

Datum: 12.05.2006

Titel: Gesundheitskommunikation – Eine Herausforderung der Bildungs- und Mediengesellschaft

Veranstaltung: NÖGUS-Gesundheitskonferenz, St. Pölten

Thesenpapier von Univ. Prof. Dr. Thomas A. Bauer

---

## **1. Integrativer Ansatz: Gesundheit als Lebenskonzept**

Wenn man bedenkt, unter welchen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (Wirtschaft, Gesellschaftswandel, Bildung, Medien) das Thema Gesundheit politisch auszuloten ist, dann kann es die gemeinsame Zielsetzung der an dieser 1. Tiroler Gesundheitskonferenz beteiligten Institutionen nur sein, durch neue und weiterführende Problemstellungen und durch gesellschaftlich-kritische Perspektiven in der Gesundheitspolitik Tirols neue Impulse zu setzen.

Diese lassen sich wissenschaftlich und sachpolitisch am besten aus einem integrativen Konzept ableiten, das Gesundheit als ein Kulturmodell des gegliückten Lebens betrachtet, in dessen wissenschaftliche Analyse nicht nur medizinisch-physiologische Betrachtung des Einzelnen, sondern auch die kulturelle Betrachtung der Gesellschaft als einem Rahmen für Lebensverständnis und Lebensführung eingebunden sind: eine Konzeption, die unter dem Sammelbegriff „Health Studies“ firmiert und im Grunde nur darauf aufmerksam machen will, dass das, was wir Gesundheit nennen und worauf wir uns im Falle von Krankheit beziehen, ein Konstrukt ist, das wir mit unserer Erfahrung und mit unserem Wissen verhandeln. Gesundheit ist ein Modell des Lebens in unseren Köpfen, das mehr ist (und als mehr behandelt werden muss) denn nur ein medizinisches Phänomen. Gesundheit ist ein Kulturgut.

## **2. Die gesellschaftliche Konstruktion von Gesundheitswissen:**

In einer zunehmend komplexer werdenden und zunehmend auf Wissen basierten Gesellschaft braucht es komplexere (theoretische) Modelle zur Entwicklung von Handlungswissen im Hinblick auf Gesundheit als einem die meist pragmatisch ausgerichtete Alltagsplausibilität nahe legt: Im Falle Gesundheitswissen heißt dies: es ist gesellschaftlich konstruiert, es ist persönliches Lebenswissen, kulturelles Wertewissen und gesellschaftlich organisiertes Sachwissen, es wird im Rahmen unterschiedlichster Diskurse sozial generiert und sozial-kulturell interpretiert. Auf diese Bedingungen muss sich der politisch geführte Gesundheitsdiskurs ist gleich praktische Gesundheitspolitik) einlassen. Die weitgehend einseitige Konzentration dieses politisch geführten Gesundheitsdiskurses auf Erkenntnisse aus der Medizin hat die Gesundheitspolitik auch weitgehend verengt auf die Versorgung medizinischer Institutionen und der Patienten

mit Medizin, da und dort auch noch mit Sport. Diese Komplizenschaft der Experten aus Politik und Medizin hat den Patienten zunehmend zum Objekt ihrer wohlgemeinten Projekte gemacht.

### **3. Die Wirkungen des sozialen Wandels:**

Die Wissens- und Kommunikationsgesellschaft verändert den Umgang der Menschen mit sich, unter sich und mit ihren Werten: das hat Auswirkungen auf Identität, Selbstwissen, Selbstverwirklichung, Beziehungen, soziale, kulturelle und kognitive Umwelt, Gesundheit, Krankheit, Lebensziele und Lebensstile. Dieser sich ändernde Umgang mit Werten ändert die persönliche (und kollektive) Einschätzung von Chancen der (zur) Gesundheit und Risiken der (zur) Krankheit. Diese Größen des Lebens werden nicht mehr als Geschenk (Glücksgut) oder Schicksal (Leidensgut), sondern als Wissensgut betrachtet, was auch impliziert: Gesundheit ist (unter anderem auch) ein Erfolg von Wissen und Bildung, und: mit Erkrankungen kann man auf der Basis von Wissen und Bildung würdig leben. Gesundheit ist somit ein implizites Lebensziel einer explizit gebildeten (bewussten) Lebensführung. So wird Gesundheit in einer zunehmend sich bildenden Gesellschaft ein Objekt der persönlichen Verantwortung und Krankheit ein Objekt der sozialen Verantwortung. Wissen ist nicht mehr Herrschaftsgut (Expertengut), sondern ein Objekt der persönlichen Chancenwahrnehmung (Verantwortung) und somit individuelles ziviles Recht.

Diese theoretische Option der Umstellung der praktischen Logik (vonb medizinischer Analyse zu kultureller Wahrnehmung ist notwendig, um ein kritisches Raster zu haben, dem gegenüber Stärken und Schwächen der real geläufigen Organisation von Gesundheitskommunikation erkennbar und interpretierbar werden. Um dies zu erreichen, braucht es aber eine weitere theoretische Vertiefung im Verständnis von Gesundheit und Krankheit als kulturelle Größen der Interpretation des Gelingens bzw. Misslingens des individuellen Lebens im Rahmen gesellschaftlicher Bedingungen.

### **4. Gesundheitskultur und Gesundheitskompetenz**

Das hat Konsequenzen für die politisch notwendige Einforderung von Gesundheitskompetenz. Die Standards zur Formulierung von Problemen und Lösungen zum Thema Gesundheit müssen politisch zunehmend zivilgesellschaftlich aufgefasst und entwickelt werden:

- Gesundheit ist als individuelles (persönliches) Ziel nur kollektiv (sozial) sicherzustellen.
- Die Qualität und Durchsetzbarkeit kollektiver (politischer) Modelle hängt aber ursächlich mit den individuellen Einstellungen (kultureller Habitus) zusammen.
- Gesundheit und Krankheit sind vor aller medizinischen Indikation kulturell definierte Größen des positiv oder negativ bewerteten Wohlbefindens. Die Habitate zu Gesundheit und Krankheit entstehen im kommunikativen Kontext von Familie,

Milieu, Arbeitswelt, Medien, sie sind die Agenturen der Konstruktion des Gesundheitswissens.

- Davon hängt ab, wie Menschen mit ihren Gesundheitsressourcen umgehen (Lebensführung, Bewegung/Sport, soziale Kontakte, Energiebalance im Hinblick auf berufliche Herausforderungen, Verhältnisbestimmung von Beruf, Freizeit, Familie, kreative Prävention, spirituelle Ausrichtung) wie Patienten mit ihrer Krankheit umgehen (Prävention, Lebensführung etc).
- Es ist mittlerweile auch infolge der kritischen Reflexion der Moderne mit ihren linearen Kausalitätsmodellen längst gesetztes theoretisches wie praktisches Wissen, dass Naturgüter immer auch Kulturgüter sind und dass der kulturelle Umgang mit ihnen erst den Wert der natürlichen Ressource nachhaltig macht.

## **5. Systemwandel**

Die Gesundheitskommunikation ist in einem Systemwandel begriffen, der zugleich auch einen Kulturwandel darstellt. Er wird unter anderen vor allem durch folgende drei Phänomene ausgelöst und getragen:

- die strukturelle Veränderung der gesellschaftlichen Formate diverser Diskurse, darunter auch der Gesundheitsdiskurs. Der strukturelle (technologische) Wandel der Medien ändert die gesellschaftlichen Informations- und Kommunikationsmuster. Dabei spielt vor allem das Internet eine entscheidende Rolle.
- die kulturelle Veränderung des Selbstkonzepts von Patienten im Kontext eines generell der Aufklärung und der Emanzipation verpflichteten Gesellschaft,
- das zunehmende Bewusstsein der Notwendigkeit der Integration und Kooperation von wirtschaftlichen, strukturellen und kulturellen Potenzialen zur Kontextualisierung von ökonomischer Effizienz und ethischer Verpflichtung.

Allerdings kann man Kommunikation nicht nur als funktionale Leistung in einem System betrachten. Es ist für Kommunikation typisch, dass sie kulturell ist, das heißt aus Kulturen und auch Kulturen generiert. Wenn also von einer spezifischen Qualität der Gesundheitskommunikation die Rede ist, dann nicht nur ihrer formalen Verständigungsleistung wegen, sondern auch (und im Sinne von Nachhaltigkeit insbesondere) ihres Kultur- und Sinnstiftungspotenzial wegen, das seinerseits generiert wird durch kommunikationskulturelle Werte wechselseitiges Vertrauen, Glaubwürdigkeit, Anerkennung und ähnliche Haltungen kommunikativer Kompetenz und Ethik. In diesem Sinne braucht die Gesundheitskommunikation eine öffentliche und öffentlich effektive Organisation, die, weil Gesundheit ebenso ein öffentliches wie ein persönliches Gut ist, von niemandem sonst realisiert werden kann als von der institutionellen Gesundheitspolitik.

## **7. Der politische Ansatz für Gesundheitskommunikation**

Versteht man Gesundheitspolitik als das Feld wechselseitig motivierten Aushandelns von Positionen zwischen öffentlichen Institutionen und ExpertInnen im Sinne von kreativen Lösungen für Prävention, Heilung und Versorgung, dann ist dies natürlich auch der Ort, in dem Gesundheitsziele formuliert und realisiert werden können. Dabei, so denke ich im Kontext und im Interesse von Gesundheitskultur und Gesundheitskommunikation, müsste der theoretische Paradigmenwechsel in der Praxis sichtbar werden.

Diese Ausgangslage (theoretischer Paradigmenwechsel) gibt der praktischen Politik beste Bedingungen für die Neuausrichtung und Veränderung der Gesundheitspolitik, d.h. für einen praktischen Paradigmenwechsel in der politisch relevanten Definition von Gesundheitszielen:

- Vom Fachwissen zum Kulturwissen:  
Man weiß, dass das beste medizinische Wissen nicht den Ressourcen entsprechend genutzt werden kann, wenn es – in jeweils gegebener unterschiedlicher Konstellation – nicht kommuniziert wird. Gesundheit und Krankheit haben ein kommunikatives Pendant: Empathie.
- Von fachlichem Spezialwissen zu kontextuellem Wissen:  
Die praktische Gesundheitspolitik ist aufgrund des State-of-the-Art-Wissens zu den sozialen und kulturellen Bedingungen nachhaltiger Gesundheit (Faktoren: Person, Familie, Milieu, Berufsumfeld, Umwelt, Medien) gefordert, politische Gesundheitsziele nicht mehr nur an medizinischen, pharmakologischen oder (medizin-)technologischen (also naturwissenschaftlichen) Lösungsstandards auszurichten, sondern an kontextuellen und trans-disziplinär gewonnenen Standards der Formulierung von Problemen und Lösungen zum Thema Gesundheit.
- Vom Risiko zur Chance:  
Die Verlagerung des politischen Schwerpunkts von der Risikovorsorge zum Chancenmanagement. Das betrifft z.B. Präventionsmaßnahmen, die ärztliche Versorgung, Selbsthilfegruppen, zivile Betreuung.
- Vom Recht zur Rechtsverantwortung (Pflichtkomponente):  
Das persönliche Recht auf Gesundheits(wissen) und die Pflicht zu Gesundheitswissen.
- Vom vertikalen zum horizontalen und partizipatorischen Modell zivilverbundener Kompetenzen:  
Um Gesundheit zu einem Zielgut der zivilen Gesellschaft und der zivilen sozialen Interaktion zu machen, braucht es mehr politische Intervention zur Entwicklung der gesellschaftlichen Praxis von Gesundheitskommunikation und sozial verantwortete Gesundheitskultur im Wege der regionalen Projektförderung für schulische, außerschulische, trans-kulturelle (MigrantInnen) oder sonst gruppenspezifische Gesundheitsbildung, Kommunikations(aus)bildung für Gesundheitsberufe,

Kommunikative Systeme für die zivile (Selbsthilfegruppen, offene Betreuung) wie für die organisierte Gesundheitsarbeit in Organisationen (Krankenhäuser).

---

Thomas A. Bauer, O. Univ. Prof., Dr. phil.

Universitätsprofessor und Ordinarius am Institut für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft der Universität Wien. Arbeitsschwerpunkte: Umweltkommunikation, Gesundheitskommunikation, Interkulturelle Kommunikation. Medienpädagogik.

Forschungsarbeit (Krankenhauskommunikation) im Auftrag von NÖGUS, unterstützt von Pfizer, NÖ-Landesakademie,

Ständiger Gastprofessor an den Universitäten PUC São Paulo, Brasilien und City University of New York, USA

Präsident der Österr. Gesellschaft für Gesundheitskommunikation

Präsident von ESEC (European Society for Education and Communication)

[thomas.bauer@univie.ac.at](mailto:thomas.bauer@univie.ac.at)

[www.thomasbauer.at](http://www.thomasbauer.at)