

Kommunikation über Gesundheitsthemen

Werte als zentrale Treiber. *Von Doreen Reifegerste*

Abstract Die zentralen ethischen Aspekte der Gesundheitskommunikation werden in diesem Beitrag anhand der Diskussion der Werte Gesundheit, Selbstbestimmung und Verantwortung beleuchtet, um zu verdeutlichen, welchen Stellenwert die Aushandlung dieser Werte in unterschiedlichen Kommunikationszusammenhängen einnimmt. Dafür werden u. a. Arzt-Patienten-Kommunikation, Warnhinweise, Persuasionsappelle und der Umgang mit digitalen Anwendungen als Beispiele für wertebasierte, -orientierte, oder -diskutierende Gesundheitskommunikation vorgestellt. Abschließend wird betrachtet, inwieweit Werte und Ethik (als Reflektion über diese Werte) einen expliziteren Stellenwert sowohl in der alltäglichen Gesundheitskommunikation als auch in ihrer wissenschaftlichen Betrachtung einnehmen können.

*Dr. Doreen Reifegerste
ist Wissenschaftliche
Mitarbeiterin am
Seminar für Medien-
und Kommunikations-
wissenschaft der
Universität Erfurt.
Ihr Forschungs-
schwerpunkt ist
Gesundheits-
kommunikation.*

Die Relevanz von Gesundheitsthemen in der Kommunikation braucht man in diesem Jahr 2020, in dem nicht nur die Berichterstattung (siehe Beitrag von Schäfer), sondern die gesamte Lebensweise von einem Virus dominiert wird, kaum noch zu begründen. Gesundheitskommunikation, d. h. die Vermittlung und der Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zu gesundheitsbezogenen Themen (vgl. Baumann/Hurrelmann 2014), ist dadurch aktuell in allen Kommunikationskanälen sehr präsent. Sämtliche Formen von Gesundheitskommunikation, wie direkt-personale Gespräche (soweit sie möglich sind), Kampagnen, digitale Anwendungen, Webseiten oder die Öffentlichkeitsarbeit von Institutionen im Gesundheitswesen, sind vom Virus „infiziert“. Dennoch lassen sich die ethischen Aspekte der Gesundheitskommunikation in einem umfassenderen Zusammenhang betrachten, der größte

re Zeit-, Raum- Medien- und Krankheitskontexte überspannt. Dies soll im vorliegenden Beitrag anhand der Werte Gesundheit, Selbstbestimmung und Verantwortung mittels verschiedener Beispiele verdeutlicht werden.

Gesundheit

Alltagsweisheiten wie „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“ deuten an, dass Gesundheit einen zentralen Wert für uns darstellt. Zentral, weil Gesundheit nicht nur die physische Unversehrtheit und psychisches Wohlbefinden bedeutet, sondern ebenso die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft, wenngleich häufig die körperlichen Aspekte die Sichtweisen auf Gesundheit dominieren (vgl. Lippke/Renneberg 2006).

Dementsprechend warnen Persuasionsbotschaften in Gesundheitskampagnen vor allem vor den körperlichen Folgen eines Risikoverhaltens. Diese sog. Furchtappelle setzen dabei auf die Wirkung bedrohlicher Gesundheitsbotschaften (vgl. Ort 2019). Es soll Furcht oder Angst erzeugt werden, um das Risikoverhalten zu verhindern oder entsprechendes Schutzverhalten zu fördern. Prominentes Beispiel dafür sind die Warnhinweise und Bilder auf Zigarettenpackungen, die Krebserkrankungen als mögliche Folge zeigen, um Menschen vom Tabakkonsum abzuhalten. Implizit wird somit davon ausgegangen, dass die Rezipient_innen körperliche Gesundheit anstreben und die Warnung vor entsprechenden gesundheitlichen Schäden das Risikoverhalten bei ihnen reduziert.

Allerdings lassen sich anhand der kontroversen Diskussion ihrer Wirksamkeit auch die ethischen Herausforderungen aufzeigen, die hierbei entstehen. Durch die dabei eingesetzten Bilder können auch Menschen erschreckt oder verängstigt werden, bei denen das nicht beabsichtigt war. Hier ist ethisch fraglich, ob die möglichen gewünschten Wirkungen auch die unbeabsichtigten Nebenwirkungen rechtfertigen (vgl. Loss/Lindacher 2016). Eine weitere Debatte zu den nicht-intendierten Risiken von gesundheitsbezogenen Kommunikationswirkungen existiert im Zusammenhang mit der Suizidberichterstattung. Durch „sorglose“ Mediendarstellungen (wie z. B. die detaillierte Beschreibung der Umstände) können bei gefährdeten Personen gravierende gesundheitliche Probleme ausgelöst werden (vgl. Scherr/Arendt/Schaefer 2016).

Durch die Bilder in Gesundheitskampagnen können Menschen auch erschreckt oder verängstigt werden, bei denen das nicht beabsichtigt war.

*Auch Chancen und Risiken
für das Aussehen werden in
gesundheitsbezogenen Appellen
immer wieder adressiert.*

Soziale Gesundheit

Die Erfolglosigkeit der Furchtappelle bei einigen Zielgruppen macht zudem deutlich, dass es neben der Gesundheit auch andere Werte gibt, die möglicherweise in Konflikt mit dem Wert der körperlichen Gesundheit stehen. Denn häufig sind auch soziale Bindungen und Attraktivität (und damit die Partnerwahl) wesentliche Motive für unser Handeln (vgl. Greitemeyer/Kastenmüller/Fischer 2013; Reifegerste 2013). Dementsprechend zeigte sich für einige Zielgruppen (z. B. Jugendliche oder junge Erwachsene), dass sie auf Furchtappelle, die mit negativen Folgen für die körperliche Gesundheit drohen, eher mit Reaktanz reagieren (vgl. Hill/Durante 2011). Hingegen haben Warnungen vor sozialen Risiken (z. B. vor einer Ablehnung durch Gleichaltrige) bei ihnen größere Effekte als die Hinweise auf gesundheitliche Risiken (vgl. Charry/Demoulin 2012).

Aber auch Chancen und Risiken für das Aussehen werden in gesundheitsbezogenen Appellen immer wieder adressiert. So werden im Zusammenhang mit gesundheitsschädlichem Verhalten ebenso die Folgen für die Attraktivität thematisiert. Appelle, die mit Attraktivitätsverlusten durch die Sonnenbräunung argumentieren, zeigen beispielsweise positive Wirkungen auf die gesundheitsförderlichen Einstellungen und Verhaltensweisen zur Vorbeugung von Hautkrebs (vgl. Williams et al. 2013).

Der Wertekonflikt zwischen körperlicher und sozialer Gesundheit manifestiert sich auch beim Thema Palliativmedizin (siehe dazu den Beitrag von Menke/Kinnebrock/Wagner zu Sterbehilfe in diesem Heft). Besonders deutlich wird in diesem Kontext, welche zentrale Rolle die zugrundeliegenden Werte und die Kommunikation darüber für Patient_innen, Angehörige und medizinisches Personal spielen (vgl. Scott 2014). Die strukturellen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen bieten allerdings häufig viel zu wenig Raum, Zeit und personelle Kontinuität für eine adäquate Entscheidungsfindung zwischen den Beteiligten.

Ökonomische Interessen

Neben dem Wertekonflikt zwischen körperlicher und sozialer Gesundheit finden sich in der Gesundheitskommunikation auch zahlreiche Aushandlungsprozesse zwischen dem Wert Gesundheit und ökonomischen Interessen. Eine umfangreiche Dokumentation dessen findet sich in den Gesetzestexten des Gesund-

heitssysteme, deren Komplexität und Umfang sich mit jeder Reform erweitert (vgl. Knieps/Reiners 2015). Allesamt sind sie ein Ausdruck dafür, dass es für die Aushandlung zwischen den unterschiedlichen Werten keine einfachen und schnellen Lösungen gibt. Denn obwohl die Ausrichtung des Gesundheitswesens zunächst eine ökonomische Frage zu sein scheint, kommt damit letztlich zum Ausdruck, welchen Wert wir Gesundheit und der Bewältigung von Gesundheitsproblemen beimessen (vgl. Wils/Baumann-Hölzle 2019). Besonders anschaulich manifestiert sich dies in der aktuellen Debatte um Einschränkungen zur Corona-Prävention. Die Frage, ob alles andere vor dem Schutz von Leben zurückzutreten habe und bspw. auch grundrechtseinschränkende Maßnahmen oder wirtschaftliche Einbußen wünschenswert sind, ist eine Werteabwägung, die entsprechende Diskurse nach sich zieht. Diese werden nicht zuletzt in der Medienberichterstattung und den Sozialen Medien sichtbar, wo die zugrunde liegende Werteordnung umfangreich diskutiert wird (vgl. Herles 2020).

Selbstbestimmung

Neben der Gesundheit ist auch die Selbstbestimmung ein zentraler Wert der Gesundheitskommunikation, zumindest im westlichen Kulturkreis. Denn Wünsche nach Selbstbestimmung zeigen sich überwiegend in Gesellschaften, in denen Menschen als unabhängige und eigenständige Wesen gelten, die ihre Einzigartigkeit leben und zeigen wollen (vgl. Schwartz 1994). Im Gegensatz dazu entscheiden bei der Fremdbestimmung andere – z. B. die Familie, das medizinische Personal oder die Regierung – über die Handlungsspielräume. Ein fremdbestimmter Mensch entscheidet somit nicht selbst über seine gesundheitlichen Belange, sondern übernimmt die Bestimmungen anderer (vgl. Faust 2016). Und eine solche Fremdbestimmung, das haben Reaktionen auf die Maßnahmen zur Coronaprävention gezeigt, stößt im westlichen Kulturkreis (insbesondere in den stark individualistisch geprägten Vereinigten Staaten) mitunter auf heftige Reaktanz. Aber auch am Beispiel Organspende wird deutlich, wie hoch der Wunsch nach Autonomie (über den Tod hinaus) ist und damit auch gesundheitspolitischen Bestrebungen nach Gemeinwohlzielen entgegensteht.

Medizinische Entscheidungsfindung

Eine grundlegende Debatte im Zusammenhang mit der Autonomie ist die medizinische Entscheidungsfindung in der Arzt-

Eine große Mehrheit der Bevölkerung sucht inzwischen bei gesundheitlichen Problemen eigenständig im Internet nach Informationen.

Patienten-Kommunikation. Je nach Ausmaß der aktiven Beteiligung der Patient_innen lassen sich hier drei idealtypische Formen unterscheiden. Im Paternalismus hat die Patient_in nur eine passive Rolle und ist somit abhängig vom Expertenwissen der Ärzteschaft. Die Patient_in agiert hier als Hilfesuchende, Leidende oder Kranke, während die Ärzt_in das Gespräch dominiert und Entscheidungen aufgrund ihrer Erfahrungen und entsprechend

der Leitlinien trifft, ohne diese mit den Patient_innen abzustimmen oder individuelle Präferenzen zu berücksichtigen (vgl. Coulter 1999). Die Rollenverteilung im Paternalismus hat lange Zeit die Arzt-Patienten-Kommunikation dominiert. Aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen wie der zunehmenden Individualisierung und Digitalisierung hat sich aber die Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen deutlich gewandelt (vgl. Dirmaier/Härter 2012).

Eine große Mehrheit der Bevölkerung sucht inzwischen bei gesundheitlichen Problemen eigenständig im Internet nach Informationen und bringt diese in die Entscheidungsfindung ein (vgl. Link/Baumann 2020). Daraus ergibt sich dann möglicherweise eine Situation, in der die Patient_in rational und autonom handelt und auf Grundlage der ihr vorliegenden Informationen (aus unterschiedlichen Quellen) eigenständig ihre Entscheidung zum weiteren Behandlungsverlauf trifft. Die Entscheidungsbestimmung liegt also (anders als beim Paternalismus) bei der Patient_in (und nicht beim medizinischen Personal). Die Ärzt_in ist hier lediglich (eine weitere) Expert_in oder Dienstleister_in, die den Patient_innen auf neutrale Weise alle Informationen über die Diagnose, Behandlung und Therapie vermittelt, damit diese informiert entscheiden können. Jedoch fehlt auch in diesem Rollenverständnis die Möglichkeit der gemeinsamen Suche nach einem Konsens.

Die partizipative Entscheidungsfindung (das sogenannte Shared-Decision-Making, kurz SDM) setzt dagegen sowohl bei den Ärzt_innen als auch bei den Patient_innen eine Beteiligung an diesem Prozess voraus. Die beteiligten Akteur_innen bringen ihre Informationen, Wertehorizonte und Entscheidungskriterien aktiv ein und treffen die Entscheidung gemeinsam (vgl. Charles/Gafni/Whelan 1997). Vor allem bei differenzierteren und komplexeren Möglichkeiten der Behandlung (z. B. Krebstherapie) ist dies notwendig, um Vor- und Nachteile vergleichen und gegeneinander abwägen zu können. Nur durch diese

gemeinsame Abwägung ist eine gemeinsame Entscheidungsfindung möglich.

Umgang mit gesundheitsbezogenen Daten

Im Zusammenhang mit der Autonomie steht neben der Entscheidungsfindung auch die Frage nach dem Umgang mit gesundheitsbezogenen Daten. So ist etwa gesetzlich geregelt, welche Angehörigen und welche Medienvertreter_innen über den gesundheitlichen Zustand Auskunft erhalten dürfen (vgl. Lipp/Brauer 2016). Mit der zunehmenden Digitalisierung der Gesundheitsversorgung und damit einhergehenden technischen Möglichkeiten (wie BigData, elektronische Patientenakte, Videosprechstunde) müssen diese Rahmenbedingungen von gesundheitsbezogener Kommunikation und Information häufig neu geregelt werden (vgl. Marckmann 2016). Hier gilt es einerseits auf der strukturellen Ebene zu entscheiden, welche Informationen (wie Diagnosen, Behandlungsformen) welchen Institutionen (Krankenversicherungen, Forschungsinstitutionen, medizinisches Personal) in welcher Form (anonymisiert, pseudonymisiert) zur Verfügung gestellt werden. Andererseits darf und muss häufig auch der einzelne Nutzende digitaler Anwendungen autonom entscheiden, welche Informationen Anderen über die eigenen körperlichen und psychischen Parameter zur Verfügung stehen. Allerdings ist hierbei den Nutzenden nicht immer klar, wer genau und was genau mit den Daten passiert und letztlich befinden sie sich auch in einem Entscheidungs dilemma. Denn die wahrgenommenen Vorteile durch die Selbstoffenbarung scheinen oft größer zu sein als die wahrgenommenen Gefahren. Dies zeigt sich bspw. bei der digitalen Anwendung zur Selbstvermessung (Self-tracking) oder in Onlineforen von Betroffenen. Hier zeigen die Nutzenden oft eine große Bereitschaft, sehr spezifische Erfahrungen und Parameter in einer zwar interpersonal kommunizierten, aber medial vermittelten Öffentlichkeit (vgl. Brosius 2016) mitzuteilen, damit das medizinische Personal, andere Betroffenen (in einem Forum) oder die Algorithmen (einer App) auch möglichst individualisierte Lösungen aufzeigen können. Demgegenüber erscheinen ihnen die möglichen Gefahren durch die quasi-massenmediale Verbreitung, wie Auswirkungen auf den Versicherungsschutz, Zugang zum Arbeitsplatz, Einschränkungen in der Berufs- und Partnerwahl, eher gering (vgl. Joeckel/Dogrueel 2020).

Den Nutzenden ist nicht immer klar, wer genau und was genau mit den Daten passiert und letztendlich befinden sie sich auch in einem Entscheidungs dilemma.

Verantwortung

Während die Werte Gesundheit und Autonomie eher individuumsbezogen betrachtet werden, ist Verantwortung eher mit der Fürsorge für Andere verbunden. Denn ein Mensch handelt dann verantwortungsvoll, wenn er die kurz- und langfristigen Konsequenzen gegenüber anderen Menschen berücksichtigt (vgl. Kaschner 2016). Im Gesundheitskontext heißt das vor allem verantwortlich sein für die Ursachen und Vorbeugung von Krankheiten, ebenso wie für die Bewältigung von Krankheiten von Anderen. In der Gesundheitskommunikation zeigt sich der Wert der Verantwortung prominent in zwei Feldern. Zum einen in der Berichterstattung über die Verantwortung für Ursachen und die Bewältigung von Krankheiten und zum anderen in Persuasionsbotschaften, die versuchen, Menschen zu fürsorglichem Handeln zu motivieren.

Responsibility Framing

Die Frage, wer für gesundheitsbezogene Herausforderungen in der Medienberichterstattung verantwortlich gemacht wird, wird in der Kommunikationswissenschaft unter dem Begriff *Responsibility Frames* (vgl. Entman 1993) untersucht. In Inhaltsanalysen zeigt sich für Gesundheitsthemen immer wieder, dass vor allem die Ursachen und Lösungen auf der Individualebene in den Medien betont werden, während die Verantwortung des Sozialen Netzwerks oder der Gesellschaft eher vernachlässigt wird (vgl. Temmann et al. 2019). Jedoch liegen viele Ursachen für Gesundheitsprobleme und die Ansätze für deren Bewältigung außerhalb des individuellen Einflussbereiches (vgl. Richter/Hurrelmann 2018).

Der Fokus der Berichterstattung auf individuelle Determinanten kann sich auf die Wahrnehmung, Einstellungen und das Verhalten der Rezipierenden auswirken.

immer wieder, dass vor allem die Ursachen und Lösungen auf der Individualebene in den Medien betont werden, während die Verantwortung des Sozialen Netzwerks oder der Gesellschaft eher vernachlässigt wird (vgl.

Dementsprechend können die Kommunikator_innen in den Medien durch die Betonung und Selektion bestimmter Ursachen und Lösungen in der Berichterstattung Einfluss darauf haben, wem die Verantwortung zugeschrieben wird. Denn der Fokus der Berichterstattung auf individuelle Determinanten kann sich auf die Wahrnehmung, die Einstellungen und das Verhalten der Rezipierenden auswirken. Dies betrifft sowohl die Wahrnehmung und den Umgang mit Betroffenen und deren Symptomen, als auch die Bewältigungsstrategien der Betroffenen selbst. Zudem sind auch die Einstellungen gegenüber bestimmten Lösungsvorschlägen betroffen. Treten soziale Beziehungen oder gesellschaftliche Veränderungen als Ursache und

Lösung in der Medienberichterstattung in den Hintergrund, nehmen Rezipierende Krankheiten und Krankheitsverläufe verstärkt als individuell verursacht wahr und ihr Engagement für betriebliche oder staatliche Interventionen sinkt (vgl. Lundell/Niederdeppe/Clarke 2013). Die Mediendarstellungen über die Verantwortung von Gesundheitsproblemen können somit wesentlichen Einfluss auf deren Prävention und Bewältigung haben. Werden bspw. in den Medien kaum Präventionsmöglichkeiten oder strukturelle Versorgungsangebote für Erkrankungen wie Diabetes mellitus und Depression dargestellt, kann der Eindruck entstehen, dass lediglich die Leistungserbringer für die Behandlung verantwortlich wären (vgl. Reifegerste/Wiedicke/Temmann in Druck).

Fürsorgeappelle

Fürsorge- oder Solidaritätsappelle (vgl. Reifegerste 2019) weisen im Gegensatz zu Gesundheitsappellen nicht auf potentielle Schäden für die adressierte Person hin, sondern stellen die positiven oder negativen Folgen seines Verhaltens für die Gesundheit anderer dar. Entsprechende Beispiele sind etwa Botschaften, die zur Organ- oder Blutspende (vgl. Reinhart et al. 2007), zur Solidarität gegenüber HIV/AIDS-Betroffenen oder Unterstützung von Menschen mit Depression aufrufen. Dazu gehören zudem Appelle, die den Schutz anderer vor Ansteckung in den Vordergrund stellen, wenn sie zum Impfen, Masketragen oder Zuhausebleiben auffordern.

Als eine negativ gerahmte Form dieser Verantwortungsappelle können auch die Schuldappelle betrachtet werden (vgl. Basil/Ridgway/Basil 2006), die die (potentiellen) negativen Konsequenzen unverantwortlichen Verhaltens darstellen. Hinweise auf Zigarettenschachteln zu den Risiken des Passivrauchens, die Warnung vor Alkoholkonsum bei Schwangeren auf Flaschen oder Plakate zu tödlichen Folgen von Verkehrsunfällen am Straßenrand sind nur einige Beispiele aus unserer alltäglichen Gesundheitskommunikation. Mit diesen Appellen werden vorrangig Gesundheitsfolgen für Familienmitglieder und nahestehende Personen, aber auch Fremde (z. B. bei einem Unfall oder einer Ansteckung mit einem Virus) thematisiert. Untersucht man die Wirkung dieser Appelle, werden – ähnlich wie bei der Selbstbestimmung – kulturelle Unterschiede deutlich. So zeigten sich die positiven Effekte von Fürsorgeappellen zum Passiv-

Hinweise auf Zigarettenschachteln zu den Risiken des Passivrauchens sind nur ein Beispiel von Schuldappellen in der alltäglichen Gesundheitskommunikation.

rauchen eher in kollektivistischen Ländern, d. h. dort, wo Solidarität ein hoher Wert ist, als in individualistisch orientierten Kulturen (vgl. Miller et al. 2007).

Fazit

Aus den beschriebenen ethischen Debatten der Gesundheitskommunikation lässt sich schlussfolgern, dass Werte zentrale Treiber bei Themen der Gesundheitskommunikation sind. Denn die Medienberichterstattung, Ziele in Gesundheitskampagnen, die Ausgestaltung digitaler Gesundheitsanwendungen, Inhalte von Arzt-Patienten-Gesprächen und auch die Öffentlichkeitsarbeit von Organisationen im Gesundheitswesen werden wesentlich von den Werteorientierungen der jeweiligen Akteure mitgeprägt.

Vertrauen und Verlässlichkeit sind wichtige Werte der Gesundheitskommunikation, wie sich in Bezug auf Medieninformationen über COVID-19 zeigt.

So haben diese (oft impliziten) Werte beispielsweise einen entscheidenden Einfluss darauf, wie intensiv, mit welchen Inhalten und in welchen Formen Gesundheitskommunikation berichtenswert, (normativ) erwünscht, eingefordert oder rechtlich zulässig ist.

Zudem ist Ethik als eine Reflexion über diese Werte (vgl. Schildmann/Hirschberg/Vollmann 2014) notwendig, um die Grundlagen für bestimmte Handlungen und Entscheidungen transparent zu machen und damit mögliche Dilemmata aufzuzeigen, die sich aus dem Konflikt verschiedener Wertehorizonte ergeben (vgl. Reifegerste/Hastall 2015). In diesem Beitrag wurden deshalb einige zentrale ethische Herausforderungen und Konfliktlinien der Gesundheitskommunikation angesprochen. Deutlich geworden sein sollte, dass umfangreiche und intensive gesundheitsbezogene Kommunikationsprozesse notwendig sind, um die verschiedenen Werte – insbesondere auch in interkulturellen Kontexten – abzuwägen. Fraglich bleibt, inwieweit Medien, Gesetzgeber, Ärzte und Patienten jeweils die notwendige Gesundheitskompetenz, Ressourcen und den Raum für diese (kritische) Reflektion und Transparenz ihrer Werte sowie zur Aushandlung entsprechender Entscheidungen haben.

Zudem sind Vertrauen und Verlässlichkeit wichtige Werte in der Gesundheitskommunikation (vgl. Link 2019). Das zeigt sich aktuell in Bezug auf Medieninformationen über COVID-19. Möglicherweise bedarf es hierfür aber auch einer größeren Akzeptanz bzw. Akzeptabilität divergierender Wertehorizonte (vgl. Meyer 2019; Vieth 2018). Denn nicht nur die unterschiedlichen Erfolge der verschiedenen Arten von Persuasionsappel-

len machen deutlich, wie wichtig es ist, die zielgruppen- und themenspezifischen Werte für gesundheitsbezogenes Verhalten bei der Entwicklung von Gesundheitskommunikation zu berücksichtigen (vgl. Hullett 2006). Insgesamt zeigt sich, dass die Werte der Betroffenen zunehmend wichtiger in der Gesundheitskommunikation sind und sie in einer pluralistischen Gesellschaft zunehmend auch an der Medienöffentlichkeit partizipativ beteiligt werden (wollen).

Literatur

- Basil, Debra Z./Ridgway, Nancy M./Basil, Michael D. (2006): *Guilt appeals: The mediating effect of responsibility*. In: *Psychology & Marketing*, 23. Jg., H. 12, S. 1035-1054.
- Baumann, Eva/Hurrelmann, Klaus (2014): *Gesundheitskommunikation: Eine Einführung*. In: Dies.(Hg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Bern, S. 8-17.
- Charles, Cathy/Gafni, Amiram/Whelan, Tim (1997): *Shared decision-making in the medical encounter. What does it mean? (or it takes at least two to tango)*. In: *Social Science and Medicine*, 44. Jg., H. 5, S. 681-692.
- Charry, Karine M./Demoulin, N. T. (2012): *Behavioural evidence for the effectiveness of threat appeals in the promotion of healthy food to children*. In: *International Journal of Advertising*, 31. Jg., H. 4, S. 773-794.
- Coulter, Angela (1999): *Paternalism or partnership?: Patients have grown up – and there's no going back*. In: *BMJ: British Medical Journal*, 319. Jg., H. 7212, S. 719-720.
- Dirmaier, Jörg/Härter, Michael (2012): *Partizipative Entscheidungsfindung in der medizinischen Versorgung*. In: Rosenbrock, Rolf/Hartung, Susanne (Hg.): *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern, S. 318-330.
- Entman, Robert M. (1993): *Framing: Toward clarification of a fractured paradigm*. In: *Journal of Communication*, 43. Jg., H. 4, S. 51-58.
- Faust, Johanna (2016): *Autonomie*. In: Frey, Dieter (Hg.): *Psychologie der Werte*. Berlin/Heidelberg, S. 25-35.
- Greitemeyer, Tobias/Kastenmüller, Andreas/Fischer, Peter (2013): *Romantic motives and risk-taking: an evolutionary approach*. In: *Journal of Risk Research*, 16. Jg., H. 1, S. 19-38.
- Herles, Benedikt (2020): *Wertedebatte: Warum Gesundheit und Wirtschaft zusammengehören*. In: *capital.de* vom 6.5. <https://www.capital.de/wirtschaftspolitik/wertedebatte-warum-gesundheit-und-wirtschaft-zusammeng hoeren> (zuletzt aufgerufen am 9.6.2020).
- Hill, Sarah E./Durante, Kristina M. (2011): *Courtship, competition, and the pursuit of attractiveness: Mating goals facilitate health-related risk taking and strategic risk suppression in women*. In: *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37. Jg., H. 3, S. 383-394, DOI: 10.1177/0146167210395603.

- Hullett, Craig R. (2006): *Using functional theory to promote HIV testing: The impact of value-expressive messages, uncertainty, and fear*. In: *Health Communication*, 20. Jg., H. 1, S. 57-67.
- Kaschner, Tamara (2016): *Verantwortung*. In: Frey, Dieter (Hg.): *Psychologie der Werte*. Berlin/ Heidelberg, S. 237-245.
- Knieps, Franz/Reiners, Hartmut (2015): *Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte - Intentionen - Kontroversen*. Bern.
- Krieger, Janice L. (2014): *Family communication about cancer treatment decision making. A description of the DECIDE typology*. In: *Annals of the International Communication Association*, 38. Jg., H. 1, S. 279-305.
- Link, Elena (2019): *Vertrauen und die Suche nach Gesundheitsinformationen*. Wiesbaden.
- Link, Elena/Baumann, Eva (2020): *Nutzung von Gesundheitsinformationen im Internet: personenbezogene und motivationale Einflussfaktoren*. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. Themenheft Digitalisierung in der Prävention und Gesundheitsförderung*. Advance online publication. doi:10.1007/s00103-020-03144-5.
- Lipp, Volker/Brauer, Daniel (2016): *Autonomie und Familie in medizinischen Entscheidungssituationen*. In: Steinfath, Holmer/Wiesemann, Claudia (Hg.): *Autonomie und Vertrauen. Schlüsselbegriffe der modernen Medizin*. Wiesbaden, S. 201-237.
- Lippke, Sonja/Renneberg, Babette (2006): *Konzepte von Gesundheit und Krankheit*. In: Renneberg, Babette/Hammelstein, Philipp (Hg.): *Gesundheitspsychologie*. Berlin, S. 7-12.
- Loss, Julika/Lindacher, Verena (2016): *Präventive Kommunikationskampagnen*. In: Schröder-Bäck, Peter/Kuhn, Joseph (Hg.): *Ethik in den Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*, S. 370-383.
- Lundell, Helen/Niederdeppe, Jeff/Clarke, Christopher (2013): *Public views about health causation, attributions of responsibility, and inequality*. In: *Journal of Health Communication*, 18. Jg., H. 9, S. 1116-1130.
- Marckmann, Georg (2016): *Ethische Aspekte von eHealth*. In: Fischer, Florian/Krämer, Alexander (Hg.): *eHealth in Deutschland. Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen*. Wiesbaden, S. 83-99.
- Meyer, Thomas (2019): *Zur ethischen Relevanz von Akzeptanz und Akzeptabilität für eine nachhaltige Energiewende*. In: Fraune, Cornelia et al. (Hg.): *Akzeptanz und politische Partizipation in der Energietransformation. Gesellschaftliche Herausforderungen jenseits von Technik und Ressourcenausstattung*. Wiesbaden, S. 45-60.
- Miller, Chip et al. (2007): *Teenagers' response to self-and other-directed anti-smoking messages*. In: *International journal of market research*, 49. Jg., H. 4, S. 515-533.
- Ort, Alexander (2019): *Furchtappelle in der Gesundheitskommunikation*. In: Rossmann, Constanze/Hastall, Matthias R. (Hg.): *Handbuch der Gesund-*

- heitskommunikation. *Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*. Wiesbaden.
- Reifegerste, Doreen (2013): *Gesundheit ist das Wichtigste. Oder nicht? Die Bedeutung sozialer Motive für die Kampagnenplanung*. In: Rossmann, Constanze/Hastall, Matthias R. (Hg.): *Medien und Gesundheitskommunikation. Befunde, Entwicklungen, Herausforderungen*. Baden-Baden, S. 183-200.
- Reifegerste, Doreen (2019): *Soziale Appelle in der Gesundheitskommunikation*. In: Rossmann, Constanze/Hastall, Matthias R. (Hg.): *Handbuch der Gesundheitskommunikation. Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*. Wiesbaden, S. 493-504.
- Reifegerste, Doreen/Hastall, Matthias R. (2015): *Ethische Dimensionen und Dilemmata in der Gesundheitskommunikation*. In: Schäfer, Markus et al. (Hg.): *Gesundheitskommunikation im Spannungsfeld medialer und gesellschaftlicher Wandlungsprozesse*. Baden-Baden, S. 25-38.
- Reinhart, Amber M. et al. (2007): *The Persuasive Effects of Message Framing in Organ Donation. The Mediating Role of Psychological Reactance*. In: *Communication Monographs*, 74. Jg., H. 2, S. 229-255.
- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2018): *Determinanten von Gesundheit*. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-von-gesundheit/>.
- Schildmann, Jan/Hirschberg, Irene/Vollmann, Jochen (2014): *Ethische Aspekte der Gesundheitskommunikation*. In: Hurrelmann, Klaus/Baumann, Eva (Hg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Bern, S. 493-502.
- Schwartz, Shalom H. (1994): *Are there universal aspects in the structure and contents of human values?* In: *Journal of Social Issues*, 50. Jg., H. 4, S. 19-45.
- Scott, Allison (2014): *Communication about end-of-life health decisions*. In: *Annals of the International Communication Association*, 38. Jg., H. 1, S. 243-271.
- Temmann, Linn et al. (2019): *Responsibility frames in health communication: A systematic review of their representation and effects*. Zürich.
- Williams, Alison L. et al. (2013): *Appearance-based interventions to reduce ultraviolet exposure and/or increase sun protection intentions and behaviours: A systematic review and meta-analyses*. In: *British journal of health psychology*, 18. Jg., H. 1, S. 182-217.
- Wils, Jean-Pierre/Baumann-Hölzle, Ruth (2019): *Die normative Idee des Gesundheitswesens*. Baden-Baden.