

ScienceDirect PUBLIC HEALTH

Forschung · Lehre · Praxis

Organ der Deutschen Gesellschaft für Public Health e.V., DGPH

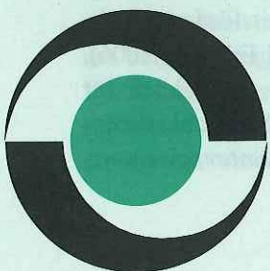
Organ des Deutschen Verbandes für Gesundheitswissenschaften und Public Health e.V., DVGPH

Nr. 68 · September 2010

18. Jahrgang

ISSN 0944-5587

Gesundheit in den Medien



Editorial

Wir leben in einer Mediengesellschaft: Alle Bevölkerungsschichten haben grundsätzlich Zugang zu Medien und nutzen sie auch. Durch das Internet wurde dieser Zugang noch einmal wesentlich erleichtert. Nicht von ungefähr spricht man auch von einer ‚Demokratisierung des Wissens‘. Allerdings stößt diese Demokratisierung auch an ihre Grenzen, denn nicht alle Bevölkerungsgruppen verfügen gleichermaßen über die technischen, finanziellen und bildungsbezogenen Voraussetzungen für eine uneingeschränkte Medien-Nutzung.

Gesundheitsthemen nehmen einen zunehmend breiten Raum in den Medien ein. Schließlich berühren sie vitale Interessen der Einzelnen und der Gesellschaft insgesamt und sind deshalb vielfach präsent. Dabei stehen besonders häufig einzelne Krankheiten oder Gesundheitsprobleme im Fokus, gefolgt von Nachrichten über potenzielle Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit (beispielsweise durch Infektionen oder Probleme mit Lebensmitteln) und gesundheitspolitischen Themen. Dies ist das Ergebnis einer Studie der Kaiser Family Foundation aus dem Jahr 2008 für die USA, in Deutschland dürfte es ähnlich aussehen. Auffallend ist auch, dass es zeitweise richtige Themen-

moden gibt: Bestimmte Krankheiten, Risiken oder Symptome finden sich plötzlich überall in der Berichterstattung, aber ebenso plötzlich verschwinden sie wieder. Eine Analyse von Berichten zu Krebs in den Massenmedien zeigt, dass im Vergleich zur Realität eher selten über Grenzen der Therapie, Therapieversagen und Sterben berichtet wird, häufiger dagegen über den Erfolg auch aggressiver Therapien und das Leben mit Krebs (Fishman et al., 2010). Die Autorinnen dieses im renommierten „Archives of Internal Medicine“ erschienenen Beitrags äußern die Befürchtung, dass durch eine derartig verzerrte Berichterstattung bei Betroffenen unrealistische Hoffnungen geweckt werden könnten.

Was ist das Ziel von Medienberichten zum Thema Gesundheit? Im Journalismus geht es - genau wie in der Wissenschaft - zunächst einmal darum, Sachverhalte herauszufinden und zu kommunizieren. Die Auswahl und die Gewichtung von Themen beeinflussen auch unsere subjektive Wahrnehmung: Was häufiger auftaucht, erscheint bedrohlicher als seltener berichtete Gefahren. Aber welche beabsichtigten und nicht beabsichtigten Effekte es hat, wenn Gesundheitsthemen via Massenmedien verbreitet werden

Schwerpunktthema: Gesundheit in den Medien

Dumm und krank oder schlau und gesund durch die Flimmerkiste?	2
Direct-to-Consumer (DTC)-Marketing der deutschen Pharmaindustrie: Nutzen und Grenzen	4
Patientenmanipulation durch Patienteninformationen	6
Die wahre Gesundheit - Einige Anmerkungen zum Thema Laieninformation über Medizin	8
Webportale für Gesundheit	9
Gesundheitsinformation.de und Informationsbedürfnisse: Aktueller Stand und Herausforderungen	11
Risikokommunikation im Gesundheitswesen	12
Mensch und Körper im Museum: Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden	14
Zur theorie- und evidenzbasierten Fundierung massenmedialer Gesundheitskampagnen	16
Ohne Licht kein Schatten - Fehlerkommunikation in den Medien aus ärztlicher Sicht	17
The Future of Health Journalism	19
Entertainment-Education als Strategie für die Prävention und Gesundheitsförderung	20
Verbraucherschutz und die Optimierung der Strukturen des Gesundheitssystems	22
Public Health (nicht) in den Medien	24
Direct-to-Consumer (DTC)-Marketing der Pharmaindustrie: Risiken und ethische Probleme	25
Weiterführende Literatur zum Schwerpunktthema	27
Bücher, Tagungen	28
Forschung	29

Spiele werden in einem entsprechenden Kontext eingesetzt. Hinsichtlich der Themen scheinen beiden Angeboten zunächst keine Grenzen gesetzt. Allerdings darf die Komplexität eines Themas das Unterhaltungserleben nicht zu stark beeinflussen. Die Umsetzungsmöglichkeiten und die damit verbundenen Potenziale sind bei beiden Angeboten vielfältig. Bei Computerspielen sind vor allem die medialen Optionen hervorzuheben, die sich insbesondere für Simulationen und eine individualisierte Ansprache der Spieler eignen. Über Multiplayer-Optionen können sich die Spieler untereinander vernetzen und austauschen. Zudem bieten Computerspiele – anders als TV-Formate – unmittelbare Erfolge und Selbstwirksamkeitserfahrungen, die sich positiv auf die Übernahme von Einstellungen und Verhaltensweisen auswirken können. Trotz der genannten Vorteile sind bei beiden Angebotsformen auch Grenzen gesetzt. Bei massenmedialen Angeboten handelt es sich um Angebote mit vergleichsweise festen Strukturen.

Zudem sind die gesundheitsfördernden Botschaften in ein heterogenes Programmumfeld eingebettet, so dass häufig präventive und gesundheitsfördernde Botschaften neben gesundheitswidrigen stehen und eine gesundheitsfördernde Botschaft u.U. nicht durchdringt. Hinzu kommt, dass die Kooperation von Medienexperten mit Gesundheitsakteuren aufgrund der unterschiedlichen Interessen (Quote versus differenzierte Darstellung) und Arbeitsweisen von beiden Seiten Kompromissbereitschaft erfordert (Bouman, 2002). Auch auf dem Markt der Video- und Computerspiele gibt es ein breites Angebot an kommerziellen Spielen, die um die Spieler konkurrieren. Die Möglichkeiten – ähnlich wie bei TV-Formaten – überzeugende präventive oder gesundheitsfördernde Botschaften in bereits erfolgreiche Spiele zu integrieren, sind allerdings gerade mit Blick auf beliebte Genres, wie z.B. Actionspielen, Adventures, Rennspielen, Sportspielen, sehr begrenzt.

Trotz der angeführten Einschränkungen stellt EE eine vielseitige und viel versprechende Kommunikationsstrategie dar, deren Potenziale und Grenzen für die Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere mit Blick auf jüngere Zielgruppen, weiter ausgelotet werden sollten. Eine Kooperation von Gesundheits-, Kommunikations- und Medienexperten dürfte sich trotz bzw. gerade wegen der unterschiedlichen Perspektiven als sehr fruchtbar erweisen.

Literatur siehe *Literatur zum Schwerpunktthema*.
www.elsevier.de/phf-literatur

Die korrespondierende Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

doi:10.1016/j.phf.2010.06.013

Dr. Claudia Lampert
 Hans-Bredow-Institut für
 Medienforschung
 Warburgstraße 8-10
 20354 Hamburg
c.lampert@hans-bredow-institut.de

Verbraucherschutz und die Optimierung der Strukturen des Gesundheitssystems

Christoph Kranich

Das Public Health Thema „Gesundheit in den Medien“ berührt die Rolle des Kunden bzw. Patienten intensiver als man vordergründig denken könnte. Deshalb soll im Folgenden die Aufgabe des Verbraucherschutzes zu den sog. Kunden reflektiert und in Beziehung zu den Strukturen des Gesundheitssystems gesetzt werden.

Unser Gesundheitswesen richtet sich eigentlich nur an Gesunde. Den Arzt

und das Krankenhaus können wir ebenso frei wählen wie den Handyvertrag oder Stromversorger. Patienten werden als mündige, souveräne Kunden angesprochen, stets im Vollbesitz ihrer geistig-seelischen Kräfte, mit komplettem Überblick und fähig, weitreichende Entscheidungen zu verantworten. Mit *shared decision making* (vgl. Scheibler und Pfaff, 2003) nehmen sie dem Arzt die Ver-

antwortung ab. Inzwischen werden sie sogar an der Gesundheitspolitik beteiligt: Patientenvertreter sitzen in wichtigen Gremien und helfen den Politikern, ihre unpopulären Entscheidungen durch Bürgerbeteiligung zu legitimieren (Forster und Kranich, 2007).

Vom System der Fürsorge, das sich um kranke Menschen kümmert, die aus eigenen Kräften nicht mehr

weiterkommen, wurde das Gesundheitswesen zum Supermarkt. Die Regale sind voll – aber keiner hilft bei der Auswahl der Produkte und niemand erklärt, warum Vieles gar nicht zu kaufen ist. Erst nach heftigen Zornausbrüchen über hartherzige Krankenkassen erfährt man, dass Sozialgesetzbücher, Selektiv- und Rabattverträge die freie Auswahl begrenzen – und dass das so sein muss, weil das Gesundheitsgeschäft doch kein richtiger Markt ist, weil der Bedarf meist nicht auf freier Entscheidung, sondern auf „Schicksal“ beruht und weil ein Solidarsystem eben anders funktioniert.

Den wirklich mündigen Kunden oder Verbraucher kann es nicht geben in einer Welt, die von Großkonzernen, ungezügelter Werbung und Geldgier geprägt ist. Er bleibt immer ein Objekt sich kreuzender Interessenströme mächtiger Akteure. Und wenn der Kunde dann gar krank wird, ist die Mündigkeit völlig dahin. Dann beschäftigen ihn sein schmerzender Körper, seine wunde Seele, vielleicht seine verwirrte Gedankenwelt, aber nicht souveräne Entscheidungen und Kaufverhandlungen.

In einem solchen System Verbraucherschutz zu organisieren, ist nicht leicht. Dem Einen muss man helfen, den Überblick und seine gefühlte Selbstbestimmung zu behalten; den Anderen versucht man vor denen zu schützen, die ihm ständig ans Geld wollen. „Haifischbecken“ ist ein häufiges Synonym für unser Gesundheitssystem – wegen der Lobbyisten und Interessengruppen, die statt des Patientenwohls nur ihren eigenen Profit im Auge haben; eben wie im Kapitalismus.

Verbraucherschutz hat dieselben gegensätzlichen Ziele wie Prävention und Gesundheitsförderung: *Verhaltensprävention* richtet sich auf das Verhalten des Einzelnen, *Verhältnisprävention* verändert die Umstände als

Grundlage des individuellen Verhaltens (vgl. z.B. Rosenbrock, 1993; Laaser und Hurrelmann, 1998). Bekannt ist das Gleichnis vom Mann am Fluss, der immer wieder Ertrinkende heran treiben sieht und rettet – bis seine Kräfte schwinden und er beschließt, doch lieber flussaufwärts zu gehen, die Ursache zu suchen und demjenigen das Handwerk zu legen, der die Menschen in den Fluss wirft und fortwährend individuellen Rettungsbedarf schafft (Ashton und Seymour, 1988).

Verhaltens- und Verhältnisprävention sind Geschwister. Doch leider haben sie, statt sich produktiv zu ergänzen, häufig ein gespanntes Verhältnis zueinander. Die individuelle Bemühung verspricht schnelle, messbare Erfolge; die Veränderung der Strukturen ist sehr viel schwieriger zu gestalten. Nicht nur weil man in Konflikt mit mächtigen Interessenvertretern gerät, sondern auch weil man sehr selten nachweisen kann, welche Ursache zu welcher Wirkung führt.

Verbraucherschutz im Gesundheitswesen bedeutet erstens individuelle Arbeit mit Patienten in mindestens drei Intensitäten: Information, Beratung sowie Umgang mit Unzufriedenheit und Beschwerden. Ich nenne dies zusammenfassend *individuelle Patientenunterstützung*. Sie wird seit Ende der 70er Jahre in der Schweiz und in Deutschland von Patientenstellen, seit Ende der 80er Jahre von Verbraucherzentralen und seit Beginn des neuen Jahrtausends auch vom Verbund dieser beiden Organisationsformen – angereichert durch den Sozialverband VdK – unter dem Namen „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ (UPD) angeboten und auf gesetzlicher Grundlage (§ 65b SGB V) von den Krankenkassen finanziert.

Zu diesem verhaltensbezogenen Aspekt des Patientenschutzes kommt

ein verhältnisbezogener hinzu. Fast jedes Gespräch mit Ratsuchenden gibt Hinweise auf strukturelle Mängel des Systems, die im Interesse aller anderen ebenso Betroffenen dringend abgestellt werden sollten. Das nenne ich *systemische Patientenunterstützung*.

Die Patientenstellen verfolgten schon zum Zeitpunkt ihrer Gründung 1977 beide Intentionen, Einzelne zu beraten sowie Missstände aufzudecken und abzustellen (Patientenstelle Zürich, 1979). Die Verbraucherzentralen wissen ohnehin seit Mitte der 50er Jahre, dass es langfristig wirksamer ist (man nennt es heute *nachhaltig*), die Ursachen gehäuften Beratungsbedarfs zu beseitigen, statt sich in stetigen Ritualen immer in der gleichen Einzelfallhilfe zu verlieren. Die UPD jedoch wurde von ihren Geld- und Auftraggebern, den Spitzenverbänden der Krankenkassen, ausschließlich auf die individuelle Hilfe festgelegt und Interessenvertretung ausdrücklich ausgeschlossen. Das entspringt demselben kurzsichtigen Denken wie in der Prävention oder Sozialarbeit, in der es den Geldgebern – dort meist dem Staat – ebenfalls nur um kurzfristige, in einer Legislaturperiode mess- und zum nächsten Wahlkampf verwertbare Erfolge geht, aber nicht um langfristige, nachhaltige Veränderungen.

Fazit: Politiker sollten lernen, dass andere Menschen weiter als vier Jahre voraus denken. Eine nachhaltige, zukunftsste Gesundheitspolitik muss Strukturen schaffen, die es kranken Menschen dauerhaft erlaubt, die Balance zwischen Autonomie und Schutzbedürfnis, zwischen Kunde- und Patient-Sein, in Würde zu gestalten und zu erfahren. Ein solches System muss keineswegs nur fürsorglich und patriarchalisch sein wie früher. Aber auch kapitalistische Marktgesetze haben Grenzen, denn ihre

prinzipielle Unmenschlichkeit soll ja gerade durch ein funktionierendes Sozial- und Gesundheitssystem ausgeglichen werden. Notwendig wäre ein „dritter Weg“ – speziell für das Gesundheitswesen.

Literatur siehe *Literatur zum Schwerpunktthema*.
www.elsevier.de/phf-literatur

Der korrespondierende Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

doi:10.1016/j.phf.2010.06.014

Dipl.päd. Christoph Kranich
 Verbraucherzentrale Hamburg
 Fachabteilung Gesundheit und
 Patientenschutz
 Kirchenallee 22
 20099 Hamburg
kranich@vzhh.de

Public Health (nicht) in den Medien

Rosemarie Stein

Zwar stammen die Ahnen aus Deutschland, aber der Remigrant Public Health kann hier trotzdem immer noch nicht wieder so recht Fuß fassen: nicht in der scientific community, nicht in der Öffentlichkeit. Public Health ist bei uns nicht populär und in den Medien so gut wie gar nicht präsent. Einige Gründe, teils in der Sache selbst liegend, teils medienpezifisch:

1. Den sperrigen Begriff muss jeder Autor für die Publikumspresse erst einmal ausführlich erläutern, etwa mit Hilfe der WHO-Kurzdefinition. Oder die Redaktion übersetzt „Public Health“ nach Gutdünken. „Öffentliche Gesundheit“ ist noch die harmloseste der schiefen Versionen des unübersetzbaren Begriffs, auch wenn dabei fast jeder nur ans Gesundheitsamt denkt. „Gesundheitswissenschaften“ geht nur als Ergänzung, denn da kommt die Population ebenso wenig vor wie in „Public Health“ - kein die Wissenschaft. „Public Health“ sei selbst Wissenschaftlern schwer verständlich zu machen, findet der Medizinsoziologe Christian von Ferber (laut Vortrag von 1991), weil ein und derselbe Begriff wissenschaftliche Analyse und gesundheitspolitisches Handeln bezeichne. Hinzu kommt auch noch die Multidiszi-

plinarität. Da schon die Disziplinen selber Schwierigkeiten damit haben, ist es kein Wunder, dass Public Health für die Medien leicht im Nebel verschwimmt.

2. Gesundheit ist bei den meisten Medien kein beliebtes Thema, jedenfalls im Wissenschaftsteil – ganz im Gegensatz zu Krankheit und ihrer Behandlung (besonders wenn sie chirurgisch ist und das Ganze sich als „Event“ schildern lässt). Das relative Desinteresse an der diffusen Gesundheit teilen die Medien mit der Medizin und dem so genannten Gesundheitswesen, das besser Krankheitswesen hieße. Der übermächtige Heilgott Asklepios hat seine Tochter Hygieia, die Göttin der Gesundheit, ganz an die Wand gedrängt. Selbst Public Health tut sich schwer mit der Gesundheit. Die ersten Projekte des Berliner Forschungsbundes Public Health befassten sich fast durchgängig mit Krankheit, konstatierte die Biometrikerin Irene Guggenmoos-Holzmann. Sie schrieb (im Public Health-Sonderheft Nr. 45-47/ 1994 von „Forschung aktuell“, der Zeitschrift der TU Berlin) unter dem Titel „Von der Schwierigkeit, das Paradies zu beschreiben“, es gehe „der praktischen Forschung mit Gesundheit und Krankheit so wie

3. Es ist die Medizin, die allgemein immer noch als zuständig für Gesundheit gilt, obgleich sie längst zur Krankheitswissenschaft mit marginalen Gesundheitsschnörkeln geworden ist. Überdies wird ihr Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung und zur ständig steigenden Lebenserwartung haushoch überschätzt, von der Medizin selbst wie von den Medien und der landläufigen Gesundheitspolitik. Dass die (natürlichen und sozialen) Verhältnisse und das davon abhängige Verhalten weit stärker zu Buche schlagen als sämtliche Fortschritte der kurativen Medizin, das ließe sich am Beispiel der Tuberkulose zeigen, wie McKeown es in „The Role of Medicine“ tat: Die Tb-Sterblichkeit sank in England und anderen Industrieländern lange bevor der Tb-Erreger identifiziert wurde, und die fallende Kurve wurde auch durch Chemotherapie und