

ERNEST W.B. HESS-LÜTTICH (BERN / STELLENBOSCH)

Fachtext-Netzwerke in der Gesundheitskommunikation

1. Vorbemerkungen

Gesundheit ist eines der wichtigsten Themen in unserer Alltagskommunikation. Das allgemeine Interesse an diesem Thema spiegelt sich in einer starken Präsenz u.a. in den Massenmedien wieder. Das Gespräch über Gesundheit wird damit zum öffentlichen Gesundheitsdiskurs, in dem „Gesundheitsthemen im gesamten Medienspektrum vom Printbereich und Fernsehen bis zum Internet unaufhörlich präsentiert“ werden (BUSCH 1999: 105). Am Beispiel nur eines thematischen Segments, nämlich der Frage nach dem Zusammenhang von ‚Übergewicht und Ernährung‘, will ich im Folgenden Aspekt des Wissenstransfers in der öffentlichen Gesundheitskommunikation untersuchen und zu zeigen versuchen, wie sich Einzeltex te aus den unterschiedlichsten Fachtextsorten (mündlicher und schriftlicher Medialität) auf einer meta-textuellen Ebene zu einem Fachtext-Netzwerk verbinden und dadurch konstitutiver Bestandteil eines öffentlichen Diskurses werden, den wir nach dem Vorbild der in den USA inzwischen akademisch etablierten *public health communication studies* kurz ‚Gesundheitskommunikation‘ nennen wollen.

Anlass und Ausgangspunkt ist die alle 8-10 Jahre institutionell lancierte Veröffentlichung des *Schweizerischen Ernährungsberichtes*, dessen 5. Ausgabe zum Thema ‚Ernährung und Übergewicht‘ eine landesweite Flut von Folge-Publikationen dazu ausgelöst hat. Zu dem daraus entstandenen

Text-Netzwerk gehören neben dem wissenschaftlichen Bericht selbst mit ca. 1000 Seiten Umfang dessen populärwissenschaftliche Kurzfassung, Fachreferate im Rahmen einer von der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (SGE) dazu veranstalteten Tagung, Faltblätter und Flyer des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Broschüren der Schweizerischen Gesundheitsförderung *Suisse Balance*, Zeitungsinterviews (hier: in der *CoopZeitung*), Nachrichten und Kommentare in der Tagespresse (hier: *Aargauer Zeitung*, *Oltner Tagblatt*), Sendungen im Fernsehen (hier: Gesundheitsmagazin *Gesundheit Sprechstunde* zum Thema ‚Abnehmen‘), interpersonale Ernährungsberatungsgespräche (Ton-Aufzeichnungen), die kaum überschaubare Zahl der Internet-Foren mit ihren Beiträgen zur sog. *e-health communication* usw.

Aus Raumgründen muss ich hier die für die Analyse eines so komplexen Text-Netzwerks erforderliche Abklärung der theoretisch-methodischen Prämissen voraussetzen, d. h. die Ergebnisse der Forschung zu Eigenschaften von Fachkommunikation, zu Fach-Textsorten, zu Text- und Diskursbegriffen, zur Experten-Laien-Kommunikation, zur Verständlichkeitsforschung, zur Corpusanalyse, zur Partitur-Notation etc.¹ Die dynamische Entwicklung in diesen Bereichen gilt auch für die Fachsprachenforschung. Während vor nicht langer Zeit Hartwig Kalverkämper noch zustimmend (und zutreffend) Harald Weinrichs Diagnose zitieren konnte, wonach „Die Textsortenforschung [...] im Bereich der Fach- und Wissenschaftssprachforschung ein großer blinder Fleck“ sei (KALVERKÄMPER 1998: 49), wird sie heute als eine der zentralen Fragestellungen der Fachsprachenforschung bearbeitet, in der die Bedeutung der Texttypologisierung für die Verständigung im Fache mittlerweile allseits anerkannt wird.

2. Die Gesundheitskommunikation

Die Verständigung im Fache ‚Gesundheit‘ freilich entzieht sich der üblichen disziplinsystematischen Rubrizierung. Deshalb zunächst ein Wort zur Klärung des Begriffs ‚Gesundheitskommunikation‘, der sich heute als Pendant zu den seit den 80er-Jahren im angloamerikanischen

¹ Aus der dazu in den letzten Jahren ins Unüberschaubare angeschwollenen Literatur sei hier exemplarisch verwiesen auf HOFFMANN, KALVERKÄMPER & WIEGAND [Hg.] 1998; BAUMANN 1998; ADAMZIK 2004; FIX ET AL. [Hg.] 2002; FIX ET AL. 2003; WARNKE [Hg.] 2007; WARNKE & SPITZMÜLLER [Hg.] 2008; BUSCH 1994; ANTOS 1996; ANTOS & WICHTER [Hg.] 2005; BRÜNNER & GÜLICH [Hg.] 2002; DITTMAR 2002. Weitere Hinweise in der Bibliographie.

Raum betriebenen *health communication studies* als Titel eines facettenreichen Forschungsfeldes etabliert hat, in dem ganz unterschiedliche kommunikative Aspekte das Forschungsinteresse auf sich ziehen: die Verständigung zwischen den Agenten oder Akteuren der Institutionen des Gesundheitswesens ebenso wie das klassische Arzt-/Patienten-Gespräch, der (hier gänzlich ausgeklammerte) Großbereich der *Klinischen Linguistik* und *Patholinguistik* (Aphasieforschung etc.) ebenso wie Sprachtherapie und Spracherwerbsförderung (bei Entwicklungsretardationen oder bei Läsionen des Sprachzentrums), medizinische Vorträge ebenso wie die sog. *business-to-business-communication* und *business-to-consumer-communication* der Krankenkassen, Pharma-Unternehmen oder Klinikbetreiber, das medizinische Marketing und die pharmazeutischen *Public Relations* ebenso wie die publizistisch medialisierte Gesundheitsinformation. Aus der Fülle dieser aktuellen Forschungsfelder greifen wir hier nur zwei zur genaueren Betrachtung heraus, nämlich zum einen (i) die eigentliche interpersonale Interaktion, also die Arzt-Patienten-Kommunikation *en face*, als aktueller Gegenstand der Gesprächsanalyse und der Medizinsoziologie; zum andern (ii) die Form der öffentlichen Kommunikation über Gesundheit, den Medizin-Diskurs der Medien (cf. JAZBINSEK 2000 a: 12 f.).

Die Geschichte der öffentlichen Gesundheitskommunikation kann (z. B. mit KRAUSE et al. 1989: 29 f.) grob gesehen in drei einander überlappende Phasen gegliedert werden. Am Anfang standen sogenannte ‚aufklärerische Modelle‘, in denen bereits im 18. und 19. Jahrhundert und dann wieder verstärkt in der Weimarer Republik Gesundheitsförderungskampagnen eine Art öffentliche ‚Gesundheitserziehung‘ übernahmen (cf. BÖNING 2000; SCHMIDT 2000). Deren Ziel war es, Informationen zu liefern, die das Individuum befähigen, Entscheidungen zu einem gesunden Lebensstil selbst zu treffen. Solche Aufklärungskampagnen finden heute in den Kampagnen zur AIDS-Prävention, zur Grippeimpfung oder zum Drogenkonsum aller Art ihre moderne Fortsetzung.

Später entwickelte sich das sogenannte ‚psychologische Modell‘, das von der Erfahrung ausgeht, dass „die kognitive Komponente der Information“ allein für eine optimale Gesundheitsbotschaft nicht ausreicht, wenn sie nicht nur Wissen vermitteln, sondern auch eine Einstellungs- und damit eine Verhaltensänderung erzeugen sollte (KRAUSE et al. 1989: 29).

Das dritte (heute auch durch die WHO gestützte) sog. ‚Lebensweisen-Modell‘ fordert, Gesundheitsverhalten nicht mehr isoliert zu betrachten, sondern strukturelle Faktoren (wie Arbeits- oder Umweltbedingungen bis hin zu gesetzlichen Bestimmungen, die auf den individuellen Lebensstil

Einfluss nehmen) in der Gesundheitskommunikation zu berücksichtigen. Sie soll m.a.W. nicht mehr nur bloß informativ sein (im Sinne der Aufklärung), sie soll auch nicht mehr primär persuasiv sein (im Sinne der Verhaltensänderung), sondern die Plattform bieten für einen umfassenden Diskurs, der individuelle und gesellschaftlich relevante Aspekte der Gesundheit in sich vereint. Dies erweitert das Feld erheblich (JAZBINSEK 2000 a: 13):

Der Begriff ‚Gesundheitskommunikation‘ bezeichnet also nach wie vor ein Forschungsfeld (und kein bestimmtes theoretisches Konzept oder empirisches Verfahren), die Grenzen dieses Feldes werden jedoch deutlich weiter abgesteckt und nicht mehr auf die Medienprodukte eingengt, die speziell zum Zweck der Gesundheitsinformation erstellt worden sind.

Das ‚Fach‘ Gesundheit ist also in seinen Praxisbezügen grundsätzlich heterogen, es integriert zahlreiche Disziplinen wie Medizin, Biologie, Psychologie, Soziologie, Pädagogik und berührt auch benachbarte Gebiete wie die (Gesundheits-)Politik oder das (Gesundheits-)Recht. All das stellt die Kommunikation darüber und deren Beobachtung vor besondere Herausforderungen.

In den modernen Wissensgesellschaften hat Gesundheitsinformation heute einen Stellenwert wie kaum ein anderes Thema; Funktion und Wirkung der Massenmedien auf das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung sind daher ein wichtiger Teil der heutigen Gesundheitskommunikationsforschung. Sei es die Berichterstattung über Themen wie AIDS, Krebsmedizin oder Tabakkonsum, seien es technologisch-politisch relevante Diskussionen (wie Gen- und Gentechnologieforschung) oder gesundheitspolitische Debatten (z. B. über Krankenkassenprämien und Versicherungsmodelle): Der öffentliche Diskurs basiert auf der (massen-)medialen Inszenierung von Gesundheit.

Die Attraktivität des Medienthemas ‚Gesundheit‘ ist übrigens keineswegs überraschend, sondern illustriert nur besonders anschaulich das medienwissenschaftliche Konzept der Nachrichtenwerttheorie (BURKHART 1998: 275-278), die bekanntlich u.a. besagt, dass Themen, die für das Leben des Rezipienten relevant sind, mit denen sich der Rezipient identifizieren kann oder die gar eine gewisse Sensationslust erzeugen, sich auch besonders gut als Medienthemata eignen. Da das Thema Gesundheit explizit oder implizit immer auch mit dem Thema Krankheit und Tod in Verbindung steht, haben Gesundheitsinformationen also eigentlich *immer* hohen Nachrichtenwert.

Dabei sind die Medien ja nicht zur Gesundheitsberichterstattung verpflichtet. „Wenn sie dieses Thema dennoch aufgreifen, dann nur weil es für ihr Publikum von Natur aus interessant ist oder weil es von den Gesundheitsförderern zu einer interessanten Nachricht gemacht wurde“

(NAIDOO & WILLS 2003: 247). Dafür nun haben sich in Orientierung an dem medienwissenschaftlichen Ansatz des *Agenda Setting* (BURKART 1998: 246-253), demzufolge die Medien nicht zwingend darüber bestimmen, *was* die Menschen denken, sondern vielmehr *worüber* sich die Menschen Gedanken machen (sollen), im wesentlichen zwei Hauptstrategien entwickelt: der ‚Medienlobbyismus‘ (*media advocacy*) und das ‚soziale Marketing‘ (*social marketing*).

Medienlobbyismus bedeutet „die besondere Verteidigung der Anliegen der öffentlichen Gesundheitsförderung [und] ist ein neuer, progressiver Ansatz, der sich im angloamerikanischen Raum ausgehend von den großen Nichtraucher-Kampagnen entwickelt hat“ (LALOUSCHEK 2005: 162). Medien-Lobbyisten verfolgen stets ein definiertes (sozial-)politisches Ziel, das sie durch strategisch gezielte Nutzung der Massenmedien an die Öffentlichkeit bringen wollen. Dazu bereiten sie nach Maßgabe ihres eigenen Interesses Informationen mediengerecht auf, nehmen mit den Akteuren der Massenmedien (Journalisten, Redakteuren, Verlagsleitern, Abteilungschefs der Sender usw.) Kontakt auf und suchen sie zur Publikation ihrer Informationen zu bewegen, d. h. deren journalistische Tätigkeit aktiv zu beeinflussen (cf. JAZBINSEK 2000 b: 290).

Demgegenüber zielt das soziale Marketing weniger auf die Durchsetzung (gesundheits-)po-litischer Interessen, sondern orientiert sich an Prinzipien der Konsumgesellschaft. „Soziales Marketing kombiniert theoretische Ansätze der Kommunikationswissenschaften und der Sozialpsychologie mit modernen Marketingstrategien. [...] Positives Gesundheitsverhalten soll nach Werbungs- und Vermarktungsstrategien ‚verkauft‘ werden“ (LALOUSCHEK 2005: 162), und zwar mithilfe herkömmlicher Marketingstrategien, wie sie bei der Promotion eines jeden Produktes üblich sind. Ziel des sozialen Marketings ist demnach „die Verringerung der psychologischen, sozialen und praktischen Distanz zwischen KonsumentInnen und Verhalten“ (ibid.) zum Zwecke der Vermarktung ‚gesunden Verhaltens‘ („selling of positive health behaviors“, WALLACK 1990: 155) als gewünschtem Gegenpol zu der oft eher gesundheitsschädlichen Werbung in den Massenmedien (z. B. für Alkoholika oder Tabakkonsum). Dabei ist freilich auch gesundheitsförderliches Marketing den Bedingungen der massenmedialen Produktion unterworfen, die Gesundheitsvermittler im Dienste der individuellen Identifikation meist zu groben Vereinfachungen komplexer Zusammenhänge zwingen und zur Ausblendung gesellschaftlicher und ökonomischer Ursachen (cf. LALOUSCHEK 2005: 162; WALLACK 1990: 157 f.).

3. Der Schweizerische Ernährungsbericht und seine Folgen – Ergebnisse einer Corpusanalyse

3.1 Zum Verhältnis der wissenschaftlichen und publizistischen Texte

Vor diesem Hintergrund könnten wir uns nun das von uns in Bern zusammengestellte Corpus anschauen (ANDEREGG 2006).² Freilich kann ich hier aus der umfangreichen Analyse allenfalls einige Teilergebnisse präsentieren und zwar solche (i) zum Verhältnis der wissenschaftlichen und publizistischen Exemplare des Text-Netzwerks, (ii) zum Informationsgehalt der Gesundheitsbotschaften, (iii) zum Wissenstransfer im Arzt-/Patienten-Gespräch, (iv) zum Text-Netzwerk als Gesundheitsdiskurs, (v) zum Text-Netzwerk als Kampagnenstrategie der Gesundheitsförderungspolitik.

Für die erste Fragestellung haben wir Text-/Stilanalyse-Modelle von Birgit Stolt und Ulla Fix kombiniert mit dem Textmuster-Konzept von Barbara Sandig und der Funktionstypologie von Klaus Brinker und daraus ein für unsere Zecke hinlänglich komplexes Analyseraster entwickelt:

(i) Der wissenschaftliche Artikel entstammt dem erwähnten *Fünften Schweizerischen Ernährungsbericht*, behandelt auf 20 Seiten „Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen“ und diagnostiziert darin, dass die „Prävalenz von Übergewicht und Adipositas ähnlich den Trends in anderen europäischen Ländern und den USA auch in der Schweiz“ epidemisch zunehme (WA: 472) mit der Konsequenz der entsprechenden Zunahme zahlreicher dadurch ausgelöster Folgeerkrankungen (*Metabolisches Syndrom*). Unter der expliziten Textdeklaration ‚wissenschaftliche Publikation‘ des Gesamtwerks richtet sich der Text grundsätzlich an Fachexperten; sein Textstil ist unpersönlich und neutral; weder wird der Adressat direkt angesprochen, noch kommt die persönliche Meinung der Autoren zum Vorschein; die formalen inhaltlichen Vorgaben einer wissenschaftlichen Textsorte werden im Blick auf Diagnose, Beschreibung und Prävention erfüllt und werden damit der Informationsfunktion gerecht.

(ii) Demgegenüber umfasst die ebenfalls vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) publizierte populärwissenschaftliche Version des 1000-seitigen Ernährungsberichtes mit dem Titel: *Wie isst die Schweiz?*

² Für die Zusammenstellung einschlägigen Materials danke ich Yvonne Anderegg; die Analysen profitieren z.T. von ihrer unter meiner Betreuung geschriebenen Lizentiatsarbeit, in der auch Teile des Corpus zu finden sind, die hier aus darstellungstechnischen Gründen des Umfangs nicht mit aufgenommen werden können; alle zitierten Quellen sind jedoch öffentlich zugänglich und prüfbar (ANDEREGG 2006).

Stolt	Brinker	Sandig	Berner Analyseraster
Mit welcher Art von Text		Texte sind mustergeleitet; (Textmuster werden anhand Textlokution, Textillokution und Textproposition erkannt=Bottom-up-Ansatz); Kongruente Textmuster werden zu Textsorten gruppiert	Die Textsorte ist prototypisch vorgegeben (<i>top-down-Ansatz</i>) => das vorliegende Textexemplar wird auf Kongruenz oder Abweichung untersucht
äußert wer			Wer ist Textproduzent?
zu wem			Wer ist die angesprochene Zielgruppe?
Was		a) propositionaler Gehalt b) durch Stil transportierte Sekundärinformationen = -Selbstdarstellung -Adressatenberücksichtigung -Art der Beziehungsgestaltung	a) propositionaler Gehalt? b) konnotative Sekundärinformationen -Selbstdarstellung -Adressatenberücksichtigung -Art der Beziehungsgestaltung
Wie		Pragmatischer Stil	-Beziehungsaspekt -Verhältnis: Experte-Laie (Strategien der populärwiss. Informationsvermittlung)
zu welchem Zweck (Intention/ Ziel)	Funktionstypen: -Information -Appellation -Kontakt -Deklaration -Obligation		Welche Funktionen sind neben der Informationsfunktion in Gesundheitsbotschaften zu finden?
mit welcher Wirkung?			Wo ist welche Wirkung zu beobachten?

Tabelle 1: Analyseraster Einzeltexte

Illustrierte Populärfassung mit ausgewählten Beiträgen aus dem Fünften Schweizerischen Ernährungsbericht – mit Fokus auf Kinder und Jugendliche nur 70 Seiten (eine CD-ROM mit der elektronischen Version des gesamten wissenschaftlichen Bandes ist beigelegt). Die Unterschiede fallen schon drucktechnisch sofort ins Auge: Marginalien, Grafiken, Tabellen, Farbphotos ergänzen und gliedern den auch in sich mehrfarbigen Text. Er richtet sich an ein gebildetes bzw. interessiertes Publikum, bei dem relevantes Grundlagenwissen als bekannt vorausgesetzt wird. Die Informationen der (namentlich nicht genannten) Autoren sind eher unspezifisch und wenig explizit formuliert. Häufig vertreten sind dagegen implizit appellative Aussagen über einen gesunden Lebensstil. Mit der Balance zwischen unpersönlichen und direkt ansprechenden Formulierungen, mit

dem die rasche Lektüre unterstützenden Layout und seinen lesernahen Textstrategien folgt der Text den normativen Vorgaben der populärwissenschaftlichen Textsorte.

(iii) Die dazugehörige Broschüre (28 S.) wird im Querformat A7 herausgegeben von *Suisse Balance* (*Bundesamt für Gesundheit, Gesundheitsförderung Schweiz*) unter dem Titel „Schwung im Alltag – (Ge)wichtige Tipps für einen gesunden Lebensstil“ und präsentiert sich dem Leser als „Leitfaden“ mit Tips zur Kontrolle des Körpergewichts „durch regelmäßige körperliche Aktivität und ausgewogene Ernährung“. Die Broschüre verzichtet auf fachliche Legitimation, ‚argumentiert‘ (mittels rhetorischer Fragen) allenfalls topisch und wirkt dadurch als ‚Verhaltensanweisung‘ stark appellativ; der Leser wird pronominal vereinnahmt („wir“), narrativ eingängig in Frage-Antwort-Spiele verstrickt und an die Verantwortung für seine Kinder erinnert. Herausgeber ist eine behördlich unterstützte Institution, die Autoren bleiben ungenannt. Der stark personalisierte Erzählstil übernimmt mahnend eine verhaltenssteuernde Kontaktfunktion und entlastet den Leser zugleich durch den entpersonalisierenden Verweis auf die Ubiquität des Problems („Deine persönlichen Probleme sind Alltagsprobleme“; „alle anderen“ haben sie auch). Sowohl Layout als auch Inhalt sind klar strukturiert und einfach aufgebaut. Die Tips für gesunden Lebensstil sind schlicht formuliert und stets unmittelbar realitätsbezogen, was dem unspezifischen Adressaten Rechnung trägt.

(iv) Zum selben Text-Netzwerk gehört auch ein ebenfalls vom BAG herausgegebener beidseitig bedruckter 3-fach gefalteter Flyer mit dem Titel „Essen ist mehr als essen“ in der Größe DIN A7 (entfaltet also = A3), der sich layouttechnisch (Schrift, Farbe und Textausrichtung) stark an dem populärwissenschaftlichen Artikel orientiert. Er ist übersichtlich in drei thematische Teile gegliedert mit Angaben über den Ernährungsbericht und weiterführenden Informationen sowie Ess-Tips für den Konsumenten. Seine Hauptfunktion ist einerseits die Werbung für die andern beiden Publikationen des BAG, andererseits richtet sich die Appellfunktion des Textes nicht auf das Produkt, sondern auf eine Verhaltensweise („Essen Sie abwechslungsreich, mit Genuss und in Ruhe“, „Vermeiden Sie stark gezuckerte Getränke“). Der layouttechnisch aufgelockerte Text liefert minimale Informationen und macht damit Appetit bzw. lenkt das Interesse auf den Inhalt der wissenschaftlichen Publikation; zugleich soll der Leser durch zehn Verhaltenstips persönlich angesprochen werden.

Die intertextuellen Querverweise verbinden die Publikationen (i-iv) und generieren nun ein zweites darauf unmittelbar bezogenes Text-Netzwerk

publizistischer Textsorten von Meldungen, Kommentaren und Interviews mit interessanten Verschiebungen der ursprünglichen Botschaft.

(i) Die *Meldungen* gehen zwar auf den aktuellen Anlass ein (die Vorstellung des Berichtes), kaum aber auf dessen Inhalt (Epidemiologie der Adipositas), geschweige denn auf dessen Ziel (Änderung der Ernährungsgewohnheiten). Stattdessen wird die Behörde personalisiert und die Rolle des Staates kritisiert; die Warnung vor den Gefahren des Übergewichts wird umgedeutet zur Frage nach der Verantwortung des Staates für allfällige Präventionsmaßnahmen.

(ii) Viele *Kommentare* zielen (wie ein Kommentar der *Aargauer Zeitung*) in teilweise deftigen Worten stärker auf die Verantwortlichkeit der Eltern für ihre Kinder oder suchen (wie der Kommentator des *Oltner Tagblatts*) die Ratschläge als frommen Wunsch und falsche Versprechung zu entlarven, obwohl er die Lunte längst an einer „gesundheitspolitischen Zeitbombe“ glimmen sieht.

(iii) Die *Interviews* knüpfen an die Pressekonferenz zur Vorstellung des BAG-Berichtes an. Die *Coop-Zeitung* des Lebensmittel-Grossisten befragt unter dem Titel „Sind wir zu dick?“ eine Ernährungswissenschaftlerin, die auf rahmender Photostrecke ins rechte Licht gesetzt wird. Sie wirbt für „die Lebensmittelpyramide“ (ohne sie zu erläutern) und bleibt auf manche (eher vague) Fragen eine konkrete Antwort schuldig. Stattdessen gibt das Interview Aufschluss über den Lebensstil der Interviewten und deren persönliche Ansichten.

Obwohl die Einzeltexte (mit einigen Ausnahmen) insgesamt den prototypischen Strukturvorgaben ihrer jeweiligen Textsorte weitgehend gerecht werden, sind die Textinhalte – trotz des gemeinsamen Themas (‘Übergewicht’) und des identischen Bezugspols (Ernährungsbericht) – überraschend heterogen. Die populärwissenschaftlichen und publizistischen Einzeltexte zeichnen sich aus durch eine zuweilen prägnante, aber meist stark vereinfachende Art der Informationsvermittlung. Strategien der populärwissenschaftlichen Vermittlung und der Verständnis fördernden Textgestaltung sind in allen Fällen wiederzuerkennen: Es wird nicht Wissensungleichgewicht demonstriert, sondern die Nähe des Lesers gesucht.

3.2 Zum Informationsgehalt der Gesundheitsbotschaften

Eine ‚optimale‘ Gesundheitsinformation besteht nach Krause et al. (1989: 31) aus sieben Teilinformationen, die das folgende Schema zusammenfasst:

	Teilinformation	Optimale Technik / Art der Formulierung
1	Information über das Problem	Die Gesundheitsinformation muss auf die Frage antworten: „Was ist das Problem?“ Dabei ist die fachlich neutrale, objektive Information nur wenig adäquat. Das eigentliche Problem sollte vielmehr aus der subjektiven Sicht der Betroffenen dargestellt werden.
2	Information über die Zielgruppe	Es muss feststehen, an wen genau sich die Gesundheitsinformation richtet. Eine sehr heterogene Gruppe wie z. B. die ‚Gesamtbevölkerung‘ anzusprechen ist oft nur wenig effektiv. Ist das anzusprechende Publikum genügend definiert, können in der Botschaft auch zielgruppenspezifische Normen und Werte bzw. ein adäquater Sprachstil sowie entsprechende Medien und Gestaltungsformen berücksichtigt werden.
3	Information über das Ziel	Das Ziel, das die Gesundheitsinformation anstrebt, soll möglichst positiv, attraktiv und motivierend dargestellt werden sowie realistisch und erreichbar sein. Verneinte Formulierungen von negativen Zielen sind zu vermeiden; stattdessen werden mit vielfältigen Motiven zur Zielerreichung die unterschiedlichen Bedürfnisse der einzelnen Rezipienten berücksichtigt. Anstelle einer rein nüchternen Darstellung von Fakten, soll auch die emotionale Ebene angesprochen werden – insbesondere mit Abbildungen.
4	Information über die positiven Folgen	Nicht nur die Information, <i>was</i> erreicht werden soll, sondern auch was der Rezipient <i>davon hat</i> , muss in einer Gesundheitsbotschaft enthalten sein. Dieser Punkt schließt an die positive Darstellung des Ziels in Punkt 3 an.
5	Information über Wege zum Ziel	Dem Rezipienten muss aufgezeigt werden, <i>wie</i> er das entsprechende Ziel erreichen kann. Die dafür vorgeschlagenen Wege sollten realisierbar sein, mit (subjektiv) vertretbarem Aufwand und wenn möglich vielfältiger Art.
6	Information über den Anbieter	Dieser Punkt leistet die notwendige Verbindung von der (massen)medialen zur interpersonalen Gesundheitskommunikation, die in hohem Maße zum Gelingen einer Einstellungs- und Verhaltensänderung beiträgt. Unbekannte Institutionen und Organisationen sind zu erklären, u.U. auch um deren Glaubwürdigkeit und Qualität hervorzuheben. Angaben wie Namen, Adressen und Telefonnummern erleichtern dem Rezipienten den Schritt, selbst aktiv zu werden und weitere Information einzuholen.
7	Information über das Angebot	Werden Produkte, Veranstaltungen, Ausbildungen, Therapieformen oder Ähnliches vorgestellt, dürfen grundlegende Informationen wie Ort, Datum, Preis, Erhältlichkeit usw. nicht fehlen.

**Tabelle 2: Die Teilinformationen einer Gesundheitsbotschaft
(n. KRAUSE et al. 1989: 31-51)**

Wenn wir das Schema auf die eben vorgestellten Texte anwenden, so lässt sich aus der vergleichenden Analyse nicht ein eindeutiges Fazit ziehen: Die Information über das eigentliche Problem wird in allen Fällen zu kurz, oft nur in einem Nebensatz abgehandelt. Eine klare Definition der angesprochenen Zielgruppe ist durchweg zu vermissen. In den meisten Fällen kann nur indirekt beurteilt werden, an wen sich der Text richtet. Nur die Textsorte selbst fungiert als eine Art Rezipienten-Selektionskriterium. In den publizistischen Texten fehlen konkret weiterführende Informationen, die aber gerade dort nötig wären, weil sie ein disperses Publikum ansprechen und nur vage Angaben machen, wie ein gesundes Körpergewicht durch ausgewogene Ernährung tatsächlich erzielt werden kann. Der Leser wird vielmehr mit Informationshäppchen versorgt, die zur effizienten Selbsthilfe nicht ausreichen bzw. in bestimmten Fällen sogar irreführend sind. Zur empirischen Erhärtung des Befunds wäre freilich die Untersuchung eines größeren Corpus‘ an publizistischen Texten zum selben Thema vonnöten unter dem Gesichtspunkt ‚inhaltlicher Korrektheit der Informationen‘.

3.3 Zum Wissenstransfer im Arzt-/Patienten-Gespräch

Ein Blick ins tägliche Programm zeigt das breite Spektrum an gesundheitsbezogenen Sendungen im Fernsehen: von den Wissenschafts- und Gesundheitsmagazinen über Ratgebersendungen, Talk-Shows zu Medizin und Gesundheit, Life-Style-Sendungen mit Diät-Tips, Reality-Shows mit Abnehmwilligen, Arzt- und Krankenhausserien, bis hin zu den Freakshows der privaten Sender mit extrem adipösen Personen. Verglichen mit der vielfach untersuchten Arzt-Patienten-Interaktion *en face* weist das medial vermittelte inszenierte Arzt-Patienten-Gespräch einige medientypische kommunikative Besonderheiten auf. Um diese Spezifika zu ermitteln, haben wir einen Auszug aus dem TV-Gesundheitsmagazin *Gesundheit Sprechstunde* konfrontiert mit der Aufzeichnung eines faktischen Ernährungsberatungsgesprächs, um diese Besonderheiten am Beispiel von Frage-Antwort-Konstruktionen zwischen Experten und Laien aufzeigen zu können. Beide Gespräche standen im Zusammenhang mit dem Ernährungsbericht und der anschließenden Medienkampagne dazu.

In einem der untersuchten (und jeweils in der Originalsprache, d. h. Vorarlberger bzw. St. Galler Mundart transkribierten) Ernährungsberatungsgespräche sucht die Expertin einen Einstieg mit der Aufforderung an den Patienten, sein individuelles Erlebniswissen in Worte zu fassen, um so einen Informationstransfer in *beiden* Richtungen zu evozieren:

-
- 096 E: isch schwirig für si? si schauät so ä kli schokiert dri?
-
- 097 P: JOO joja <EA> ich MUES halt jez/ebä jo äs isch scho so wämer do wämer sich gwöönt isch so so - än guetä- äh - än guetä chäs – än fettä/
 E: hm^v
 P: dä gu/ dä guda oder so – das: <EA> jajo das mues ich eifach uf das/ <flüstert> aber jajo das funkzioniert dän scho. <EA>
-

Ärzte verfügen zur Beschreibung von Krankheiten oder anomalen somatischen und psychischen Phänomenen über ein fachlich differenziertes und institutionalisiertes Sprachrepertoire. Patienten hingegen verwenden zur Beschreibung ihres individuellen Körperempfindens grundsätzlich Umgangssprache, die allenfalls „je nach dem Ausmaß der Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen mehr oder weniger von fachsprachlichen Äußerungen und Begriffen abgelöst oder durchdrungen werden“ kann (LALOUSCHEK 2002: 28). Wir haben es demnach mit einem Übersetzungsprozess in beiden Richtungen zu tun. Zugleich gilt es, eine Vertrauensbeziehung aufzubauen bzw. zu sichern, ohne dass der Arzt seine affektneutrale Rolle dabei aufgibt. Ein Mittel dazu ist etwa der wechselseitige Bezug auf eigene persönliche Erfahrungen:

- 038 P: aber äs isch scho* - jez dän häts do sägemor äs schtükli - äs schtükli schinke oder so und do än fleischchäs - dän han ich eifach/ ich weiss nöd wiso: das ich dä fleischchäs vil liebär hätti? Irgendswiä isch das das/ jajo
 E: hm^v
-
- 039 E: dä fleischkäs/ das kunnt/ das hot mit äm fettgehalt zum tuä.
-
- 040 E: dä fleischkäs hät relativ vil fett und relativ vill gwürz au drin:*
 P: vil fett ja. jaja
-
- 041 E: weil das isch verMAles fleisch eigentlich so BRÄÄt oder? <EA>
 P: jo. jo-o.
-
- 042 E: und das kamär natürlich vil intensiver würze und s fett TRAIT das gwürz <EA> und ÜBERtrait im prinzip dä gschmak vom gwürz auf uf üsäre zungä uf üserä gaumä und <EA> mä gWÖnt sich schlussändlich dän au a DEN gschmak und das hätmo den au GÄRN - <EA>
-
- 043 E: SO LANG bis mä das ä zyt lang WEG lasst -- vilicht isch das/ oder/ i känn das au i han frühär AU fleischkäs gässe. jo? und au GÄRN gässe und irgendwämol hani Ufkhört damit und hüt schmekts mär gar nümä richtig.
-

- 044 E: aso <EA> es BRUCHT wirklich au diä GWONheit diä dahinter
 schtekt zum <EA> zum äppes au durchzihä könnä.
 P: jo. jojo.

Mit einem solchen persönlichen Bezug wird dem Patienten signalisiert, dass nicht nur *er* das Problem habe, dass ihm Fleischkäse (mit höherem Fettanteil) besser schmecke als Schinken, sondern dass dies natürlich sei, weil die menschlichen Geschmacksrezeptoren auf Fett entsprechend reagierten. Außerdem präsentiert sich die Ernährungsberaterin als ‚lebendiges Vorbild‘ dafür, dass es möglich sei, eine solche Gewohnheit auch zu brechen. Dem Patient wird damit suggeriert: a) er ist nicht alleine, b) eine Gewohnheit ist kein unausweichliches Schicksal.

Gerade ein Zweitgespräch wie das hier geführte verlangt von der Expertin viel Fingerspitzengefühl gegenüber Ängsten und möglichem Misstrauen, denn in dieser Sitzung bringt der Patient zum ersten Mal eigene Erfahrungen mit verändertem Essverhalten ein, worin er bestätigt werden sollte, damit er für konsequentere Umstellungen motiviert bleibt. Entsprechend integriert die Ernährungsberaterin in die Beurteilung des Ernährungstagebuches auch Bestätigung und Lob:

- 015 E: guet* dänn gits sändwitsch jez do eher am mittag -- pule mit SCHInkä: -
 P: ja:

- 016 E: aso da gsiät mä au ä kli dass sie au diä fettARMÄ variante –
 P: jawoll. und da hani zum
 bispil kai butter druf gschtrichä - guät da hani au schon vorher niä
 gmacht -- ich han das nöd gärn jo.
 E: ja. hm^v guet. SEHR guet.

- 017 P: do tueni also jez eher no so äs hämpfeli salot drunder mische - jo so
 E: perfekt.

Nach Lob und Bestätigung muss der Patient aber auch daran ‚erinnert‘ werden, dass es damit noch nicht getan sei, deshalb wird die Notwendigkeit seiner aktiven Mitarbeit betont, seiner Bereitschaft zur Selbstdisziplin:

- 025 E: ja. <EA> i tänk das isch au/ irgendwo isch es wichtig dass si natürlich
 au hart - unter anführungszaichä hart zu sich sind und versuechät au ä
 gewissi disziplin ufzubringä. sunsch goots langfrischtig gseä natür-
 lich nid. äs isch äh - än umschtelig vom essä - das sind/ das bruucht
 sini zyt das sind gWONheite wo si über - äh – längerä
 zytraum gmacht hond*
 P: scho lang. jojo

Für ein Arzt-Patienten-Gespräch, das darauf abzielt, in beiden Richtungen Wissensdefizite auszugleichen, haben insbesondere Frage-Antwort-Konstruktionen zentrale Bedeutung, wie etwa Rehbein (1994: 147) hervorhebt:

Mit dem Muster der Frage haben Ärzte einen *sprachlichen* Schlüssel zum Wissen der Patienten. [...] Dieses Wissen schlägt sich in ‚inneren Wahrnehmungen‘ nieder. Durch Fragen werden beim Patienten institutionsspezifische Suchprozesse nach diesem Wissen ausgelöst, die Antwort verbalisiert das zugängliche Wissen [Hervorh. i. Orig.].

Eine Klassifizierung des Fragens sollte dann bei den ‚Wissensprozeduren des Hörers ansetzen, die durch das in der Frage formulierte Wissensdefizit ausgelöst wurden‘ (ibid.: 148). In unserem Beispiel findet der Informationstransfer zwar weniger in Frage-Antwort-Konstruktionen als in aufzählendem Erzählstil statt, aber in einigen Fällen wird der Patient anhand einer Frage dazu aufgefordert, sein persönliches Empfinden zu verbalisieren:

- 021 E: got inä mit dä:r ernährungswiis oder damit äppes ab?
 022 P: JOO: -- i han immer s gfüül/ aso/ i tänk jez aso i tänk jez vil as ässe -- und
 E: jo?ja.
 P: mä wird brämst jo/ aso jajo
-
- 023 E: aso si hond s gfüül äs stresst au ä biz wit?
 P: jo h m^v
-
- 024 P: - jo:aso scho ä bizzäli/ aso nöd belaschtänd i däm sinn aber mä muäs halt/ äh mä mues halt immer chli brämse. frünär hani eher eher mol rasch dä
 E: hm^v
 P: chüelschrank ufgmacht und di luscht isch immerno do das muesi also
 E: hm^v hm^v hm^vhm^v
 P: säge. <2> aber äh - i versuech mi ä bizzeli/ äh jo: <2> <EA> chli z brämse.

Eine Frage besteht aus einem Frageelement und einem propositionalen Gehalt, der die Wissensdomäne versprachlicht, die ‚der Hörer zur Basis seiner Wissenssuche macht‘ (Rehbein 1994: 149), und sie bringt eine Wissenslücke zum Ausdruck. Diese Bestimmung muss für ärztliches Fragen dahin gehend erweitert werden, dass die explizite Formulierung des propositionalen Gehalts unterschiedliches Wissen versprachlicht, nämlich einerseits Diskurs- und/oder Alltagswissen, andererseits professionelles Wissen, eine institutionelle Asymmetrie, die sich nach Löning (1994: 101 ff.) in

alltagssprachlichen, semi-professionellen bzw. pseudo-professionellen und zitiert-professionellen Strategien des Patienten zur Versprachlichung seines je individuellen Körperempfindens gegenüber dem Arzt manifestiert.

Ähnliche Strategien und Strukturen finden sich auch im medial inszenierten Arzt-/Patienten-Gespräch (also zwischen Moderator bzw. Experte und Gast), haben aber eine andere Funktion. Dort ist das Ziel nicht der Ausgleich eines mutuellen Wissensdefizits, sondern ein Informationstransfer zum Publikum (im Studio und vor den Empfängern). Das Arzt-Patienten-Gespräch ist hier also geprägt von einem *institutionellen* Zweck der Information und der Unterhaltung gegenüber einer ‚Drittpartei‘, was „in Gesundheitssendungen zu merkwürdigen, in sich gebrochenen und widersprüchlichen diskursiven Formen“ führen kann (BRÜNNER 1999: 27). In unserem Beispiel des TV-Gesundheitsmagazins *Gesundheit Sprechstunde* finden sich denn auch zahlreiche Frage-Antwort-Konstruktionen, an denen der Informationstransfer im Sinne des Medien-Triologs veranschaulicht werden kann.

Auf die allgemeine Einstiegsfrage des Moderators an den Experten („herr schteiner. d wält vo dä psyche. händ d lüüt wo übergwichtig sind ä PSYchischs Problem?“ [GM: 001]) antwortet der mit einem einstudiert wirkenden Monolog, dessen letzte Worte dem Moderator verabredungsgemäß das Stichwort zur Überleitung auf den Gast Frau Arber liefern, die als Kind vernachlässigt wurde und die fehlende Aufmerksamkeit mit übermäßigem Essen kompensierte:

S: [...]das sind schstrategiä wiä mir schpöter sälber mit ois umgönd!

003 M: wie isch das bi inä gsi frau arber? seensucht und verlange nach geBORge si, nach ELäre wo ume sind?

004 A: also bi MIR hät s ässe ä seer ä GROSSi rolä gspilt mini eltäre sind gschidä gsi, mini muetär isch pruefstätig gsi<EA> und äh d anerCHÄNnig hät gfällt, d UFmerksamkeit s isch niä öpper dahei gsi wämmer hei chunnt und da isch dä wäg zum chüelschrank seer churz.

Eine Suggestivfrage des Experten verrät dann dessen intime Kenntnis der Krankheitsgeschichte der Patientin (S: “[...] ich glaube es git än ganz än beschtimmtä PUNKT wo si zu däm entscheid DRÄNGT hät quasi wo si- äh in en emotionale zueschtand sind cho wo no schwierig isch gsi aber wo si ine dänn gseit händ JETZT mueni öppis änderä. <EA> ich glaub das hät än zämehang mit dä rüggeproblem gha?“ [GM: 010]), was als ein weiteres Indiz für die Inszeniertheit des Dialogs gelten darf, aber auch zu-

gleich mehrere Informationen für den Zuschauer enthält, nämlich dass die Gewichtsreduktion gelang aufgrund verschiedener Faktoren wie starkes Schamgefühl, Input des Chefs oder Mithilfe ihres sozialen Umfeldes:

011 A: ja das stimmt! i han ä bandschiibevorfall gha also mi ZWÖIT und dä isch z miz ir nacht passiert <EA>i bi am morge am halbi drü zäme-
kheit und bi nüm uf choo also nüm uf di eigäte bei* när heimär dä
chrankäwagä müesä cho/ la cho u när hei diä mi da müessä z viertä
höch z schtägehuus dürabs trääge und jaa das isch nöd gad sonäs
schöns gfüu gsi o für mi sälber ni.

012 M: händ si sich vilich- chamär säge GSCHÄMT?

013 A: Ja! ganz EIFach also!
M: hm^v

014 S: und DAS gfüül hät ine ghulfä- also dä
kontAKt/ dä EOZIONAL kontakt zu sich hät inä ghulfä än entscheid
z träffe und dänn dä entscheid würrklich bravurÖs dure z ziä und - das
isch GROSSartig-ja?
A: <EA>

015 A: ja also s isch sicher das gsi nächer dasmä öppis wott änderä und
nächäne hani o ä chef gha wo gseit hät i SÖTT mal luegä s gsund-
heitsrisiko und nächäne hani o z glück kha sehr gueti lüüt leerä z
kennä wo mi dazue seer viu hälkä.

016 S: das isch än WICHTigä punkt das eim d
umwält underschtützt WÜRklich!
A: hm^v ooni das geits gar nid also!

Anhand dieser Frage-Antwort-Sequenz können auch die eben erwähnten unterschiedlichen Kategorisierungen veranschaulicht werden. Mit dem Ausdruck “Rüggproblem” formuliert der Experte seine Frage in einer alltagssprachlichen Form, wohingegen Frau Arber mit der Diagnose “Bandschiibevorfall” eine semi- bzw. pseudo-professionelle Antwort produziert. Mit dem Hinweis darauf, dass dies bereits ihr *zweiter* Bandscheibenvorfall war, lässt sie außerdem durchblicken, dass sie diesbezüglich bereits einige Erfahrung hat. Sie scheint also aufgrund mehrerer medizin-institutioneller Kontakte auch ihr Vokabular entsprechend angepsst zu haben.

Auch der zweite Gast, Herr Poiss, ein Diätkoch, der seit Beginn seiner Therapie 100 Kilogramm Körpergewicht reduziert hat, wird als erstes

mit einer Suggestivfrage konfrontiert. Diese kommt aber recht unstrukturiert daher und erzeugt folglich auch keine sehr informative Antwort. Der Moderator muss also ein zweites Mal nachfragen, damit die Zuschauer erfahren, was denn nun genau Herrn Poiss' Problem und Hauptursache seines Übergewichts war, nämlich die Angst davor, den Arbeitsplatz zu verlieren:

019 M: was isch dän/ was häts/ was isch dä grund gsi das si das wüsse nid händ chönä umsetzä? isch das irgend ä PSYCHOLOGISCHI ebeni gsi oder wiä erkläre si sich das?

020 P: ja des hot hauptsächlich mi der psychologischen seite zum tuen ghobt ja!

021 M: was hät sich do abgeschpilt?

022 P: i hob eigentlich IMma angst ghobt vom arbeitsplatz hear dasi do an existenz sichan muass und <EA> ja – s woa schwIRig – im kopf

Die Tatsache, dass Herr Poiss ausgerechnet als *Diät*koch unter starkem Übergewicht litt, wird dann dazu verwendet, in verallgemeinernder Form ein weiteres psychologisches Phänomen zu erklären:

026 M: chönt dän das gsi sii das das fasch än art therapii isch - wen ich ä gwichtsproblem ha - problem mit äm ässe das ich so schtark i dä materie drin bin und irgendwänn hoff das ich das durch das chan lösä?

027 S: ja ich tänke dass är wiä mee hät welä wüsse* - nöcher a däm si wo au problem macht. das isch no OFT ä so dass das als lösigsversuech gmacht wird.

Der dritte Gast, Frau Weiss, eine 57-jährige Frau, die zeitweise fast 200 Kilogramm wog, bereitet dem Moderator – wie es scheint – etwas Mühe, weil sie nicht ganz so strukturiert und plangemäß antwortet wie die beiden anderen Gäste. Dies ist allein schon an den sich mehrfach überschneidenden Frage-Antwort-Einheiten zu erkennen (bis zu diesem Punkt hat der Moderator seine Gäste kaum je unterbrochen). Bei Frau Weiss jedoch wirkt bereits die erste Frage-Antwort-Konstruktion verzettelt, was den Moderator aus dem Konzept zu bringen scheint, mit der Folge, dass er ihr ziemlich unwirsch ins Wort fällt:

033 M: frau weiss. iri urgrosmueter isch übergwichtig gsi gälle si?
W:

ja!

034 M: und iri muetär?

035 W: d muetär und äh d grosmuetär und äh dä urgrosvatter
 M: hm^v und dänn- äh

036 M: dänn äh- - ja - do hätme irgendwo KÄ chance däm schicksal z entflä?
 W: dä urgrosvatter

037 W: hm^v aso i bi vo chind uf äh mit äm <EA>äh Übergwicht do gsi
 und dän häts immer langsam meh gschtigä.

Diese Antwort scheint dem Moderator ebenfalls zu wenig ergiebig, sodaß er seine Strategie ändert und Frau Weiss die Frage nach ihrem Maximalgewicht stellt; eine Frage also, auf die sie fast nicht unstrukturiert antworten kann:

038 M: ja - - wie schwär sind si dän maximal gsi?
 W: aso ich bin hundertnünänünzg
 gsi und jetz bini hundertzweiäsibäzg.

Aber bereits die nächste Frage-Antwort-Sequenz scheint wieder zu misslingen. Der Moderator will nämlich vor allem die *psychische* Belastung von 200 Kilogramm Körpergewicht hervorheben (schließlich behandelt diese Sequenz der Sendung die psychologischen Aspekte von Übergewicht). Darauf geht Frau Weiss aber gar nicht erst ein, auch nicht, als der Moderator nachhakt. Stattdessen verweist sie auf Gelenkschmerzen, also – gar nicht im Sinne des Moderators – auf *körperliche* Beschwerden:

039 M: sage si jetz bitte GANZ offä - - wiä SCHWÄR laschte ZWEIhundert
 kilo uf dä seel?

040 W: s isch - <EA> s isch schwär gsi und äh dän hani müesä säge jez muesi
 - <EA> ich has gmerkt mit dä glänk* und alles-- und jez bini froh
 bini so wiit abe cho scho.

M: und uf dä seel?

Im Unterschied zum interpersonalen Gespräch sind also Frage-Antwort-Konstruktionen nahezu konstitutiv für das mediale Gespräch. Die Inszeniertheit solcher Konstrukte ist an diversen Merkmalen zu erkennen: Antworten in Form von langen und inhaltlich kohärenten Monologen wirken unspontan, sind aber effizient im Sinne verständlicher Informationsvermittlung; Fragen-Antworten-Fragen passen fast maßgeschneidert aufei-

inander, sodass kaum Unterbrechungen auftauchen (auch nicht im Wechsel vom einen zum anderen Gast) und der Fernsehzuschauer anhand eines inhaltlichen roten Fadens durch die gesamte Sequenz geführt wird; ‚unplanmäßige‘ Antworten werden vom Moderator sanktioniert, indem er den Gast in seinem Redebeitrag unterbricht.

Die drei Gäste der Sendung repräsentieren drei unterschiedliche, aber jeweils in sich geschlossene und in einem gewissen Sinne ‚prototypische‘ Problemfälle. Frau Arber vertritt die Geschichte des vernachlässigten Scheidungskindes, Herr Poiss die Geschichte des gestressten Arbeitnehmers und Frau Weiss die Geschichte der genetisch Vorbelasteten. Die Dialoge sind so konzipiert, dass es keine inhaltlichen Überschneidungen gibt: Frau Arbers genetische Voraussetzungen werden ebenso wenig angesprochen wie Frau Weiss danach gefragt wird, ob sie als Kind genügend Aufmerksamkeit erhalten habe. Die drei Personen vertreten also drei ganz bestimmte Krankheitstypen. Der Zuschauer zu Hause soll sich selbst in einem der Typen wiedererkennen (Identifikation) und sich diesbezüglich auf spezifische Informationen über Ursachen, Krankheitsverlauf und Lösungsansätze konzentrieren können.

3.4 Vom Text-Netzwerk als Gesundheitsdiskurs

Mit ihrer intertextuellen Vernetzung bilden solche und ähnliche Texte im interdependenten Verbund mit Textsorten und Textmustern die Basis für den *Gesundheitsdiskurs* im Sinne eines „Gesellschaftsgesprächs“ (WICHTER 1999: 274), ein Diskurs, der zugleich geradezu prototypisch ist für die sog. vertikale Schichtung des Wissens, weil dabei die Experten-Laien-Kommunikation in allen möglichen Variationen zum Tragen kommt. Ihrer Komplexität wird erst ein integrativer Ansatz gerecht, der sowohl den *Experten*-Diskurs und die funktional-pragmatischen Eigenschaften von Fachkommunikation als auch den *Laien*-Diskurs und die kommunikative Vermittlung fachlicher Informationen von Experten an Nicht-Experten in den Blick nimmt.

Die Gesundheitskommunikation ist in besonderer Weise „geprägt durch das Miteinander verschiedener medial, fachlich und institutionell geprägter Gesundheitsdiskurse“ (BUSCH 1999: 107). Die sprachliche Form eines Diskurses wird (lt. BUSCH, *ibid.*) bestimmt durch die Diskursträger (Initiatoren), die Diskursziele, das thematische Zentrum und die Vertikalitätstypik. TEUBERT (1998: 148) nennt zusätzlich noch folgende Parameter für den (meta-textuellen) konstitutiven Diskurs: neben den ge-

nannten intertextuellen Bezügen auch Thema, Inhalt, Zeitraum, Areal, Textsorte(n) und die jeweilige Veröffentlichungsform.

Die *intertextuellen Bezüge* auf den gemeinsamen Ausgangspunkt (den Ernährungsbericht) sind in unserem Corpus selten explizit markiert, sondern meist nur indirekt zu erschließen. Als eigentlicher Initiator (*Diskurssträger*) des hier vorliegenden Text-Netzwerkes gilt der Herausgeber der wissenschaftlichen Publikation dazu, also das Bundesamt für Gesundheit. Getragen und (quasi selbständig) fortgesetzt wird der Diskurs dann einerseits von Institutionen, die mit dem BAG zusammenarbeiten (Broschüre *Suisse Balance*), andererseits von selbständigen publizistischen Organen wie Zeitungen, Zeitschriften, Fernsehstationen. Im Verbund bilden sie eine Plattform der Verteilung relevanter einschlägiger Informationen. Durch die aktive Rezeption der (multi-)medial vermittelten Texte wird das adressierte Individuum gleichzeitig zum Agenten der Gesundheitskommunikation und damit selbst zum Diskurs(mit)träger.

Information und Aufklärung sowie Appell- und Kontaktfunktionen sind typische Merkmale des Gesundheits(förderungs)diskurses (cf. BUSCH 1999). Die Informationsfunktion ist folglich in allen untersuchten Einzeltexten wiederzufinden, auch wenn der Informationsgehalt nicht in allen Fällen zufriedenstellend und die Abgrenzung zur *Gesundheitserziehung* dort nicht immer klar zu ziehen ist, wo die Textrezipienten direkt zu einer Handlung oder einer Verhaltensänderung aufgefordert werden. Das *Diskursziel* der Aufmerksamkeit des Rezipienten und dessen Bereitschaft zur Verhaltensänderung wird am ehesten dann erreicht, wenn der Text das subjektive Empfinden tangiert, etwa durch die individuell-persönliche Ansprache wie im Falle der ‚Broschüre‘.

Um das *thematische Zentrum* ‚Übergewicht und Ernährung‘ kreisen alle Texte des Corpus, aber dennoch sind die im Text-Netzwerk jeweils thematisierten *Inhalte* facettenreich: sie umfassen das Referat wissenschaftlicher Studienresultate, Texte mit spezifischem Focus auf Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen, Texte mit direkten Appellen zur Verhaltensänderung, Bezugnahmen auf persönliche Einstellungen und Gewohnheiten von Experten, aber auch soziale, gesetzliche und politische Aspekte. Eine inhaltliche Diversität dieser Art ist für eine unstrukturierte Gesundheitsförderungskampagne insofern plausibel, als sie einerseits illustriert, wie viele unterschiedliche Bereiche in einem so breit gefassten Thema relevant werden, andererseits damit ein in sich sehr heterogenes Publikum anzusprechen vermag. Strukturierte Gesundheitsförderungskampagnen beschränken sich demgegenüber meist auf ein eng gefasstes Sub-Thema,

mit dem sie ein definiertes Zielpublikum zu erreichen suchen, um die Wirksamkeit einer Gesundheitsbotschaft messbar zu erhöhen.

Alle untersuchten Einzeltexte unseres Corpus erschienen innerhalb des *Zeitraums* von nur einem Monat nach der offiziellen Präsentation des *Fünften Schweizerischen Ernährungsberichtes* bei der Pressekonferenz mit dem zuständigen Bundesrat. Einige davon standen in direkter oder indirekter Abhängigkeit zum BAG: wissenschaftlicher und populärwissenschaftlicher Artikel, Broschüre und Flyer markieren als koordinierter Teil des Text-Netzwerkes den Start einer in der Folge nicht weiter koordinierten Kampagne. Der *Publikationszeitpunkt* der dadurch ausgelösten publizistischen Texte war bestimmt durch die jeweilige Textsorte. Das (ja eigentlich alltägliche) Thema ‚Übergewicht und Ernährung‘ kann in Form einer Meldung/Nachricht nur dann behandelt werden, wenn ein aktueller Anlass dazu besteht, der wiederum für den Kommentar den aktuellen Anknüpfungspunkt darstellt. Für das Zeitungsinterview ist ein explizites Aktualitätssignal nicht zwingend, erhöht aber die Aufmerksamkeit der Leserschaft. Das gilt für TV-Sendungen entsprechend: Aktualität steht in engem Zusammenhang mit hohen Einschaltquoten. Wir können also festhalten: um eine unkoordinierte Kampagne ins Rollen zu bringen, ist eine Art Inszenierung des Themas auf möglichst hohem Niveau nötig (in diesem Falle die bundesrätliche Pressekonferenz), wobei Bedeutung und Aktualität genügend hervorgehoben werden müssen, damit es sich für unabhängige Medien lohnt, thematisch daran anzuknüpfen.

Geographisch und medial betrachtet, erstreckt sich das hier diskutierte Text-Netzwerk auf das *Areal* der ganzen Schweiz und ihre Medienlandschaft. Deshalb wird nicht eine gesellschaftliche Subgruppe angesprochen, sondern eine Nation, in der Sprachgrenzen und kulturelle Mentalitätsunterschiede besonders berücksichtigt werden müssen.

Die Kampagne in Form eines unstrukturierten Text-Netzwerks zeichnet sich grundsätzlich aus durch das Zusammenspiel sehr heterogener *Publikationsformen*. Vernetzt sind wissenschaftliche und populärwissenschaftliche, mündliche und schriftliche, publizistische und massenmediale und (dadurch inaugurierte) interpersonale Texte. Und genau dies ist wohl einer der größten Pluspunkte so gearteter Kampagnen: kaum eine Organisation wäre je im Stande, auf so zahlreichen und unterschiedlichen Ebenen gleichzeitig einen Diskurs zu lancieren, zu koordinieren und noch weniger zu finanzieren.

Form und Inhalt der meisten untersuchten Textexemplare stimmen mit den prototypischen Vorgaben der jeweiligen *Textsorten* weitgehend überein.

Interessant sind die Abweichungen (z. B. bei der Textsorte ‚Kommentar‘), deren genauere Analyse zur Diskussion über Sinn und Zweck und Möglichkeiten der Textsortentypologie beitragen könnte.

Vertikal geschichtete Kommunikation impliziert das Problem der Asymmetrie des Wissens zwischen Experten und Laien. Diese Asymmetrie in der *Vertikalitätstypik* manifestiert sich in einer bestimmten Art der Beziehungsgestaltung bzw. in Machtverhältnissen. Nach WESSLER (1995) kommt diesem Machtungleichgewicht in optimierter Gesundheitskommunikation so wenig Bedeutung zu wie eben möglich. Verstöße gegen diese Empfehlung belegt das Corpus zuhauf.

3.5 Das Text-Netzwerk als Kampagnenstrategie zur Gesundheitsförderung

Abschließend sei noch kurz die Frage nach der Wirksamkeit einer massenmedialen ‚Gesundheitsförderungskampagne‘ und nach den dafür zu erfüllenden Bedingungen erörtert. Aber was genau ist unter ‚Kampagne‘ zu verstehen? FLAY & BURTON (1990: 130) definieren sie für unseren Bereich so:

Applied to public health, communication campaigns can be defined as an *integrated* series of communication activities, using *multiple operations* and *channels*, aimed at populations or *large target audiences*, usually of *long duration*, with a clear *purpose* [Hervorhebungen im Original].

An eine effektive Gesundheitsförderungskampagne sind demnach mindestens vier handfeste Anforderungen zu stellen: (i) Organisation einer Serie koordinierter Aktivitäten auf mehreren Einfluss-Kanälen, also solchen der Medien, der Politik und Institutionen; (ii) zielgenaue Definition der Adressatengruppe(n); (iii) klare Formulierung des Ziels (mit Erfolgsprüfung in Bezug auf erreichte Etappenziele); (iv) langfristige Planung und gesicherte Finanzierung. Diesen Anforderungen wird das hier untersuchte Text-Netzwerk nicht gerecht: es fehlt an aktiver Koordination, Adressat ist ‚die Bevölkerung‘, das Globalziel wird in den Feinzielen der beteiligten Akteure unterschiedlich ausgelegt, eine nachhaltige Planung ist nicht zu erkennen. Wir haben es demnach mit einer unkoordinierten Gesundheits(förderungs)kampagne zu tun, deren dauerhafte Erfolgsaussichten füglich bezweifelt werden dürfen.

Die Skepsis gegenüber solchen Gesundheitskampagnen äußert sich, knapp zusammengefasst, vor allem in folgenden Punkten: (i) Wissens-transfer nur in einer Richtung (*top-down*-Informationsvergabe von Experten an Laien) statt Dialogmodell (cf. LALOUSCHEK 2005: 163); (ii) Instrumentalisierung asymmetrischer Wissensverteilungen als Machtgefälle der Beziehung zwischen Kommunikatoren und ihren Adressaten (cf. WESSLER 1995: 60); (iii) Unsicherheiten in der Wahl der didaktisch jeweils geeigneten Stilmittel (auf allen Ebenen des semiotischen Signalements); (iv) Festhalten an wissenschaftlich überholten Modellen (Sender-Empfänger-Modell, Behaviourismus-Modell etc.).

Einschlägige Wirksamkeitsstudien haben belegt, dass Massenmedien zwar dazu dienen sollen, dem Publikum Gesundheitsrisiken bewusst zu machen oder zumindest dessen Wissen darüber zu vergrößern (WESSLER 1995: 59). Wissen allein ist aber noch nicht beobachtbares Verhalten. Einstellungs- und Verhaltensänderungen sind nach den Studien von BACKER, ROGERS & SOPORY (1992: 30) nach wie vor effektiver über *interpersonale Gesundheitskommunikation* zu erreichen. Dennoch ist auf *massenmediale Gesundheitskommunikation* nicht zu verzichten, weil „gesundheitsbezogenes Wissen eine *Voraussetzung* für Einstellungs- oder gar Verhaltensänderungen darstellt“ (WESSLER 1995: 59, Hervorh. v. mir, EHL). Allerdings ist ihr Nutzen nur dann gewährleistet, wenn sich die Medien mit den potentiellen Akteuren interpersonaler Gesundheitskommunikation bestmöglich abstimmen. Dabei ist jeweils zu berücksichtigen, „daß RezipientInnen maßgeblich an der gemeinsamen Produktion von Bedeutung beteiligt sind und daß Verstehen von vielfältigen Faktoren wie Vorwissen, Bildung, Einstellung, aber auch von sozioökonomischem Status, Geschlecht und Alter abhängt“ (LALOUSCHEK 2005: 164). Davon kann in unserem Falle keine Rede sein.

Das hängt z.T. auch mit den verstaubten sozialwissenschaftlichen Prämissen der Auftraggeber zusammen, die immer noch glauben, Lasswells aus der antiken Topik übernommene Formel auch auf persuasive Gesundheitskommunikation via Medien anwenden zu können. Zudem übersehen sie zumeist die strukturelle Asymmetrie der Prämissen- und Relevanzsysteme zwischen Experten und Laien (WESSLER 1995: 61):

Während Experten das Risiko als Produkt aus der Eintrittswahrscheinlichkeit eines Schadens und der erwarteten Schadenshöhe errechnen, spielen für Laien ganz andere, sogenannte qualitative Risikofaktoren eine Rolle [...] Risikoquellen mit Katastrophenpotential (wie die

Kernenergie) werden ebenso als besonders riskant angesehen wie Risiken, denen gegenüber man sich hilflos fühlt, weil es keine individuellen Einflußmöglichkeiten gibt.

Das persönliche Gesundheitsverhalten ist individuell durchaus beeinflussbar, aber weil Risiken, die man freiwillig eingeht, als geringer eingeschätzt werden als solche, die von außen wirken (wie Autoschadstoffe etc.), wird das eigene Gesundheitsrisiko als vergleichsweise niedrig eingestuft. Effektive Gesundheitskommunikation steht also vor dem Dilemma, auf Risiken dadurch wirksam zu verweisen, dass ihre Botschaft Identifikationspotenzial birgt, d. h. ‚subjektiven Sinn‘ für den Betroffenen erzeugt, ohne bloße ‚Gesundheitserziehung‘ zu werden, womöglich noch im Boulevard-Stil inszeniert oder als Konsumwerbung, in der Gesundheit als käufliche Ware erscheint (Fitness-Centre, Sonnenstudio, Diätprodukt), oder aber als Matrix moralischer Maximen (Gesundheit = Selbstdisziplin, Körperkontrolle, zivile Sozialität, Normalität), in der als verwerflich gilt, als unmoralisch, unverantwortlich, schwach usw., wer von der suggerierten Norm abweicht. Das Dilemma der Gesundheitskampagnen: sie versuchen, den Adressaten ihrer Botschaft in den meisten Fällen dazu zu bringen, etwas sein zu lassen, was er gerne mag oder tut, und stehen dabei in Konkurrenz zur Produktwerbung, die ihm genau das anbietet, was er gerne mag oder tut.

Eine zu einem guten Drittel übergewichtige Gesellschaft kann (im Wortsinne) nur dann Ballast abwerfen, wenn sowohl die öffentlichen Instanzen als auch die betroffenen Individuen ihre Verantwortung gegenüber dem Problem ‚Übergewicht‘ wahrnehmen. Dies geschieht einerseits, indem Massenmedien unter politisch und gesetzlich optimalen Rahmenbedingungen korrektes und fundiertes Wissen über Ernährung und Bewegung in verständlicher Form an die Öffentlichkeit bringen. Andererseits bedingt es aber auch, dass Betroffene die von den (Massen-) Medien verbreiteten Informationen aufnehmen und aktiv verarbeiten (wenn nötig in der direkten Interaktion mit Experten), sodass aus Information Wissen wird und aus Wissen beobachtbares Verhalten.

4. Fazit, Kritik und weitere Aufgaben

Unsere kleine Pilotstudie hat, wie eingangs ausgewiesen, eher die Funktion eines (wenn auch empirisch geprüften und methodisch begründeten) programmatischen Plädoyers als einer resümierenden Bestandsauf-

nahme. Sie erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität (das ist für den gegebenen Zusammenhang auch kein Ziel), sondern dient eher der Veranschaulichung des komplexen Prozesses der Entstehung, der Planung, des Nutzens eines multimedialen Text-Netzwerks mit gesellschaftlicher Relevanz und sucht an einem kleinen Beispiel (mit entsprechend begrenztem Corpus und in überschaubarem Zeitraum) zu zeigen, wie daraus in der sozialen Domäne der Gesundheitskommunikation ein Diskurs und ggf. eine Kampagne zur Gesundheitsförderung werden kann. Zu diesem Zwecke der Analyse von Aspekten des Transfers von Gesundheitsinformationen zwischen Experten und Laien haben wir fünf Fragestellungen auf entsprechend verschiedenen Ebenen der Analyse genauer betrachtet (ohne hier alle Ergebnisse im Einzelnen referieren zu können): die Ebenen der Einzeltextanalyse im Verhältnis von wissenschaftlichen und populärwissenschaftlichen und publizistischen Textsorten, des Informationsgehalts von Gesundheitsbotschaften, des Wissenstransfers in direkten und medial vermittelten Arzt-/Patientengesprächen, des Text-Netzwerks als Diskurs und als Kampagne.

Die Teiluntersuchungen könnten auf jeder dieser Ebenen natürlich im Rahmen eines (dann freilich nicht mehr von einem Einzelnen allein durchzuführenden) Forschungsprogramms erheblich differenziert und ausgebaut werden. So könnte z. B. die Untersuchung der einzigen *fachinternen* Textsorte ‚wissenschaftlicher Artikel‘ weit eingehender behandelt werden, indem man den Text hinsichtlich seiner spezifischen Gliederung, hinsichtlich der Aspekte Explizitheit, Exaktheit und Ökonomie, hinsichtlich der verwendeten Fachlexik, der effektiven Verständlichkeit usw. betrachtet. Dazu aber liegen einschlägige Untersuchungen in hinlänglicher Zahl vor, der Erkenntnisgewinn bliebe überschaubar. Interessanter wäre die Erweiterung des Corpus und die Prüfung, inwiefern und inwieweit die populärwissenschaftlichen und publizistischen Texte ‚korrekte‘, d. h. gemessen am Corpus der wissenschaftlichen Texte wahrheitsgetreue Informationen vermitteln. Dazu müsste aber in unserem Falle der (seinerseits in ein extrem komplexes Text-Netzwerk eingebettete) gesamte wissenschaftliche Ernährungsbericht analysiert werden und das Corpus der publizistischen Texte wäre möglichst exhaustiv auf alle Texte (erschieden im Zeitraum von beispielsweise einem halben Jahr nach Publikation des Ernährungsberichtes) auszudehnen. Erst dann könnten die qualitativen Verfahren sinnvoll um quantitative ergänzt werden, um zu valablen Aussagen über das Verhältnis von produzentenorientiert faktischer Korrektheit und rezipientenorientiert wirksamer Verständlichkeit zu gelangen.

Dann könnte man, auf der zweiten Analysestufe, auch verlässlich die Frage beantworten, welche Textsorte den höchsten Grad an Informationsgehalt erzielt und somit für den Informationstransfer im Gesundheitsdiskurs zugleich optimal und effektiv wäre. Und selbstverständlich müsste eine solche Untersuchung auch elektronische Textsorten berücksichtigen. Zudem wären unter semiotischer Perspektive die grafischen und bildlichen Darstellungen in den Einzeltexten genauer zu betrachten, nicht nur unter dem genannten Aspekt des Verhältnisses von Verständlichkeit und Korrektheit, sondern auch unter der emotionalen Wirksamkeit im Hinblick auf die Textadressaten.

Die begrenzte Aussagekraft unseres Ansatzes wird aber erst auf der dritten Analysestufe besonders augenfällig. Ich bin mir dessen in vollem Umfang bewusst: sowohl für die *interpersonale* als auch für die *mediale* Experten-Laien-Kommunikation sollten natürlich noch sehr viel mehr Daten zur Verfügung stehen. Hier reichten einige kurze Tonaufnahmen allenfalls aus, um punktuelle Aspekte zu veranschaulichen. Aber mit einem ausreichend umfangreich erhobenen Corpus könnten gängige Fragen der Experten-Laien-Kommunikation wie z. B. „Reformulierungen, Umgang mit Fachlexik, Formen der Handlungsanleitung“ (BRÜNNER & GÜLICH 2002: 22) oder Verfahren der Veranschaulichung und Formen der interaktiven Darstellung entsprechend angemessen beantwortet werden, zumal solche Formen (wie Metaphern, Vergleiche und Analogien, Beispiele und Beispielerzählungen, Konkretisierungen bzw. Individualisierungen und Szenarios) in der umgekehrten Richtung (Laien-Experten) kaum untersucht sind, weil die Forschung der Übermittlung des sog. ‚partikularen Erlebniswissens‘ vom Patienten zum Arzt bis heute nur wenig Beachtung geschenkt hat, ganz zu schweigen von der Beachtung der ganzen Bandbreite semiotischer Einflussfaktoren in der Gegenüberstellung von thematisch gleichwertigen interpersonalen *und* medial inszenierten Arzt-Patienten-Gesprächen unter dem Aspekt des Informationstransfers in *beiden* Richtungen, was unter dem Stichwort der ‚multimodalen Kommunikation‘ nach frühen (und lange vergeblichen) diesbezüglichen Forderungen (cf. z. B. HESS-LÜTTICH ed. 1982) immerhin als Desiderat anzuerkennen sich durchzusetzen beginnt.

In angewandter Perspektive schließlich könnten aus den Ergebnissen auf den drei ersten Analysestufen bei entsprechend angemessenem Corpus Erkenntnisse gewonnen werden, die den Verfassern publizistischer Gesundheitsinformationen (also Journalisten, besonders Wissenschafts- bzw. Medizinjournalisten), aber auch Akteuren der Gesundheits-

kommunikation (wie Mitarbeitern staatlicher oder privater Gesundheitsförderungsorganisationen und -institutionen) von Nutzen wären. Die so gewonnenen Resultate wären dann möglicherweise handlungsleitend für die Erstellung von nicht nur verständlichen und/oder nicht nur korrekten, sondern auch *wirksamen* Gesundheitsbotschaften. Eine entsprechend fundierte und dadurch gezielte Schulung z. B. von Medienlobbyisten oder Akteuren des Sozialmarketings würde helfen, gesundheitsförderliche Informationen in effektiver Form in die Öffentlichkeit zu tragen. Ein Gesundheitsdiskurs im Sinne wirkungsvoller Gesundheitsförderungskampagnen entsteht nämlich erst, wenn im Zuge eines gesamtgesellschaftlichen Gesinnungswandels etwa die Multiplikatoren in Politik und Medien, Werbung und (Lebensmittel-)Industrie bereit sind, im Dienste der Gesundheit der Angehörigen einer Gesellschaft verantwortlich zu handeln.

Ein letztes, aber entscheidendes Desiderat, das in unserer kleinen Studie aus Kapazitätsgründen überhaupt nicht mehr weiterverfolgt werden konnte, bleibt der für die Wirksamkeit der Gesundheitsförderungskommunikation essentielle Einbezug interaktiver elektronischer Medien. Wenn zutrifft, dass vor allem die *interpersonale* Kommunikation eine tatsächliche Verhaltensänderung bewirkt (und die mediale Information lediglich das (Vor-)Wissen und die Sensibilität der Betroffenen erweitert), müssten gerade die ‚quasi-interpersonalen‘, also virtuell interaktiven Möglichkeiten der Gesundheitskommunikation intensiver genutzt und deshalb genauer untersucht werden. Webseiten (um nur ein Beispiel von zahllosen Internetplattformen zum Thema Gesundheit/Ernährung/Bewegung herauszugreifen) wie *www.activeonline.ch* (wo sich betroffene Laien und interessierte Spezialisten zum Austausch *individuell* motivierter bzw. therapeutisch *speziell* zugeschnittener Programme treffen) veranschaulichen das interaktive Potential, das zur in der (auch versicherungstechnisch und finanzpolitisch nötigen) Breite *wirksamen* Gesundheitskommunikation genutzt werden könnte. Das Forschungsfeld ‚Gesundheitskommunikation im Medienwandel‘ markiert einen wissenschaftlichen Aufgabenbereich für seriöse Studien zur Nutzung und Optimierung virtuell interaktiver Gesundheitsförderungskommunikation, dessen Zukunfts- und Entwicklungspotential angesichts der tickenden Zeitbombe des epidemisch zunehmenden Übergewichts in westlichen Industriegesellschaften erst in Umrissen erkennbar zu werden beginnt (cf. BLEICHER & LAMPERT 2003; NEUHAUSER & KREPS 2003).

Literatur

- ADAMZIK, K. (1995) *Textsorten – Texttypologie. Eine kommentierte Bibliografie*, Münster
- ADAMZIK, K. (2004) *Textlinguistik. Eine einführende Darstellung*, Tübingen.
- ADAMZIK, K. / NIEDERHAUSER, J. [Hg.] (1999) *Wissenschaftssprache und Umgangssprache im Kontakt*, Frankfurt/Main etc.
- ADAMZIK, K. / NIEDERHAUSER, J. (1999) „Fach-/Wissenschaftssprache versus Gemeinsprache im Laiendiskurs und im linguistischen Fachdiskurs“. In: Adamzik, K. & J. Niederhauser [Hg.] 1999: *Wissenschaftssprache und Umgangssprache im Kontakt*, Frankfurt/Main etc., 15-37.
- ANDEREGG, Y. (2006) *Das Text-Netzwerk als Gesundheitsförderungskampagne?*, Ms. Bern: Lizentiatsarbeit.
- ANTOS, G. (1996) *Laien-Linguistik. Studien zu Sprach- und Kommunikationsproblemen im Alltag. Am Beispiel von Sprachratgebern und Kommunikationstrainings*, Tübingen
- ANTOS, G. / WICHTER, S. [Hg.] (2005) *Wissenstransfer durch Sprache als gesellschaftliches Problem*, Frankfurt/Main etc.
- ATKIN, CH./ WALLACK, L. [Hg.] (1990) *Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts*, Newbury Park /London / New Delhi.
- BACKER, TH. E. / ROGERS, E. M. / SOPORY, P. (1992) *Designing health communication campaigns: What works?*, Newbury Park / London / New Delhi.
- BAUMANN, K.-D. (1998) „Das Postulat der Exaktheit für den Fachsprachengebrauch“. In: Hoffmann, Kalverkämper & Wiegand [Hg.], 373-377.
- BAUMANN, K.-D. & KALVERKÄMPER, H. [Hg.] (1992) *Kontrastive Fachsprachenforschung*, Tübingen.
- BIERE, B. U. (1998) „Verständlichkeit beim Gebrauch von Fachsprachen“. In: Hoffmann, Kalverkämper & Wiegand [Hg.], 402-407.
- BLEICHER, J.K./LAMPERT, C. (2003) „Einleitung“. In: *Medien & Kommunikationswissenschaft* 51.3-4 (2003): 347-351.
- BONFADELLI, H./FRIEMEL, TH. N. (2010) *Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen*. 2., völlig überarbeitete und erweiterte Aufl. Konstanz
- BÖNING, H. (2000) „Die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung und die medizinische Volksaufklärung des 18. und 19. Jahrhunderts“ in: Jazbinsek [Hg.], 34-52.
- BRINKER, K. (2001) *Linguistische Textanalyse. Eine Einführung in Grundbegriffe und Methoden*, Berlin.
- BRÜNNER, G. (1999) „Medientypische Aspekte der Kommunikation in medizinischen Fernsehsendungen“. In: Bühlig & Matras [Hg.]: *Sprachtheorie und sprachliches Handeln*. Festschrift für Jochen Rehbein zum 60. Geburtstag, Tübingen, 23-42.
- BRÜNNER, G. / GÜLICH, E. (2002) „Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation“ in: Brünner & Güllich [Hg.], 17-93.
- BRÜNNER, G. / GÜLICH, E. [Hg.] (2002) *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*, Bielefeld.
- BURKART, R. (1998) *Kommunikationswissenschaft*, Wien, Köln, Weimar.
- BUSCH, A. (1994) *Laienkommunikation. Vertikalitätsuntersuchungen zu medizinischen Experten-Laien-Kommunikationen*, Frankfurt/Main etc.
- BUSCH, A. (1999) „Semantische Vertikalitätstypik und diskursive Grundkonzepte in der Gesundheitskommunikation“ in: Adamzik & Niederhauser [Hg.], 103-122.
- DITTMAR, N. (2002) *Transkription. Ein Leitfaden mit Aufgaben für Studenten, Forscher und Laien*, Opladen.
- FIX, U. et al. [Hg.] (2002) *Brauchen wir einen neuen Textbegriff?* (= forum Angewandte Linguistik 40), Frankfurt/Main etc.

- FIX, U. / POETHE, H. / YOS, G. (2003) *Textlinguistik und Stilistik für Einsteiger*, Frankfurt/Main etc.
- FLAY, B. R. / BURTON, D. (1990) "Effective Mass Communication Strategies for Health Campaigns" in: Atkin & Wallack [Hg.], 129-146.
- HESS-LÜTTICH, E. W. B. [Hg.] (1982) *Multimedia Communication*, 2 vols., Tübingen.
- HESS-LÜTTICH, E. W. B. (1997) „Schau-Gespräche, Freitagnacht: Dialogsorten öffentlicher Kommunikation und das Exempel einer Talkshow“. In: *Zeitschrift für Semiotik* 19: 291-306.
- HOFFMANN, L. [Hg.] (1987) *Fachsprachen. Instrument und Objekt*, Leipzig.
- HOFFMAN, L. / KALVERKÄMPER, H. / WIEGAND, H. E. [Hg.] (1998) *Fachsprachen. Ein internationales Handbuch zur Fachsprachenforschung und Terminologiewissenschaft* (= HSK 14.1), Berlin, New York.
- JAZBINSEK, D. [Hg.] (2000) *Gesundheitskommunikation*, Wiesbaden.
- JAZBINSEK, D. (2000a): „Gesundheitskommunikation. Erkundungen eines Forschungsfeldes“. In: Jazbinsek [Hg.], 11-16.
- KALVERKÄMPER, H. (1998) „Fachsprache und Fachsprachenforschung“. In: Hoffmann, Kalverkämper & Wiegand [Hg.], 48-59.
- KOERFER, A. et al. (1994) „Zur Evaluation von Arzt-Patienten-Kommunikation. Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin“. In: Redder & Wiese [Hg.], 53-94.
- KRAUSE, R. et al. (1989) *Gesundheit verkaufen? Praxis der Gesundheitskommunikation*, Sankt Augustin.
- LALOUSCHEK, J. (2002) *Ärztliche Gesprächsausbildung*, Radolfzell.
- LALOUSCHEK, J. (2005) *Inszenierte Medizin. Ärztliche Kommunikation, Gesundheitsinformation und das Sprechen über Krankheit in Medizinsendungen und Talkshows*, Radolfzell.
- LÖNING, P. (1985) *Das Arzt-Patienten-Gespräch. Gesprächsanalyse eines Fachkommunikationstyps*, Bern et. al.
- LÖNING, P. (1994) „Versprachlichung von Wissensstrukturen bei Patienten“ in: Redder & Wiese [Hg.], 97-114.
- NAIDOO, J. / WILLS, J. (2003) *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*, Köln
- NEUHAUSER, L. / KREPS, G. L. (2003) „The Advent of E-Health“ in: *Medien & Kommunikationswissenschaft* 51.3-4 (2003): 541-556.
- NIEDERHAUSER, J. (1999) *Wissenschaftssprache und populärwissenschaftliche Vermittlung*, Tübingen.
- REDDER, A. / WIESE, I. [Hg.] (1994) *Medizinische Kommunikation*, Opladen.
- REHBEIN, J. (1994) „Zum Klassifizieren ärztlichen Fragens“. In: Redder & Wiese [Hg.], 147-170.
- SANDIG, B. (1986) *Stilistik der deutschen Sprache*, Berlin, New York.
- SCHMIDT, U. (2000) „Sozialhygienische Filme und Propaganda in der Weimarer Republik“ in: Jazbinsek [Hg.], 53-82.
- STOLT, B. (1984) „Pragmatische Stilanalyse“ in: Bernd Spillner [Hg.] *Methoden der Stilanalyse*, Tübingen, 163-173.
- TEUBERT, W. (1998) „Korpus und Neologie“. In: id. [Hg.] *Neologie und Korpus*, Tübingen, 129-170.
- WALLACK, L. (1990) "Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches" in: Atkin & Wallack [Hg.], 147-163.
- WARNKE, I. [Hg.] (2007) *Diskurslinguistik nach Foucault. Theorie und Gegenstände* (= Linguistik – Impulse & Tendenzen 25), Berlin, New York.

-
- WARNKE, I. / SPITZMÜLLER, J. [Hg.] (2008) *Methoden der Diskurslinguistik. Sprachwissenschaftliche Zugänge zur transtextuellen Ebene* (= Linguistik – Impulse & Tendenzen 31), Berlin, New York.
- WESSLER, H. (1995) „Mediale Gesundheitskommunikation. Ein Beitrag zur Gesundheitsförderung?“ in: *Prävention* 18.2 (1995): 59-62.
- WHO [Hg.] (1993) *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*, Kopenhagen/Hamburg
- WICHTER, S. (1999) „Gespräch, Diskurs und Stereotypie“. In: *Zeitschrift für Germanistische Linguistik* 27: 261-284.

Internetquellen

- Hascher, Tina, Thomas Suter & Petra Kolip 2001: *Terminologie-Dossier zur Gesundheitsförderung*: www.gesundheitsfoerderung.ch/fachpublikation [20.05.10]
- Plattform für interaktive Bewegungs- und Ernährungsförderung: www.activeonline.ch [20.05.2010]