenommen, dass in dieser Mediengattung – wenn überhaupt – nur in Form von Meldungen/Kurznachrichten über den Verein oder dessen Kampagne berichtet wurde.

H4: Wenn der Verein oder die Kampagne in den Medien eine große Aufmerksamkeit erreicht hat, dann vermehrt in den Herbst- und Wintermonaten.

Angenommen wird dies deshalb, da in diesen Monaten viele Menschen von saisonal bedingten, psychischen Störungen betroffen sind – etwa 2 bis 3 Prozent der Bevölkerung Europas leiden unter „jahreszeitlich bedingten mentalen Störungen“ (vgl. Isodis Natura 2012: o.S.). 18% kämpfen mit dem „Winterblues" - der leichten Form der jahreszeitlich bedingten mentalen Störungen – weshalb Medien in diesen Monaten wahrscheinlich öfter über Erkrankungen wie Depressionen berichten (vgl. ebd.).

H5: Wenn JournalistInnen als Aufhänger für die Berichterstattung eine generelle Info verwenden, dann ist die Tendenz des gesamten Beitrags als ausgewogen zu werten.

Eine generelle Info als Einstieg wäre unter anderem die Gründung des Vereins. Daher wird angenommen, dass der dazugehörige Beitrag eher sachlich neutral gehalten und keine emotionale Tendenz festzustellen ist.

H6: Wenn die Berichterstattung über ganznormal.at auf PR-Quellen (hier: Presseaussendungen und Presseveranstaltungen) von ganznormal.at basiert, dann bestimmen diese Quellen das Timing der journalistischen Berichterstattung.

Diese Hypothese wurde in Anlehnung an Baerns (1991) formuliert. Der Zeitpunkt der Berichterstattung wäre dann PR-determiniert, wenn die Publikation von PR-Quellen möglichst zeitnah – mehrheitlich am Folgetag – stattfindet (vgl. Baerns 1991: 90).

Die Hypothesenbildung ist ein kreativer Akt des/r Forschers/in. Sie muss sich am wissenschaftlichen Forschungsprozess bewähren und darin verifizierbar oder falsifizierbar sein (vgl. Karall/Weikert 2010: o.S.). Um quantitative Hypothesen überprüfen zu können, werden Messgrößen benutzt. Eine solche Messgröße ist eine Variable. Zu den spannendsten Fragen gehört die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Variablen. Um derartige Zusammenhänge aufzudecken, gibt es verschiedene Methoden, wie z.B. die Kreuztabellen-Analyse (vgl. Ebermann 2010a: o.S.).

Unter Kreuztabellen versteht man die tabellarische Darstellung der Häufigkeiten, welche bei der Kombination der Ausprägungen von zwei oder mehr Variablen auftreten (vgl. Ebermann 2010b: o.S.). Wenn z.B. zwei Variablen vorliegen, werden die Ausprägungen der Variablen A in Spalten von links nach rechts und die Ausprägungen der Variablen B in Zeilen von oben nach unten eingetragen (vgl. ebd.). In jeder einzelnen Zelle wird sodann die spezifische Häufigkeit der jeweiligen Kombination Ausprägung der Variablen A mit Ausprägung der Variablen B vermerkt (vgl. ebd.). Die hier aufgestellten Hypothesen werden in Kapitel 9.2 ebenfalls mittels Kreuztabellen tabellarisch dargestellt und interpretiert werden. Für jede dieser Kreuztabellen wird dann auch ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Dieser ermittelt die Wahrscheinlichkeit, ob Zusammenhänge mehr als nur zufälliger Natur sind (vgl. Ebermann 2010c: o.S.). Der Chi-Quadrat-Test ist ein Test, der prüft, ob nach ihrer empirischen Verteilung zwei in einer Stichprobe erhobene Variablen voneinander unabhängig sind oder nicht. Der Test ist immer dann geeignet, wenn zwei oder mehr unabhängige Stichproben vorliegen und die abhängige Variable auf Nominalskalenniveau gemessen wurde (vgl. Janssen/Laatz 2013: 259f.). Es wird dabei ein Signifikanzniveau festgelegt, üblich sind das 5 %-Niveau (ist dieses erreicht, spricht man von einem signifikanten Ergebnis) und das 1 %-Niveau (ist dieses erreicht, spricht man von einem hoch signifikanten Ergebnis) (vgl. ebd.: 260).

8.2 Untersuchungsanlage

Zur Beantwortung der Forschungsfragen und Hypothesen wird eine klassische Medienresonanzanalyse durchgeführt. Die Medienresonanzanalyse ist laut Literatur eine Methode, die von der Inhaltsanalyse abgeleitet ist bzw. deren Grundprogramm immer auf einer Inhaltsanalyse basiert (vgl. z.B. Baerns 1995: 23; Rolke 1995: 192). Die in dieser Magisterarbeit durchgeführte Medienresonanzanalyse soll auf einer quantitativen Inhaltsanalyse[12] basieren. Als Fallbeispiel für die Untersuchung dient der bereits in

[12] Für eine ausführliche Beschreibung der empirischen Methode der Inhaltsanalyse wird z.B. auf das Standardwerk von Peter Atteslander „Methoden der empirischen Sozialforschung“ verwiesen.

Kapitel 7 beschriebene, österreichische Verein ganznormal.at bzw. dessen im Jahr 2011 gestartete Kampagne.

Untersuchungsgegenstand ist dabei die Medienberichterstattung in den Jahren 2011-2013 über den Verein bzw. dessen Kampagne. Zwar erscheint der Untersuchungszeitraum auf den ersten Blick eine sehr lange Zeitspanne zu sein, da im Pressespiegel aber insgesamt nur 93 relevante[13] Beiträge für diese Jahre erfasst sind, erschien es besser, alle diese in die Untersuchung mit einzubeziehen, da angenommen wurde, dass dadurch u.a. aussagekräftigere Ergebnisse erzielt werden können.

Laut Raupp/Vogelgesang (2009: 130) können Untersuchungseinheiten einer Medienresonanzanalyse Texte sein wie beispielsweise Artikel in Tageszeitungen, genau so jedoch auch Fernsehsendungen oder Wortbeiträge im Radio. Als Untersuchungseinheit in dieser Magisterarbeit diente der Pressespiegel[14] von der Homepage des Vereins, die Pressemitteilungen (insgesamt wurden sieben Pressemitteilungen im Untersuchungszeitraum veröffentlicht) des Vereins wurden zur Beantwortung einzelner Forschungsfragen und Hypothesen ebenfalls als Untersuchungseinheit herangezogen. Der Pressespiegel sowie die Pressemitteilungen wurden – im Auftrag von ganznormal.at – von der PR-Agentur „echo relations“ erstellt. Diese Materialen können von jedem/jeder kostenlos unter http://www.ganznormal.at/home/presse downgeloadet werden.

In diese Untersuchung werden nicht nur die Artikel aus Printmedien miteinbezogen – wie dies bei Medienresonanzanalysen häufig der Fall ist - sondern alle Clippings aus sämtlichen Mediengattungen, die in dem Pressespiegel erfasst worden sind. In diesem sind alle Berichterstattungen über den Verein oder die Kampagne aus Zeitungen/Zeitschriften (*Kronen Zeitung, Wien Live*, *Wiener Bezirksblätter,*…), von Onlinemedien bzw. -plattformen (*Kurier Online, Medianet Online, APA OTS Online*,…) oder aus Radio/Fernsehen (*Ö1, ORF2*,…) - ab der Gründung des Vereins im Jahr 2011 bis einschließlich März 2013 (Stand: 27. Mai 2013) - vollständig (transkribiert) enthalten.

[13] Angemerkt muss hier werden, dass nur Clippings in die Untersuchung miteinbezogen wurden, die einen journalistischen/medialen Beitrag darstellten (Meldung, Bericht, etc…). Im Pressespiegel wurden beispielsweise auch Inserate als ein Clipping eingeordnet (siehe u.a. Clippings in den Zeitschriften Profil oder Format) – diese wurden bei der Codierung weggelassen, da sie sich nicht nach dem aufgestellten Kategoriensystem hätten codieren lassen können.

[14] Seit seiner Erfindung durch den Comte Auguste de Chambure im Jahr 1879 hat sich der Pressespiegel als Kulturtechnik der Informationsverdichtung etabliert (vgl. Heinisch 2007: 67). Pressespiegel können entweder in Papierform (Papierpressespiegel) oder in elektronischer Form via Intranet oder E-Mail (elektronischer Pressespiegel) erstellt und verbreitet werden (vgl. VG Wort o.J.: o.S.).

Die 93 Clippings des Pressespiegels sollen nach inhaltlichen und formalen Kriterien geprüft und die daraus gewonnen Daten in Folge dessen miteinander verglichen werden.

8.3 Tätigkeiten im Vorfeld der empirischen Untersuchung

8.3.1 Erstellung des Kategoriensystems

Kernpunkt einer jeden Inhaltsanalyse ist die Bildung von Kategorien, die ihrerseits wiederum aus theoretischen Annahmen abgeleitet worden sind. Die theoriegeleitete Kategorienbildung ist daher auch der wesentlichste Kernpunkt von Inhaltsanalysen (vgl. Atteslander 2006: 189). Die Formulierung der Hypothesen und die Operationalisierung der daraus abgeleiteten Variablen wird bei der Inhaltsanalyse als die Aufstellung des Kategoriensystems bezeichnet (vgl. ebd.: 196). Für die Medienresonanzanalyse in dieser Magisterarbeit wurde ebenso vorgegangen und ein Kategoriensystem im Vorfeld der Untersuchung erstellt. Die darin enthaltenen Variablen und ihre Ausprägungen für die empirische Untersuchung wurden auf Basis der recherchierten Literatur operationalisiert. Die Beiträge des Pressespiegels wurden dann mittels dieses Kategoriensystems – Variable für Variable – codiert.

8.3.2 Operationalisierung[15]

Das Ziel einer Operationalisierung besteht in der Messbarmachung bzw. in der Schaffung der Voraussetzungen für die empirische Erhebung komplexer und/oder latenter Sachverhalte (vgl. Häder 2010: 51). An dieser Stelle soll der in Forschungsfrage 1.e) genannte Begriff „Werte“ näher operationalisiert werden, da dieser eventuell zu Unklarheiten führen könnte.

- Werte:

Werte als Ideen sind seit der Antike Thema philosophischen Nachdenkens. Mit ihnen befassten sich Philosophen wie Sokrates, Plato, Aristoteles oder Thomas von Aquin (vgl. Golonka 2009: 75). In der zweiten Hälfte des 19. Jhs. differenzierte sich die Wertphilosophie als Teilbereich der Philosophie aus, innerhalb dessen sich vor allem die kognitiven Theorien des Naturalismus und des Intuitionismus entwickelten (vgl. ebd.). Eine spezifische Wertphilosophie, die versucht, ein objektiv geltendes „Reich der Werte“ zu begründen, muss in dieser Form wohl als gescheitert betrachtet werden, die Frage

[15] Für eine ausführliche Definition des Begriffs „Operationalisierung“ wird z.B. auf das Werk von Atteslander 2006 oder auf jenes von Raupp/Vogelgesang 2009 (beide siehe Quellenverzeichnis) verwiesen.

nach dem Geltungsstatus der Werte bleibt offen (vgl. ebd.). Trotzdem gibt es Werte in der Gesellschaft, die gelten und trotz allen Wandels besteht ein weitgehend konsistentes Verständnis von grundlegenden Werten, über die sich Menschen in einer Gesellschaft in der Regel einig sind (vgl. ebd.: 75f.). Auf dem Wert- und Normverständnis der Ethik ist auch das System gesellschaftlich verpflichtender Normen aufgebaut (vgl. ebd.: 76). Als ein integraler Bestandteil der Persönlichkeit werden Werte in der psychologischen Werteforschung betrachtet: hier stehen die individuellen Werte (genauer: Werthaltungen und Wertorientierungen) im Vordergrund (vgl. ebd.).

Lautmann (1971: 105, zit.n. Grimm/Horstmeyer 2003: 21) hat anhand einer sprachanalytischen Begriffsuntersuchung der Fachliteratur, in der er 180 Wertedefinitionen fand, eine sehr gute Definition für den Begriff "Wert" herausgearbeitet. Demnach ist ein Wert

- ein Maßstab der guten Gegenstände,
- Kriterium zur Auswahl der Objekte, die angestrebt werden sollen,
- normativer Standard zur Beurteilung von Objekten sowie ein
- Kriterium für normativ gebilligte Gegenstände (vgl. ebd.).

Um in der vorliegenden Untersuchung zu erheben, ob Werte in der Berichterstattung vermittelt werden, wurde eine Variable „Wert“ formuliert – diese kann im Codebuch eingesehen werden. Der Wertekatalog aus der Studie von Grimm/Horstmeyer ("Kinderfernsehen und Wertekompetenz") wurde dabei als Bezugspunkt gewählt. Dieser Wertekatalog umfasst aus der Werteforschung adaptierte Werte und ist in sechs Felder eingeteilt:

1. Werte des sozialen Miteinanders:

Laut Grimm/Horstmeyer (2003: 24) zählen hierzu Ehrlichkeit/Wahrheit, Empathie, Freundschaft, Frieden/Harmonie/friedvoller Umgang, Fürsorglichkeit/Hilfsbereitschaft, Höflichkeit/Freundlichkeit/Nettigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Teamwork/Partizipation, Toleranz, Treue und Verzeihensbereitschaft.

2. Werte zur Stabilisierung des Gemeinwesens:

Dazu zählen Anpassungsfähigkeit, Bescheidenheit/Verzicht/Selbstlosigkeit, Gerechtigkeit/Fairness, Gleichheit, Pflichtbewusstsein, Sauberkeit, Selbstbeherrschung/Maßhaltung, Sicherheit/Geborgenheit und Verantwortung (vgl. Grimm/Horstmeyer 2003: 24).

3. Hedonistische Werte:

Laut Grimm/Horstmeyer (2003: 24) zählen dazu Abenteuer/Abwechslung/Spannung, Genuss, Humor/Spaß sowie Schönheit.

4. Selbstentfaltungswerte:

Hierzu zählen Autonomie, Emanzipation, Freiheit, Wissen, Intelligenz, Kreativität/Ideenreichtum/Spontaneität, Leistung, Mut, Selbstachtung und Selbstverwirklichung (vgl. Grimm/Horstmeyer 2003: 33).

5. Hegemoniewerte:

Laut Grimm/Horstmeyer (2003: 33) zählen hierzu Kampf/Wettbewerb, Macht/Herrschaft, Respekt/Anerkennung und Unterordnung.

6. Abstrakt-fundamentale Werte:

Zu diesem Wertefeld zählen Leben, Glück/Zufriedenheit, Familie, Gesundheit, Liebe, Besitz, Kultur, Technisches Know-How als kulturelle Errungenschaft sowie Natur (vgl. Grimm/Horstmeyer 2003: 24).

Das vollständige Kategoriensystem dieser Magisterarbeit (hier bezeichnet als „Codebuch“) inklusive der Operationalisierung aller (restlichen) Variablen befindet sich unter Kapitel 13 „Anhang“ und kann dort eingesehen werden.

8.3.3 Pretest

Wenn das Erhebungsinstrument ausgewählt und konkretisiert worden ist sollte in einem nächsten Schritt ein Pretest, d.h. eine Vor- oder Testerhebung durchgeführt werden. „Ein Pretest dient dazu, das erstellte Erhebungsinstrument auf seine Tauglichkeit hin zu testen und zu prüfen, inwieweit sich die beabsichtigten Hypothesenprüfungen durchführen lassen.“ (Atteslander 2006: 277). Bei der Durchführung und Auswertung des Pretests ist vor allem auf vier wesentliche Punkte zu achten: die Zuverlässigkeit und Gültigkeit, die Verständlichkeit von Fragen, die Eindeutigkeit der Kategorien und die konkreten Erhebungsprobleme (vgl. Atteslander 2006: 278). Für die vorliegende Magisterarbeit wurde ebenfalls ein Pretest durchgeführt, um zu überprüfen, ob die von Atteslander genannten vier Punkte auch erfüllt werden. Ausgewertet wurden dabei die Beiträge, die in den Monaten September und Oktober im Jahr 2011 erschienen sind (insgesamt: 31 Beiträge). Danach wurden einige Forschungsfragen/Hypothesen noch umformuliert bzw. manche Variablen noch genauer definiert, da diese noch etwas

oberflächlich formuliert erschienen bzw. Erhebungsprobleme auftraten. Anschließend an den Pretest wurde dann mit der vollständigen Auswertung der 93 im Pressespiegel enthaltenen Clippings begonnen.

9 Auswertung und Interpretation der Ergebnisse

In diesem Kapitel finden sich nun die Auswertung des Untersuchungsmaterials und die Interpretation der Ergebnisse zu den forschungsleitenden Fragestellungen und Hypothesen. Die Codierung der Beiträge wurde im Statistikprogramm SPSS erfasst und die Auswertungen ebenfalls mithilfe jenes Programms durchgeführt. Für eine bessere Veranschaulichung wurde hier zur Beantwortung der Forschungsfragen immer – mit Ausnahme von Forschungsfrage 1.a) - eine Grafik für das jeweilige Ergebnis erstellt. Um die Interpretationen vollständig nachvollziehen zu können, wurden dieser Arbeit auch die SPSS-Auswertungstabellen beigelegt – diese befinden sich jedoch im Anhang, da sie als störend für den Lesefluss empfunden wurden.

9.1 Darstellung der Ergebnisse zu den forschungsleitenden Fragestellungen

1. In welchem Ausmaß erfolgte die Berichterstattung innerhalb des Untersuchungszeitraums?
   a. Gab es stärkere/schwächere Monate bzgl der Berichterstattung über ganznormal.at?

	V jahrmon	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	201109	16	17,2	17,2	17,2
	201110	15	16,1	16,1	33,3
	201111	16	17,2	17,2	50,5
	201112	7	7,5	7,5	58,1
	201201	4	4,3	4,3	62,4
	201202	3	3,2	3,2	65,6
	201203	1	1,1	1,1	66,7
	201204	3	3,2	3,2	69,9
	201205	3	3,2	3,2	73,1
	201206	2	2,2	2,2	75,3
	201207	3	3,2	3,2	78,5
	201209	8	8,6	8,6	87,1
	201210	5	5,4	5,4	92,5
	201211	3	3,2	3,2	95,7
	201212	1	1,1	1,1	96,8
	201301	2	2,2	2,2	98,9
	201302	1	1,1	1,1	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Berichterstattung in den Jahren 2011, 2012 und 2013

Für eine bessere Veranschaulichung wurden die Variablen „Datum – Monat“ und „Datum – Jahr“ in eine gemeinsame Variable transformiert (Variable „jahrmon“). Beispielsweise meint „201109“ die Berichterstattung im September 2011, „201201“ die Berichterstattung im Jänner 2012 usw… Anhand der Tabelle ist ersichtlich, dass in den Monaten September (17,2%), Oktober (16,1%) und November 2011 (17,2%) die Berichterstattung über ganznormal.at besonders hoch war. Von den insgesamt 93 im Pressespiegel erfassten Medienbeiträgen wurden in diesen Monaten die meisten Beiträge veröffentlicht. Nur jeweils ein Beitrag erschien im März und Dezember 2012 sowie im Februar 2013 (gemessen an der gesamten Berichterstattung jeweils 1,1 Prozent).

b. Welche Medien haben in welchem Ausmaß über ganznormal.at berichtet? Ist dabei ein Trend erkennbar?

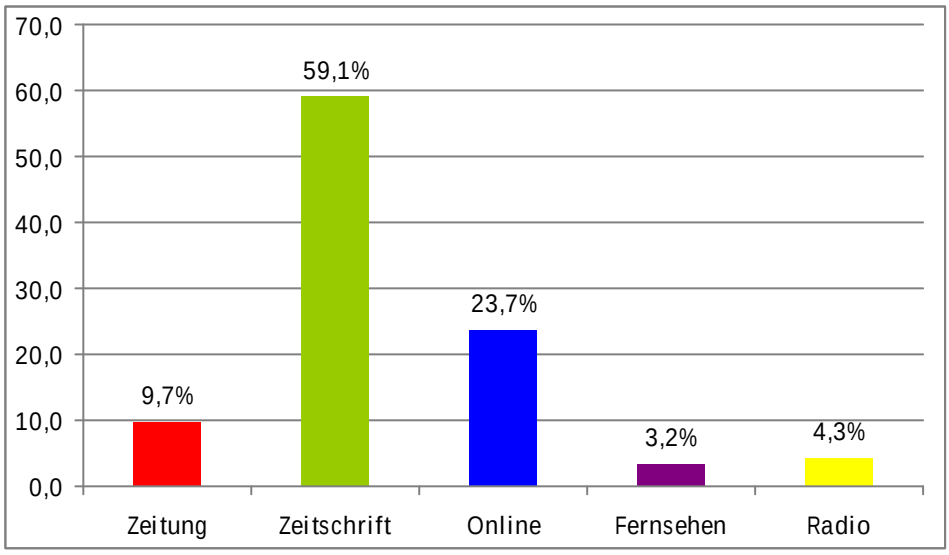

Abb. 8: Berichterstattung in den Medien über ganznormal.at

Mit 59,1 Prozent (insgesamt 55 Beiträge) wurde in den Jahren 2011-2013 am häufigsten in Zeitschriften über ganznormal.at berichtet. Am geringsten Beachtung fand der Verein im Rundfunk: die Berichterstattung im Radio betrug nur 4,3% (absolut: 4 Beiträge), im Fernsehen gar nur 3,2% (absolut: 3 Beiträge).

c. In welchem Ressort erschienen mehr Berichte: im Gesundheits-/Medizin-Ressort oder im Wissenschafts-/Forschungs-Ressort? Oder kann das Ressort vermehrt gar nicht festgestellt werden?

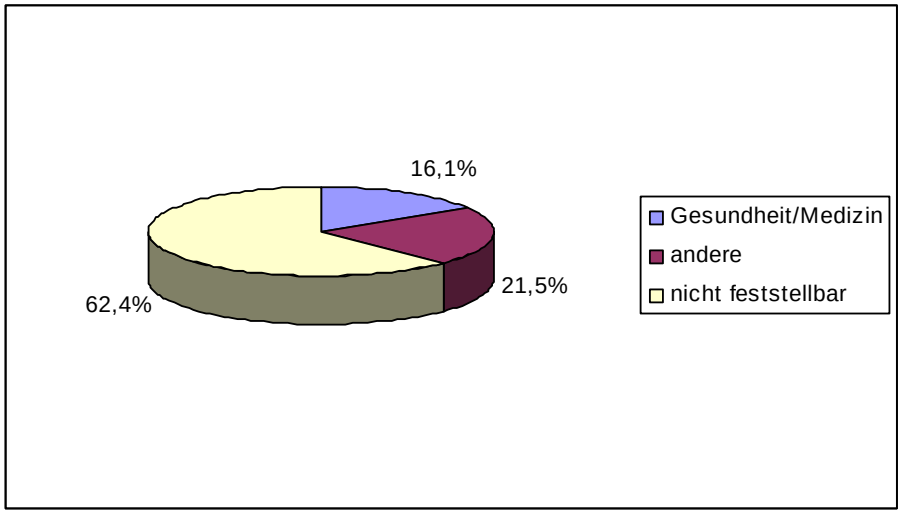

Abb. 9: Verteilung der Beiträge auf Ressorts

Für eine bessere Übersicht wurden die Variablenausprägungen „Wissenschaft/Forschung“ und „Sonstiges“ aus Variable 7 zur Variablenausprägung „andere“ zusammengefasst. Hier ist ersichtlich, dass das Ressort bei den einzelnen Clippings zumeist gar nicht festgestellt werden konnte (62,4%). Dies lässt sich wohl darauf zurückführen, dass viele der Medien, die Beiträge über ganznormal.at veröffentlicht hatten, keine klassische Ressorteinteilung haben bzw. wurde im Pressespiegel häufig nur der Text des Beitrages erfasst, jedoch nicht die ganze Seite, auf der er erschienen ist. Wenn beispielsweise ein Artikel aus einer Zeitung enthalten war, war daher auch nicht ersichtlich, auf welcher Seite bzw. in welchem Ressort der Artikel nun genau erschienen war. Eine Zuordnung zum Ressort „Gesundheit/Medizin“ war deswegen nur bei 16,1 Prozent der Beiträge (insgesamt bei 15 Beiträgen) klar ersichtlich.

d. Welchen Einstieg wählen RedakteurInnen für eine Berichterstattung über den Verein?

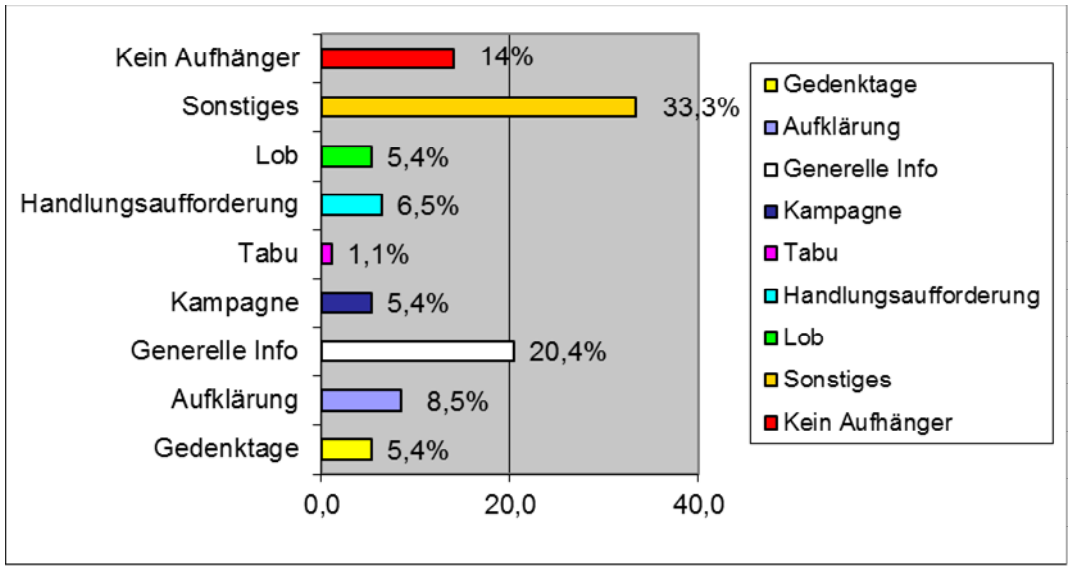

Abb. 10: Grafik Aufhänger

Überwiegend konnte kein konkreter Einstieg für die Berichterstattung codiert werden, weshalb die Variablenausprägung „Sonstiges“ mit 33,3 Prozent hier überwiegt. Am Zweithäufigsten wurde als Aufhänger für einen Beitrag eine „generelle Info“ gewählt (20,4%). Ein Tabu wurde nur ein einziges Mal als Einstieg gewählt (1,1%).

e. Werden mit der Berichterstattung über den Verein oder die Kampagne Werte vermittelt?

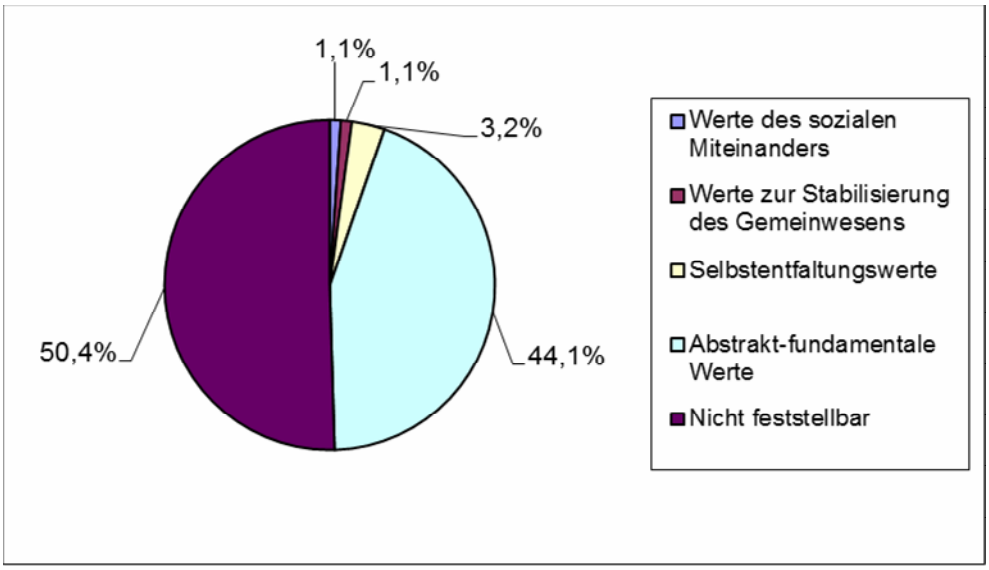

Abb. 11: Wertevermittlung in der Berichterstattung

Eine Vermittlung von Werten konnte in den 93 untersuchten Clippings vermehrt nicht festgestellt werden (50,5%, absolut: bei 47 Beiträgen). Bei 44,1 Prozent der Beiträge

konnten abstrakt-fundamentale Werte gemessen werden. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass zu diesem Wertefeld die Werte „Gesundheit“ und „Familie“ zählen und gerade diese beiden Werte/Begriffe häufig in der Berichterstattung genannt wurden. Bei 3 Beiträgen konnten Selbstentfaltungswerte gemessen werden (3,2%). Die Vermittlung von Werten des sozialen Miteinanders bzw. Werten zur Stabilisierung des Gemeinwesens wurden nur bei jeweils 1,1 Prozent der Berichterstattung codiert. Überhaupt nicht codiert werden konnten hedonistische Werte und Hegemoniewerte. Dies lässt sich möglicherweise darauf zurückführen, dass die beiden Wertefelder zur Thematik der Berichterstattung eher weniger passen bzw. sie in diesem Zusammenhang schwer vermittelt werden konnten.

f. Ist in der Berichterstattung eine Tendenz erkennbar (positiv, ausgewogen, negativ)?

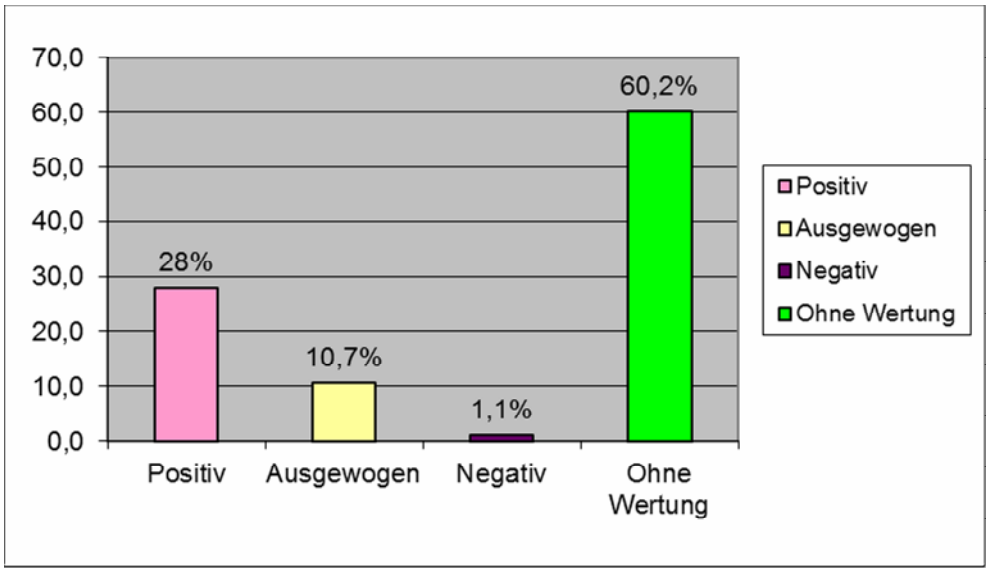

Abb. 12: Tendenz der Berichterstattung

Bei Variable 12 musste am häufigsten die Ausprägung „ohne Wertung“ codiert werden. Bei 60,2 Prozent (56 Beiträge) der Berichterstattung konnte somit keine Tendenz festgestellt werden. 28% der untersuchten Beiträge wurden als positiv codiert, 10,8% als ausgewogen und bei nur 1,1% (1 Beitrag) wurde der Inhalt der Berichterstattung als negativ empfunden.

g. Wie wurde die Kampagne in den Medien bewertet?

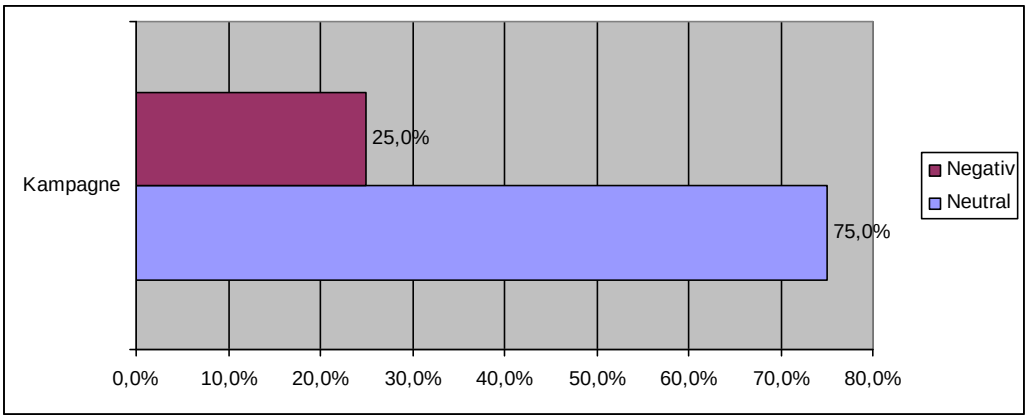

Abb. 13: Tonalität der Berichterstattung zur Kampagne

Wenn bei Variable 9 als Anlassklassifikation die Variablenausprägung „Kampagne“ codiert wurde, musste zusätzlich noch die Variable 9c „Tonalität“ beantwortet werden. In der vorliegenden Medienresonanzanalyse wurde die Ausprägung „Kampagne“ insgesamt nur vier Mal codiert. Davon wurden 75% der Tonalität (in drei Fällen) als neutral empfunden, 25% als negativ, da ein kritischer Beitrag zur Kampagne in der Berichterstattung enthalten war. Eine positive Tonalität wurde in keinem der Fälle codiert. Verwunderlich ist generell, dass insgesamt nicht öfter ein Beitrag konkret zur oder über die Kampagne erschienen ist. Worauf dies zurückzuführen ist, ist schwer nachzuvollziehen und warf zusätzliche Fragen auf: Fand die Kampagne zu wenig Anklang oder Beachtung in den Medien? Oder wurde es als uninteressant empfunden, darüber zu berichten? Welche anderen Gründe könnten ausschlaggebend dafür gewesen sein?

h. Kommen Bilder in der Berichterstattung vor? Wenn ja, welche?

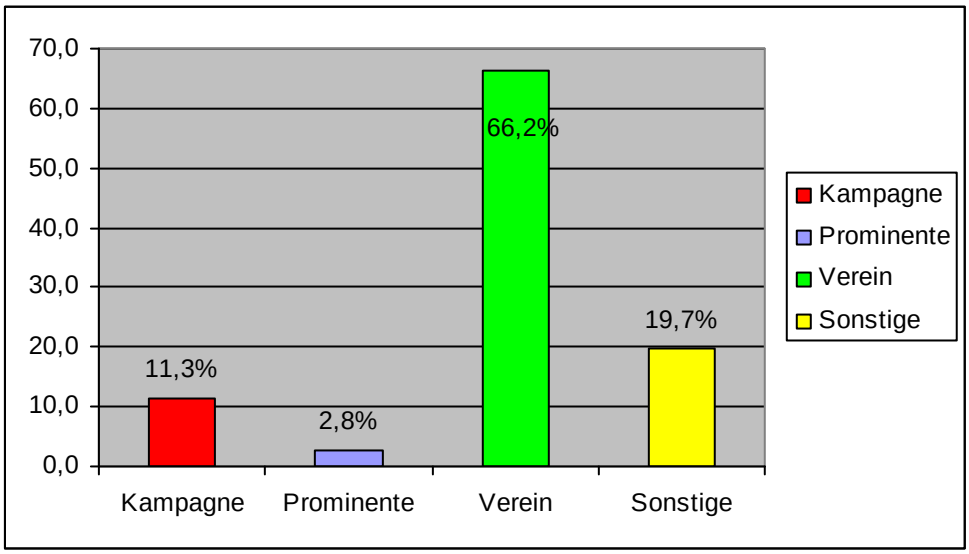

Abb. 14: Grafik Bilder in der Berichterstattung

Insgesamt kamen bei 71 Clippings Bilder vor. Am häufigsten (bei 66,2% der Beiträge inklusive Bild) waren dabei VertreterInnen bzw. UnterstützerInnen des Vereins abgebildet. Bei 19,7 Prozent der Beiträge mit Bildern wurde die Ausprägung „Sonstiges“ codiert, am geringsten waren Prominente abgebildet (2,8%). Sujets der Kampagne (die für die Kampagne erstellten Plakate bzw. Inserate) waren bei 11,3% der Fälle (in acht aus 71 Beiträgen mit Bildern) enthalten.

2. Werden die Informationsleistungen des Journalismus durch PR beeinflusst?

a. In welchem Ausmaß basiert die Berichterstattung über ganznormal.at auf PR-Aktivitäten (wie Presseaussendungen oder Presseveranstaltungen) von ganznormal.at?

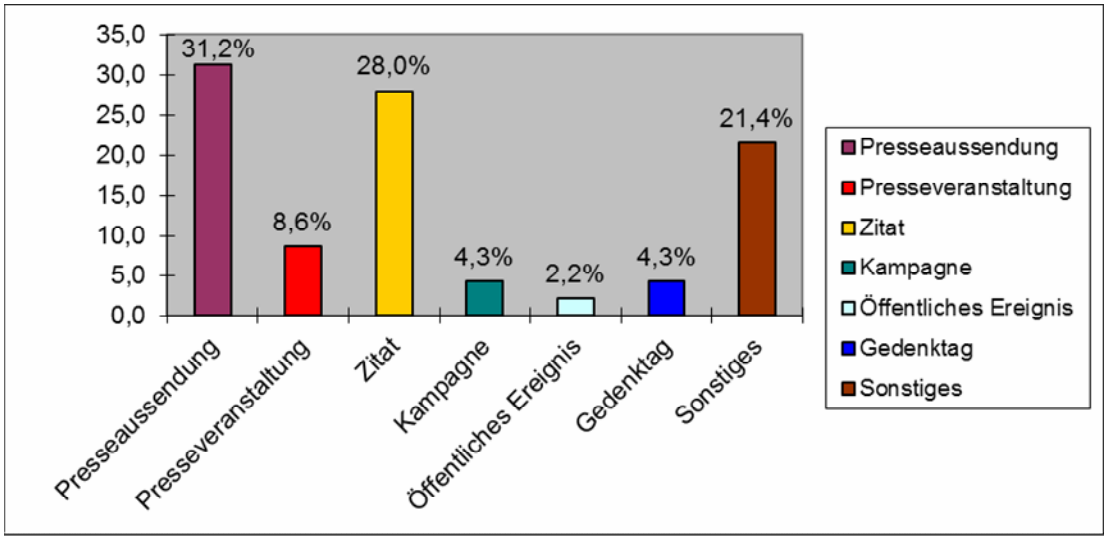

Abb. 15: Anlass für Berichterstattung im Untersuchungszeitraum

Am häufigsten war der Anlass für eine Berichterstattung eine von ganznormal.at veröffentlichte Presseaussendung (Anteil an der Gesamtberichterstattung beträgt 31,2%, insgesamt 29 Beiträge), dicht gefolgt von Zitaten von VertreterInnen, UnterstützerInnen, usw… des Vereins (28%, absolut: 26 Beiträge). Presseveranstaltungen des Vereins waren mit 8,6% eher selten Anlass für eine Berichterstattung. Ein „öffentliches Ereignis“ wurde am geringsten als Anlassklassifikation für einen Beitrag in Medien gewählt (2,2%).

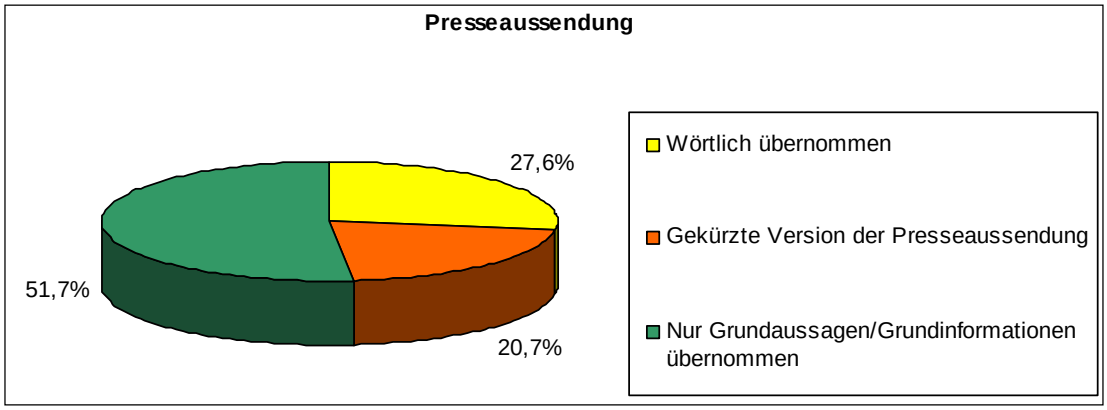

Abb. 16: Reproduktion von Presseaussendungen

Obwohl der Anlass für eine Berichterstattung über ganznormal.at am häufigsten Presseaussendungen des Vereins waren, wurden dennoch bei 51,7 Prozent dieser Beiträge (absolut: bei 15 Beiträgen) nur Grundaussagen oder Grundinformationen aus der Presseaussendung übernommen. Anzunehmen ist, dass der restliche Inhalt eines solchen Beitrags dann auf Eigenrecherchen der jeweiligen JournalistInnen basierte. Bei 27,6 Prozent (bei acht Beiträgen) wurde der Inhalt der Presseaussendung wörtlich übernommen, bei 20,7 Prozent bestand der Beitrag (insgesamt: sechs Beiträge) aus einer gekürzten Version der Presseaussendung.

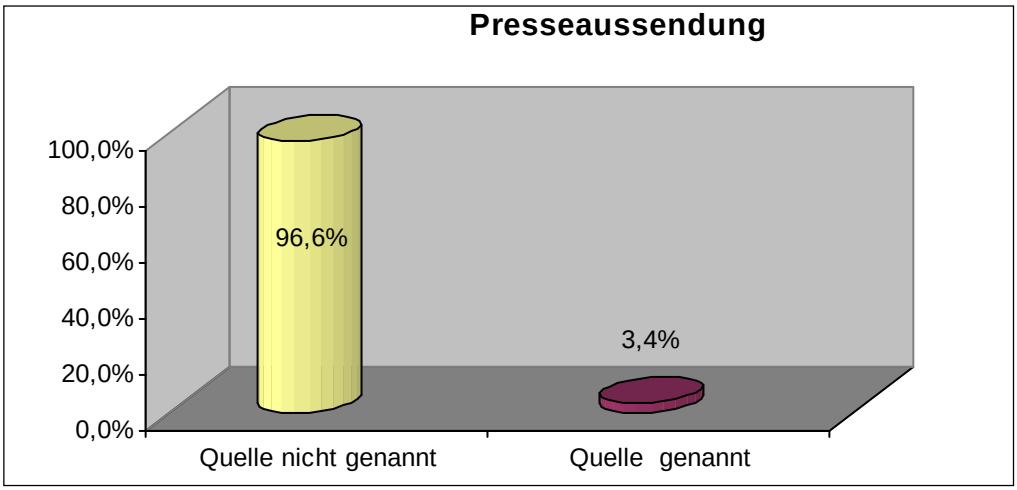

Abb. 17: Offenlegung von PR-Quellen

Bei 96,6 Prozent der Clippings, die auf einer Presseaussendung des Vereins basierten, wurde die Quelle (der Presseaussendung) nicht genannt. Nur bei einem Beitrag (3,4%) wurde die Quelle genannt.

b. Lässt sich eine Beeinflussung durch die Öffentlichkeitsarbeit von ganznormal.at auf die Medienberichterstattung feststellen?

Da die meisten Artikel bzw. Beiträge, die im Pressespiegel erfasst sind, auf Basis einer Presseaussendung beruhen, kann hier zwar schon eine gewisse Beeinflussung durch die Öffentlichkeitsarbeit festgestellt werden. Dennoch muss angemerkt werden, dass überwiegend nur Grundaussagen oder Grundinformationen aus einer solchen Presseaussendung in den Beitrag übernommen wurden. Baerns konnte beispielsweise in ihrer Studie von 1974 (vgl. Kapitel 6.2) feststellen, dass durchschnittlich 42 Prozent aller untersuchten Beiträge den Inhalt einer Presseinformationen entweder wörtlich, inhaltlich vollständig oder gekürzt wiedergeben. Dies war hier nicht der Fall. Hier könnte beispielsweise angenommen werden, dass JournalistInnen die Presseaussendungen des Vereins zwar als Basis für die Berichterstattung verwendet haben, der entstandene

Beitrag dann aber überwiegend auf journalistischer Eigenrecherche beruht hat.
Auch haben Presseveranstaltungen des Vereins die Berichterstattung grundsätzlich eher weniger beeinflusst. Der Annahme Baerns, wonach der Informationsfluss einseitig von Public Relations zum Journalismus verlaufe, kann mit diesen Ergebnissen also nicht entsprochen werden. Eher kann hier der Annahme Riesmeyers zugestimmt werden, die davon ausgeht, dass zwischen beiden Kommunikationsformen wechselseitige Anpassungshandlungen sowie Informationsanregungen stattfinden.

Daher ist es – möglicherweise auch aufgrund der nicht sehr umfangreichen Berichterstattung über ganznormal.at – eher schwer, hier eine klare Aussage zu treffen und es stellt sich die Frage, wer denn nun wen beeinflusst hat: die Öffentlichkeitsarbeit den Journalismus oder der Journalismus die Öffentlichkeitsarbeit?

9.2 Überprüfung der Hypothesen

H1: Wenn Beiträge aus Zeitschriften vorkommen, dann sind diese am häufigsten im Jahr 2012 erschienen.

Kreuztabelle			v5 Datum – Jahr			Gesamt
			2011	2012	2013	
v2 Medium	Zeitung	Anzahl	7	2	0	9
		% innerhalb von v5 Datum – Jahr	13,0%	5,6%	0,0%	9,7%
	Zeitschrift	Anzahl	30	23	2	55
		% innerhalb von v5 Datum – Jahr	55,6%	63,9%	66,7%	59,1%
	Online	Anzahl	10	11	1	22
		% innerhalb von v5 Datum – Jahr	18,5%	30,6%	33,3%	23,7%
	Fernsehen	Anzahl	3	0	0	3
		% innerhalb von v5 Datum – Jahr	5,6%	0,0%	0,0%	3,2%
	Radio	Anzahl	4	0	0	4
		% innerhalb von v5 Datum – Jahr	7,4%	0,0%	0,0%	4,3%
Gesamt		Anzahl	54	36	3	93
		% innerhalb von v5 Datum – Jahr	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 2: Verteilung der Beiträge nach Medien im Untersuchungszeitraum

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	8,309[a]	8	,404
Likelihood-Quotient	11,184	8	,192
Zusammenhang linear-mit-linear	,415	1	,519
Anzahl der gültigen Fälle	93		

Tabelle 3: Chi²-Test zu Hypothese 1

Für diese Hypothese wurden die Variablen 2 „Medium“ und 5 „Datum-Jahr“ in einer Kreuztabelle erfasst und in Zusammenhang gesetzt. Der Chi-Quadrat-Test zeigt, dass mit einem Wert von p= 0,404 kein signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Variablen Medium und Datum-Jahr besteht. Anhand der Tabelle ist ersichtlich, dass der Anteil an Beiträgen aus Zeitschriften im Jahr 2012 63,9 Prozent beträgt. Im Vergleich dazu war der Zeitschriftenanteil im Jahr 2013 mit 66,7 Prozent geringfügig höher. Somit kann diese Hypothese falsifiziert werden.

H2: Wenn Beiträge aus Printmedien im Pressespiegel erfasst sind, dann erschienen diese überwiegend im Gesundheits-/Medizinressort.

Kreuztabelle			vMedien_neu		Gesamt
			Printmedien	elektronische Medien	
vRessort_neu	Gesundheit/Medizin	Anzahl	4	11	15
		%	6,3%	37,9%	16,1%
	andere	Anzahl	15	5	20
		%	23,4%	17,3%	21,5%
	nicht feststellbar	Anzahl	45	13	58
		%	70,3%	44,8%	62,4%
Gesamt		Anzahl	64	29	93
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 4: Kreuztabelle Medien – Ressort

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	14,854[a]	2	,001
Likelihood-Quotient	13,809	2	,001
Zusammenhang linear-mit-linear	13,227	1	,000
Anzahl der gültigen Fälle	93		

Tabelle 5: Chi²-Test zu Hypothese 2

Hierfür wurde eine neue Variable formuliert („Medien_neu“). Dabei wurden die Variablenausprägungen „Zeitung“ und „Zeitschrift“ aus der Variable 5 „Medium“ zur Ausprägung „Printmedien“ zusammengefasst, die Ausprägungen „Online“, „Radio“ und „Fernsehen“ als neue Ausprägung „elektronische Medien“. Somit enthält also die Variable Medien_neu die zwei Variablenausprägungen Printmedien und elektronische Medien. Weiters wurde die Variable „Ressort_neu“ formuliert. Für eine bessere tabellarische Darstellung wurden die beiden Ausprägungen „Wissenschaft/Forschung“ und „Sonstige“ aus der Variable „Ressort“ zur Ausprägung „andere“ zusammengefasst, die beiden anderen Ausprägungen „Gesundheit/Medizin“ und „nicht feststellbar“ wurden wie bei der Variable Ressort beibehalten. Die Variable „Ressort_neu“ enthält somit drei Variablenausprägungen: „Gesundheit/Medizin“, „andere“ und „nicht feststellbar“.
Diese beiden neu formulierten Variablen wurden dann in einer Kreuztabelle in Zusammenhang gesetzt.

Der Chi-Quadrat-Test zeigt mit einem Wert von p=0,001 ein hoch signifikantes Ergebnis. Dies bedeutet, dass tatsächlich ein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen Medien_neu und Ressort_neu besteht.

Die Tabelle zeigt, dass bei den elektronischen Medien mit 44,8 Prozent die Zuordnung zur Ausprägung „nicht feststellbar“ überwiegt, jedoch konnten zumindest 37,9 Prozent der Beiträge aus elektronischen Medien dem Gesundheits-/Medizin-Ressort zugewiesen werden. Das Ressort bei Beiträgen aus Printmedien konnte mit 70,3 Prozent am häufigsten nicht festgestellt werden. 23,4 Prozent dieser Beiträge fallen unter die Ausprägung „andere“, nur 6,3 Prozent der Printmedien-Beiträge konnten dem Ressort „Gesundheit/Medizin“ zugeordnet werden. Aufgrund dieses Ergebnisses muss Hypothese 2 falsifiziert werden.

H3: Wenn in Zeitungen über ganznormal.at berichtet wurde, dann überwiegt die journalistische Darstellungsform der Meldung/Kurznachricht.

Kreuztabelle v2 Medium * v6 Genre|Darstellungsform			Kurznachricht/ Meldung	Bericht	Interview	Meinungsbeiträge /Kommentare/Glossen von JournalistInnen des jeweiligen Mediums	Sonstige	Gesamt
	Zeitung	Anzahl	5	3	1	0	0	9
		% innerhalb von v2 Medium	55,6%	33,3%	11,1%	0,0%	0,0%	100,0 %
	Zeitschrift	Anzahl	21	23	4	2	5	55
		% innerhalb von v2 Medium	38,2%	41,8%	7,3%	3,6%	9,1%	100,0 %
	Online	Anzahl	5	17	0	0	0	22
		% innerhalb von v2 Medium	22,7%	77,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0 %
	Fernsehen	Anzahl	2	1	0	0	0	3
		% innerhalb von v2 Medium	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0 %
	Radio	Anzahl	2	2	0	0	0	4
		% innerhalb von v2 Medium	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0 %
Gesamt		Anzahl	35	46	5	2	5	93
		% innerhalb von v2 Medium	37,6%	49,5%	5,4%	2,2%	5,4%	100,0 %

Tabelle 6: Verhältnis Mediengattungen zu journalistischer Darstellungsform

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	14,941[a]	16	,529
Likelihood-Quotient	18,436	16	,299
Zusammenhang linear-mit-linear	1,629	1	,202
Anzahl der gültigen Fälle	93		

Tabelle 7: Chi²-Test zu Hypothese 3

Hierfür wurde eine Kreuztabelle mit den Variablen 2 „Medium“ und 6 „Genre/Darstellungsform“ erstellt. Das Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests zeigte keinen signifikanten Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen (p=0,529). Aus der Tabelle ist u.a. ersichtlich, dass mit 66,7 Prozent Kurznachrichten/Meldungen im Fernsehen innerhalb von V2 Medium als journalistische Darstellungsform am bedeutendsten waren. Mit 55,6 Prozent überwiegen Meldungen/Kurznachrichten als

journalistische Darstellungsform in Zeitungen. Zum Beispiel konnte bei Beiträgen aus Zeitungen nie (bei null Prozent) die journalistische Darstellungsform des Meinungsbeitrages/Kommentars festgestellt werden. Die aufgestellt Hypothese kann anhand der Interpretation der Kreuztabelle an dieser Stelle bestätigt werden.

H4: Wenn der Verein oder die Kampagne in den Medien eine große Aufmerksamkeit erreicht hat, dann vermehrt in den Herbst- und Wintermonaten.

Kreuztabelle			v Jahreszeit		Gesamt
			Frühjahr/Sommer	Herbst/Winter	
v2 Medium	Zeitung	Anzahl	1	8	9
		%	1,1%	8,6%	9,7%
	Zeitschrift	Anzahl	10	45	55
		%	10,8%	48,4%	59,1%
	Online	Anzahl	1	21	22
		%	1,1%	22,6%	23,7%
	Fernsehen	Anzahl	0	3	3
		%	0,0%	3,2%	3,2%
	Radio	Anzahl	0	4	4
		%	0,0%	4,3%	4,3%
Gesamt		Anzahl	12	81	93
		%	12,9%	87,1%	100,0%

Tabelle 8: Berichterstattung nach Jahreszeiten

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3,794[a]	4	,435
Likelihood-Quotient	4,955	4	,292
Zusammenhang linear-mit-linear	2,051	1	,152
Anzahl der gültigen Fälle	93		

Tabelle 9: Chi²-Test zu Hypothese 4

Für eine bessere Veranschaulichung wurde eine neue Variable erstellt („V Jahreszeit“). Hierbei wurden die Variablenausprägungen 3-8 (März-August) aus der Variable „Datum-Monat“ zur Ausprägung „Frühling/Sommer“ transformiert, die Ausprägungen 9-2 (September-Februar) zu „Herbst/Winter“. Die Variable „Jahreszeit“ besteht somit also aus den zwei Ausprägungen Frühling/Sommer bzw. Herbst/Winter.

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson weist mit einem Ergebnis von 0,435 keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den Variablen Medium und Jahreszeit auf. Die Kreuztabelle zeigt jedoch, dass – gemessen an der gesamten Berichterstattung - mit insgesamt 87,1 Prozent die Berichterstattung in den Herbst- und Wintermonaten sehr viel höher/umfassender war als jene im Frühling bzw. Sommer (nur 12,9%). Innerhalb der einzelnen Mediengattungen erschienen im Herbst/Winter die meisten Beiträge zu ganznormal.at in Zeitschriften (48,4 Prozent), die wenigsten im Fernsehen (3,2 Prozent). Hypothese 4 kann somit verifiziert werden.

H5: Wenn JournalistInnen als Aufhänger für die Berichterstattung eine generelle Info verwenden, dann ist die Tendenz des gesamten Beitrags als ausgewogen zu werten.

Kreuztabelle v8 Aufhänger * v12 Tendenz			Tendenz				Gesamt
			Positiv	Ausgewogen	Negativ	Ohne Wertung	
Aufhänger	Gedenktage	Anzahl	0	0	0	5	5
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Aufklärung	Anzahl	3	2	0	3	8
		%	37,5%	25,0%	0,0%	37,5%	100,0%
	Generelle Info	Anzahl	7	2	0	10	19
		%	36,8%	10,5%	0,0%	52,6%	100,0%
	Kampagne	Anzahl	0	0	0	5	5
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Tabu	Anzahl	1	0	0	0	1
		%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Handlungsaufforderung	Anzahl	5	0	0	1	6
		%	83,3%	0,0%	0,0%	16,7%	100,0%
	Lob	Anzahl	1	0	0	4	5
		%	20,0%	0,0%	0,0%	80,0%	100,0%
	Sonstiges	Anzahl	8	4	0	19	31
		%	25,8%	12,9%	0,0%	61,3%	100,0%
	Kein Aufhänger	Anzahl	1	2	1	9	13
		%	7,7%	15,4%	7,7%	69,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	26	10	1	56	93
		%	28,0%	10,8%	1,1%	60,2%	100,0%

Tabelle 10: Kreuztabelle Aufhänger zu Tendenz der Berichterstattung

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	31,022[a]	24	,153
Likelihood-Quotient	32,181	24	,123
Zusammenhang linear-mit-linear	,278	1	,598
Anzahl der gültigen Fälle	93		

Tabelle 11: Chi²-Test zu Hypothese 5

Hier wurde eine Kreuztabelle mit den Variablen „Aufhänger“ und „Tendenz“ erstellt. Das Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests weist mit einem Wert von 0,153 keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den beiden Variablen auf. Aus der Kreuztabelle ist ersichtlich, dass bei insgesamt 19 aus 93 Beiträgen eine „generelle Info“ als Einstieg codiert wurde. Dabei wurde bei 36,8 Prozent der dazugehörige Beitrag mit einer positiven Tendenz bewertet, als ausgewogen wurden nur zwei Beiträge (10,5%), die eine generelle Info als Aufhänger hatten, gewertet. Hypothese 5 muss somit falsifiziert werden.

H6: Wenn die Berichterstattung über ganznormal.at auf PR-Quellen (hier: Presseaussendungen und Presseveranstaltungen) von ganznormal.at basiert, dann bestimmen diese Quellen das Timing der journalistischen Berichterstattung.

Kreuztabelle v9 Anlassklassifikation * v10 Umschlagszeit für standardisierte Quellen (Öffentlichkeitsarbeit)		v 10			
		weniger als 1 Tag	1 Tag	3 oder mehr Tage	Gesamt
v9 Presseaussendung	Anzahl	5	5	19	29
	%	13,5%	13,5%	51,4%	78,4%
Presseveranstaltung	Anzahl	0	4	4	8
	%	0,0%	10,8%	10,8%	21,6%
Gesamt	Anzahl	5	9	23	37
	%	13,5%	24,3%	62,2%	100,0%

Tabelle 12: Umschlagszeit für Quellen der Öffentlichkeitsarbeit

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	4,388[a]	2	,111
Likelihood-Quotient	5,015	2	,081
Zusammenhang linear-mit-linear	,083	1	,773
Anzahl der gültigen Fälle	37		

Tabelle 13: Chi²-Test zu Hypothese 6

Für die Kreuztabelle wurden die Variablen 9 „Anlassklassifikation“ und 10 „Umschlagszeit für standardisierte Quellen (Öffentlichkeitsarbeit)“ in Bezug gesetzt. Der Chi-Quadrat-Test weist mit p=0,111 keinen signifikanten Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen aus.

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass 37 Beiträge von den insgesamt 93 untersuchten bzw. codierten Clippings auf standardisierten Quellen beruhten. Die Umschlagszeit für Berichte, die auf Presseaussendungen basierten, betrug am häufigsten drei oder mehr Tage (51,4 Prozent).

War eine Presseveranstaltung von ganznormal.at der Anlass für eine Berichterstattung (insgesamt war dies bei acht Beiträgen der Fall), betrug die Umschlagszeit bei vier Beiträgen (10,8 Prozent) einen Tag und bei den restlichen vier Beiträgen 3 oder mehr Tage (ebenfalls 10,8%). Am häufigsten betrug mit 62,2 Prozent die Umschlagszeit für standardisierte Quellen überwiegend drei oder mehr Tage.

Die in Anlehnung an Barbara Baerns formulierte Hypothese 6 kann in dieser Untersuchung somit nicht bestätigt werden, die Public Relations bestimmten hier nicht das Timing der journalistischen Berichterstattung.

10 Fazit und Ausblick

An dieser Stelle sollen noch einmal die wichtigsten Aussagen aus den diversen Literaturquellen und die Ergebnisse der empirischen Untersuchung dieser Magisterarbeit zusammengefasst und ein Ausblick für die Zukunft gegeben werden.

Die Gesundheitskommunikation ist ein zentrales Element der Gesundheitsvorsorge und des Gesundheitswesens, die prinzipiell jegliche Kommunikation über Gesundheit und Krankheit umfasst und überwiegend zur Aufklärung, Gesundheitsförderung sowie Prävention initiiert wird (vgl. Rossmann/Ziegler 2013: 385). Sie bezieht sich jedoch nicht nur auf die Kommunikation über Gesundheit, vielmehr sind auf dem Kontinuum der verschiedenen Zustände von Gesundheit und Krankheit alle Themen mit eingeschlossen, wobei der Fokus allerdings häufig auf bestimmten Krankheitsbildern liegt (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 15). Die Gesundheitskommunikation kann motivieren sowie Verhaltensänderungen, Wissenszuwachs und Empowerment bewirken und hat genauso Einfluss darauf, wie Menschen Krankheiten bzw. Krankheitsrisiken wahrnehmen und einschätzen (vgl. Schiavo 2007: 8ff., zit.n. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 20).

Der klassische Kanal für die Gesundheitskommunikation sind sehr häufig die Massenmedien. Diese setzen Nachrichten aus dem Gesundheitsbereich auf die öffentliche Agenda, sensibilisieren für die Relevanz der Themen und können das Problembewusstsein der Bevölkerung schärfen (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011: 149). Auch informieren sich in der heutigen Zeit Menschen zunehmend im Internet über Gesundheitsthemen. Gerade bei der Primärprävention können Massenmedien eine wichtige Rolle spielen. Sie können ein großes, heterogenes Publikum ansprechen, wodurch bestimmte Informationen über Medizin und Gesundheit viele EmpfängerInnen erreichen können (vgl. Dernbach 2010: 160).

Im Rahmen von Prävention, Gesundheitsförderung oder durch Gesundheitskampagnen können dann auch bestimmte Zielgruppen angesprochen und so die Aufmerksamkeit auf ein bestimmtes Thema gelenkt werden. Gerade die Gesundheitskommunikation zu psychischen Erkrankungen bedarf gezielter Maßnahmen, um zunehmend mehr Menschen auf solche Erkrankungen aufmerksam zu machen und eine Antistigmatisierung dersolchen zu bewirken. Den meisten Menschen dürfte bewusst

sein, dass die psychische Gesundheit eine wichtige Voraussetzung für eine hohe Lebensqualität bzw. eine hohe Leistungsfähigkeit ist (vgl. Kurth 2012: 987). Dennoch nehmen psychische Erkrankungen in den vergangenen Jahren stetig zu. Bedingt durch die steigenden Anforderungen in der heutigen Arbeitswelt, Leistungsdruck oder Mobbing können seelische Krankheiten entstehen und oftmals dazu führen, dass Betroffene ihre Arbeit nicht mehr ausüben können (vgl. Schneider/Falkai/Maier 2012: 10). Zahlreiche Studien zeigen auf, dass auch immer mehr junge Menschen von diesen Erkrankungen betroffen sind und dadurch in ihrem Job oder ihrer Ausbildung beeinträchtigt werden. Auch finden sich in den Medien noch immer sehr häufig stigmatisierende Berichterstattungen über Menschen mit psychischen Erkrankungen, unter anderem werden Betroffene oftmals als besonders gewalttätig dargestellt, was jedoch überwiegend nicht der Wahrheit entspricht (vgl. Rüsch et al. 2004: 9).

In diesem Zusammenhang sind Aufklärungs- und Antistigmatisierungsarbeit zu seelischen Erkrankungen enorm wichtig, um bestehende Tabus und Stigmas in der Gesellschaft abzubauen und einen öffentlichen Diskurs hinsichtlich dieser Erkrankungen anzuregen. Positive Beispiele hierfür sind die WHO, die im Jahr 2001 das „Jahr der seelischen Gesundheit“ ausgerufen hat um auf die Belastungen psychischer Erkrankungen von Betroffenen hinzuweisen und darüber aufzuklären oder internationale Interessensgruppen wie die „National Alliance of Mentally Ill“, die sich gegen eine Stigmatisierung psychisch Erkrankter engagieren. Ein österreichischer Verein, der sich ebenfalls diesen Themen widmet sowie einen Beitrag zur Förderung der öffentlichen Diskussion über seelische Gesundheit leisten will, ist ganznormal.at. Dieser wurde als Fallbeispiel für die vorliegende Magisterarbeit ausgewählt, um mittels einer klassischen Medienresonanzanalyse die Berichterstattung, die über den Verein erfolgte, näher zu untersuchen.

Die Darstellung und Interpretation der forschungsleitenden Fragestellungen konnte zunächst einmal aufzeigen, dass besonders im Jahr 2011 sehr oft über ganznormal.at berichtet wurde. Dies lässt sich wohl darauf zurückführen, dass der Verein erst im August dieses Jahres gegründet und dessen Kampagne im darauf folgenden Oktober gestartet wurde und diese Anlässe somit einen Neuheits- bzw. Aktualitätswert für die Berichterstattung darstellten. Schade ist, dass die Berichterstattung über ganznormal.at im Laufe der Zeit immer mehr abgenommen hat. Verschiedene Gründe könnte es dafür geben, beispielsweise könnte der Verein zu wenig PR-Arbeit geleistet (u.a. zu wenige Presseaussendungen veröffentlicht oder zu wenige PR-Veranstaltungen gemacht haben) und in einem weiteren Schritt daher zu wenig Aufmerksamkeit auf sich gezogen

haben. Erstaunlich war vor allem, dass die Kampagne des Vereins kaum Beachtung in der Berichterstattung fand – insgesamt beschäftigten sich nur vier Beiträge mit dieser. In Österreich gibt es kaum bis gar keine Kampagnen, die sich mit psychischen Erkrankungen beschäftigen und daher war es auch schwer nachzuvollziehen, warum dann eine solche Kampagne, die hierzulande doch einen Seltenheitswert genießt, so wenig Aufmerksamkeit durch die Medien erfahren hat. Zudem wurde überwiegend eine neutrale Tonalität in der Berichterstattung über die Kampagne festgestellt, eine positive Wertung der Kampagne konnte erst gar nicht erhoben werden. Auch wurden die Sujets der Kampagne kaum (nur bei 11,3 Prozent der Beiträge mit Bildern) in den Medien abgebildet. Dies ist ebenfalls nicht nachvollziehbar, da die Anzeigen bzw. Plakate aus der Kampagne als sehr ansprechend empfunden wurden und durch deren Abbildung in Zeitungen, Zeitschriften oder in Online-Medien bedeutend mehr Aufmerksamkeit für die Kampagne erzielt werden hätte können.

Die empirische Untersuchung konnte außerdem aufzeigen, dass ganznormal.at am häufigsten (59,1%) in Zeitschriften Beachtung fand, aus diesem Medium also die meisten Beiträge aus dem Pressespiegel stammten. Wenig Aufmerksamkeit wurde dem Verein im Rundfunk (Fernsehen und Radio) zuteil, nur sieben Beiträge aus diesen Medien waren hier im Pressespiegel enthalten. Entgegen der Annahme, dass die meisten Printbeiträge wohl im Gesundheits-/Medizinressort erschienen sind, konnte durch die empirische Untersuchung ermittelt werden, dass vermehrt (bei 70,3 Prozent dieser Beiträge) erst gar kein Ressort festgestellt werden konnte. Die Annahme, wonach eine erhöhte Berichterstattung vor allem in Herbst- und Wintermonaten stattfand, da in diesen Monaten viele Menschen von saisonal bedingten, psychischen Störungen betroffen sind, konnte durch die empirische Untersuchung bestätigt werden. Eine konkrete Vermittlung von Werten in der Berichterstattung über den Verein konnte überwiegend (bei 50,5 Prozent der Beiträge) nicht festgestellt werden. Insgesamt betrachtet wurde die Berichterstattung als sehr sachlich empfunden, den meisten Beiträgen (60,2%) konnte keine konkrete Wertungstendenz (positiv, ausgewogen oder neutral) zugewiesen werden.

Medienresonanzanalysen dienen nicht nur dazu, Häufigkeiten von Beiträgen, der Übernahme von Kernbotschaften im Zeitverlauf nach Medientypen oder um Meinungstendenzen, die sich im untersuchten Material spiegeln, zu ermitteln (vgl. Femers/Klewes 1995: 117). Sie werden in der Kommunikationswissenschaft oftmals auch dafür eingesetzt, um das Zusammenspiel von Quellen und journalistischem Output empirisch-analytisch zu untersuchen und dazu die Medienberichterstattung mit

konkreten PR-Maßnahmen des Auftraggebers/der Auftraggeberin zu vergleichen, um Abdruckquoten und Bearbeitungsweisen der eigenen Public-Relations-Informationen zu ermitteln (vgl. ebd.). Dadurch wird unter anderem der Frage nachgegangen, welchen Einfluss Öffentlichkeitsarbeit auf das Mediensystem ausübt. Mit der empirischen Untersuchung konnte in dieser Magisterarbeit erhoben werden, dass Presseaussendungen von ganznormal.at am häufigsten als Anlass für eine Berichterstattung dienten (31,2 Prozent). Überwiegend (bei 51,7 Prozent) wurden jedoch nur Grundaussagen bzw. Grundinformationen aus einer solchen Presseaussendung in den Beitrag übernommen. Dies entspricht also nicht dem Ergebnis vieler anderer Medienresonanzanalysen (beispielsweise Baerns' Studie von 1974), wonach Medienbeiträge sehr häufig den Inhalt einer Presseaussendung entweder wörtlich, inhaltlich vollständig oder gekürzt wiedergeben. Dies führte bei dieser Untersuchung unter anderem zu der Annahme, dass JournalistInnen die Presseaussendungen des Vereins zwar als Basis für die Berichterstattung verwendet haben, der entstandene Beitrag dann aber überwiegend auf journalistischer Eigenrecherche beruht haben dürfte.

Nach der empirischen Untersuchung bleibt dennoch die Frage offen, wer denn nun wen beeinflusst hat: die Öffentlichkeitsarbeit den Journalismus oder der Journalismus die Öffentlichkeitsarbeit? Es wurde hier als sehr schwer bzw. unmöglich empfunden, eine klare Aussage zu treffen. Wie man diese Frage beantworten könnte, wäre für zukünftige, ähnliche Untersuchungen, vielleicht ein interessanter Ansatzpunkt. Im Nachhinein betrachtet wäre eventuell auch eine intensivere Zusammenarbeit mit VertreterInnen des Vereins von Vorteil bzw. ein ergänzender Forschungsansatz gewesen (beispielsweise indem man mit diesen vor Beginn der Medienresonanzanalyse ExpertInneninterviews geführt hätte), um herauszufinden, ob sie mit ihren PR-Aktivitäten eine bestimmte Form der Medienberichterstattung erzielen wollten oder ob sie selbst aktive Pressearbeit betrieben haben, um eine vermehrte Berichterstattung zu erreichen (z.B. wäre es spannend zu erfahren, ob ganznormal.at ein bestimmtes Medium favorisiert hat, in dem eine Berichterstattung stattfinden sollte und dieses dann gezielt kontaktiert hat oder ob der Verein sich gewünscht hätte, dass intensiv über seine Kampagne berichtet wird und wenn ja, in welcher Form hätte eine solche Berichterstattung aussehen bzw. durch welche PR-Aktivitäten erreicht werden sollen?).

Für die Zukunft bleibt zu hoffen, dass ganznormal.at sich auch weiterhin intensiv der Aufklärung über psychische Erkrankungen widmet und versucht, das öffentliche Bewusstsein für diese Krankheiten stetig zu erweitern um weiterhin in den Medien präsent zu bleiben und nicht in Vergessenheit zu geraten. Auch wäre es wünschenswert,

dass sich noch mehr Vereine oder Organisationen in Österreich der Antistigmatisierungs- und Aufklärungsarbeit von seelischen Erkrankungen widmen, um bestehende Vorurteile und Tabus, die in der Gesellschaft gegenüber solchen Krankheiten nach wie vor bestehen, Schritt für Schritt abzubauen. Denn aufgrund der hohen Anforderungen in der heutigen Arbeitswelt, veränderter Lebensbedingungen usw… kann angenommen werden, dass psychische Gesundheitsprobleme auch zukünftig immer weiter zunehmen werden. Es müssen daher Mittel und Wege gesucht werden, die Aufmerksamkeit von wichtigen politischen EntscheidungsträgerInnen stärker auf das Stigma psychisch Kranker zu lenken, beispielsweise indem nationale Antidiskriminierungsgesetze verabschiedet werden (vgl. Gaebel/Möller/Rössler 2005: 289f.) oder damit sichergestellt wird, dass alle psychisch kranken Menschen eine angemessene und vor allem leistbare Gesundheitsvorsorge erhalten, um gesunde und vollwertige Mitglieder ihrer Gesellschaft sein zu können (vgl. NPCE 2012: o.S.).

11 Quellenverzeichnis

Monographien und Beiträge in Sammelwerken:

Atteslander, Peter (2006): Methoden der empirischen Sozialforschung. 11., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag GmbH & Co.

Baerns, Barbara (1991): Öffentlichkeitsarbeit oder Journalismus? Zum Einfluss im Mediensystem. Köln: Verlag Wissenschaft und Politik Berend von Nottbeck.

Baerns, Barbara (1995): „Es läuft auch so!“ – Zu offenen Fragen der Transparenz, Kontrolle und Bewertung in der Öffentlichkeitsarbeit. In: Baerns, Barbara (Hg.): PR-Erfolgskontrolle. Messen und Bewerten in der Öffentlichkeitsarbeit. Verfahren, Strategien, Beispiele. Frankfurt am Main: Institut für Medienentwicklung und Kommunikation GmbH in der Verlagsgruppe Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH, S. 9-30.

Bentele, Günter / Liebert, Tobias / Seeling, Stefan (1997): Von der Determination zur Intereffikation. Ein integriertes Modell zum Verhältnis von Public Relations und Journalismus. In: Bentele, Günter (Hg.): Aktuelle Entstehung von Öffentlichkeit. Akteure-Strukturen-Veränderungen. Konstanz: UVK, S. 225-250.

Bentele, Günter (1999): Parasitentum oder Symbiose? Das Intereffikationsmodell in der Diskussion. In: Rolke, Lothar / Wolff, Volker (Hg.): Wie die Medien die Wirklichkeit steuern und selber gesteuert werden. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 177-193.

Bentele, Günter / Nothhaft, Howard (2004): Das Intereffikationsmodell. Theoretische Weiterentwicklung, empirische Konkretisierung und Desiderate. In: Altmeppen, Klaus-Dieter / Röttger, Ulrike / Bentele, Günter (Hg.): Schwierige Verhältnisse. Interdependenzen zwischen Journalismus und PR. Wiesbaden: VS, S. 71-116.

Bentele, Günter / Brosius, Hans-Bernd / Jarren, Otfried (2013): Lexikon Kommunikations- und Medienwissenschaft. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

Bieth, Tina (2012): Das Verhältnis von Journalismus und Public Relations. In: Bieth, Tina (Hg.): NGOs und Medien. Eine empirische Studie zum Verhältnis von Public Relations und Journalismus. Wiesbaden: VS, S. 123-150.

Bonfadelli, Heinz (2004): Medienwirkungsforschung II. Anwendungen in Politik, Wirtschaft und Kultur. 2., überarbeitete Auflage. Konstanz: UVK.

Bonfadelli, Heinz / Friemel, Thomas N. (2010): Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen. 2., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Konstanz: UVK.

Bottlender, Ronald / Möller, Hans-Jürgen (2005): Psychische Störungen und ihre sozialen Folgen. In: Gaebel, Wolfgang / Möller, Hans-Jürgen / Rössler, Wulf (Hg.): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 7-17.

Breyer-Mayländer, Thomas (2009): Aktives Wertemanagement. Basis der Unternehmenskommunikation. Renningen: Expert Verlag.

Burkart, Roland (2002): Kommunikationswissenschaft: Grundlagen und Problemfelder. Umrisse einer interdisziplinären Sozialwissenschaft. 4., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wien, Köln, Weimar: Böhlau.

Busse, Reinhard / Schlette, Sophia (2005): Gesundheitspolitik in Industrieländern. Ausgabe 4. Im Blickpunkt: Zugang, Primärversorgung, Organisationsreform. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Busse, Reinhard / Schlette, Sophia (2007): Gesundheitspolitik in Industrieländer. Ausgabe 7/8. Im Blickpunkt: Prävention, Gesundheit im Alter, neue Berufe für neue Bedarfe. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Castells, Manuel (2001): Der Aufstieg der Netzwerkgesellschaft. Teil 1 der Trilogie „Das Informationszeitalter“. Opladen : Leske + Budrich.

Christa, Harald (2010): Grundlagen. In: Christa, Harald (Hg.): Grundwissen Sozio-Marketing. Konzeptionelle und strategische Grundlagen für soziale Organisationen. Wiesbaden: VS, S. 14-35.

Dernbach, Beatrice (2010): Die Vielfalt des Fachjournalismus. Eine systematische Einführung. Wiesbaden: VS.

Dorer, Johanna / Lojka, Klaus (1996): Öffentlichkeitsarbeit. Theoretische Ansätze, empirische Befunde und Berufspraxis der Public Relations. Wien: Wilhelm Braumüller Universitäts-Verlagsbuchhandlung GesmbH.

Faulstich, Werner (2001): Grundwissen Öffentlichkeitsarbeit. München: Fink.

Femers, Susanne / Klewes, Joachim (1995): Medienresonanzanalysen als Evaluationsinstrument der Öffentlichkeitsarbeit. In: Baerns, Barbara (Hg.): PR-Erfolgskontrolle. Messen und Bewerten in der Öffentlichkeitsarbeit. Verfahren, Strategien, Beispiele. Frankfurt am Main: Institut für Medienentwicklung und Kommunikation GmbH in der Verlagsgruppe Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH, S. 115-134.

Fromm, Bettina / Baumann, Eva / Lampert, Claudia (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Gaebel, Wolfgang / Möller, Hans-Jürgen / Rössler, Wulf (2005): Synopsis. In: Gaebel, Wolfgang / Möller, Hans-Jürgen / Rössler, Wulf (Hg.): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 286-290.

Gahrmann, Christian (2012): Strategisches Fundraising. Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Thorsten Raabe. Wiesbaden: Springer Gabler.

Glik, Deborah C. (2001): Gesundheitsjournalismus – Grundlage der professionellen Massenkommunikation. In: Hurrelmann, Klaus / Leppin, Anja (Hg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Verlag Hans Huber, S. 169-182.

Golonka, Joanna (2009): Werbung und Werte. Mittel ihrer Versprachlichung im Deutschen und im Polnischen. Wiesbaden: VS.

Göpfert, Winfried (2001): Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsaufklärung über Massenmedien. In: Hurrelmann, Klaus / Leppin Anja (Hg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Verlag Hans Huber, S. 131-141.

Grimm, Petra / Horstmeyer, Sandra (2003): Kinderfernsehen und Wertekompetenz. Schriftenreihe Medienethik, Band 3. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.

Grossenbacher, René (1996): Hat die „vierte Gewalt“ ausgedient? Zur Beziehung zwischen Public Relations und Medien. In: Dorer, Johanna /Lojka, Klaus (1996): Öffentlichkeitsarbeit. Theoretische Ansätze, empirische Befunde und Berufspraxis der Public Relations. Wien: Wilhelm Braumüller Universitäts-Verlagsbuchhandlung GesmbH, S. 42-49.

Häder, Michael (2010): Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS.

Heinisch, Christian (2007): Medienanalyse – Methodik und Wertschöpfung der kontinuierlichen Klassifizierung und inhaltlichen Bewertung von Artikeln. In: Wägenbaur, Thomas (Hg.): Medienanalyse. Methoden, Ergebnisse, Grenzen. Baden-Baden: Nomos, S. 67-82.

Hoffjann, Olaf (2007): Journalismus und Public Relations. Ein Theorieentwurf der Intersystembeziehungen in sozialen Konflikten. 2., erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS.

Hohensohn, Heidi (1998): Patientenorientiertes Pharmamarketing. Kommunikation und Entscheidungsverhalten am Markt für verschreibungspflichtige Medikamente. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verlag.

Hurrelmann, Klaus (2000): Gesundheitssoziologie. Weinheim: Juventa.

Hurrelmann, Klaus / Leppin, Anja (2001): Moderne Gesundheitskommunikation – eine Einführung. In: Hurrelmann, Klaus / Leppin Anja (Hg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Verlag Hans Huber, S. 9-21.

Janssen, Jürgen / Laatz, Wilfried (2013): Statistische Datenanalyse mit SPSS. Eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul Exakte Tests. Berlin, Heidelberg: Springer Gabler.

Kerr, Jacqueline / Weitkunat, Rolf / Moretti, Manuel (2007): ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung. München: Urban & Fischer bei Elsevier.

Koszyk, Kurt (1992): Zur Geschichte der Pressefreiheit in Deutschland. Als die Ethik zum Maulkorb der Medien wurde. In: Haller, Michael / Holzhey, Helmut (Hg.): Medien-Ethik: Beschreibungen, Analysen, Konzepte für den deutschsprachigen Journalismus. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 76-86.

Kotler, Philip / Eduardo, Roberto (1991): Social Marketing. Düsseldorf, New York, Wien: Econ Verlag.

Koziol, Klaus / Pförtsch, Waldemar / Heil, Steffen / Albrecht, Kathrin (2006): Social Marketing. Erfolgreiche Marketingkonzepte für Non-Profit-Organisationen. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Kreddig, Nina / Karimi, Zohra (2013): Psychologie für Pflege- und Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Springer VS.

Kreyher, Volker J. (2001): Gesundheits- und Medizinmarketing. Grundzüge und Strategien. In: Kreyher, Volker J. (Hg.): Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren. Heidelberg: R. v. Decker's Verlag, S. 1-52.

Krzeminski, Michael / Neck, Clemens (1994): Praxis des Social Marketing. Erfolgreiche Kommunikation für öffentliche Einrichtungen, Vereine, Kirchen und Unternehmen. Frankfurt am Main: Verlagsgruppe Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH.

Maas, Jens / Nazemi, Tobias (1995): Computergestützte Dokumentation und Evaluation. In: Baerns, Barbara (Hg.): PR-Erfolgskontrolle. Messen und Bewerten in der Öffentlichkeitsarbeit. Verfahren, Strategien, Beispiele. Frankfurt am Main: Institut für Medienentwicklung und Kommunikation GmbH in der Verlagsgruppe Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH, S. 135-146.

Mai, Robert / Schwarz, Uta / Hoffmann, Stefan (2012): Gesundheitsmarketing: Schnittstelle von Marketing, Gesundheitsökonomie und Gesundheitspsychologie. In: Hoffmann, Stefan / Schwarz, Uta / Mai, Robert (Hg.): Angewandtes Gesundheitsmarketing. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 3-14.

Meißel, Theodor (2005): Psychiatrische Praxis im Spannungsfeld von Ausgrenzungen und Vereinnahmungen. In Meißel, Theodor (Hg.): Zur Einbürgerung der psychisch Kranken. Linz: edition pro mente, S. 15-24.

Mernyi, Willi (2007): Kampagnen und Aktionen erfolgreich organisieren. Mit relevanten rechtlichen Bestimmungen und Tipps. 2., aktualisierte Auflage. Wien: Verlag des ÖGB GmbH.

Müller-Rörich, Thomas / Hass, Kirsten / Margue, Françoise / Broek, Annekäthi van den / Wagner, Rita (2013): Schattendasein. Das unverstandene Leiden Depression. 2., überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.

Noack, R. Horst (1999): Public Health an der Schwelle zum 21. Jahrhundert. Tradition, Modernisierung, Herausforderung und Vision. In: Polak, Gerhard (Hg.): Das Handbuch Public Health. Theorie und Praxis. Die wichtigsten Public-Health-Ausbildungsstätten. Wien: Springer, S. 8-36.

Penz, Holger (2008): Gemeindebezogene Gesundheitsförderung. Eine Fallstudie zu etablierten Konzepten in der landesweiten Umsetzung. Wiesbaden: VS.

Pott, Elisabeth (2009): Social Marketing und Kampagnen in der Prävention und Gesundheitsaufklärung. In: Roski, Reinhold (Hg.): Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder. Wiesbaden: VS, S. 199-217.

Raupp, Juliana / Vogelgesang, Jens (2009): Medienresonanzanalyse. Einführung in Theorie und Praxis. Wiesbaden: VS.

Riesmeyer, Claudia (2007): Wie unabhängig ist Journalismus? Zur Konkretisierung der Determinationsthese. Konstanz: UVK.

Rolke, Lothar (1995): Kennziffern für erfolgreiche Medienarbeit – Zum Messen und Bewerten von PR-Wirkungen. In: Baerns, Barbara (Hg.): PR-Erfolgskontrolle. Messen und Bewerten in der Öffentlichkeitsarbeit. Verfahren, Strategien, Beispiele. Frankfurt am Main: Institut für Medienentwicklung und Kommunikation GmbH in der Verlagsgruppe Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH, S. 173-198.

Ronneberger, Franz (1996): Legitimation durch Information. Ein kommunikationstheoretischer Ansatz zur Theorie der PR. In: Dorer, Johanna / Lojka, Klaus (Hg.): Öffentlichkeitsarbeit. Theoretische Ansätze, empirische Befunde und Berufspraxis der Public Relations. Wien: Wilhelm Braumüller Universitäts-Verlagsbuchhandlung GesmbH, S. 8-19.

Roschker, Nicole Susann (2013): Psychische Gesundheit als Tabuthema in der Arbeitswelt. Analyse der DAX 30 und Leitfaden für die Unternehmensberichterstattung. Wiesbaden: Springer Gabler.

Rosenbrock, Rolf / Michel, Claus (2007): Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin: MWV.

Rossmann, Constanze / Ziegler, Lena (2013): Gesundheitskommunikation: Medienwirkungen im Gesundheitsbereich. In: Schweiger, Wolfgang / Fahr, Andreas (Hg.): Handbuch Medienwirkungsforschung. Wiesbaden: Springer VS, S. 385-400.

Röben, Bärbel (2013): Medienethik und die „Anderen“. Multiperspektivität als neue Schlüsselkompetenz. Wiesbaden: Springer VS.

Rutz, Wolfgang (2005): Seelische Gesundheit, Stigma und Ausgrenzung aus europäischer Perspektive. Die Destigmatisierungs-Programme der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: Gaebel, Wolfgang / Möller, Hans-Jürgen / Rössler, Wulf (Hg.): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 219-223.

Saxer, Ulrich (1987): Der gesellschaftliche Ort der Massenkommunikation. In: Haas, Hannes (Hg.): Mediensysteme. Struktur und Organisation der Massenmedien in den deutschsprachigen Demokratien. Wien: Wilhelm Braumüller Universitäts-Verlagsbuchhandlung GesmbH, S. 8-20.

Schnabel, Peter-Ernst / Bödeker, Malte (2012): Gesundheitskommunikation. Mehr als das Reden über die Krankheit. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Schneider, Frank / Falkai, Peter / Maier, Wolfgang (2012): Psychiatrie 2020 plus. Perspektiven, Chancen und Herausforderungen. 2., aktualisierte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Schwarzer, Ralf (1996): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen [u.a.] : Hogrefe Verlag für Psychologie.

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.

Szyszka, Peter / Schmitz, Harriet (2006): PR-Arbeit und Fachmedien – Theoretische Ansätze und Modelle. In: Bentele, Günter / Deutscher Fachjournalisten-Verband (Hg.): PR für Fachmedien. Professionell kommunizieren mit Experten. Konstanz: UVK, S. 59-86.

Trepte, Sabine / Reinecke, Leonard / Bruns, Catharina (2008): Psychologie in den Medien. In: Batinic, Bernard / Appel, Markus (Hg.): Medienpsychologie. Mit 135 Abbildungen und 60 Tabellen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 555-581.

Waldherr, Annie (2008): Gatekeeper, Diskursproduzenten und Agenda-Setter. Akteursrollen von Massenmedien in Innovationsprozessen. In: Pfetsch, Barbara / Adam, Silke (Hg.): Massenmedien als politische Akteure. Konzepte und Analysen. Wiesbaden: VS, S. 171-195.

Weischenberg, Siegfried (2004): Journalistik. Medienkommunikation: Theorie und Praxis. Band 1: Mediensysteme – Medienethik – Medieninstitutionen. Wiesbaden: VS.

Weischenberg, Siegfried / Malik, Maja / Scholl, Armin (2006): Die Souffleure der Mediengesellschaft. Report über die Journalisten in Deutschland. Konstanz: UVK.

Welker, Martin (2001): Determinanten der Internet-Nutzung. Eine explorative Anwendung der Theorie des geplanten Verhaltens zur Erklärung der Medienwahl. München: Fischer.

Zäske, Harald / Baumann, Anja / Gaebel, Wolfgang (2005): Das Bild des psychisch Kranken und psychiatrische Behandlung in der Bevölkerung. In: Gaebel, Wolfgang / Möller, Hans-Jürgen / Rössler, Wulf (Hg.): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 56-82.

Zeitschriften:

Crié, Dominique / Chebat, Jean-Charles (2013): Health marketing. Toward an integrative perspective. In: Journal of Business Research, 66. Jg., H. 1, S. 123–126.

Eikenberry, Angela M. / Drapal-Kluver, Jodie (2004): The Marketization of the Nonprofit Sector: Civil Society at risk? In: Public Administration Review, 64. Jg., H. 2, S. 132-140.

Helmchen, Hanfried (2013): Anmerkungen zur Sprache des Psychiaters und Stigmatisierung psychisch Kranker. In: Der Nervenarzt, 84. Jg., H. 3, S. 334-339.

Kern, Simone / Reichmann, Heinz / Ziemssen, Tjalf (2008): Therapieadhärenz in der neurologischen Praxis. In: Der Nervenarzt, 79. Jg., H. 8, S. 877-890.

Kotler, Philip / Zaltman, Gerald (1971): Social Marketing. An Approach to Planned Social Change. In: The Journal of Marketing, 35. Jg., H. 3, S. 3-12.

Kurth, Baerbel-Maria (2012): Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 55. Jg., H. 8, S. 980-990.

Langford, Rebecca / Panter-Brick, Catherine (2013): A health equity critique of social marketing. Where interventions have impact but insufficient reach. In: Social science & medicine, 83. Jg., H. nicht angegeben, S. 133-141.

Loss, Julika / Nagel, Eckhard (2009): Probleme und ethische Herausforderungen bei der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskommunikation. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 52. Jg., H. 5, S. 502-511.

Mitteilung DGPPN (2012): Mitteilungen der DGPPN 3/2012. In: Der Nervenarzt, 83. Jg., H. 3, S. 403-414.

Rossmann, Constanze / Brosius, Hans-Bernd (2013): Die Risiken der Risikokommunikation und die Rolle der Massenmedien. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 56. Jg., H. 1, S. 118-123.

Rössler, Wulf (2003): Wie definiert sich Qualität in der psychiatrischen Versorgung? In: Der Nervenarzt, 74. Jg., H. 7, S. 552-560.

Saxena, Shekhar / Funk, Michelle / Chisholm, Dan (2013): World Health Assembly adopts Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020. In: The Lancet, 381. Jg., H. 9882, S. 1970–1971.

Schneider, Wolfgang (2006): Gesundheitsverhalten und präventive Interventionen. In: Psychotherapeut, 51. Jg., H. 6, S. 421-432.

Schwarz, Uta (2004): Gesundheit in der Mediengesellschaft. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 47. Jg., H. 10, S. 927-933.

Stremersch, Stefan (2008): Health and marketing. The emergence of a new field of research. In: International Journal of Research in Marketing, 25. Jg., H. 4, S. 229–233.

Sydow, Kirsten von / Weber, Anna / Reimer, Christian (1998): „Psychos" in den Medien. Eine Inhaltsanalyse der Titelbilder von acht deutschen Zeitschriften aus dem Zeitraum von 1947 bis 1995. In: Psychotherapeut, 43. Jg., H. 2, S. 80-91.

Sydow, Kirsten von (2007): Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Öffentlichkeit. Ein systematischer Forschungsüberblick. In: Psychotherapeut, 52. Jg., H. 5, S. 322-333.

Wahl, Otto F. / Kaye, Arthur Lincoln (1992): Mental Illness Topics in Popular Periodicals. In: Community Mental Health Journal, 28. Jg., H. 1, S. 21-28.

Weisbrod, Burton A. (2004): The Pitfalls of Profits. In: Stanford Social Innovation Review, 2. Jg., H. 3, S. 40-47.

Weischenberg, Siegfried / Malik, Maja / Scholl, Armin (2006): Journalismus in Deutschland 2005. Zentrale Befunde der aktuellen Repräsentativbefragung deutscher Journalisten. In: Media Perspektiven, 36. Jg., H. 7, S. 346-361.

Wittchen, Hans-Ulrich et al. (2011): ECNP/EBC Report 2011. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. In: European Neuropsychopharmacology, 21. Jg., H. 9, S. 655–679.

Wymer, Walter (2010): Rethinking the boundaries of social marketing: Activism or advertising? In: Journal of Business Research, 63. Jg., H. 2, S. 99–103.

Online-Quellen:

Aufgaben BMG (o.J.), online unter http://www.bmgf.gv.at/home/Ministerium_Minister/Aufgaben_des_Bundesministeriums_fuer_Gesundheit (25.09.2013).

Blöbaum, Bernd / Görke, Alexander / Wied, Kristina (2004): Quellen des Wissenschaftsjournalismus. Ergebnisse einer Befragung und Inhaltsanalyse. Online unter: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-784D028E-4B7D0336/bst/Studie_Quellen_des_Wijo_2004.pdf (25.09.2013).

BMWF (2012): Materialien zur sozialen Lage der Studierenden 2012, online unter https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.parlament.gv.at%2FPAKT%2FVHG%2FXXIV%2FIII%2FIII_00355%2Fimfname_269748.pdf&ei=QBgRUvg2xdWzBsH0gPAB&usg=AFQjCNF2Vr3QUPmERuioeERoyDNPm97h3g&bvm=bv.50768961,d.Yms (25.09.2013).

BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2013): Politik für psychisch kranke Menschen. Handlungsbedarf in der nächsten Legislaturperiode. Online unter https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bptk.de%2Fuploads%2Fmedia%2F20130524_bptk-standpunkt_politik-fuer-psychisch-kranke-menschen.pdf&ei=8-01Uu30B4bMtAam_oHICg&usg=AFQjCNHSvDrqfU4_JlVTwRZ_QOwHZ0LWAw&bvm=bv.52164340,d.Yms (25.09.2013).

Der Standard (2012): Die Lebensstil- und Ernährungs-Risiken der Jugend. Online unter http://derstandard.at/1334796024446/Generation-Facebook-Die-Lebensstil--und-Ernaehrungs-Risiken-der-Jugend (25.09.2013).

Duden (o.J.): „Teletext“, online unter http://www.duden.de/rechtschreibung/Teletext (25.09.2013).

Ebermann, Erwin (2010a): Grundlagen statistischer Auswertungsverfahren. 3.5 Der Zusammenhang zwischen Variablen. Online unter http://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/quantitative/quantitative-90.html (25.09.2013).

Ebermann, Erwin (2010b): Grundlagen statistischer Auswertungsverfahren. 3.5.2 Kreuztabellen-Analyse. Online unter http://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/quantitative/quantitative-92.html (25.09.2013).

Ebermann, Erwin (2010c): Grundlagen statistischer Auswertungsverfahren. 3.5.2.1.1 Überprüfung von Zusammenhängen mit dem Chi-Quadrat-Test. Online unter http://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/quantitative/quantitative-94.html (25.09.2013).

Finzen, Asmus (2000): Die Psychiatrie, die psychisch Kranken und die öffentliche Meinung. Beobachtungen zu einer gestörten Kommunikation. Online unter http://www.forensik-herne.de/html/literatur/finza00a.html (25.09.2013).

Gabler Wirtschaftslexikon (o.J.): „ICNPO“, online unter http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/7447/international-classification-of-nonprofit-organizations-icnpo-v8.html (25.09.2013).

Ganznormal.at: (www.ganznormal.at)

- Der Verein (o.J.), online unter http://www.ganznormal.at/home/verein (25.09.2013).

- Fact Sheet (o.J.), online unter http://www.ganznormal.at/media/file/34_ganznormal_factsheet.pdf (25.09.2013).
- Info Folder (o.J.), online unter http://www.ganznormal.at/media/file/1_ganznormal_folder_screen.pdf (25.09.2013).
- Info Kampagne (o.J.), online unter http://www.ganznormal.at/home/kampagne (25.09.2013).
- Kampagne Bild 1 (o.J.), online unter http://www.ganznormal.at/media/image/original/118.jpg (25.09.2013).
- Kampagne Bild 2 (o.J.), online unter http://www.ganznormal.at/media/image/original/119.jpg (25.09.2013).
- Kampagne Bild 3 (o.J.), online unter http://www.ganznormal.at/media/file/2_ganznormal_inserat_blinddarm_screen.pdf (25.09.2013).
- Kampagne Bild 4 (o.J.), online unter http://www.ganznormal.at/media/image/original/117.jpg (25.09.2013).
- Kampagne Bild 5 (o.J.), online unter http://www.ganznormal.at/media/image/original/120.jpg (25.09.2013).
- Mission Statement (o.J.), online unter http://www.ganznormal.at/home/mission-statement (25.09.2013).
- PA (Presseaussendung) vom 15.9.11, online unter http://www.ganznormal.at/media/file/10_PA_ganznormal_final.pdf (25.09.2013).
- PA (Presseaussendung) vom 2.11.11, online unter http://www.ganznormal.at/media/file/21_PA_ganznormal_Plakat.pdf (25.09.2013).
- PA (Presseaussendung) vom 18.6.12, online unter http://www.ganznormal.at/media/file/41_PA_vom_18.06.2012_Partnertreffen_pro_mente.pdf (25.09.2013).
- PA (Presseaussendung) vom 10.10.12, online unter http://www.ganznormal.at/media/file/45_PA_ganznormal_10.10.2012.pdf (25.09.2013).
- Partner (o.J.), online unter http://www.ganznormal.at/home/partner (25.09.2013).
- Personenkomitee (o.J.), online unter http://www.ganznormal.at/home/personenkomitee (25.09.2013).
- Soforthilfe (o.J), online unter http://www.ganznormal.at/home/soforthilfe (25.09.2013).

Isodis Natura (2012): “Saisonale Depression“, online unter: http://www.isodisnatura.de/saisonale-depression.html (25.09.2013).

Karall, Peter H. / Weikert, Aurelia (2010): Das verfassen wissenschaftlicher Arbeiten. Formulierung einer Hypothese. Online unter http://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/schreiben/schreiben-9.html (25.09.2013).

Leitbild FGÖ (o.J.), online unter http://www.fgoe.org/der-fonds/organisation/leitbild (25.09.2013).

NPCE (2012): Psychotherapie europaweit stärker nutzen. Experten beklagen einseitige pharmakologische Versorgung. Online unter http://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/tagungen/Tagung-Psychotherapie-Europe-2012.pdf (25.09.2013).

Ottawa Charta (1986), online unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (25.09.2013).

ÖPH (Österreichische Gesellschaft für Public Health) (o.J.), online unter http://www.oeph.at/index.php/public-health-in-oesterreich/public-health-faq (25.09.2013).

Rüsch, Nicolas / Berger, Mathias / Finzen, Asmus / Angermeyer, Matthias C. (2004): Das Stigma psychischer Erkrankungen. Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In: Berger, Mathias (Hg.): Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie, elektronisches Zusatzkapitel Stigma. Online unter http://www.berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/ergaenzung_ruesch.pdf (25.09.2013).

Schneider, Ulrike / Hagleitner, Joachim (2005): Knowledge Discovery in Databases am Beispiel des österreichischen Nonprofit Sektors. Online unter https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.wu.ac.at%2Fsozialpolitik%2Fpub%2Ffbn1_05&ei=Fxn5Uc3IFYbRsgbyyoDYCQ&usg=AFQjCNEAtFohqKbq46zkaQecxgPxcX5pTw&bvm=bv.49967636,d.Yms (25.09.2013).

Studierenden Sozialerhebung (2011): „Über uns“, online unter http://ww2.sozialerhebung.at/Ueber_uns/ (25.09.2013).

SV-SGKK-Studie (2011): Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Projekt psychische Gesundheit. Abschlussbericht, online unter http://www.hauptverband.at/mediaDB/948928_Bericht_160611-Endfassung.pdf (25.09.2013).

TK (Techniker Krankenkasse) (2012): Studieren geht an die Nerven – jede fünfte Pille gegen psychische Störungen. Online unter http://www.tk.de/tk/pressemitteilungen/archiv-vorjahr/gesundheit-und-service/488598 (25.09.2013).

Universität Hamburg (o.J.) a): Ökonomische Analyse des Gesellschaftsrechts. Ökonomische Theorie der Unternehmungen. Non-Profits von Professor Dr. Michael Adams. Online unter http://www.wiso.uni-hamburg.de/fileadmin/bwl/rechtderwirtschaft/institut/Materialien/OEAR/Hansmann__Non Profits__Kapitel_12-14_01.pdf (25.09.2013).

Universität Hamburg (o.J.) b): Wirtschafts- und Unternehmensrecht Teil IV: Ökonomische Theorie der Unternehmungen. Eine Analyse wirtschaftlicher Organisationsformen von Professor Dr. Michael Adams. Online unter http://www.wiso.uni-hamburg.de/fileadmin/bwl/rechtderwirtschaft/institut/Materialien/Recht2/Hansmann.pdf (25.09.2013).

Universität Leipzig (2013): Psychische Erkrankungen sind Zivilisationskrankheiten. Internationaler Epidemiologie-Kongress in Leipzig. Online unter http://www.zv.uni-leipzig.de/service/presse/pressemeldungen.html?ifab_modus=detail&ifab_id=4987 (25.09.2013).

Universität Zürich (2006): Management Summary: Konzeption und Einsatz von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Theoretische Modelle und empirische Befunde aus der kommunikationswissenschaftlichen Forschung. Online unter http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00617/index.html?download=M3wBPgDB/8ull6Du36WenojQ1NTTjaXZngWfVpzLhmfhnapmmc7Zi6rZnqCkkIV7fXt9bKbXrZ6lhuDZz8mMps2gpKfo (25.09.2013).

VG Wort (o.J.): „Pressespiegel“, online unter http://www.vgwort.de/index.php?id=151 (25.09.2013).

12 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Bausteine der Gesundheit und ihre Beeinflussbarkeit…… 10
Abb. 2: Bereiche und AkteurInnen im Medizin- und Gesundheitsjournalismus…… 27
Abb. 3: Bild Armbruch…… 103
Abb. 4: Bild Grippe…… 103
Abb. 5: Bild Blinddarmentzündung…… 103
Abb. 6: Bild Diabetes…… 104
Abb. 7: Bild Weisheitszahn…… 104
Abb. 8: Berichterstattung in den Medien über ganznormal.at…… 113
Abb. 9: Verteilung der Beiträge auf Ressorts…… 114
Abb. 10: Grafik Aufhänger…… 115
Abb. 11: Wertevermittlung in der Berichterstattung…… 115
Abb. 12: Tendenz der Berichterstattung…… 116
Abb. 13: Tonalität der Berichterstattung zur Kampagne…… 117
Abb. 14: Grafik Bilder in der Berichterstattung…… 117
Abb. 15: Anlass für Berichterstattung im Untersuchungszeitraum…… 119
Abb. 16: Reproduktion von Presseaussendungen…… 119
Abb. 17: Offenlegung von PR-Quellen…… 120

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Berichterstattung
in den Jahren 2011, 2012 und 2013…… 112
Tabelle 2: Verteilung der Beiträge nach Medien im Untersuchungszeitraum…… 121
Tabelle 3: Chi²-Test zu Hypothese 1…… 122
Tabelle 4: Kreuztabelle Medien – Ressort…… 122
Tabelle 5: Chi²-Test zu Hypothese 2…… 123
Tabelle 6: Verhältnis Mediengattungen zu journalistischer Darstellungsform…… 124
Tabelle 7: Chi²-Test zu Hypothese 3…… 124
Tabelle 8: Berichterstattung nach Jahreszeiten…… 125
Tabelle 9: Chi²-Test zu Hypothese 4…… 125
Tabelle 10: Kreuztabelle Aufhänger zu Tendenz der Berichterstattung…… 126
Tabelle 11: Chi²-Test zu Hypothese 5…… 127
Tabelle 12: Umschlagszeit für Quellen der Öffentlichkeitsarbeit…… 127
Tabelle 13: Chi²-Test zu Hypothese 6…… 128

13 Anhang

13.1 Codebuch

Variable 1: Beitragsidentifikationsnummer
Jedem untersuchten Beitrag wird eine Nummer zur Identifikation zugewiesen.

Variable 2: Medium

(1) Zeitung
(2) Zeitschrift
(3) Online
(4) Fernsehen
(5) Radio

Der Pressespiegel von ganznormal.at umfasst neben Artikeln aus Printmedien auch Berichte aus Radio, Fernsehen sowie Online-Medien bzw. von Homepages.

Zu 1) Zeitung:
Zeitungen sind mehrmals wöchentlich erscheinende Presseorgane, die in ihrer Berichterstattung jüngstes Gegenwartsgeschehen aus einem prinzipiell unbeschränkten Spektrum möglicher Themen auswählen, redaktionell bearbeiten und an ein nicht begrenztes Publikum verbreiten (vgl. Bentele/Brosius/Jarren 2013: 383). Zeitungen vereinigen damit Merkmale der Periodizität, (regelmäßiges Erscheinen), der Aktualität (größtmöglicher Gegenwartsbezug), der Universalität (unbegrenzte thematische Vielfalt) sowie der Publizität (öffentliche Zugänglichkeit für jedermann) (vgl. ebd.). Der Ausdruck Zeitung meint folglich eine Pressegattung, wird aber auch allgemein für das konkrete Zeitungsexemplar, eine einzelne Ausgabe, jeweilige Titel oder Zeitungsunternehmen verwendet (vgl. ebd.). Sinkenden LeserInnen- und Nutzungszahlen begegnen Zeitungsverlage seit einigen Jahren mit eigenen Onlineangeboten im Internet sowie neuerdings zusätzlichen Zeitungs-Kompaktausgaben im handlichen Tabloid-Format (vgl. ebd.: 384). Bei den Onlinezeitungen geht der Trend hin zu E-Paper-Angeboten gegen Nutzungsentgelt (vgl. ebd.).

Codiert werden hier Artikel/Beiträge beispielsweise aus dem Kurier, Kronen Zeitung, Wiener Zeitung etc…

Zu 2) Zeitschrift:
Sammelbezeichnung für Druckschriften der periodischen Presse mit maximal wöchentlicher und mindestens halbjährlicher Erscheinungsweise, die sich an die breite Öffentlichkeit, ein (fachlich) begrenztes Publikum oder spezielle Zielgruppen wenden (vgl. Bentele/Brosius/Jarren 2013: 381). Damit deckt der eigentlich umgangssprachliche Begriff Zeitschriften so unterschiedliche Periodika wie Illustrierte, Wochenzeitungen, wissenschaftliche Journale, Parteiblätter, Kirchenzeitungen, Mitgliederorgane, periodische Amtspublizistik und literarische Zeitschriften gleichermaßen ab (vgl. ebd.). Insgesamt geht die Entwicklung der Zeitschriften bei sinkender Durchschnittsauflage hin zu größerer Titelvielfalt von strikt auf spezielle, für die Werbeindustrie attraktive Zielgruppen hin konzipierte Zeitschriften, was zu immer stärkerer Marktsegmentierung führt (vgl. ebd.: 382).

Codiert werden hier Artikel/Beiträge beispielsweise aus den Wiener Bezirksblättern, Zivilschutz Aktuell, Medical Tribune, Wien Live, Madonna, etc… Gerade Clippings aus den Zeitschriften Wien Live und Madonna stellten bei der Auswertung ein Problem dar, da ganznormal.at in diesen Medien ein ganzer Themenschwerpunkt gewidmet wurde und darin dann unterschiedliche Darstellungsformen enthalten waren (z.B. eine Kombination aus Bericht, Interview und Fotostrecke incl. Zitaten von Mitgliedern des Personenkomitees). Im Pressespiegel wurden diese Themenschwerpunkte jedoch als ein einziges Clipping angegeben. Für die Auswertung wurde dies dann so gelöst, dass jede Darstellungsform des Themenschwerpunkts als eigenständiges

Clipping ausgewertet wurde. Beispielsweise in der Madonna vom 29.10.2011 wurde der Bericht als ein Clipping ausgewertet, das daneben stehende Interview mit der Expertin Dr.in Karin Neumann als ein weiteres Clipping.

Zu 3) Online:
Das Internet bietet die technische Infrastruktur für eine Reihe unterschiedlicher Formen der Onlinekommunikation. Die wichtigsten Dienste sind: WorldWideWeb (kurz Web oder WWW genannt), E-Mail, Newsgroups, Chat sowie Dateidownload mittels FTP (File transfer protocol) (vgl. Bentele/Brosius/Jarren 2013: 134f.). Das Internet wird oft als „Medium" bezeichnet. Dieses Attribut trifft jedoch nur im Sinn eines technischen Mediums zu, vergleichbar mit terrestrischer Rundfunkausstrahlung, Papier oder Telefon (vgl. ebd.). Von einem institutionellen Medium im kommunikationswissenschaftlichen Sinn kann jedoch keine Rede sein. Ferner findet man eine synonyme Verwendung der Begriffe „Internet" und „Online" (vgl. ebd.). Streng genommen ist das Internet ein spezifischer technischer Standard für die Onlineverbindung von Computern (vgl. ebd.: 135). Mittlerweile ist der Begriff Internet jedoch derart etabliert, dass er wohl auch bei veränderter Technik weiter bestehen wird. Deshalb kann man mittlerweile die Begriffe Internet und Online tatsächlich als Synonyme verstehen (vgl. ebd.).

Auch in der vorliegenden Magisterarbeit werden die beiden Begriffe synonym verwendet. Codiert wird diese Variablenausprägung, wenn ein Bericht im Pressespiegel von einer Internetplattform bzw. einer Homepage enthalten ist z.B. wie von www.kurier.at, www.format,at, APA OTS Online, etc… oder wenn ein elektronischer Newsletter im Pressespiegel enthalten ist wie beispielsweise der „Lazarus Newsletter" vom 18.9.2011.

Zu 4) Fernsehen:
Das Fernsehen ist ein audiovisuelles Massenmedium des Rundfunks, das – über die akustischen Signale des Hörfunks hinaus – Bilder von einem Ort zu einem anderen Ort mit technischen Mitteln überträgt und sichtbar macht (vgl. Bentele/Brosius/Jarren 2013: 83). Die Angebote des Fernsehens werden heute meist von Produktionsfirmen hergestellt und von Sendeanstalten verbreitet (vgl. ebd.). Die komplexe Angebotsfläche des Fernsehens ist als Programm organisiert. Zu den medienspezifischen Sendeformen des Fernsehens gehören der Fernsehfilm, die Fernsehserie, Unterhaltungsshows, Live-Übertragungen, Nachrichten, Magazine und Dokumentationen, außerdem auch Fernsehwerbespots (vgl. ebd.). Fernsehen lässt sich beschreiben als ein Medium, dessen Befindlichkeit zwischen Aktualität und Virtualität zu sehen ist, zwischen Authentizität und Simulation sowie zwischen Anwesenheit und Abwesenheit (vgl. ebd.). Diese Dichotomien bilden gemeinsam mit der Vielfalt an Sendeformen die Grundlage für die zentrale Rolle des Fernsehens in Kultur und Gesellschaft ebenso wie in der Lebenswelt der Zuschauer (vgl. ebd.).

Codiert wird diese Variablenausprägung, wenn im Pressespiegel ein Bericht eines Fernsehsenders (wie z.B. ORF2) in transkribierter Form vorkommt oder wenn eine Teletext-Meldung im Pressespiegel enthalten ist, da der Teletext zum Medium Fernsehen gezählt werden kann. „Der Teletext ist ein System zur elektronischen Übermittlung von Texten und ihrer Darstellung auf dem Bildschirm eines Fernsehgeräts." (Duden o.J.: o.S.)

Zu 5) Radio:
Radio ist ein Begriff, der auf das lateinische Wort „radius" (= Strahl) zurückgeht und heute vor allem zur Bezeichnung des Geräts benutzt wird, mit dem Hörfunkprogramme empfangen werden können (vgl. Bentele/Brosius/Jarren 2013: 289). Dazu kommen weitere Bedeutungen: Radio ist Synonym für Hörfunk und kann sich sowohl auf ein Programm beziehen als auch auf ein Unternehmen bzw. einen Sender, in dem Hörfunkprogramme produziert werden, oder auf eine Tätigkeit (vgl. ebd.). Genutzt wird das Radio vor allem als Hintergrundmedium und Tagesbegleiter. Dies hat v.a. mit seinen Eigenschaften zu tun. Es beansprucht nur einen Sinn und erlaubt andere Tätigkeiten (vgl. ebd.).

Codiert wird diese Variablenausprägung, wenn im Pressespiegel ein Bericht eines Radiosenders (wie z.B. Ö1) in transkribierter Form enthalten ist.

Variable 3: Datum - Tag
An welchem Tag (numerisch einzutragen) ist der Bericht erschienen? Wenn dieser beispielsweise

am 15.9.2011 erschienen ist, wird hier „15“ eingetragen. Sollte kein Tagesdatum angegeben sein, muss diese Variable ausgelassen werden (dies ist häufig der Fall bei Beiträgen in Zeitschriften, diese haben überwiegend nur eine Datumsangabe in Form von Monat_Jahr).

Variable 4: Datum - Monat

In welchem Monat ist der Bericht erschienen? Da bei Hypothese 2 festgestellt werden soll, ob eine vermehrte Berichterstattung in den Herbst- und Wintermonaten stattgefunden hat wird hier noch mal das Monat des Erscheinens des Berichts eingetragen, um dies beantworten zu können.

(1) Jänner
(2) Februar
(3) März
(4) April
(5) Mai
(6) Juni
(7) Juli
(8) August
(9) September
(10) Oktober
(11) November
(12) Dezember

Variable 5: Datum – Jahr

(1) 2011
(2) 2012
(3) 2013

Der Pressespiegel von ganznormal.at enthält Artikel von der Gründung bzw. vom Start der Kampagne des Vereins im Jahr 2011 bis zum Jahr 2013 (Pressespiegel zuletzt aktualisiert am: 27. Mai 2013). Diese Variable wurde erstellt, um genauer hervorheben zu können, in welchem Umfang im jeweiligen Jahr die Berichterstattung zu ganznormal.at stattgefunden hat.

Variable 6: Genre/Darstellungsform

Die Variablenausprägungen wurden zum Teil dem Codebuch von Raupp/Vogelgesang entnommen (vgl. ders. 2009: 200). Für eine ausführliche Definition der jeweiligen Darstellungsform verweise ich beispielsweise auf das Werk von Walther von La Roche (2013) „Einführung in den praktischen Journalismus. Mit genauer Beschreibung aller Ausbildungswege: Deutschland-Österreich-Schweiz.“ oder die Onlinequellen:
http://www.br.de/telekolleg/faecher/deutsch/medienkompetenz/05-darstellungsformen102.html
bzw. http://blog.zeit.de/schueler/files/2010/09/2.1-Klassische_Medien.pdf.

(1) Kurznachricht/Meldung
(2) Bericht
(3) Reportage
(4) Dokumentation
(5) Interview (vom jeweiligen Medium selbst durchgeführt)
(6) Meinungsbeiträge/Kommentare/Glossen von JournalistInnen des jeweiligen Mediums
(7) Meinungsbeiträge/Kommentare/Glossen von GastautorInnen/anderen Medien/anderen Personen
(8) Leserbrief
(9) Sonstige

Zu 9) Sonstige:
Berichte werden hier codiert, die sich keiner der vorhergehenden Darstellungsform zuordnen lassen.

Variable 7: Ressort

(1) Gesundheit/Medizin

(2) Wissenschaft / Forschung
(3) andere
(4) nicht feststellbar

Zu 3) andere:
Wird codiert, wenn der Bericht in einem anderen als den zuvor genannten Ressorts erscheint.
Zu 4) nicht feststellbar:
Manche Berichte sind in keinem gesonderten Ressort erschienen. Dies ist beispielsweise der Fall bei Berichten über ganznormal.at auf Internetseiten, wo keine klassische Ressorteinteilung wie beispielsweise in Zeitungen gegeben ist.

Variable 8: Aufhänger[16]
Analyse der Schlagzeilen (Headlineanalyse) der Berichterstattung über ganznormal.at. Welche Begriffe wurden in der Überschrift verwendet, um LeserInnen zum Lesen zu animieren? Welchen Einstieg wählen RedakteurInnen für eine Berichterstattung über den Verein? Folgende Kategorien stehen hierzu zur Verfügung:

(1) Gedenktage
(2) Aufklärung
(3) Generelle Info
(4) Kampagne
(5) Tabu
(6) Handlungsaufforderung
(7) Lob
(8) Sonstiges
(9) Kein Aufhänger

Zu 1) Gedenktage:
Die Headline weist auf bestimmte Gedenktage hin, wie beispielsweise den „Tag der seelischen Gesundheit im Wiener Rathaus", der jährlich im Monat September, jeweils an einem anderen Datum (2012: am 5. September, 2011: am 17. September), begangen wird oder den „Internationale Tag der seelischen Gesundheit" („World Mental Health Day"), der weltweit jährlich am 10. Oktober stattfindet.
Zu 2) Aufklärung:
Aufklärung über psychische Erkrankungen definiert die Schlagzeile, z.B. enthält sie Informationen zu psychischen Erkrankungen oder es kommen Schlagzeilen vor wie „In Wien soll ganz normal über psychische Erkrankungen gesprochen werden können!" (APA OTS-Online vom 9.10.2011) oder „Psychische Erkrankungen sind heilbar" (wien.at November 2011).
Zu 3) Generelle Info:
Als Einstieg wählen JournalistInnen generelle Informationen zu ganznormal.at beispielsweise die Gründung des Vereins oder der Verein feiert sein 1-jähriges Bestehen.
Zu 4) Kampagne:
Die Kampagne oder eine Kernbotschaft („Eine seelische Erkrankung ist so normal wie…") der Kampagne von ganznormal.at steht im Mittelpunkt der Headline.
Zu 5) Tabu:
Beispielsweise bilden vorherrschende Tabus zu psychischen Erkrankungen den Hauptanteil des Einstiegs oder es wird konkret der Verein oder dessen Kampagne genannt, die versuchen, diese Tabus zu brechen.
Zu 6) Handlungsaufforderung:
Schlagzeile enthält konkrete Aufforderung zu Handeln, beispielsweise der Artikel vom 16.9.2011 in der Wiener Zeitung oder jener aus Wien Live vom Oktober 2011 („Let's talk about").
Zu 7) Lob:
Schlagzeile erwähnt ganznormal.at bzw. dessen Kampagne positiv, lobt sie für ihre Arbeit oder es wurde eine Headline gewählt die ein Lob intendiert (z.B. „Couragiert und sehr berührend", Wien Live Dezember 2011).
Zu 8) Sonstiges:
Schlagzeilen, die sich keiner der zuvor beschriebenen Ausprägungen zuordnen lassen, werden

[16] Variable wurde aus der P.A.S.S.-Analyse der Kampagne zur Aids-Prävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) übernommen bzw. abgeleitet (vgl. Maas/Nazemi 1995: 145).

hier codiert.
Zu 9) Kein Aufhänger:
Hier werden Clippings codiert, die keinen Aufhänger bzw. keine Schlagzeile haben. Dies war v.a. der Fall bei transkribierten Berichten aus TV & Radio oder bei Kurznachrichten/Meldungen aus Zeitungen.

Variable 9: Anlassklassifikation
Welcher Ausprägung kann der Anlass für den Bericht zugeordnet werden:

(1) Presseaussendung (wird dies codiert, zusätzlich die Variablen 9a und 9b noch codieren)
(2) Presseveranstaltung
(3) Zitat übernommen
(4) Kampagne (wird dies codiert, zusätzlich noch Variable 9c codieren)
(5) Öffentliches Ereignis
(6) Gedenktag
(7) Sonstiges

Zu 1) Presseaussendung:
Eine neue Presseaussendung von ganznormal.at wurde veröffentlicht und diese dient als Basis für den Bericht.
Zu 2) Presseveranstaltung:
Ganznormal.at hat eine öffentliche Presseveranstaltung (Pressekonferenz, Pressegespräch oÄ) veranstaltet und dazu waren auch MedienvertreterInnen eingeladen, die anschließend darüber berichteten.
Zu 3) Zitat übernommen:
Hier soll die AkteurInnenebene Beachtung finden. Wird ein(e) VertreterIn/UnterstützerIn/PartnerIn des Vereins oder ein(e) ExpertIn in einem Bericht zitiert bzw. ein Interview mit solchen Personen abgedruckt (z.B. Wien Live Oktober 2011), so ist dies hier zu codieren.
Zu 4) Kampagne:
Der Bericht bezieht sich auf die Kampagne von ganznormal.at, beispielsweise auf deren Launch, ihren Inhalt usw…oder es handelt sich um ein Clipping, das beispielsweise über psychische Erkrankungen aufklärt und im Zuge dessen auf die Kampagne verweist.
Zu 5) Öffentliches Ereignis:
Ganznormal.at macht eine Veranstaltung, zu der alle – MedienvertreterInnen aber auch die restliche Öffentlichkeit – herzlich willkommen sind. Zum Beispiel würde hier ein Bericht codiert werden, dessen Anlass die Einkaufszentrum-Tour war, die u.a. am 13. April 2012 in der Lugner City Stopp machte. Dies war ein Aktionstag von ganznormal.at, Thema dabei war die Vorstellung der Plattform ganznormal.at zur Förderung der Diskussion über seelische Krankheiten. Im Zuge dessen kam es zu direkten Gesprächen mit den BesucherInnen.
Zu 6) Gedenktag:
Wird beispielsweise codiert, wenn ein Bericht aus Anlass zum „Tag der seelischen Gesundheit im Wiener Rathaus“ oder den „internationalen Tag der seelischen Gesundheit“ erschienen ist und im Zuge dessen auf den Verein verwiesen wird.
Zu 7) Sonstiges:
Wird dann codiert, wenn der Bericht keiner der zuvor genannten Ausprägungen zugeordnet werden kann, beispielsweise wird in einem Bericht die Gründung des Vereins erwähnt, allgemeine Informationen zum Verein werden gegeben (beispielsweise der Ö1-Beitrag vom 23.11.2011) oder ein allgemeiner Bericht zu psychischen Erkrankungen, in Folge dessen der Verein bzw. dessen Arbeit erwähnt wird, ist im Pressespiegel enthalten.

Variable 9a: Reproduktion
Wie viel wurde von der Presseaussendung übernommen?

(1) Wörtlich übernommen
(2) Gekürzte Version der Presseaussendung
(3) Nur Grundaussagen/Grundinformationen übernommen

Variable 9b: Offenlegung der Quellen
Wird angegeben, ob der Inhalt des Artikels auf einer Presseaussendung von ganznormal.at basiert?

(0) Quelle nicht genannt
(1) Quelle genannt

Was unter einer Quelle zu verstehen ist, wird in der kommunikationswissenschaftlichen Literatur unterschiedlich definiert. Blöbaum, Görke und Wied (2004: 6) differenzieren nach Quellen im Sinn von Dokumenten, von Personen, die Informationen an JournalistInnen weitergeben und Quellen im Sinn einer allgemeinen Herkunftsbezeichnung für journalistisch vermittelte Informationen. In der Regel werden in Untersuchungen nur solche Quellen berücksichtigt, die aktiv von Pressestellen und Kommunikationsabteilungen zur Verfügung gestellt werden (vgl. ebd.). Aus forschungsökonomischen Gründen werten die meisten Untersuchungen, die mithilfe von Input-Output-Analysen die Bedeutung der Öffentlichkeitsarbeit für die Medienberichterstattung ermitteln, Pressemitteilungen aus (vgl. Raupp/Vogelgesang 2009: 71). Auch in der hier vorliegenden Magisterarbeit werden nur Presseaussendungen, die von ganznormal.at veröffentlicht wurden, berücksichtigt.

Variable 9c: Tonalität
Hier wird noch ermittelt, wie die Kampagne bewertet wird bzw. wie die Kampagne in einem Medium aufgenommen wurde. Welcher Eindruck wird von der Berichterstattung darüber gewonnen?

(1) Positiv
(2) Neutral
(3) Negativ

„Positiv" wird codiert, wenn der Inhalt, die Thematik, … der Kampagne beispielsweise euphorisch gelobt wird oder die Intention dahinter als positiv gewertet wird. Die Ausprägung „neutral" wird dann codiert, wenn neutral über die Kampagne berichtet wird, also die Kampagne und ihr Inhalt im Bericht vorgestellt werden, jedoch (im übertriebenen Sinn) keine Lobeshymne darüber gesungen wird, jedoch auch keine negative Sichtweise zu der Kampagne vermittelt wird. Stehen in einem Bericht beispielsweise eventuelle Mängel der Kampagne, deren Inhalt etc… im Vordergrund, so wird hier die Variablenausprägung „negativ" codiert.

Variable 10: Umschlagszeit für standardisierte Quellen (Öffentlichkeitsarbeit)
Diese Variable wird nur codiert, wenn bei Variable 9 entweder die Variablenausprägung Presseaussendung oder Presseveranstaltung codiert wurde. Ansonsten wird diese Variable <u>übersprungen</u>. Hier soll festgestellt werden, wie lange es braucht, bis ein Bericht über die Öffentlichkeitsarbeit des Vereins erscheint. Erschien dieser noch am gleichen Tag an dem beispielsweise eine Presseveranstaltung abgehalten wurde, erst am nächsten Tag oder noch später? Diese Variable wurde aus der Untersuchung von Baerns übernommen (vgl. Baerns 1991: 179).

(1) weniger als 1 Tag
(2) 1 Tag
(3) 2 Tage
(4) 3 oder mehr Tage

Variable 11: Werte
Werden in der Berichterstattung Werte vermittelt? Wenn ja welche? Die sechs Wertefelder nach Grimm/Horstmeyer (vgl. Kapitel 8.3.2 „Operationalisierung") sind hier als Variablenausprägungen gewählt worden (und um die Ausprägung „nicht feststellbar" erweitert worden, falls keine Wertevermittlung in einem Bericht gemessen werden kann). Die Werte sollen dann ähnlich einer syntaktisch-semantischen Wortanalyse erhoben worden. Das heißt, es wird gemessen, ob die dem jeweiligen Wertefeld zugeordneten Werte als Nomen, Verben oder Adjektive vorkommen (beispielsweise: Toleranz, tolerant sein, Glück, glücklich sein, Mut, mutig, Genuss, genießen usw…). Sollten Mehrfachnennungen verschiedener Werte in einem Bericht vorkommen, wird jenes Wertefeld codiert, dessen Werte am häufigsten genannt werden.

(1) Werte des sozialen Miteinanders
(2) Werte zur Stabilisierung des Gemeinwesens

(3) Hedonistische Werte
(4) Selbstentfaltungswerte
(5) Hegemoniewerte
(6) Abstrakt-fundamentale Werte
(7) Nicht feststellbar

Variable 12: Tendenz
(1) Positiv
(2) Ausgewogen
(3) Negativ
(4) Ohne Wertung

Bewertet wird hier der Gesamteindruck, der von einem Artikel/Beitrag gewonnen wurde. In dieser Kategorie wird eingetragen, mit welcher Tendenz ein Artikel über den Verein ganznormal.at bzw. dessen Kampagne berichtet. Als „positiv" werden solche Artikel bezeichnet, die unreflektiert bis euphorisch über den Verein berichten.
Der Ausprägung „ausgewogen" werden Artikel dann zugeordnet, wenn sie ausgewogen über ganznormal.at berichten, also annähernd gleichwertig positive und negative Aspekte von dessen Arbeit, dessen Veranstaltungen, etc… diskutieren.
Stehen in einem Bericht die Mängel der Arbeit, der Herangehensweise, der Umgang mit der Öffentlichkeit, etc… von ganznormal.at, so wird dieser der Variablenausprägung „negativ" zugewiesen.
Erhält man keinen Gesamteindruck von einem Presseclipping, weil dieses u.a. sehr sachlich verfasst ist, und somit die Tendenz der Berichterstattung nicht bewertet werden kann, erfolgt die Zuordnung zur Ausprägung „Ohne Wertung".

Variable 13: Bilder
Kommen im Bericht Bilder vor?

(0) Nein
(1) Ja (à weiter mit Variable 13a)

Variable 13a: Art der Bilder
Welches Bild wird gezeigt?

(1) Kampagne
(2) Prominente
(3) Verein
(4) Sonstige

Zu 1) Kampagne:
Es wird ein Image (siehe unter Kapitel 7.3 „Kampagne"), dass für die Kampagne erstellt wurde, verwendet.

Zu 2) Prominente:
Beispielsweise wird ein Prominenter/eine Prominente gezeigt, der/die sich für den Verein einsetzt oder der/die bei einer Veranstaltung von ganznormal.at anwesend war und für die Presse fotografiert wurde.

Zu 3) Verein:
Z.B. ein(e) VertreterIn (Christian Deutsch oder andere) bzw. ein(e) UnterstützerIn (beispielsweise Judit Havasi, Vorstandsdirektorin der Wiener Städtischen) des Vereins oder ein Mitglied des Personenkomitees ist abgebildet. Zum Personenkomitee von ganznormal.at gehören: Thomas Brezina (Autor, Kinder-/Jugendbuchautor und TV-Moderator), Andrea Buday (Society-Redakteurin), Andrea Händler (Kabarettistin), Komm.-Rat. Peter Hanke (Geschäftsführer Wien Holding), Norbert Haimberger (Geschäftsführer ScreenMediaGmbH), Frank Hensel (Vorstandsvorsitzender REWE International AG), Ing. Wolfgang Hesoun (Vorstandsvorsitzender der Siemens AG Österreich), Rudi Kobza (Agenturchef Lowe GGK und Kobza Integra PR), Dr. Georg Kraft-Kinz (Generaldirektor-Stellvertreter der Raiffeisenlandesbank Niederösterreich-Wien AG), Rosemarie Liermann (Journalistin), Hubert Neuper (Sportmanager), Ali Rahimi

(Unternehmer), Gabriele Scheucher (Ernährungsberaterin), Barbara Stöckl (TV-Journalistin), Franziska Weisz (Schauspielerin), Susanne Widl (Szene-Gastronomin Café Korb), Joesi Prokopetz (Kabarettist) sowie Michael Richter (Geschäftsführer y-doc infotainment im Wartezimmer) (vgl. Personenkomitee o.J.: o.S.).

Zu 4) Sonstige:
Ein Bild, das sich den vorhergehenden Ausprägungen nicht zuordnen lässt, wird hier codiert. Dies können z.B. solche Bilder sein, die ein seelisches Leiden bildlich darstellen sollen (siehe z.B. Bericht auf wien.at vom Oktober 2011 oder Bericht in Unsere Generation, November 2011) oder eine Expertin, die zum Thema seelische Erkrankungen befragt wird, ist abgebildet (siehe beispielsweise Interview mit Dr.in Karin Neumann in der Zeitschrift Madonna, 29.10.2011).

Sollten in einem Presseclipping mehrere Bilder enthalten sein, wird hier jenes codiert, welches mehr Platz einnimmt (z.B. im Fall des Lazarus Newsletters vom 18.9.2011 fand hier das Kampagnen-Image Beachtung, da es eine ganze Seite einnimmt, das andere Bild mit den drei abgebildeten Personen ist im Gegensatz dazu viel kleiner). Sollte mit reinem Augenmaß nicht unterschieden werden können, welches Bild größer ist, müssen die Bilder abgemessen und die cm² ermittelt werden (z.B. im Fall des Artikels in der Kronen Zeitung vom 24.11.2012).

13.2 Pressespiegel

Sämtliche codierten Beiträge sind im Pressespiegel von ganznormal.at enthalten. Diese werden hier jedoch nicht alle einzeln aufgelistet, da jede(r) sie online einsehen und nach verfolgen kann. Ich verweise daher auf den Link zum Pressespiegel. Dieser findet sich unter http://www.ganznormal.at/media/file/48_Pressespiegel_ganznormal.at_15.9.11_-_30.3.13.pdf (25.09.2013).

13.3 Presseaussendungen

Folgende Presseaussendungen (PA) sind im Untersuchungszeitraum veröffentlicht und dann zur Untersuchung herangezogen worden:

PA vom 15.9.2011 „ganznormal.at stellt sich vor“, online unter http://www.ganznormal.at/media/file/10_PA_ganznormal_final.pdf (25.09.2013).

PA vom 11.10.2011 „Ein ganz normaler Club Cuvée“, online unter http://www.ganznormal.at/media/file/20_PA_ganznormal_clubcuvee.pdf (25.09.2013).

PA vom 2.11.2011 „ganz normal: Plakat“, online unter http://www.ganznormal.at/media/file/21_PA_ganznormal_Plakat.pdf (25.09.2013).

PA vom 22.11.2011 „Partnertreff im Ringturm, Wiener Städtische unterstützt ganznormal.at“, online unter http://www.ganznormal.at/media/file/25_PA3_Ringturm_2011-11-21.pdf (25.09.2013).

PA vom 18.6.2012 „Partnertreff im KunstRaum Sonnensegel“, online unter http://www.ganznormal.at/media/file/41_PA_vom_18.06.2012_Partnertreffen_pro_mente.pdf (25.09.2013).

PA vom 5.9.2012 „Tag der Seelischen Gesundheit bietet Beratung und Information“, online unter http://www.ganznormal.at/media/file/44_Pressetext_Tag_der_Seelischen_Gesundheit_Rathaus_5._September.pdf (25.09.2013).

PA vom 10.10.2012 „Ein Jahr ganznormal.at“, online unter http://www.ganznormal.at/media/file/45_PA_ganznormal_10.10.2012.pdf (25.09.2013).

13.4 SPSS-Auswertungen zu den Forschungsfragen und Hypothesen

Forschungsfrage 1b: Welche Medien haben in welchem Ausmaß über ganznormal.at berichtet? Ist dabei ein Trend erkennbar?

v2 Medium		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Zeitung	9	9,7	9,7	9,7
	Zeitschrift	55	59,1	59,1	68,8
	Online	22	23,7	23,7	92,5
	Fernsehen	3	3,2	3,2	95,7
	Radio	4	4,3	4,3	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

Forschungsfrage 1c: Erschienen die meisten Beiträge im Gesundheits-/Medizin-Ressort? Oder kann das Ressort vermehrt gar nicht festgestellt werden?

v7 Ressort		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Gesundheit/Medizin	15	16,1	16,1	16,1
	andere	20	21,5	21,5	37,6
	nicht feststellbar	58	62,4	62,4	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

Forschungsfrage 1d: Welchen Einstieg wählen RedakteurInnen für eine Berichterstattung über den Verein?

v8 Aufhänger		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Gedenktage	5	5,4	5,4	5,4
	Aufklärung	8	8,5	8,5	14,0
	Generelle Info	19	20,4	20,4	34,4
	Kampagne	5	5,4	5,4	39,8
	Tabu	1	1,1	1,1	40,9
	Handlungsaufforderung	6	6,5	6,5	47,3
	Lob	5	5,4	5,4	52,7
	Sonstiges	31	33,3	33,3	86,0
	Kein Aufhänger	13	14,0	14,0	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

Forschungsfrage 1e: Werden mit der Berichterstattung über den Verein oder die Kampagne Werte vermittelt?

v11 Werte		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Werte des sozialen Miteinanders	1	1,1	1,1	1,1
	Werte zur Stabilisierung des Gemeinwesens	1	1,1	1,1	2,2
	Selbstentfaltungswerte	3	3,2	3,2	5,4
	Abstrakt-fundamentale Werte	41	44,1	44,1	49,5
	Nicht feststellbar	47	50,4	50,4	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

Forschungsfrage 1f: Ist in der Berichterstattung eine Tendenz erkennbar (positiv, ausgewogen, negativ)?

v12 Tendenz		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Positiv	26	28,0	28,0	28,0
	Ausgewogen	10	10,7	10,7	38,7
	Negativ	1	1,1	1,1	39,8
	Ohne Wertung	56	60,2	60,2	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

Forschungsfrage 1g: Wie wurde die Kampagne in den Medien bewertet?

Kreuztabelle v9 Anlassklassifikation * v9c Tonalität			v9c Tonalität		Gesamt
			Neutral	Negativ	
v9 Anlassklassifikation	Kampagne	Anzahl	3	1	4
		% innerhalb von v9c Tonalität	75,0%	25,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	3	1	4
		% innerhalb von v9c Tonalität	100,0%	100,0%	100,0%

Forschungsfrage 1h: Kommen Bilder in der Berichterstattung vor? Wenn ja, welche?

v13a Art der Bilder

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kampagne	8	8,6	11,3	11,3
	Prominente	2	2,2	2,8	14,1
	Verein	47	50,5	66,2	80,3
	Sonstige	14	15,1	19,7	100,0
	Gesamt	71	76,3	100,0	
Fehlend	System	22	23,7		
Gesamt		93	100,0		

Forschungsfrage 2a: In welchem Ausmaß basiert die Berichterstattung über ganznormal.at auf PR-Aktivitäten (wie Presseaussendungen oder Presseveranstaltungen) von ganznormal.at?

v9 Anlassklassifikation		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Presseaussendung (wird dies codiert, weiter mit Variablen 11a und 11b)	29	31,2	31,2	31,2
	Presseveranstaltung	8	8,6	8,6	39,8
	Zitat übernommen	26	28,0	28,0	67,7
	Kampagne (wird dies codiert, weiter mit V11c)	4	4,3	4,3	72,0
	Öffentliches Ereignis	2	2,2	2,2	74,2
	Gedenktag	4	4,3	4,3	78,5
	Sonstiges	20	21,4	21,4	100,0
	Gesamt	93	100,0	100,0	

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Anlassklassifikation * Reproduktion	29	31,2%	64	68,8%	93	100,0%

Kreuztabelle v9 Anlassklassifikation * v9a Reproduktion

			Reproduktion			
			Wörtlich übernommen	Gekürzte Version der Presseaussendung	Nur Grundaussagen /Grundinformationen übernommen	Gesamt
Anlassklassifikation	Presseaussendung	Anzahl	8	6	15	29
		% der Gesamtzahl	27,6%	20,7%	51,7%	100,0%
Gesamt		Anzahl	8	6	15	29
		% der Gesamtzahl	27,6%	20,7%	51,7%	100,0%

Kreuztabelle v9 Anlassklassifikation * v9b Offenlegung der Quellen

			Offenlegung der Quellen		
			Quelle nicht genannt	Quelle genannt	Gesamt
Anlassklassifikation	Presseaussendung	Anzahl	28	1	29
		% der Gesamtzahl	96,6%	3,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	28	1	29
		% der Gesamtzahl	96,6%	3,4%	100,0%

LEBENSLAUF

Persönliche Daten:

ü	Name	Doris Harreither
ü	Geburtsdatum	5. September 1985
ü	Geburtsort	Grieskirchen (Oberösterreich)
ü	Staatsbürgerschaft	Österreich

Ausbildung:

ü	seit Oktober 2011:	Magisterstudium der Publizistik und Kommunikationswissenschaften an der Universität Wien
ü	Oktober 2006 – Jänner 2011:	Bakkalaureats-Studium der Publizistik und Kommunikationswissenschaften mit dem Schwerpunkt *Medienökonomie und internationale Kulturproduktion*, Paris Lodron Universität Salzburg, abgeschlossen mit dem Titel Bakk.Komm.
ü	Oktober 2005 – Juni 2006:	Bakkalaureats-Studium Recht & Wirtschaft sowie Diplomstudium Italienisch – nicht abgeschlossen, jedoch beide Studien als Studienergänzungen weitergeführt
ü	September 2000 – Juni 2005:	Bundeshandelsakademie II Wels, Classic-Zweig mit Schwerpunkt *Controlling und Jahresabschluss*, abgeschlossen mit Matura
ü	September 1996 – Juli 2000:	Humanistisches Bundesrealgymnasium (Unterstufe) Dr. Schauerstraße Wels
ü	September 1992 – Juli 1996:	Volksschule Pichl bei Wels (Oberösterreich)

Berufliche Erfahrung:

ü	seit Oktober 2012:	Mitarbeit im Kompetenzzentrum des *Österreichischen Parlaments*, verantwortlich für die Digitalisierung des parlamentarischen Tagesgeschehens (www.parlament.gv.at)
ü	seit August 2012:	Büroorganisation und Pressearbeit bei den *Vereinigten Ballettschulen*, Wien (www.ballettschulen.at)
ü	August-September 2010:	Praktikum bei der *Ditact Salzburg* (www.ditact.ac.at) im Bereich PR und Organisation
ü	Juli – September 2009:	Praktikum bei dem Gesellschafts- und Boulevard-Magazin *GALA* in Hamburg / Deutschland (www.gala.de)
ü	April 2009:	Praktikum bei dem monatlich erscheinenden, sozialen Zeitungsprojekt *Apropos* in Salzburg (www.apropos.or.at)
ü	Juli 2008:	Praktikum bei der Wochenzeitung *„Grieskirchner Rundschau“* in Grieskirchen
ü	Sonstiges:	diverse geringfügige berufliche Tätigkeiten in den Bereichen Büro, Gastronomie, Callcenter, …

ABSTRACT (DEUTSCH)

Die vorliegende Magisterarbeit beschäftigt sich mit Gesundheitskommunikation zu psychischen Erkrankungen und wie die mediale Resonanz auf ein solches Thema erfolgt. Psychische Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für eine hohe Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. Psychische Erkrankungen nehmen jedoch stetig zu. So kommen nach einer Hochrechnung der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 2030 in den Industrieländern 3 der 10 mit den stärksten Beeinträchtigungen verbundenen Erkrankungen aus dem Bereich der Psychiatrie. Dennoch sind psychische Erkrankungen nach wie vor in der Gesellschaft mit einem Stigma behaftet. Aufklärungs- bzw. Antistigmatisierungsarbeit zu psychischen Erkrankungen ist in diesem Zusammenhang enorm wichtig, um unter anderem vorherrschende Tabus zu brechen. Ein österreichischer Verein, der sich ebenfalls für die Aufklärung über psychische Erkrankungen einsetzt, ist ganznormal.at. Dieser Verein bzw. dessen 2011 gestartete Kampagne wurden als Fallbeispiel für die vorliegende Magisterarbeit ausgewählt, um anhand einer Medienresonanzanalyse Ergebnisse zur Resonanz der Medien auf eine solche Institution zu erzielen. Medienresonanzanalysen werden in der Kommunikationswissenschaft aber auch eingesetzt, um das Zusammenspiel von Quellen und journalistischem Output zu untersuchen und unter anderem der Frage nachzugehen, welchen Einfluss Öffentlichkeitsarbeit auf das Mediensystem ausübt. So geht z.B. Barbara Baerns mit ihrer Determinationsthese davon aus, dass JournalistInnen täglich vielfältige druckfertige Informationsleistungen der Öffentlichkeitsarbeit zum kostenfreien Abdruck erreichen. Deswegen wurde hier auch untersucht, ob es eine Beeinflussung der journalistischen Berichterstattung durch PR-Aktivitäten von ganznormal.at gibt.

Die empirische Analyse der 93 Beiträge, die sich mit ganznormal.at beschäftigten, konnte unter anderem aufzeigen, dass insbesondere in Zeitschriften sehr viele Beiträge erschienen sind und die Berichterstattung insgesamt als sehr sachlich gewertet wurde. Erstaunlich war jedoch, dass die Kampagne des Vereins kaum Beachtung in der Berichterstattung fand – insgesamt beschäftigten sich nur vier Beiträge mit dieser. Auch konnte ermittelt werden, dass 31% der Beiträge auf einer Presseaussendung des Vereins basierten, wobei nur ein einziges Mal eine Quellenangabe vorgenommen wurde. Bei 51 Prozent der Beiträge, die auf einer Presseaussendung beruhten, wurden jedoch nur Grundinformationen bzw. Grundaussagen aus dieser übernommen und die Umschlagszeit für diese Beiträge betrug überwiegend drei oder mehr Tage, weswegen die Annahme von Baerns, wonach die PR das Timing der journalistischen Berichterstattung bestimmen, hier nicht bestätigt werden konnte.

ABSTRACT (ENGLISCH)

The present master thesis deals with health communication to mental illnesses and how the media resonance on such a subject occurs. Psychic health is a requirement for a high quality of life and efficiency. Nevertheless, mental illnesses increase steadily. Thus come after a projection of the World Health Organization in 2030 in the industrial countries 3 out of 10 with the strongest interferences to linked illnesses from the area of the psychiatry. Though, psychic illnesses are still afflicted in the society with a stigma. In this context awareness training to mental illnesses is enormously important to break, amongst others, prevailing taboos. An Austrian association which also stands up for the education of mental illnesses is ganznormal.at. This association respectively its campaign, which was launched in 2011, were selected as a case study for this thesis to achieve results to the resonance of the media on such an institution with the help of a media resonance analysis. However, media resonance analyses are also used in the communication science to examine the interaction of sources and journalistic output and to follow, amongst others, the question which influence public relations on the media system exert. Thus, for example, Barbara Baerns assumes with her "Determinationsthese" from the fact that journalists reach daily varied printable achievements of information of the public relations to the free impression. So it was also examined here whether there is an impact of public relations-activities from ganznormal.at on the journalistic reporting.

The empiric analysis of the 93 media reports which dealt with ganznormal.at could indicate that in particular magazines have reported about the association and all together the reporting was evaluated as very objective. Nevertheless, it was astonishing that the campaign of the association hardly attracted attention in the reporting – all together only four articles dealt with this. Also it could be determined that 31% of the articles were based on a press release of the association and only just once a reference was carried out. 51 percent of the media reports which were based on a press release only transferred basic information or basic statements from this and the transfer time for these articles averaged out predominantly three or more days, why the assumption of Baerns after which Public Relations determine the timing of the journalistic reporting, could not be confirmed here.