

ANKNÜPFUNGSPUNKTE GESUNDHEITSKOMMUNIKATION

**Interdisziplinäre Anknüpfungspunkte der Gesundheitskommunikation –
Eine Bestandsaufnahme im Bereich der Gesundheitspsychologie und der Empirischen
Bildungsforschung**

Cindy Holtmann
Universität Erfurt

Kurztitel: ANKNÜPFUNGSPUNKTE GESUNDHEITSKOMMUNIKATION

Methodenstudie erstellt im Rahmen des Moduls M.Psy.2013 PSYN340#03 (SS 2015).

Studiengang: MA Psychologie

Eingereicht bei: Dr. habil. Cornelia Betsch

**Interdisziplinäre Anknüpfungspunkte der Gesundheitskommunikation –
Eine Bestandsaufnahme im Bereich der Gesundheitspsychologie und der Empirischen
Bildungsforschung**

In dem Gedicht „Die blinden Männer und der Elefant“ (Saxe, 1873) wird das Resultat der Zerlegung eines komplexen Phänomens oder Sachverhaltes in Teilstücke beschrieben. Durch die alleinige Betrachtung einzelner Bestandteile eines Gegenstandes (in diesem Fall Rüssel, Stoßzähne oder Ohren eines Elefanten) wird nur ein kleiner Teil zur Erklärung des Ganzen beigetragen. Jedoch sind die einzelnen Beiträge nicht in der Lage, den Elefanten in seiner Gesamtheit korrekt zu beschreiben. Die Geschichte kann auf die Beschäftigung mit dem Thema Gesundheit übertragen werden. Viele wissenschaftliche Disziplinen setzen sich mit der Kommunikation von Gesundheitsthematiken zur Gesundheitsförderung auseinander (Schorr, 2014). Diese können jeweils einen eigenen Beitrag dazu leisten, Kommunikationsprozesse in Bezug auf gesundheitsrelevante Informationen genauer zu verstehen und diese für die Gesundheitsförderung einzusetzen.

In dieser Arbeit sollen auf Basis eines interdisziplinären Ansatzes Anknüpfungspunkte der Gesundheitskommunikation in den Bereichen der Gesundheitspsychologie und der Empirischen Bildungsforschung aufgezeigt werden. Zunächst sollen die Disziplinen Gesundheitskommunikation, Gesundheitspsychologie und Empirischen Bildungsforschung vorgestellt werden. Dabei erfolgt eine kurze Darstellung der historischen Wurzeln, Gegenstandsbereiche sowie Forschungsschwerpunkte der einzelnen Disziplinen. Ergänzt wird eine Beschreibung der Publikationslandschaft anhand bibliometrischer Analysen. Außerdem wird aufgezeigt, welche möglichen Überschneidungen der Gesundheitskommunikation mit den

anderen vorgestellten Disziplinen bestehen und in welchen Bereichen sie sich ergänzen können. Abschließend wird eine Sammlung an Projekten, die sich im Bereich der Gesundheitskommunikation engagieren, vorgestellt, um interdisziplinäre Anknüpfungspunkte in der Praxis aufzudecken.

Definition, Abgrenzung & Verortung der Disziplinen

Im ersten Teil dieser Arbeit sollen die Disziplinen Gesundheitspsychologie, Gesundheitskommunikation und die Empirische Bildungsforschung vorgestellt werden. Im Zusammenhang mit einem kurzen Überblick zu der historischen Entwicklung der einzelnen Fächer werden Gegenstandsbereiche und Forschungsfragen vorgestellt. Zum Abschluss wird mit einem Rückgriff auf bibliometrische Analysen die Publikationslandschaft der einzelnen Disziplinen betrachtet. In Bezug auf die bibliometrischen Analysen sei kritisch angemerkt, dass diese zumeist nicht alle Publikationen in einem Forschungsbereich abdecken können (Kim, Park, Yoo & Shen, 2010). Jedoch können bibliometrische Analysen einen wichtigen Beitrag dazu leisten, den Entwicklungsstand einer Disziplin abzubilden (Dees, 2015).

Gesundheitspsychologie. Die Ursprünge der Gesundheitspsychologie, die sich erst in den 70er Jahren des 19. Jahrhunderts als eigenständige Teildisziplin der Psychologie etablierte, sind eng mit philosophischem Gedankengut, den Errungenschaften der Medizin und mit den Erkenntnissen verschiedener wissenschaftlicher Gebiete wie der Epidemiologie, Anthropologie, Gesundheitswissenschaften sowie der Klinischen Psychologie verknüpft (Friedman & Adler, 2011). Die Beschäftigung mit dem Zustand von Gesundheit und Krankheit hat eine lange geschichtliche Tradition, die sich maßgeblich auf die Disziplin der Gesundheitspsychologie auswirkt hat. Durch Hippocrates Theorie der Vielsäftelehre wurde im antiken Griechenland der

Grundstein für die moderne Medizin gelegt. Krankheiten wurden nicht länger als eine Strafe übernatürlicher Mächte angesehen, sondern als Resultat vorliegender irdischer Lebensumstände wie Ernährung, Lebensgewohnheiten, Arbeitsverhältnisse, Umgebung und Besitz, die die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten bestimmter Krankheiten erhöhen (Friedman & Adler, 2011). Im antiken Rom wurde die Wichtigkeit einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung, die sich mit den Bedingungen von Gesundheit und Krankheit beschäftigt und dabei Körper, Geist und Umwelt berücksichtigt erkannt und in Form von öffentlichen Bädern, Abwasserentsorgung und sauberer Trinkwasserversorgung (Aquädukte) als öffentliche Gesundheitsförderung umgesetzt. Auch in den Konzepten der traditionellen chinesischen Medizin lässt sich die Balance zwischen Körper und Geist in Form des Spannungsverhältnisses zwischen Ying und Yang im Qi wiederfinden (Helman, 2007). Dasselbe gilt für die ayurvedische indische Medizin.

Im europäischen Mittelalter gewannen religiöse Thematiken und das Verhältnis der menschlichen Seele zu Gott wieder an Bedeutung und verdrängten die antiken biologischen Erkenntnisse (Friedman & Adler, 2011). Das philosophische Gedankengut der Renaissance (z. B. René Descartes) und die Dualismus-Diskussion über die Trennung von Körper und Geist beeinflusste die moderne Gesundheitspsychologie nachhaltig. Schließlich gelangten zu Beginn des 19. Jahrhunderts die Bereiche des Denkens, Fühlens und Lernens in den Fokus der psychologischen Forschung. In den USA wurde im Anschluss an die Veröffentlichung des Artikels „*The role of psychology in the delivery of health services*“ (Schofield, 1969) eine *Task Force On Health Research* gegründet, aus der 1978 die *APA Division 38 Health Psychology* hervorging (Wallston, 1997; Schoberberger, 2014). Diese veröffentlicht seit 1982 die Zeitschrift „*Health Psychology*“, die über einen ISI Impact Factor von 3.954 verfügt und monatlich erscheint (American Psychological Association, 2015). Auf europäischer Ebene folgte 1986 die

European Health Psychology Society (EHPS), deren Zeitschrift „*Psychology and Health*“ einen Impact Factor von 2.255 besitzt (Stand: 2013; Taylor & Francis Group, 2015). In Deutschland wurde 1992 die *Fachgruppe Gesundheitspsychologie* eingerichtet. Die deutschsprachige „*Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*“, die vom Hofgrefe-Verlag veröffentlicht wird, verfügt über einen Impact Factor von 0.29 (JCR, 2014) und erscheint seit 1993 vierteljährlich (Knoll, Scholz & Rieckmann, 2011; Schwarzer, 2002; Schoberberger, Zakall & Höfer, 2004). Neben den bereits erwähnten Journals werden gesundheitspsychologische Artikel im „*Journal of Health Psychology; Psychology, Health and Medicine; British Journal of Health Psychology; Journal of Occupational Health Psychology* und dem *Journal of Applied Psychology: Health and Well-being*“ veröffentlicht (Knoll et al., 2011; Schwarzer, 2002; Schoberberger et al. 2004).

Erst seit Ende der 80er Jahre etablierte sich die Gesundheitspsychologie als Teildisziplin der Psychologie in Deutschland. Diese definiert den Gesundheitsbegriff positiv definiert, weißt eine klare empirische Orientierung sowie einen starken Anwendungsbezug auf und verfolgt einen biopsychosozialen Ansatz (Schwarzer, 1990; Schwarzer, 2004; Knoll, 2013). Seitdem erlebt die Gesundheitspsychologie ein enormes Wachstum (Knoll, 2013), das sich unter anderem in einer steigenden Anzahl an Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten und Berufsfeldern für Gesundheitspsychologen manifestiert (Schoberberger, Zakall, Höfer, 2014). Dabei wurde laut Schwarzer (1990) die Entwicklung der Gesundheitspsychologie in Deutschland als eigenständiges Fach durch verschiedene Umstände begünstigt. Zum einen wandelte sich das Verständnis des Gesundheitsbegriffs von einem Zustand, der sich nur auf den Aspekt der „Abwesenheit von Krankheit“ fokussierte, zu einem positiven Blick auf die Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ (WHO, 1946). Des Weiteren veränderte sich die Prävalenz von Krankheiten und Todesursachen in der

Bevölkerung. Während im vorindustriellen Europa besonders Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen die vorherrschende Todesursache darstellten, gehören heutzutage degenerative Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu den Haupttodesursachen (Kröhnert & Münz, 2008; Schwarzer, 1990). So waren im Jahr 2012 68 Prozent der Todesursachen weltweit auf chronische Erkrankungen (u. a. Herz-Kreislauserkrankungen, Krebs, Diabetes und chronische Lungenerkrankungen), 23 Prozent auf Infektionskrankheiten, Kinder- und Müttersterblichkeit sowie Ernährungsbedingungen und 9 Prozent der Todesfälle aufgrund von Verletzungen zurückzuführen (WHO, 2015). Dabei lassen sich länderspezifische Unterschiede in der Verteilung von Todesursachen feststellen. Während in Ländern mit hohem Einkommen chronische Erkrankungen als Ursache von Todesfällen vorherrschen, wobei hauptsächlich Personen über siebenzig 70 Jahren betroffen sind, sind Infektionskrankheiten in Ländern mit niedrigem Einkommen die vorherrschende Todesursache (WHO, 2015). Dabei zählen vor allem Kinder unter 15 Jahren zu den Betroffenen (WHO, 2015). Die Entstehung und das Auftreten von chronischen Erkrankungen sowie von durch Unfälle verursachten Verletzungen kann partiell durch ungesunde Lebensgewohnheiten, Verhaltensweisen und Lebensstile erklärt werden (Schwarzer 1990, Klein, 2001, McKeown, 1976). Die Annahme, dass Individuen zum Teil aktiv auf ihren Gesundheitszustand Einfluss nehmen können, hat einen emanzipatorischen Gesundheitsförderungsansatz zur Folge. Dieser verfolgt das primäre Ziel, Personen, aber auch Gruppen durch z. B. durch Strategien der Stressbewältigung oder durch Förderung der Problemlösekompetenz in die Position zu versetzen, durch ein gesteigertes Gesundheitsbewusstsein selbst positiv auf die eigene Gesundheit einzuwirken (Schwarzer, 1990).

Als weitere Trends, die die Entstehung des Fachs der Gesundheitspsychologie in Deutschland gefördert haben, sind der Paradigmenwechsel in der Forschung von einer biomedizinischen zu einer biopsychosozialen Sichtweise auf Gesundheit sowie die steigenden Kosten im Gesundheitssystem in Bezug auf medizinische Behandlungen zu nennen, die Präventionsmaßnahmen in den Fokus der Aufmerksamkeit rückten (Schwarzer, 1990; Odgen, 2000). Das biomedizinische Verständnis von Gesundheit umfasst allein die somatische Unauffälligkeit eines Organismus. Bei der biopsychosozialen Perspektive auf die Gesundheit wird das biomedizinische Verständnis hingegen in eine psychologische und öko-soziale Sichtweise integriert, die sowohl Gesundheit als Erleben und Verhalten erfasst als auch den Zustand von Gesundheit als erfolgreiche Mensch-Umwelt-Passung interpretiert (Egger, 2005). Das Gesundheits- und Risikoverhalten von einzelnen Personen sowie Kollektiven (Kleinstgruppen und ganzen Bevölkerungen) wird als veränderbar angenommen und ist neben den gesundheitsbezogenen Kognitionen, Emotionen und der Motivation einer der Forschungsschwerpunkte der Gesundheitspsychologie (Matarazzo 1980). Des Weiteren sind Thematiken wie Bedingungen von Stress, Coping und soziale Ressourcen; Gesundheitsverhalten und -kognitionen; Krankheitsverhalten und -bewältigung; Risikoperzeption und -kommunikation sowie die Entwicklung und Evaluation von Gesundheitsförderungsprogrammen zentrale Grundlagen-Forschungs- und Anwendungsfelder (Knoll, 2013).

In der gesundheitspsychologischen Forschung werden Erkenntnisse aus anderen psychologischen Fächern wie der Wahrnehmungs-, Kognitions-, Sozial- und Entwicklungspsychologie integriert (Schwarzer, 2001). Da sich die Gesundheitspsychologie in erster Linie mit körperlichen Erkrankungen auseinandersetzt, grenzt sie sich eindeutig von der Klinischen Psychologie und Psychiatrie ab, die sich auf seelische Störungen und abnorme

Verhaltensweisen konzentrieren (Weinman, 2004). Auch die Konsultationspsychiatrie und die Psychosomatik widmen sich dem Zusammenwirken zwischen psychologischen Prozessen und Gesundheit bzw. Krankheit, weisen jedoch einen stärkeren medizinischen Bezug als die Gesundheitspsychologie auf (Weinman, 2004). Während sich die Gesundheitspsychologie eher mit der Prävention von Krankheiten beschäftigt, liegt der Schwerpunkt der Verhaltensmedizin auf der Behandlung und Rehabilitation von Patienten (Knoll, 2013). In der Ausbildung von Humanmedizinern vermitteln vor allem medizinische Psychologen die psychischen Faktoren, die Erkrankungen bei Patienten hervorrufen und betrachten zusätzlich die Folgen einer Erkrankung für den Patienten. Durch die Verortung des Tätigkeitsfeldes im Krankenhauskontext nimmt das Erleben und Verhalten von Patienten sowie die Interaktion zwischen Patienten und medizinischen Personal einen großen Stellenwert in diesem Bereich ein. Ein weiteres interdisziplinäres Forschungs- als auch Praxisfeld ist die Gesundheitswissenschaft (Public Health), die Forschungsergebnisse aus Psychologie, Erziehungswissenschaften, Sozialwissenschaften und Epidemiologie verwendet. Die Ansätze der Gesundheitswissenschaft zielen auf eine externe Verhaltensregulation auf Mikro-, Meso- und Makroebene der Gesellschaft ab und richten sich somit an Politik und das Gesundheitssystem. Im Gegensatz dazu steht im Zentrum der Gesundheitspsychologie die interne oder motivationale Verhaltensregulation von einzelnen Personen oder Gruppen (Kryspin-Exner, Lueger-Schuster & Weber, 1998).

Publikationslandschaft in der Gesundheitspsychologie. In einer bibliometrischen Untersuchung von Krampen und Montada (2000) wird die historische Entwicklung des Fachs der Gesundheitspsychologie anhand der in PSYNDEX dokumentierten Fachliteratur bis in das Jahr 1997 nachvollzogen. Die Ergebnisse zeigen einen Anstieg der gesundheitspsychologischen

Publikationen ab Mitte der 80er Jahre. Die veröffentlichte Literatur aus der Gesundheitspsychologie machte 5 Prozent der gesamten Publikationen der Psychologie in den 90er Jahren in Deutschland aus. Im internationalen Vergleich betrug dieser Anteil nur 2 Prozent. Auch überstieg die Anzahl der gesundheitspsychologischen Fachveröffentlichungen die Publikationen kleiner Subdisziplinen wie der Forensischen, Politischen, Markt-, Werbe-, Umwelt- sowie der Sport- und Freizeitpsychologie. Allerdings zeigt sich in einer Gegenüberstellung über den gesamten betrachteten Zeitraum, dass Publikationen aus den Bereichen der Klinischen, Pädagogischen und auch der Arbeits- und Organisationspsychologie in den deutschsprachigen Veröffentlichungen vorherrschen. Des Weiteren stellen Krampen und Montada (2000) fest, dass vor allem Übersichtsbeiträge, Lehrbücher und Arbeiten, die in ein Thema einführen, veröffentlicht wurden (43 %), gefolgt von empirischen Feldstudien (37 %), Einzelfall- und Erfahrungsberichten (15 %), Selbsthilfeliteratur (2 %), diskursiv-kritischen Veröffentlichungen (1 %) und experimentellen Studien (1 %). Zusätzlich importiert die Gesundheitspsychologie mehr Publikationen aus anderen Fächern, als dass sie exportiert. Im Rahmen des Neunten Kongresses der Gesundheitspsychologie im Jahr 2009 wurde ein Poster von Schui und Krampen vorgestellt, welches die Arbeit von Krampen und Montada (2000) bis in das Jahr 2006 mit den Literaturdatenbanken PSYINDEX und PsycINFO fortführt. Es zeigt sich, dass der Anteil der gesundheitspsychologischen Publikationen an den gesamten Fachveröffentlichungen der Psychologie im Bereich zwischen 5-6 Prozent stabilisiert werden konnte. Auch werden weiterhin mehr Beiträge in der Gesundheitspsychologie als in der Umwelt-, Sport- und Freizeitpsychologie veröffentlicht. Unter Einbezug von Längsschnittstudien, qualitativen Studien und illustrativen empirischen Daten steigt der Anteil der empirischen Studien auf 48 Prozent. Der Anteil der Überblicksliteratur, Literaturreviews, Fach- und

Selbsthilfebücher sowie Antworten auf Zeitschriftenartikel liegt bei 41 Prozent. Auf Grundlage der Ergebnisse wird geschlussfolgert, dass sich die Subdisziplin der Gesundheitspsychologie schnell entwickelt und auf einem stabilen Niveau etabliert hat (Krampen & Montada, 2000).

Gesundheitskommunikation. Das Thema Gesundheit wird vom Ministerium für Bildung und Forschung als Zukunftsfeld für Innovationen in Deutschland definiert (Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2015). In diesem Zusammenhang wird in Anbetracht der steigenden Lebenserwartung und der sich verändernden Lebensgewohnheiten zur Erforschung und Entwicklung neuer Methoden zur Prävention, Diagnose und Therapie aufgerufen (BMBF, 2015). Dies stützt eine Befragung der Europäischen Kommission zu den Bereichen Wissenschaft und Technik (2010), in der Forschungsfragen aus dem Bereich Gesundheit die höchste Bedeutung seitens der befragten EU-Bürger/innen zugemessen wurde, gefolgt von Fragen zur Energie, Umwelt und sozialen sowie wirtschaftlichen Themen. In Deutschland nehmen Energiefragen den ersten und Gesundheitsfragen den zweiten Rang der Forschungsbereiche ein, die in der Europäischen Union zuerst angegangen werden sollen (Europäische Kommission, 2010).

In nahezu allen Bereichen der Gesundheit, des Wohlbefindens und der Prävention besitzt die Kommunikation von gesundheitsbezogenen Informationen eine enorme Relevanz (Kreps, 2001). In Zeiten globaler gesundheitlicher Bedrohungen und Krisen (z. B. Epidemien) ist die effektive Kommunikation von Gesundheitsrisiken und deren Prävention von wesentlicher Bedeutung, um die Morbidität und Mortalität von übertragbaren Krankheiten einzudämmen und um die Schäden für das öffentliche Gesundheitswesen zu minimieren (ECDC, 2013). Zusätzlich ist eine effektive Gesundheitskommunikation, die das Ziel der individuellen und kollektiven Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Förderung der Lebensqualität verfolgt,

aufgrund der steigenden Kosten im Gesundheitsbereich (durch z. B. steigende Lebenserwartung, medizinischen Fortschritt) für Akteure der Wirtschaft und der Politik von zunehmender Bedeutung (Schorr, 2014). So weist die Europäische Kommission in ihrem „Aktionsplan für elektronische Gesundheitsdienste 2012–2020 – innovative Gesundheitsfürsorge im 21. Jahrhundert“ darauf hin, dass „Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) (...) angewandt auf das Gesundheitswesen und die Gesundheitsfürsorgesysteme deren Effizienz steigern, die Lebensqualität der Bürger verbessern und innovative Kräfte in den gesundheitsbezogenen Märkten freisetzen [können]“ und bezieht sich damit auf Tätigkeitsbereiche der Gesundheitskommunikation (Europäische Kommission; 2012). Der Einfluss der Kommunikation von gesundheitsrelevanten Informationen auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Menschen ist der zentrale Forschungsschwerpunkt der Gesundheitskommunikation (Schorr, 2014). Dabei werden sowohl mediale, non-mediale, intendierte als auch zufällige Kommunikationsprozesse und Kommunikationskanäle in Bezug auf Gesundheit betrachtet, die das Fundament für gesundheitliche Entscheidungsprozesse bilden (Baumann & Hurrelmann, 2014). Dabei können einzelne Individuen (die intrapersonelle und interpersonelle Kommunikationsebene), Gruppen, Institutionen oder ganze Gesellschaften betrachtet werden (Kreps, 2001). In zahlreichen Definitionen der Gesundheitskommunikation wie sie zum Beispiel bei Schiavo (2007), dem Center for Disease Control and Prevention (CDC, 2011) oder Hurrelmann und Leppin (2001a) formuliert werden, wird der Aspekt der unbeabsichtigten Kommunikation über Gesundheit vernachlässigt (Baumann, Hastall, Rossmann & Sowka, 2014). Darüber hinaus sind die Fragen des Verstehens, des Verarbeitens sowie die emotionale und motivationale Wirkung von Gesundheitsinformationen auf Seiten des Empfängers von großer Bedeutung. Rossmann und Hastall (2013) heben hervor, dass zwischen

dem bloßen Kommunizieren über Gesundheit und der Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld unterschieden werden muss.

Das Fach der Gesundheitskommunikation stellt eine Subdisziplin der Kommunikationswissenschaft dar und wird als inter- und multidisziplinäre angewandte Wissenschaft definiert, die einen empirisch-qualitativen Forschungsansatz verfolgt und dabei eng mit Praxisfeldern der Gesundheitskommunikation verknüpft ist (Kreps, Query & Bonaguro, 2014). Zusätzlich orientiert sich die Gesundheitskommunikation an wissenschaftlichen Beiträgen aus der Gesundheitspsychologie, Gesundheitssoziologie, Kommunikationswissenschaft und der Medizin und schließt sich der biopsychosozialen Perspektive auf Gesundheit an (Schorr, 2014). Eine einheitliche Definition des Gegenstandsbereichs wird aufgrund der angesprochenen Multidisziplinarität der Gesundheitskommunikation erschwert (Schorr, 2014). Wie bereits im Abschnitt zur Gesundheitspsychologie erläutert, beschäftigen sich zahlreiche Disziplinen mit unterschiedlichen Themenbereichen der Gesundheit, sodass die Gesundheitskommunikation Überschneidungen mit der Gesundheitspsychologie, -ökonomie und -soziologie, Gesundheitswissenschaft und Medizin aufweist und durch Erkenntnisse aus den Bereichen des Marketings, der Gesundheitserziehung, der medizinischen Anthropologie, Epidemiologie, Krankenpflege, Medizin, Sozialarbeit, der medizinischen Informatik, Public Relations sowie der Wissenschafts- und Risikokommunikation ergänzt wird (Kreps, et al, 2014). In der modernen Gesundheitskommunikation lassen sich zwei Forschungsansätze unterscheiden, die sich entweder der interpersonellen Kommunikation im Gesundheitswesen (z. B. Face-to-Face Kommunikation: Arzt-Patienten-, Laien-Laien- oder Experten-Experten-Kommunikation) oder der medialen Kommunikation (massenmediale: Internet, Unterhaltungsangebote wie Arzt-Serien, Werbung, journalistische Berichterstattung; individuelle: Brief, Telefon, Fax, E-Mail) über

Gesundheit widmen (Schorr, 2014; Kreps et al., 2014). Diese beiden Forschungsbereiche sind nicht immer eindeutig voneinander zu trennen, da fließende Übergänge existieren (Schorr, 2014). Die historischen Anfänge der Gesundheitskommunikation liegen in den 70er bis 80er Jahren des 19. Jahrhunderts. Dabei befindet sie sich als akademisches Fach in einer anhaltenden Entwicklungs- und Etablierungsphase in Deutschland und Europa (Baumann & Hurrelmann, 2014; Schulz & Hartung, 2014). Damit entstand das Forschungsfeld der Gesundheitskommunikation zeitgleich zur Gesundheitspsychologie (Schorr, 2003, Schwarzer, 2004). In den USA hat sich bereits vor Jahren die Gesundheitskommunikation als eigenständige Disziplin durchgesetzt. Dort gründeten Mitglieder der *International Communication Association* (ICA) bereits 1972 die *Therapeutic Communication Interest Group*, die 1975 in die *Health Communication Division* im Rahmen der ICA überging und über 568 Mitglieder aus 34 Ländern verfügt sowie 169 Institutionen repräsentiert. Seit 1977 wird durch diese das „*Communication Yearbook*“ veröffentlicht (Kreps, Bonaguro & Query, 1998; International Communication Association; 2015). Im Jahr 1985 gründete sich in der *Speech Communication Association* (heute: *National Communication Association*; NCA) die Initiativgruppe *Commission for Health*. Als Erstes befasste sich die 1989 erschienene Zeitschrift „*Health Communication*“ mit dem Thema Gesundheitskommunikation (Impact Factor 1.744 Stand: 2012, Taylor & Francis Group, 2015). 1996 folgte das „*Journal of Health Communication: International Perspectives*“, das 2013 Impact Factor von 1.869 aufwies (Kreps et al., 2014; Psychology Press, 2015). Als weitere einschlägige Fachzeitschriften sind das „*Journal of Communication in Healthcare*“, „*Patient Education and Counseling*“, „*Journal of The American Medical Association*“ und „*Lancet*“ zu nennen (Kreps et al., 2014).

Zu Beginn der Entwicklung der Gesundheitskommunikation als Fach stand die interpersonelle Kommunikation zwischen Patienten und professionalisiertem Gesundheitspersonal im Fokus des Forschungsinteresses. Dies kann als Reaktion auf Phänomene wie der fehlenden Compliance seitens der Patienten in Bezug auf z. B. verordnungsgemäße Einnahme von Medikamenten sowie Fehlkommunikation und Missverständnisse gesehen werden. Des Weiteren tragen falsche Erwartungen, unzureichende Sensibilität des medizinischen Personals und der bestehende Unmut über das Gesundheitssystem zur Fokussierung auf die interpersonelle Kommunikation bei (Kreps & Thornton, 1984). Damals wurden bereits umfassende Schulungen im Bereich kommunikativer Fähigkeiten für das in Gesundheitsbereichen tätige Personal gefordert (Northouse & Northouse, 1985). Der Auslöser für die Hinwendung zur Gesundheitskommunikation über Massenmedien wird mit der Verbreitung des Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) in den 1980er Jahren assoziiert (Schorr, 2013). Das Ereignis führte zu der Erkenntnis, dass Gesundheitsbotschaften durch eine Vielzahl von Kanälen zum Empfänger gelangen, allgegenwärtig und nicht zwangsläufig intendiert sind (Schorr, 2014). In den 80er Jahren erschienen die ersten englischsprachigen Bücher zum Thema Gesundheitskommunikation wie „*Health Communication: Theory and Practice*“ (Kreps & Thornton, 1984) und „*The Physician's Guide to Better Communication*“ (Northouse & Northouse, 1985). Die Entwicklung der Gesundheitskommunikation als eigenständige wissenschaftliche Disziplin mit einschlägigen Fachzeitschriften, wissenschaftlichen Verbänden, Fachbereichen an Hochschulen, Studiengängen und Veröffentlichungen von Lehrbüchern ist in Europa und Deutschland längst noch nicht so weit fortgeschritten wie in den USA (Kriterien einer eigenständigen Disziplin nach Schulz & Hartung, 2010; Baumann & Hurrelmann; 2014; Schorr, 2014). So beschäftigen sich unterschiedliche Gesundheitsberufe an verschiedenen

deutschen Standorten mit Inhalten und Forschungsthemen, die der Gesundheitskommunikation zuzurechnen sind (Schorr, 2014; Baumann & Hurrelmann, 2014). Lehrstühle und Forschungsinstitute sowie eine eigene Fachzeitschrift wurden in Deutschland bisher noch nicht eingerichtet (Baumann & Hurrelmann, 2014; Baumann et al., 2014). Im Jahr 2003 wurde das *Netzwerk für Medien und Gesundheitskommunikation* eingerichtet, welches das Ziel verfolgt, einen Überblick über aktuelle Forschungsbeiträge im Bereich der medialen Gesundheitskommunikation zu liefern. Die *Ad-hoc-Gruppe Gesundheitskommunikation* wurde in Angliederung an die *Deutsche Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaften e. V.* im Jahr 2012 ins Leben gerufen (Baumann et al.; 2014). Ein weiterer akademischer Verein wurde 2005 durch die Studierenden und Absolventen der Gesundheitswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bielefeld gegründet (Gesundheitskommunikation e. V. – Bielefeld, 2015). Eines der ersten deutschsprachigen Bücher erschien im Jahr 2001 mit dem Titel „*Moderne Gesundheitskommunikation*“ von Hurrelmann und Leppin (Baumann & Hurrelmann, 2014).

Publikationslandschaft in der Gesundheitskommunikation. In der Recherche zur Darstellung der deutschen Publikationslandschaft in der Gesundheitskommunikation wurde deutlich, dass diese durch folgende Umstände erschwert wird: Zunächst fehlt es der Gesundheitskommunikation an einer eigenen Fachzeitschrift im deutschsprachigen Raum (Baumann et al., 2014). Ferner handelt es sich bei der Gesundheitskommunikation um ein junges Forschungsgebiet, in dem Akteure aus unterschiedlichen Disziplinen wie der Psychologie, Medizin, Gesundheitswissenschaft, Gesundheitswirtschaft, Kommunikationswissenschaft, Journalistik und der Sozialen Arbeit tätig sind, sodass Publikationen, die sich einer Fragestellung

der Gesundheitskommunikation widmen, in den jeweiligen Fachzeitschriften veröffentlicht werden (Schorr, 2014).

In einer Untersuchung von Kim, Park, Yoo und Shen (2010) wurden Artikel aus der Zeitschrift „*Health Communication*“ auf ihren Inhalt und ihre Eigenschaften (z. B. verwendete Methoden, Nationalität und Fächerzugehörigkeit der Autoren) hin untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass ein großer Anteil der 642 veröffentlichten Artikel (Analysezeitraum: 1989 bis 2010) von Autoren und Co-Autoren aus der Kommunikationswissenschaft stammen (56,8 Prozent der insgesamt 1.656 Autoren und Co-Autoren), gefolgt von Autoren aus medizinischen Bereichen (12,7 %) und Autoren aus der Psychologie, Soziologie und aus dem Gebiet Education (11,4 %). Der überwiegende Teil der Autoren sind US-Amerikaner (90,5 %). Ein Großteil der Studien weisen eine empirisch-quantitative Methodenausrichtung (62,9 %) und keine theoretische Fundierung auf (52,5 %). Wenn in Artikeln auf Theorien zurückgegriffen wurde, war dies vor allem die *Theory of Planned Behavior* (1,9), die *Narrative Theory* (1,9 %), die *Social Norm Theory* (1,7 %), das *Extended Parallel Processing Model* (1,6 %) und die *Social Cognitive Theory* (1,6 %).

Auch eine Analyse, der im „*Journal of Health Communication: International Perspectives*“ veröffentlichten Artikel konnte die Einseitigkeit der Autorenschaft nachweisen (Freimuth, Massett und Melzer, 2006). Kim et al. (2010) sehen damit die Interdisziplinarität der Gesundheitskommunikation gefährdet. Zusätzlich wird eine Bevorzugung des Bereichs der massenmedialen Gesundheitskommunikation gegenüber der interpersonalen Gesundheitskommunikation festgestellt, die zu einer einseitigen Darstellung des Forschungsbereichs führen kann (Kim et al., 2010; Freimuth et al., 2006). Die Analyse deckt

Probleme auf, die in der sich entwickelnden Publikationslandschaft der Gesundheitskommunikation in Deutschland berücksichtigt werden können.

Empirische Bildungsforschung. Die Wurzeln der empirischen Bildungsforschung liegen in der empirischen und experimentellen Pädagogik sowie in der Pädagogischen Psychologie zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Drewek (2010) stellt anfängliche Etablierungsschwierigkeiten der empirischen und experimentellen Pädagogik in den universitären Wissenschaftsbereichen fest, da sich diese in Konkurrenz mit den ebenfalls jungen Disziplinen der Pädagogik und Psychologie befand und zusätzlich auf politischen Widerstand zur Zeit des Kaiserreichs stieß. Mit der Forderung der realistischen Wende der Pädagogik durch Roth (1962) begann die Hinwendung des wissenschaftlichen Interesses auf das tatsächliche Geschehen im Bildungssystem (Gräsel, 2011). Durch Pichts (1964) proklamierte „Bildungskatastrophe“ begann sich die moderne Bildungsforschung angesichts der aufgedeckten Mängel und Kritik in Bezug auf die Lehrerqualität, geringe Studierendenzahlen und niedrige Bildungsabschlüsse in Deutschland zu entwickeln. Zusätzlich trug der wachsende internationale wirtschaftliche Wettbewerb zur Förderung der Beschäftigung mit dem bestehenden Bildungssystem, -prozessen und den -resultaten bei (Gräsel, 2011, Fend 1990). In Anlehnung an diesen Trend wurde 1963 das *Max-Planck-Institut für Bildungsforschung* (MPI) in Berlin und 1966 das *Leibniz-Institut für die Pädagogik der Naturwissenschaften* (IPN) als außeruniversitäre Einrichtungen gegründet. Zusätzlich sind nach Tippelt & Schmidt (2010) folgende Institutionen zu nennen, die außerhalb der Universitäten im Bereich der Bildungsforschung tätig sind: die *Leibniz-Gemeinschaft: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung* (DIE), das *Institut für Wissensmedien - Tübingen*, das *Deutsche Institut für Internationale Pädagogische Forschung* (DIPF), das *Deutsche Jugendinstitut* (DJI), das *Adolf-Grimme-Institut – Gesellschaft für Medien*,

Bildung und Kultur mbH, das Institut für Film und Bild in Wissenschaft und Unterricht gGmbH, das Georg-Eckert-Institut für internationale Schulbuchforschung sowie das Institut für Wissensmedien oder das Bundesinstitut für Berufsbildung. 1965 wird die Arbeitsgruppe Empirisch Pädagogischer Forschung (AEPF) ins Leben gerufen, die sich 1969 der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE) anschloss (Gräsel, 2011).

In Folge des massenmedialen Interesses an internationalen Vergleichsstudien wie *PISA (Programme for International Student Assessment)* oder *PIRLS (Progress in International Reading Literacy Study)* werden Fragen zur Qualität von Bildungsprozessen zur öffentlichen Debatte (Zedler & Döbert, 2010). Diese Qualitätsfragen erfahren in Bezug auf die Anzahl von empirischen Forschungsarbeiten zum Bildungssystem einen Aufschwung (Zedler & Döbert, 2010). So wurde 2001 seitens der *Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)* eine Förderinitiative zur Empirischen Bildungsforschung eingerichtet, in der Projekte zur Bildungsqualität von Schulen, zu Kompetenzmodellen zur Erfassung und Abbildung individueller Lernergebnisse und zur Bilanz von Bildungsprozessen unterstützt werden. Auch das Bundesministerium für Bildung und Forschung veröffentlichte 2007 ihr „*Rahmenprogramm zur Förderung der Empirischen Bildungsforschung*“, in dem Bildung und Wissenschaft als „Zukunftsressourcen“ definiert werden. Zum einen wird dem Individuum durch diese Ressourcen gesellschaftliche Teilhabe, Integration, Zukunfts- und Arbeitschancen garantiert, zum anderen wird die globale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft gewährleistet (BMBF, 2008). Als Maßnahmen zur Stärkung der Empirischen Bildungsforschung werden die Nachwuchsförderung, die Förderung des internationalen Austauschs und der Informationsaustausch durch stärkere Vernetzung genannt. Erst zu Beginn des 21. Jahrhunderts wurde die Empirische Bildungsforschung ein fester Bestandteil der Hochschullandschaft und ist

mit fünf Bachelor-, 62 Master-, zwei Bachelor-Fernstudien- und vier Master-Fernstudiengängen in Deutschland vertreten (Plus Media GmbH, 2015). Bis heute kann die Empirische Bildungsforschung nicht als eigenständige Disziplin bezeichnet, sondern eher als interdisziplinäres Forschungsfeld aufgefasst werden, indem sich Forscher aus Psychologie, Soziologie, Kommunikationswissenschaften, Ökonomie oder Politikwissenschaft betätigen (Gräsel, 2011).

Die Bildungsrealität in einer Gesellschaft ist der zentrale Gegenstandsbereich der Empirischen Bildungsforschung und wird durch die Betrachtung der „Voraussetzungen, Prozesse und Ergebnisse von Bildung über die Lebensspanne, innerhalb und außerhalb von (Bildungs-) Institutionen“ ergänzt (zitiert nach Prenzel, 2005, S. 12; Gräsel, 2011). Im Forschungsfokus stehen Bildungsprozesse in institutionalisierten Bildungssettings, interne Lehr- und Lernprobleme von Individuen sowie die Bedingungen und Auswirkungen des Erwerbs von Qualifikationen und Kompetenzen (Gräsel, 2011; Tippelt & Schmidt, 2010). Im Forschungskontext werden häufig die Begriffe empirisch-pädagogische Forschung und Bildungswissenschaft synonym für den Begriff Bildungsforschung verwendet (Dees, 2015). Nach der Definition des Deutschen Bildungsrates (1974) gehören zusätzlich Unterrichtsforschung und außerschulische Bildungsprozesse zu den Forschungsbereichen der Bildungsforschung. Dabei verpflichtet sie sich einer problemorientierten, interdisziplinären Arbeitsweise, die auf empirische Forschungsmethoden zurückgreift und sich dabei an Disziplinen wie der Psychologie, Ökonomie und Soziologie orientiert (Gräsel, 2011). So wird betont, dass „viele Aufgaben, die der Bildungsforschung gestellt sind, (...) nicht von einer Disziplin, sondern nur interdisziplinär gelöst werden [können]“ (Deutscher Bildungsrat, 1974, S. 16).

Die Forschungsfelder der Bildungsforschung sind breit angelegt und umfassen die Frühförderung, die Unterrichts- und Schulqualität (Lehr-Lern-Forschung), den Bereich der Ganztags- und Hochschule, die außerschulische Bildung sowie die Weiterbildungsforschung. Als aktuelle Themen der Bildungspraxis und Bildungsforschung werden Fragen benannt wie: „Sind Jungen die neuen Bildungsverlierer? Hat PISA die Schulen besser gemacht? Werden die Deutschen immer dümmer? Entscheiden sich die Richtigen für ein Lehramtsstudium? Brauchen wir eine neue Unterrichtskultur? Wie können wir die Ursachen sozialer Ungleichheit verstehen? Was sind die Kosten versäumter Bildungschancen?“ (zitiert nach Spinath, 2014). Dabei wird das übergeordnete Ziel verfolgt, wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen, die zu einer Analyse und der Verbesserung des Bildungswesens beitragen (Gräsel, 2011).

Die empirische Bildungsforschung nutzt Längsschnittdaten in Form des *Nationalen Bildungspanels*, um die Wirkung von schulischen als auch außerschulischen Faktoren auf den Erwerb von Kompetenzen zu identifizieren. Zusätzlich gewinnt der Kompetenzerwerb auf Seiten der Lehrenden an Bedeutung, da gelingender Unterricht in besonderem Maße von den Lehrkräften abhängt (Baumert & Kunter, 2006; Gräsel, 2011). Im Sinne des Ansatzes einer „evidence-based education“ soll die Empirische Bildungsforschung Wissen in Form von Beschreibungen, Vorhersagen, Erklärungen oder Maßnahmenwissen für Veränderungen zur Verbesserung des Bildungssystems bereitstellen und ist dafür eng mit Institutionen der Bildungspolitik verknüpft (Gräsel, 2011; BMBF, 2007).

Die Publikationslandschaft im Bereich der Bildungsforschung. Auch im Bereich der Bildungsforschung wird die Darstellung der Publikationslandschaft durch die Multidisziplinarität des Fachs erschwert, da wissenschaftliche Beiträge in unterschiedlichen Disziplinen veröffentlicht werden (Botte, Dees, Huth, Martini, Muders, Rittberger & Weishaupt, 2013).

Botte et al. (2013) führten im Auftrag des BMBF sowie des DIPF eine bibliometrische Situationsanalyse zum Stand der Bildungsforschung in Deutschland durch. Dafür gingen die in der *FIS Bildung Literaturdatenbank* registrierten Veröffentlichungen zu bildungsrelevanten Themen aus dem Zeitraum von 1998 bis 2007 in die Analyse ein (Botte et al., 2013). Insgesamt sind von den 50.964 erfassten Beiträgen 56 Prozent Zeitschriftenaufsätze, 22,1 Prozent Buch- und 21,9 Prozent Sammelwerksbeiträge. Dabei wurden 83,9 Prozent der Beiträge von Universitätsangehörigen verfasst. Die Veröffentlichung der ca. 28.500 Zeitschriftenartikel erstreckt sich über 1.167 Zeitschriften. Aufgrund der bildungspolitischen Relevanz der Forschungsarbeiten wird als Publikationssprache häufig die Sprache des jeweiligen Landes gewählt, auf das sich der Beitrag bezieht. Die vorherrschende Publikationssprache in der FIS-Literaturdatenbank ist somit Deutsch (96,7 %). Thematische Schwerpunkte sind unter anderem die Fachdidaktik (34,4 %), Theorien der Bildungsforschung (10,2 %), allgemeine Didaktik (8,6 %), Berufsbildung (7,9 %) und Lernen (5,6 %). Somit lässt sich feststellen, dass Forschungsarbeiten zur Verbesserung des Bildungssystems überwiegend auf nationaler Ebene durchgeführt werden und dass gesundheitsrelevante Thematiken nicht zu den Forschungsschwerpunkten der Bildungsforschung gehören, sondern eher die Lehr-Lern-Forschung.

Studiengänge im Bereich der Gesundheitskommunikation

So weit die Definition von Gesundheit seitens der WHO (1946) als Zustand des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens gefasst ist, so divers präsentiert sich die Landschaft der gesundheitsbezogenen Berufe und Studiengänge in Deutschland (Dadaczynski & Niemann, 2008). So registriert die *Bundesagentur für Arbeit* (Stand: 01.05.2015) 471 Gesundheitsberufe mit den Schwerpunkten Ernährung, Rettungsdienst, Medizin- und

Rehatechnik, Pflege, nicht ärztliche Therapie, Medizin, Psychologie und Sport. Ein Forschungsprojekt des *Zentrums für Angewandte Gesundheitswissenschaften* der Leuphana Universität Lüneburg und dem Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen der Hochschule Magdeburg-Stendal umfasst den Aufbau einer Datenbank zu gesundheitsbezogenen Studienangeboten in Deutschland, in der 270 Bachelor-, 201 Masterstudiengänge und vier Zertifikatsstudiengänge registriert sind (Stand: 01.05.2015). Das Projekt wurde angesichts des steigenden akademischen Ausbildungsangebotes und der daraus resultierenden Unübersichtlichkeit (Dadaczynski & Niemann, 2008) ins Leben gerufen. In der Datenbank aufgeführt, sind nur solche Studiengänge, die neben einem quantitativen Mindestausbildungsumfang eine klare Berufsperspektive und einen Interventions- und Handlungsbezug zu psychischen, sozialen, ökonomischen und ökologischen Gesundheitsaspekten aufweisen. In der Datenbank werden keine Studiengänge aus den Bereichen der Medizin und Pharmazie aufgeführt. Bei einer genaueren Betrachtung der einzelnen Studienangebote lässt sich feststellen, dass der Großteil der Bachelor-Studiengänge im Bereich der Pflege und in der Sozialen Arbeit zu verorten sind, gefolgt von Studiengängen im Bereich der Ökonomie und des Managements.

Während das Thema Gesundheitskommunikation bereits zum festen Bestandteil der Studienlandschaft in Nordamerika gehört, zeigt sich in Bezug auf die akademische Ausbildung in Deutschland, dass sich eine Vielzahl von gesundheitsbezogenen Studiengängen wie z. B. Medizin, Psychologie und Pflegewissenschaften mit Fragestellungen der Gesundheitskommunikation auseinandersetzen (Schorr, 2014, Kreps et al. 2014; Tolks & Lampert, 2008). Jedoch ist zu betonen, dass es sich bei den meisten Angeboten zur Gesundheitskommunikation um Wahlpflichtfächer oder einzelne Seminare handelt (Tolks &

Lampert 2008). So ist beispielsweise im Bachelorstudiengang Public Health & Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen ein Modul zur „*Kommunikation und Wahrnehmung – Strategien und Methoden der Gesundheitskommunikation*“ und im Rahmen des Bachelorstudiums des Gesundheitsmanagements an der Fachhochschule Fulda Veranstaltungen zu den Themen „Grundlagen der Kommunikation“ sowie „Unternehmens- und Gesundheitskommunikation“ vorgesehen (Tolks & Lampert, 2008). Ein weiteres Beispiel ist der Medizin-Studiengang der Rheinisch-Westfälisch Technischen Hochschule Aachen, in dem ein Wahlpflichtbereich zu „Neue Medien, Kommunikation und Didaktik in der Medizin“ angeboten wird (RWTH Aachen, 2007). Einzig die Universität Bielefeld bietet neben einem Masterstudiengang in Public Health einen Bachelorstudiengang mit Gesundheitskommunikation als Kernfach an (Tolks & Lampert, 2008).

Was kann die Gesundheitspsychologie zur Gesundheitskommunikation beitragen?

Die bisherige Darstellung macht starke Überschneidungen der Gesundheitspsychologie und der Gesundheitskommunikation deutlich. Forschungsergebnisse beider Disziplinen können zu einer Bereicherung des jeweils anderen Fachs beitragen, zu neuen Fragestellungen anregen oder bereits bestehende Theorien verändern (Schorr, 2014). Nach Elben, Ball und Lohaus (2014) stellt die Gesundheitspsychologie die Grundlage für eine erfolgreiche Gesundheitskommunikation dar. Auf Basis der gesundheitspsychologischen Forschung, die sich auf gesundheitsbezogene Kognitionen, Emotionen, Motivation sowie Verhalten beziehen, können Erkenntnisse über Wissensbestände, Einstellungen, Risikoverhalten, Erwartungen und Ängste bestimmter Zielgruppen gewonnen werden (Schwarzer, 1997). Für eine gelingende Gesundheitskommunikation ist die Passung zwischen Gesundheitsbotschaften und den Merkmalen der entsprechenden Zielgruppe (Individuum, Gruppe, Institution) essentiell, da in

Anbetracht z. B. diverser kultureller Hintergründe keine universell anwendbare Strategie zur effektiven Kommunikation gesundheitsrelevanter Themen besteht (z. B. Kreps & Sparks, 2008; Elben, 2014). Somit können spezifische Zielgruppen mit Hilfe der Gesundheitspsychologie charakterisiert und Publikumsgruppen (z. B. Geschlechtergruppen, Familien, Altersgruppen, Patientengruppen, Bevölkerungsanteil mit niedrigem sozioökonomischen Status), genauer definiert werden. Im Rahmen einer Gesundheitskampagne, die sich häufig an ein breiteres nicht-spezifisiertes Publikum richten, können die Erkenntnisse und Modelle aus der Gesundheitspsychologie als theoretisches Gerüst für die Planung und Durchführung weiterer Kampagnen-Schritte verwendet werden. Diese können einen Hinweis darauf geben, wie der Inhalt und die Form einer gesundheitsbezogenen Information gestaltet werden müssen, um die erwünschte Verhaltensänderung beim Empfänger der Nachricht zu erreichen. Sollte eine Gesundheitskampagne zum Beispiel auf der Grundlage der *Theory of Planned Behaviour* (Ajzen 1988, 1991) geplant werden, müssen die gesundheitsrelevanten Botschaften so geschaffen sein, dass sie über die Einstellungen, die subjektiven Normen und die wahrgenommene Kontrollüberzeugung auf die Intention einwirken, um das gewünschte Verhalten hervorzurufen (Elben et al. 2014). Auch können Modelle der Gesundheitspsychologie herangezogen werden, um die Gründe für das Scheitern einer Kampagne zu analysieren (Elben et al., 2014). Ebenso das Wissen um subjektive Krankheitstheorien oder Gesundheitsvorstellungen (Filipp, 1990; Bengel & Belz-Merk 1990) sowie die Kenntnis über die Wirkung von sozialer Unterstützung und Optimismus auf das Krankheits- und Gesundheitsverhalten (Schwarzer & Leppin, 1990, Scheier et al. 1987) kann im Bereich der Gesundheitskommunikation für die Erstellung von gesundheitsbezogenen Botschaften genutzt werden. Durch den Entwicklungsstand bedingte Unterschiede bezüglich der krankheitsbezogenen Kognitionen, Verhaltensweisen,

Bewältigungsstrategien, Emotionen und sozialen Beziehungen einer Person scheint der entwicklungsorientierte Ansatz der Gesundheitspsychologie vielversprechend, um Gesundheitskampagnen für spezifische Zielgruppen zu planen (Seiffge-Krenke, 1994; Elben et al., 2014). So können Erkenntnisse über die Struktur und das Entstehen von Konzepten über Tod sowie Gesundheit und Krankheit (z. B. Wissen über Definition, Symptome, Behandlung, Prävention) bei Kindern im primär-, sekundär- und tertiär-präventiven Bereichen der Gesundheitskommunikation genutzt werden, indem eine Anpassung des Inhalts und der Darstellung von Informationen an den vorliegenden Entwicklungsstand stattfindet (Eiser, 1988; 1990; Charman & Chandiramani; 1995). Des Weiteren können gesundheitskommunikative Maßnahmen altersspezifische Hemmnisse und Ängste adressieren, die Personen daran hindern, Vorsorge- oder Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen (Elben et al., 2014). Mit dem Wissen über die Veränderung kognitiver Prozesse, der Sprache und den bestehenden sozialen Beziehungen über die Lebensspanne können Kommunikationsdyaden zwischen Patienten und behandelndem Arzt in Bezug auf Generationsunterschiede analysiert werden, um altersbezogenen Stereotypen und damit Kommunikationsproblemen vorzubeugen. Mit Hilfe einer dem Entwicklungsstand angepassten Gesundheitskommunikation kann die Grundlage für die Kooperation zwischen Patienten und Gesundheitspersonal hergestellt und die Compliance auf Seiten des Patienten erhöht werden (Elben et al., 2014).

Auch die Gesundheitskommunikation kann mit ihrem Wissen und Erkenntnissen zur Forschung in der Gesundheitspsychologie beitragen, da sich potentielle Veränderungen nicht nur auf das Verhalten als physische Variable, sondern auch auf psychische Merkmale des Empfängers wie Einstellungen, Emotionen und Wissen auswirken können (Kreps, O'Hair & Clowers, 1994). Die Kenntnis über die Stabilität und die Veränderbarkeit bestimmter

Personenmerkmale oder das Wissen um die Wirkung bestimmter Inhalte und Methoden in einer spezifischen Zielgruppe ist wiederum relevant für die Erstellung weiterer Gesundheitskampagnen und Gesundheitsbotschaften (Elben, 2014). Gesundheitspsychologie und Gesundheitskommunikation stehen somit in einer wechselseitigen Beziehung zueinander, wodurch ein beiderseitiger Nutzen für die zwei Disziplinen entstehen kann.

Was kann die Gesundheitskommunikation zur Bildungsforschung beitragen?

Zahlreiche Studien konnten den positiven Einfluss vom Bildungsniveau auf die Gesundheit bestätigen, der sich z. B. in einem subjektiv besseren Gesundheitszustand, größeren Chancen der Teilhabe in sozialen, kulturellen und politischen Bereichen, einer höheren Lebenserwartung und einem geringeren Auftreten von chronischen Erkrankungen äußert (Kuntz, 2011; Lampert & Ziese, 2005). Als mögliche Gründe für diesen Zusammenhang werden zum einen bildungsbedingte Wissenszuwächse in gesundheitsrelevanten Themen, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von positiven Gesundheitsverhalten einhergehen, genannt (Egerter, Braveman, Sadegh-Nobari, Grossman-Kahn & Dekker, 2009). Zum anderen wird angenommen, dass bessere Berufschancen, die zu einem höheren Einkommen führen, und psychische Prozesse wie Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen und wahrgenommene soziale Unterstützung auf den Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit wirken. Jedoch stellt der Einfluss von Gesundheit auf Bildung eine vergleichsweise unbeachtete Fragestellung im deutschsprachigen Raum dar (Dadacynski, 2012). Studien konnten zeigen, dass gesundheitliche Einschränkungen (z. B. Depressionen, Übergewicht) und Risikoverhaltensweisen (z. B. Nikotinkonsum und falsche Ernährung) zu Leistungsunterschieden und schlechteren Bildungsergebnissen in Form von Schulnoten, Schulabschlüssen, Aufnahme und Abschluss eines Studiums sowie zu mehr Schulabsentismus führen (Roeser Eccles & Strobel, 1998; Suhrcke & de Paz Nieves; 2011;

Dadaczynski, 2012). Nicht zu vernachlässigen ist der Einfluss von Drittvariablen und externen Einflüssen auf den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildung. Als bedeutsame Einflüsse wären beispielsweise der sozioökonomische Status, kognitive Fähigkeiten sowie Lernfähigkeit, soziale Ressourcen (z. B. Beziehung zwischen Lehrenden und Lernenden), Geschlecht, gesetzliche Rahmenbedingungen und die soziale Herkunft zu nennen (Ditton & Maaz, 2011; Suhrcke & de Paz Nieves, 2011).

Bildung kann als „zentrale Grundlage der Prävention“ gesehen werden (Kruse 2006). Forschungsarbeiten aus den Bereichen der körperlichen Fitness (Nelson & Gordon-Larson, 2006), Übergewicht und der damit verbundenen Stigmatisierung (Crosnoe & Muller, 2004), psychische Probleme wie Depressionen (Jaycox, 2009) sowie Konzentrationsprobleme (Masseti et al., 2008) bei Kindern und Jugendlichen machen deutlich, dass der Gesundheitszustand eine bedeutende Variable für Bildungserfolge darstellt. Somit kann die schulische Gesundheitsförderung zum Gelingen des Unterrichts beitragen. An dieser Stelle kann die zielgruppenspezifische Gesundheitskommunikation Hinweise darauf liefern, welche Medien genutzt und wie Inhalte geschaffen sein müssen, um Kinder und Jugendliche für bestimmte Gesundheitsthemen zu sensibilisieren und gesundheitsförderliches Verhalten zu erzeugen. Die Anwendung der Erkenntnisse aus der Gesundheitskommunikation für die Gesundheitsförderung im Bereich der Schule ist besonders vielversprechend, da gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter entwickelt werden und im weiteren Lebensverlauf eine große Stabilität aufweisen (Jerusalem, Klein-Heßling & Mittag, 2003). Des Weiteren kann an der Schule im Sinne einer effektiven Gesundheitskampagnenplanung eine große heterogene Zielgruppe (inkl. Risikogruppen) erreicht werden. Zusätzlich wird angenommen, dass sich Bildungserfolge sowie Drittvariablen und der Gesundheitszustand im

Kindes- und Jungendalter auf die Gesundheit im Erwachsenenalter und darüber hinaus auf weitere Generationen auswirken (Mirowsky & Ross; 1998), sodass erfolgreiche Gesundheitskommunikation einen weitreichenden Effekt aufzeigen könnte. Exemplarisch soll das in Australien entwickelte Programm MindMatters vorgestellt werden, welches sich mit der Gesundheitsförderung in Schulen, speziell in Bezug auf psychische Probleme beschäftigt. Das Programm wird in der Sekundarstufe I und II angewendet. Dabei richten sich die Maßnahmen nicht nur an die direkten Akteure in der Schule (Schüler, Lehrkräfte und Eltern), sondern auch an nicht lehrendes Personal, die Schulleitung und das Schulumfeld. Dabei wird eine Steigerung der Bildungsqualität durch die Optimierung des Wohlergehens an der Schule beabsichtigt. Ziel ist eine Gesundheitsbildung und -erziehung, die gesundheitsrelevantes Wissen, Verhalten, Einstellungen und Bewusstsein adressiert und vermittelt. Im Rahmen der Programmdurchführung werden Themen wie Coping, Mobbing, Trauer, Erhalt von sozialen Beziehungen und psychische Beeinträchtigungen behandelt, die klassische Themen der Gesundheitspsychologie darstellen. Das Vorhaben wird vom *Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften* (ZAG) der Leuphana Universität Lüneburg wissenschaftlich betreut. In der aktuellen Projektphase wird das Projekt von der *BARMER GEK*, der *Unfallkasse Nordrhein-Westfalen/Landesunfallkasse Niedersachsen* und dem *Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover* unterstützt. Dieses Projekt bezieht als weiteren Anknüpfungspunkt der Gesundheitskommunikation in der Bildungsforschung die Lehrkräfte mit ein, die sowohl die Position als Vermittler von gesundheitsrelevanten Informationen einnehmen als auch eine spezielle Zielgruppe für gesundheitsförderliches Verhalten darstellen. Zahlreiche Studien belegen eine enorme psychische Belastung bei der Ausübung des Lehrerberufs und deren negativen Einfluss auf die Lehrqualität (Schaarschmidt & Kieschke, 2007).

Gesundheitskommunikation könnte in der Lehrerausbildung zur lebenslangen Aufrechterhaltung und Aneignung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen (wie Umgang mit Gesundheitsrisiken und -gefahren) ansetzen.

Ein weiterer Bereich der Bildungsforschung, in dem die Gesundheitskommunikation tätig werden kann, ist die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal, Medizinern und Patienten. In der Medizin wird sich dem Thema der patientenorientierten Gesundheitskommunikation bereits seit längerer Zeit gewidmet (Schorr, 2014) und wurde beispielsweise auf einer Fachtagung zur Arzt-Patienten-Kommunikation, die im November 2014 durch die *Kassenärztliche Bundesvereinigung* (KBV) organisiert wurde, diskutiert. Bereits in den 90er Jahren wurde im Rahmen des „*Toronto Consensus Statements*“ die Bedeutung der effektiven Kommunikation zwischen Arzt und Patient hervorgehoben, die im besonderen Maße von den kommunikativen Fähigkeiten des Arztes abhängt (Simpson, Buckman, Stewart, Maguire, Lipkin, Novak & Till, 1991). Des Weiteren wird betont, dass die Kommunikationsqualität innerhalb eines Patientengesprächs maßgeblich zur Erreichung positiver Gesundheitsergebnisse durch die Steigerung der Patientenzufriedenheit und Compliance beiträgt (Simpson et al., 1991). Besorgniserregend erscheint in diesem Zusammenhang das Ergebnis eines Literaturreviews von Neumann, Edelhäuser, Tauschel et al. (2011) zu der Thematik der Empathiefähigkeit von Medizinern. Diese nimmt im Verlauf des Studiums und in der Assistenzarztzeit ab. Simpson et al. (1991) fordern, dass die Entwicklung der Kommunikationskompetenz als wiederkehrender Bestandteil in der Ärzteauss- und Weiterbildung integriert wird. Dabei reicht nach Huselmann (2011) dass bloße Einüben von Mitteln und Techniken zur Kommunikation nicht aus. Vielmehr sollen Ärzte in die Lage versetzt werden, „kreative Lösungen“ für individuelle Kommunikationsbedürfnisse zu entwickeln. Schorr

(2014) stellt fest, dass bisher nur wenige Veranstaltungsangebote in gesundheitsbezogenen Studiengängen existieren, die sich mit der Thematik auseinandersetzen. Gigerenzer und Muir Gray (2011) fassen Gesundheit als ein Bildungsproblem auf und betonen, dass gut informierte Ärzte und Patienten benötigt werden, um eine effiziente und weiterhin finanzierbare Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Um dies zu erreichen, wird „Aufklärung und die Förderung der Gesundheitskompetenz“ („health literacy“) gefordert, die auf eine Verbesserung des Verständnisses von wissenschaftlichen Aussagen in der Medizin abzielt (zitiert nach Gigerenzer, 2011). Dies scheint besonders in Hinblick auf die stetig wachsende Anzahl von gesundheitsbezogenen Informationsangeboten sowie der mangelnden Statistikenkenntnisse von Ärzten sinnvoll (Soellner, Huber, Lenartz & Rudinger, 2009; Wegwarth & Gigerenzer, 2011; Wormer, 2011). Bei der Steigerung der Gesundheitskompetenz von Patienten werden Bildungsangebote unterschieden, die sich entweder an die gesamte Bevölkerung, an Patientengruppen (chronisch kranke Personen) oder an einzelne Patienten richten, die somit in unterschiedlichem Maße auf individuelle Patientenbedürfnisse zugeschnitten sind (Schorr, 2014). Die Gesundheitskommunikation kann die bisherige Entwicklung in der Förderung der Kommunikations- und Gesundheitskompetenz, die sich bisher lediglich auf das Erlernen von Fähigkeiten beschränkt, um das Wissen über den Einfluss der Kommunikationssituation auf gesundheitsförderliches Verhalten bereichern (Schorr, 2014).

Zuletzt kann die Gesundheitskommunikation im Bereich der Aus- und Weiterbildung von Journalisten ansetzen, die über gesundheitsrelevante Themen in unterschiedlichen Medien berichten, da die Bevölkerung zunehmend durch Medienberichterstattung aus Rundfunk, Internet und Zeitschriften über gesundheitsrelevante Themen informiert wird und somit einen großen Einfluss auf die öffentliche Meinungsbildung besitzt (Ruhrmann & Guenther, 2014; Bower,

2011). Berichte zum Thema Gesundheit werden in Massenmedien überdurchschnittlich oft behandelt (Wormer, 2011). Es wird angenommen, dass die Entwicklung des Internets einen großen Einfluss auf die Arzt-Patienten-Kommunikation und auf die Art und Weise hat, wie Gesundheitsinformationen verbreitet werden (Helman, 2007). Der „Kaiser Health Report“ (2005) konnte zum Beispiel zeigen, dass 40 Prozent der befragten US-Amerikaner traditionelle Medien wie Fernsehen, Radio und Zeitungen als Informationsbasis für gesundheitsbezogene Informationen verwenden. Bower (2011) kritisiert die mangelnden Statistikkompetenzen bei Journalisten, die zu einer falschen Darstellung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in den Medien führen kann. Fehler und Verzerrungen (z. B. durch Darstellung von Einzelfällen) in der Berichterstattung stellen eine wichtige Einflussgröße für die Medienwirkung dar (Scherr, 2014).

Projekte im Bereich der Gesundheitskommunikation

Im Folgenden sollen die Ergebnisse einer Internetrecherche in Bezug auf Initiativen, die sich in unterschiedlicher Art und Weise dem Thema der Gesundheitskommunikation widmen, kurz überblicksartig vorgestellt werden.

Patientenuniversität Hannover. Gesundheitsbildung für Jedermann und „*Empowerment in Health*“ ist das aktuelle Motto der Patientenuniversität. Bei dieser handelt es sich um eine unabhängige Bildungseinrichtung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Hochwertige medizinische Informationen sollen auf eine verständliche Art und Weise kommuniziert werden, sodass der Patient in die Lage versetzt wird, gute informierte Entscheidungen in Bezug auf seine Gesundheit (Prävention, Versorgung) zu treffen. Zusätzlich sollen sie über ihre Rechte als Patient und Versicherter aufgeklärt werden. Es besteht die Möglichkeit zur Anmeldung für ein Selbstmanagementangebot für chronisch Kranke und ihre Angehörigen. Zusätzlich existiert ein

vielfältiges Gesundheitsbildungsangebot zu unterschiedlichen medizinischen Bereichen wie: „Depression – Herausforderung für Betroffene und Angehörige“, „Wie spreche ich erfolgreich mit meinen Ärzten?“ und „Homöopathie – Wirkung oder Placebo-Effekt?“ (Auszug aus dem Vortragsprogramm 2015). Mit der „Mobilen Patientenuniversität“ werden gesundheitsrelevante Themen bis ins Klassenzimmer oder an den Arbeitsplatz getragen. Die Inhalte werden von Medizinstudenten vermittelt. Auf der Internetseite werden zusätzlich ausgewählte Materialien (z. B. Tipps zum Verfahren bei Behandlungsfehlern und „Wie erkenne ich gute Gesundheitsinformationen im Internet“) und Checklisten zur Vorbereitung für den Arztbesuch zur Verfügung gestellt. Kooperationspartner der Patientenuniversität sind *gesundheitsziele.de*, die Patientenuniversität des Klinikums Braunschweig und die *Gesundheitsbildung Schweiz*.

Link: <http://www.patienten-universitaet.de/>

Was habe ich? Im Rahmen des 2001 gegründeten Projekts “Was habe ich?” übersetzen Medizinstudenten kostenlos ärztliche Befunde, sodass sie von medizinischen Laien verstanden werden können. Neben der Befundübersetzung werden Tipps zum Arztbesuch präsentiert. Dabei werden drei Ziele verfolgt. Als Erstes soll der Patient durch das Verständnis seines Befundes in die Lage versetzt werden, in einem Arzt-Patienten-Gespräch an seinem individuellen Behandlungsprozess teilzuhaben und mitzuentcheiden. Das zweite Ziel fokussiert die angehenden Ärzte, die im Rahmen des Projekts eine klare und einfache Gesundheitskommunikation für den Patienten einüben. Dabei werden die Studenten von ausgebildeten Ärzten unterstützt. Als Drittes wird das übergeordnete Ziel der Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität anvisiert. Seit 2014 werden online-basierte Kommunikationskurse an medizinischen Fakultäten und Kliniken angeboten. Das Projekt wird unter anderem vom *Social Publish Verlag*, der *Stiftung Hochschulmedizin Dresden*, von der

Robert Bosch Stiftung, der *medproduction GmbH* und *pascom – communication without borders* unterstützt. Ein nicht-kommerzieller Online-Befundübersetzer befindet sich momentan im Aufbau und wird in Zusammenarbeit mit der *Bertelsmann Stiftung* entwickelt.

Link: <https://washabich.de/> und <https://befunddolmetscher.de/>

Doktor Johannes. Auf der Internetseite Dr. Johannes verfolgt die Dr. Johannes GmbH & Co. KG ihre Vision des gut informierten Patienten, der im Arzt-Patienten-Gespräch Fragen, Ängste und Wünsche formulieren kann, sodass auf individuelle Bedürfnisse des Patienten für die Behandlung einer Krankheit durch den Arzt eingegangen wird. Es wird das Fehlen von Lernangeboten zur Arzt-Patienten-Kommunikation in der Arztausbildung kritisiert. Als ärztlicher Berater für Patientenkommunikation appelliert Dr. Johannes Wimmer an werdende und praktizierende Ärzte, eine klare und verständliche Kommunikation über Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten als Kernkompetenz in der medizinischen Betreuung zu sehen. Die Grundlage für die patientenorientierte Kommunikation bilden gezielte Fragen des Patienten. Die Internetseite ist als Videoblog mit unterstützendem Material für Patienten aufgebaut. Themen wie „Welche Fragen sollte ich meinem Arzt stellen, wenn mir dieser eine Operation oder eine Untersuchung vorschlägt? Wie kann ich meinem Arzt meine Beschwerden am besten erklären? Welche Fragen kann ein Patient stellen, um eine Diagnose nicht nur als Krankheit zu verstehen?“ werden behandelt. Zusätzlich finden sich Inhalte, in dem die Aufgabengebiete von Fachärzten, die wichtigsten Laborwerte und medizinische Begriffe in einem umfangreichen Videolexikon erklärt werden. Eine Körperkarte dient der Lokalisation von Schmerzen. In einem Videoblog wird sich speziellen Themen der Gesundheit zugewendet wie: „Welche Sportmythen stimmen wirklich?“ oder „Was tun, wenn das Augenlid zuckt?“ Unterstützt wird das Angebot durch die *Techniker Krankenkasse*, durch Prof. Dr. habil Robin Aring, der eigene Beiträge zur

Männergesundheit beisteuert, und durch Dr. Stefan Weller, der als Experte für Herzgesundheit Videos zum Herz-Kreislauf-System ergänzt. Die Internetseite ist in sozialen Medien wie Facebook, Youtube, google+ und Twitter aktiv.

Link: <http://www.doktor-johannes.de/startseite.html>

Medizin für Kids. Auf der Homepage „Medizin für Kids“, die vom *Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Heidelberg* betreut wird, können Kinder die Welt der Krankenhäuser, Arztpraxen und der Medizin erkunden. Das Angebot versucht Informationen über Körper, Gesundheit und Krankheit für 8- bis 14-jährige Kinder, ihre Eltern und Lehrer verständlich darzustellen. Kinder haben die Möglichkeit am Angebot der Homepage mitzuwirken. Auf der Seite wird zusätzlich die Möglichkeit geboten Spiele zu medizinischen Themen zu spielen. Unterstützt wurde das Angebot von Studierenden des Studiengangs Informationsdesign an der Hochschule der Medien in Stuttgart und der *Klaus Tschira Stiftung Gemeinnützige GmbH*.

Link: <http://www.medizin-fuer-kids.de/index.htm>

Die Weisse Liste. Das Angebot „Weisse Liste“ unterstützt Patienten, Pflegebedürftige und Angehörige bei der Suche nach einem Arzt, einer Klinik oder Pflegeheimen mit leicht verständlichen und unabhängigen Informationen. Damit soll zum einen die Transparenz im Gesundheitswesen gefördert werden. Zum anderen soll eine Entscheidungshilfe zu einem begründeten und informierten Entscheidungsprozess beitragen. Zusätzlich wird eine Checkliste für Pflegeheime sowie ein Diagnosen- und Facharzt-Dolmetscher sowohl auf der Internetseite als auch als App angeboten. Unterstützung findet das Projekt bei der *Bertelsmann Stiftung*, der *Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE (BAG SELBSTHILFE)*, der *Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen*, dem *FORUM* chronisch kranker und behinderter

Menschen im *PARITÄTISCHEN Gesamtverband, dem Sozialverband VdK* und der *Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)*.

Link: <http://www.weisse-liste.de/>

Die Arztbibliothek. Ärzte und Krankenpfleger genießen ein hohes gesellschaftliches Ansehen in Deutschland (IfD Allensbach, 2013). Da Ärzte als wichtigste und vertrauenswürdigste Quelle für gesundheitsrelevante Informationen gelten (z. B. Heininger, 2006; Hesse, Nelson, Kreps, et. al, 2005), ist es aus einer Patientenperspektive wünschenswert, dass ärztliche Entscheidungen für eine medizinische Behandlung das Ergebnis einer rationalen Auswahl von Alternativen, die auf Evidenz beruhen, darstellen (Bornstein & Emler, 2001). In Anbetracht von 25.400 medizinisch relevanten Zeitschriften weltweit und etwa 1.5 Millionen Artikeln pro Jahr (Fraser & Dunstan, 2010) ist das Ziel einer evidenzbasierten medizinischen Entscheidung eine Herausforderung (Bornstein & Emler, 2001). Das Angebot der Arztbibliothek versucht aus der Informationsflut relevantes und vertrauenswürdige Material als Wissensbasis für Ärzte zusammenzustellen, die eine Datenbank mit ausgewählten und qualitätsbewerteten Leitlinien, Patienteninformationen, Praxishilfen, Abstracts zu Cochrane-Reviews und Online-Fortbildungen umfasst. Patienteninformationsmaterialien, die von der Internetseite „*patienten-information.de*“ des *Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)* stammen, stellen ein weiteres Angebot der Seite dar. Das Projekt wird durch das *Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin*, der Redaktion Arztbibliothek und einem Redaktionsbeirat betreut und ist ein Service der *Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer*.

Link: <http://www.arztbibliothek.de/>

Gesundheitsmagazine & der Medien-Doktor. Auch in Fernsehformaten werden gesundheitsbezogene Informationen vermittelt. So werden unter anderem im NDR „Visite – Das Gesundheitsmagazin“, im Bayerischen Fernsehen „Gesundheit!“, im hr Fernsehen und ARD „Service Gesundheit“ oder im rbb „rbb Praxis“ ausgestrahlt. Seit dem Jahr 2001 existiert das Deutsche Gesundheitsfernsehen. Die Bewertung der Qualität von medizinischen und umweltjournalistischen Beiträgen unter Berücksichtigung fester Gütekriterien hat sich das Programm „Medien-Doktor“ zur Aufgabe gemacht und reagieren damit auf große Unterschiede in der Qualität der Berichterstattung, die Rezipienten der Botschaften verwirren oder sogar gefährden können. Ziel ist eine transparente und am Patienten orientierte Berichterstattung und somit eine Verbesserung der journalistischen Praxis. Das Projekt ist an der TU Dortmund angesiedelt und wird durch das *Bundesministerium für Bildung und Forschung*, die *Caspar Ludwig Opländer Stiftung*, den *Verband der Medizin- & Wissenschaftsjournalisten e. V.* und die *WPK – Die Wissenschaftsjournalisten* unterstützt.

Link: <http://www.medien-doktor.de/>

Faktencheck Gesundheit. Die von der *Bertelsmann Stiftung* initiierte Internetseite Faktencheck Gesundheit unterstützt Patienten und interessierte Bürger dabei, eine informierte Entscheidung in Bezug auf gesundheitliche Themen zu treffen. Informationen der Gesundheitsvorsorge sollen nicht nur von Experten, sondern auch von Laien verstanden werden. So werden innerhalb von Faktenchecks strukturelle Defizite im Gesundheitswesen aufgedeckt und mangelnde Patientenbeteiligung in Gesundheitsfragen offengelegt. In Zusammenarbeit mit dem *Harding-Zentrum für Risikokompetenz* am *Berliner Max-Planck-Institut* wurden Entscheidungshilfen entwickelt, mittels derer Risiken und Nutzen einer Behandlung (z. B. bei akuter Bronchitis), abgewägt werden können.

Link: <https://faktencheck-gesundheit.de/>

Fazit

Es konnten unterschiedliche Anknüpfungspunkte der Gesundheitskommunikation in der Gesundheitspsychologie und Bildungsforschung aufgezeigt werden. Dabei wird deutlich, dass sich die Erkenntnisse aus der Gesundheitspsychologie und Gesundheitskommunikation gegenseitig zu neuen Fragestellungen inspirieren oder theoretische Grundlagen für Forschungsvorhaben liefern können.

Im Bereich der Empirischen Bildungsforschung gehört die Beschäftigung mit gesundheitsrelevanten Thematiken nicht zu den klassischen Gegenstandsbereichen. Es konnte aber aufgezeigt werden, dass Fragestellungen und Kommunikationsprozesse, die sich auf Gesundheit beziehen, zunehmend relevant für lebenslange Lehr- und Lernprozesse werden und dabei unterschiedliche Zielgruppen fokussiert werden können. Die Gesundheitskommunikation kann mit ihrer Perspektive einen Beitrag zur Verbesserung des Bildungswesens leisten. Die Aus- und Weiterbildung in Gesundheitskommunikation für angehende Ärzte und Journalisten sowie die Möglichkeit von Patiententrainings wurde vorgestellt. Durch den Ansatz der Steigerung der „health literacy“ verändert sich jedoch nicht nur das klassische Arzt-Patienten-Verhältnis, sondern auch das Verhältnis zu anderen über Gesundheit kommunizierenden Berufsgruppen wie z. B. dem Pflegepersonal. Des Weiteren können Apothekenkunden, die unterschiedlichste Medien als Quelle für Gesundheitsinformationen nutzen, eine neue Herausforderung für Apotheker darstellen, die eine effektive Gesundheitskommunikation notwendig macht. So wird in einem Seminarangebot der Apothekenakademie Nordrhein die Frage adressiert, auf welche sozialen Medien im Internet

verwiesen werden kann, um seriöse Gesundheitsinformationen zur Verfügung zu stellen und wie eigene Internetangebote genutzt werden können, um Präventionsverhalten zu fördern. Ein weiterer wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist der Ausbau und die Anpassung von Medien- und Beratungsangeboten an die Bedürfnisse der Patienten.

Mit der Präsentation verschiedener Projekte, die sich im Bereich der Gesundheitskommunikation bewegen, konnte eine Vielzahl von Institutionen aus unterschiedlichen Fachrichtungen identifiziert werden, die sich im Bereich der Präventionsarbeit engagieren.

Literatur

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behaviour*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- American Psychological Association. (2015). APA and Affiliated Journals – Health Psychology. Verfügbar unter: <http://www.apa.org/pubs/journals/hea/>.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Apothekerverband Nordrhein e. V. (November 2011). Wenn Apothekenkunden fragen: "Im Internet habe ich gelesen..." Abgerufen von: [http://www.av-nr.de/index.php?id=307&no_cache=1&tx_ttnews\[tt_news\]=3909](http://www.av-nr.de/index.php?id=307&no_cache=1&tx_ttnews[tt_news]=3909).
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Juli 2008). Patienten-Information.de. Verfügbar unter: <http://www.patienten-information.de/>.
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (September 2014). Arztbibliothek. Abgerufen von: <http://www.arztbibliothek.de/>.
- Badr, E. (2009). Public health communication: some lessons for effectiveness. *Sudanese Journal of Public Health*, 4(3), 313. Abgerufen von: <http://sjph.net.sd/files/vol4i3/SJPH-vol4i3-p313.pdf>.
- Baumann, E., Hastall, M. R., Rossmann, C. & Sowka, A. (Hrsg.) (2014). *Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft*. Baden-Baden: Nomos.
- Baumann, E., & Hurrelmann, K. (2014). *Gesundheitskommunikation: Eine Einführung. Handbuch Gesundheitskommunikation*. Bern: Verlag Hans Huber.

Baumert, J. & Kunter, M. (2006). Professionelle Kompetenz von Lehrkräften. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 9, 469-520.

Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle: Eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung*. Göttingen: Hogrefe.

Bengel, J. & Belz-Merk, M. (1997). Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch* (S. 23-41). Göttingen: Hogrefe.

Bertelsmann Stiftung (September 2014). Befunddolmetscher. Die Erklärungshilfe für Ihren medizinischen Befund. Verfügbar unter: <https://befunddolmetscher.de/>.

Bertelsmann Stiftung (2015). Faktencheck Gesundheit. Verfügbar unter: <https://faktencheck-gesundheit.de/>.

Bornstein, B. H., & Emler, A. C. (2001). Rationality in medical decision making: a review of the literature on doctors' decision-making biases. *Journal of evaluation in clinical practice*, 7(2), 97-107.

Botte, A., Dees, W., Huth, R., Martini, R., Muders, S., Rittberger, M., Weishaupt, H. (2013). *Bildungsforschung in Deutschland - eine Situationsanalyse*. Berlin: BMBF.

Bundesagentur für Arbeit (Mai 2015). Berufenet. Berufsfelder. Abgerufen von:

http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/themeSearch.do;jsessionid=BCY9ackGm_6U-tZSlSNQEzLNcznMG19WkuhErY7SL9yL_um5CpfG!-1084402687 (10.05.2015).

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). (2007). *Rahmenprogramm zur Förderung der empirischen Bildungsforschung*. Bonn: BMBF.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2008). Rahmenprogramm zur Förderung der empirischen Bildungsforschung. Bildungsforschung Band 22. Abgerufen von:

http://www.bmbf.de/pub/bildungsforschung_band_zweiundzwanzig.pdf.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2015). Zukunftsfeld Gesundheit – Wie bleibe ich bis ins hohe Alter gesund? Verfügbar unter: <http://www.zukunftsforschung.de/gesundheit/>.

Charman, T. & Chandiramani, S. (1995). Children's understanding of physical illnesses and psychological states. *Psychology and Health, 10*, 145-153.

Centers for Disease Control and Prevention (Mai 2011). Gateway to Health Communication & Social Marketing – What is Health Communications?

<http://www.cdc.gov/healthcommunication/healthbasics/whatishc.html>.

Crosnoe, R. & Muller, C. (2004). Body mass index, academic achievement, and school context: Examining the educational experiences of adolescents at risk of obesity. *Journal Health and Social Behavior, 45*, 393–407.

Dadaczynski, K., & Niemann, D. (2008). Wer die Wahl hat, hat die Qual: Entwicklung einer Datenbank zu gesundheitsbezogenen Studiengängen. *Weiterbildung, 19*(3), 26-27.

Dadaczynski, K. (2012): Stand der Forschung zum Zusammenhang von Gesundheit und Bildung. Überblick und Implikationen für die schulische Gesundheitsförderung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 20*(3): 141–153.

Dees, D. S. W. (2015). *Bildungsforschung – eine bibliometrische Analyse des Forschungsfeldes* (Doctoral dissertation, Berlin, Humboldt Universität zu Berlin, Diss., 2014).

Deutscher Bildungsrat (1974). Aspekte für die Planung der Bildungsforschung. *Empfehlungen der Bildungskommission (Band 1)*. Stuttgart: Klett.

Ditton, H., & Maaz, K. (2011). Sozioökonomischer Status und soziale Ungleichheit. In *Empirische Bildungsforschung* (pp. 193-208). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Drewek, P. (2010). Entstehung und Transformation der empirischen Pädagogik in Deutschland im bildungsgeschichtlichen Kontext des frühen 20. Jahrhunderts. In C. Ritzi & U. Wiegmann (Hrsg.), *Beobachten, Messen, Experimentieren. Beiträge zur Geschichte der empirischen Pädagogik/Erziehungswissenschaft* (S. 163-193). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Dr. Johannes GmbH & Co. KG (2015). Dr. Johannes. Für mich die beste Medizin. Verfügbar unter: <http://www.doktor-johannes.de/startseite.html>.

Egerter, S., Braveman, P., Sadegh-Nobari, T., Grossman-Kahn, R. & Dekker, M. (2009). Education matters for health. *Issue Brief 6, Robert Wood Johnson Foundation*.

Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. *Psychologische Medizin*, 16(2), 3-12.

Eiser, C. (1988). *The psychology of childhood illness*. New York: Springer-Verlag.

Elben, C. E., Ball, J., & Lohaus, A. (2014). Gesundheitspsychologie und Gesundheitskommunikation – Entwicklungspsychologische Perspektiven. In A. Schorr (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation. Psychologische und interdisziplinäre Perspektiven* (pp. 145-162). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Europäische Kommission (2010). Eurobarometer Spezial 340; Wissenschaft und Technik (S. 125-128). Abgerufen von:

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_340_de.pdf.

Europäische Kommission (2012). Aktionsplan für elektronische Gesundheitsdienste 2012-2020 – innovative Gesundheitsfürsorge im 21. Jahrhundert (S. 3). Abgerufen von:

http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/com_2012_736_de.pdf.

Fend, H. (1990). Bilanz der empirischen Bildungsforschung. *Zeitschrift für Pädagogik*, 36, 687-710.

Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (1997). Subjektive Krankheitstheorien. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch* (S. 3-21). Göttingen: Hogrefe.

Fraser, A. G., & Dunstan, F. D. (2010). On the impossibility of being expert. *BMJ*, 341.

Freimuth, V. S., Massett, H. A., & Meltzer, W. (2006). A descriptive analysis of 10 years of research published in the Journal of Health Communication. *Journal of health communication*, 11(1), 11-20.

Friedman, H. S., & Adler, N. E. (2011). The intellectual roots of health psychology. In H. S. Friedman (Ed.) *The Oxford handbook of health psychology* (pp. 3-14). NY: Oxford University Press.

Gesundheitskommunikation e. V. Bielefeld (Mai 2015). Abgerufen unter:

<http://www.gesundheitskommunikation.de/>.

Gigerenzer, G., & Muir Gray, J. A. (Eds.). (2011). *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin: Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Gräsel, C. (2011). Was ist Empirische Bildungsforschung? In H. Reinders,, H. Ditton, C. Gräsel & B. Gniewosz (Hrsg.), *Empirische Bildungsforschung. Band 1: Strukturen und Methoden* (S. 13-28). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heininger, U. (2006). An internet-based survey on parental attitudes towards immunization. *Vaccine*, 24(37), 6351-6355.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health and illness: An introduction for health professionals*. Butterworth-Heinemann.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health and illness* (5. Auflage). Hodder, A. (Ed.), London: Hodder Education, an Hachette Company.
- Hesse, B. W., Nelson, D. E., Kreps, G. L., Croyle, R. T., Arora, N. K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2005). Trust and sources of health information: the impact of the Internet and its implications for health care providers: findings from the first Health Information National Trends Survey. *Archives of internal medicine*, 165(22), 2618-2624.
- Hurrelmann, K. & A. Leppin (2001a). Moderne Gesundheitskommunikation – eine Einführung. In K. Hurrelmann & A. Leppin (Hrsg.), *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch bis zur E-Health* (p. 11). Bern: Huber.
- Huselman, R. L. (2011) The art of assessment of medical communication skills. *Patient Education and Counseling*, 83(2), 143-144.
- Infanti J, Sixsmith J, Barry MM, Núñez-Córdoba J, Oroviogioicoechea-Ortega C, Guillén-Grima F. (2013). *A literature review on effective risk communication for the prevention and control of communicable diseases in Europe*. Stockholm: ECDC.

- Institut für Demoskopie Allensbach (2013). Hohes Ansehen für Ärzte und Lehrer – Reputation von Hochschulprofessoren und Rechtsanwälten rückläufig. Allensbacher Berufsprestige-Skala. *Allensbacher Kurzbericht*.
- International Communication Association (2015). Health Communication. About Our Devision. Abgerufen von: <http://health.icahdq.org/ohana/website/index.cfm?p=344509>.
- Jaycox, L. H., Stein, B. D., Paddock, S., Miles, J. N. V., Chandra, A., Meredith, L. S. et al. (2009). Impact of teen depression on academic, social, and physical functioning. *Pediatrics*, 124, e596–e605.
- Jerusalem, M., Klein-Heßling, J. & Mittag, W. (2003). Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 11, 247–262.
- Journal Citation Reports (August 2014). Zeitschriften – Impact Factor. Hogrefe Verlag Göttingen. Abgerufen von: https://www.hogrefe.de/fileadmin/redakteure/hogrefe_de/Zeitschriften/Impact-Faktoren.pdf.
- Kaiser Family Foundation (Juli 2005). Kaiser health poll report: Public opinion snapshot on health information sources. Menlo Park (California): Kaiser Family Foundation. Verfügbar unter: <http://kff.org/other/poll-finding/public-opinion-snapshot-on-health-information-sources/>.
- Kaptein, A. D., & Weinman, J. (2004). *Health Psychology: Some Introductory Remarks*. Blackwell Publishing.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011). Veranstaltungen. Fachtagung zur Arzt-Patientenkommunikation. Verfügbar unter: <http://www.kbv.de/html/11286.php>.

- Kim, J. N., Park, S. C., Yoo, S. W., & Shen, H. (2010). Mapping health communication scholarship: Breadth, depth, and agenda of published research in Health Communication. *Health communication, 25*(6-7), 487-503.
- Klein T, Schneider S, Löwel H (2001) Bildung und Mortalität. Die Bedeutung gesundheitsrelevanter Aspekte des Lebensstils. *Zeitschrift für Soziologie, 30*(5): 384–400.
- Knoll, N., Scholz, U., & Rieckmann, N. (2011). *Einführung Gesundheitspsychologie* (2. Auflage). München, Germany: Ernst Reinhardt Verlag, UTB.
- Knoll, N., Scholz, U., & Rieckmann, N. (2013). *Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3. Aufl.). München: Reinhardt.
- Krampen, G., & Montada, L. (2000). Zum Entwicklungsstand der Gesundheitspsychologie im Kontext der Grundlagen-und Anwendungsfächer der Psychologie. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 8*(1), 1-7.
- Kreps, G. L. & Thornton, B. C. (1984). *Health communication: Theory and practice*. New York, NY: Longman.
- Kreps, G. L., O'Hair, D., & Clowers, M. (1994). The influences of human communication on health outcomes. *American Behavioral Scientist, 38*(2), 248-256.
- Kreps, G., Bonaguro, E., & Query, J. (1998). The history and development of the field of health communication. In L. Jackson & B. Duffy (Eds.), *Health communication research: A guide development and directions*. Westport, CT:Greenwood Press.
- Kreps, G. L. (2001). The evolution and advancement of health communication inquiry. In W. B. Gudykunst (Hrsg.), *Communication Yearbook 24* (S. 232- 254). Newbury Park, CA: SAGE.

- Kreps, G. L., & Sparks, L. (2008). Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient education and counseling*, 71(3), 328-332.
- Kreps, G. L., Query, J. L., & Bonaguro, E. W. (2014). In A. Schorr (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation. Psychologische und interdisziplinäre Perspektiven* (pp. 29-54). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Kröhnert, S., & Münz, R. (2008). *Sterblichkeit und Todesursachen*. Berlin: Institut für Bevölkerung und Entwicklung.
- Kruse, A. (2006). Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter-Perspektiven für die Erwachsenenbildung. *bildungsforschung*, 3(2).
- Kryspin-Exner, I., Lueger-Schuster, B., & Weber, G. (Eds.). (1998). *Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie: postgraduale Aus-und Weiterbildung*. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Kunter, M., Baumert, J., & Blum, W. (Eds.). (2011). *Professionelle Kompetenz von Lehrkräften: Ergebnisse des Forschungsprogramms COACTIV*. Waxmann Verlag.
- Kuntz, B. (2011). Bildung und Gesundheit. In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft* (S. 311–327). Wiesbaden: VS Verlag.
- Lampert, T. & Ziese, T. (2005). *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin: Robert Koch-Institut.

Lehrstuhl für Wissenschaftsjournalismus Institut für Journalistik Technische Universität

Dortmund (2015). *Medien-Doktor*. Abgerufen von: <http://www.medien-doktor.de/>.

Massetti, G. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Ehrhardt, A., Lee, S. S. et al. (2008).

Academic achievement over 8 years among children who met modified criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder at 4–6 years of age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 399–410.

Matarazzo, J. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine. *American Psychologist*, 35, 807-817.

McKeown T. *The Modern Rise of Population*. New York, NY: Academic Press; 1976.

Medizinische Hochschule Hannover Abteilung Epidemiologie Sozialmedizin und

Gesundheitssystemforschung (Januar 2014). Patienten Universität. Abgerufen von: <http://www.patienten-universitaet.de/>.

Mirowsky, J., Ross, C.E. (1998). Education, personal control, lifestyle and health. *Research on Aging*, 20, 415-449.

Nelson, M. C. & Gordon-Larson, P. (2006). Physical activity and sedentary behavior patterns are associated with selected adolescent health risk behaviors. *Pediatrics*, 117, 1281–1290.

Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., ... &

Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996-1009.

Northhouse, P. G. & Northhouse, L. L. (1985). *Health communication: A handbook for health professionals*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Odgen, J. (2000) *Health Psychology*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Picht, G. (1964). *Die deutsche Bildungskatastrophe*. Olten: Walter Verlag.
- Plus Media GmbH (2015). Studieren-Studium.com. Das Bildungsportal. Verfügbar unter:
<http://www.studieren-studium.com/>.
- Prenzel, M. (2005). Zur Situation der Empirischen Bildungsforschung. In H. Mandl & B. Kopp (Hrsg.), *Impulse für die Bildungsforschung. Stand und Perspektiven. Dokumentation eines Expertengesprächs* (S. 7-21). Berlin: Akademie Verlag.
- Psychology Press (2015). *Journal of Health Communication: International Perspectives*. Verfügbar unter: <http://www.psypress.com/journals/details/1081-0730/>.
- Rheinisch-Westfälisch Technische Hochschule Aachen (März 2007). Curriculum „Neuen Medien, Kommunikation und Didaktik in der Medizin“. Abgerufen von: http://wbs-med.imib.rwth-aachen.de/asmi/asmi_CurriculumNMKD.pdf.
- Rimal R. N., Lapinski M. R. (2008). Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 247-247. doi: 10.2471/BLT.08.056713.
- Roeser R. W., Eccles, J. S. & Strobel, K. R. (1998). Linking the study of schooling and mental health: Selected issues and empirical illustrations at the level of the individual. *Educational Psychologist*, 33, 153–176.
- Rossmann, C. & Hastall, M. (Hrsg.) (2013). *Medien und Gesundheitskommunikation. Befunde, Entwicklungen, Herausforderungen*. Baden-Baden: Nomos.
- Roth, H. (1962). Die realistische Wendung in der Pädagogischen Forschung. *Neue Sammlung*, 2, 481-490.

- Ruhrmann, G., & Guenther, L. (2014). Medienberichterstattung über Gesundheitsrisiken. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 184-194). Bern: Huber.
- Saxe J. G. (1873). The Blind Men and the Elephant: A Hindoo Fable. *The Poems of John Godfrey Saxe*.
- Schaarschmidt, U., & Kieschke, U. (2007). Beanspruchungsmuster im Lehrerberuf. In *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf* (pp. 81-98). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Scheier, M. E., & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of personality*, 55(2), 169-210.
- Scherr, S. (2014). Gesundheit in den Medien und die Bedeutung von Medieninhalten für die Gesundheit. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 184-194). Bern: Huber.
- Schiavo, R. (2007). *Health Communication: From Theory to Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schoberberger, R., Zakall, P., & Höfer, S. (2014). Die Geschichte der Gesundheitspsychologie. *Psychologie in Österreich* 2(3).
- Schofield, W. (1969). The role of psychology in the delivery of health services. *American Psychologist*, 24(6), 565.
- Schorr, A. (2013). Health Communication, health promotion and health communication campaigns. In A. Schorr (Ed.), *Campaigning for health. Case studies in health communication and health promotion* (pp. 3-20). Rockledge, FL/Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Schorr, A. (2003). Gesundheitskommunikation. In A. Schorr (Hrsg.), *Psychologie als Profession. Das Handbuch* (S.237-251). Bern: Verlag Hans Huber.
- Schorr, A. (Hrsg.) (2014). Gesundheitskommunikation. Psychologische und interdisziplinäre Perspektiven. In A. Schorr (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation. Psychologische und interdisziplinäre Perspektiven* (pp.13-26). Baden-Baden: NOMOS.
- Schorr, A. (2014). Ausbildung in Gesundheitskommunikation für Mediziner, Gesundheitsberufe und Patienten. In A. Schorr (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation. Psychologische und interdisziplinäre Perspektiven* (pp. 385-410). Baden-Baden: NOMOS.
- Schui, G. & Krampen, G. (August 2009). Gesundheitspsychologie aus dem deutschsprachigen Raum: Literaturentwicklung, Forschungstrends und interdisziplinäre Vernetzung. Poster präsentiert auf dem 9. Kongress für Gesundheitspsychologie. Zürich.
- Schulz, P. J. & Hartung, U. (2010). Health communication research in Europe: An emerging field. *Health Communication*, 25, 548-551.
- Schwarzer, R. (1990). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1990). Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch* (S. 395-414). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1997). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2001). Gesundheitspsychologie. In G. Wenninger (Hrsg.), *Lexikon der Psychologie* (S. 144-147). Heidelberg, Germany: Spektrum Akademischer Verlag.

- Schwarzer, R. (2002). Geschichte der Gesundheitspsychologie. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 190-193). Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Eine Einführung in die Gesundheitspsychologie*. (3. überarbeitete Auflage). Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Seiffge-Krenke, I. (1994). *Gesundheitspsychologie des Jugendalters*. Göttingen: Hofgreffe.
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., & Till, J. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*, *303*(6814), 1385-1387.
- Soellner, R., Huber, S., Lenartz, N., & Rudinger, G. (2009). Gesundheitskompetenz—ein vielschichtiger Begriff. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *17*(3), 105-113.
- Spinath, B. (2014). *Empirische Bildungsforschung: Aktuelle Themen der Bildungspraxis und Bildungsforschung*. Springer-Verlag.
- Suhrcke, M. & de Paz Nieves, C. (2011). *The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: A review of the evidence*. Copenhagen: WHO.
- Taylor & Francis Group (2015) About this journal – Health Communication. Verfügbar unter: <http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=hhth20#.VU8cg5P>
HjIU.

Taylor & Francis Group (2015) About this journal – Health and Psychology. Verfügbar unter:

<http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=gps20#.VU5FTpPHjIU>.

Tolks, D., Lampert, C. (2008): Möglichkeiten der akademischen Ausbildung im Bereich Gesundheitskommunikation. In: *Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen* (Hrsg.), Impu!se. Newsletter zur Gesundheitsförderung, 59, S. 16-17.

"Was hab' ich?" gemeinnützige GmbH (Mai 2015). "Was hab ich?" Verfügbar unter:

<https://washabich.de/>.

Wegwarth, O. & Gigerenzer, G. (2011). Mangelnde Statistikkompetenz bei Ärzten. In G. Gigerenzer und J. A. Muir Gray, J.A.: *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen* (S. 137-152). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Weisse Liste gemeinnützige GmbH (September 2014). Weisse Liste. Wegweiser im Gesundheitswesen. Verfügbar unter: <http://www.weisse-liste.de/>.

World Health Organization (1946). Constitution of the World Health Organization. Abgerufen von: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf.

World Health Organization (Mai 2015). Media centre – The top ten causes of death. Verfügbar unter: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index2.html>.

Wormer, H. (2011). Wege zu einem besseren Medizinjournalismus. In G. Gigerenzer und J. A. Muir Gray, J.A.: *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen* (S. 169-191). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Zedler, P., & Döbert, H. (2010). Erziehungswissenschaftliche Bildungsforschung. In R. Tippelt & B. Schmidt (Hrsg.), *Handbuch Bildungsforschung* (S. 23-45). Wiesbaden: VS Verlag.

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Heidelberg (2015). *Medizin für Kids*. Verfügbar unter: <http://www.medizin-fuer-kids.de/> (07.05.2015).