

Patentrezepte per TV

Die Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen in einschlägigen Informations- und Ratgebersendungen des deutschen Fernsehens

Andrea J. Appel

Allwöchentlich, wenn in der Realität die Praxen zu sind, lädt das Fernsehen zur *Visite*, bittet in die *Praxis*, wünscht *Gesundheit!*, ist auf dem *Quivive*. Was der Patient schon immer wissen wollte, bisher aber noch nicht seinen Arzt zu fragen wagte, aber auch Themen, auf die er allein nie gekommen wäre, all das wird dann 'TV-behandelt'. Aus Sicht der Medien, die sich vor allem mit dem Neuen und Spektakulären beschäftigen, bietet die Gesundheitspublizistik ein ideales Arbeitsfeld. Nicht nur, daß der medizinisch-technische oder pharmakologische Bereich nahezu permanent mit Neuigkeiten aufwarten kann, Gesundheitsthemen sind zudem oft politisch brisante, in denen es um Geld und Macht, um Erfolge und Skandale, um allgemein Interessierendes und zugleich herzerreißend Individuelles geht. Allerdings müssen sich die seriösen Informations- und Ratgebersendungen - anders als noch vor zehn Jahren - gegen eine Flut von Talk-Shows (*Fliege, Hans Meiser, Ilona Christen*, etc.) und Magazinen (*Stern-TV, taff, explosiv*) behaupten, in denen ebenfalls zunehmend Gesundheitsthemen behandelt, oft mißhandelt werden¹; ganz zu schweigen von den vielen Arzt- und Krankenhausserien, von denen unablässig mehr oder weniger korrekte Informationen über Krankheitsbilder, Diagnose- und Therapieverfahren und über den Medizinbetrieb allgemein in die Wohnzimmer gesendet werden.²

Welche direkten *Wirkungen* die durch das Fernsehen verbreiteten Gesundheitsinformationen auf die Zuschauer haben, darüber gibt es viele kontroverse Ansichten, empirische Studien liefern zum Teil einander widersprechende Ergebnisse (Flay 1982, Weßler 1995). Zwar gibt es durchaus plakative Beispiele für Wirkungen wie das Phänomen des "Morbus Mohl". Gemeint ist damit die Beobachtung, daß jeweils am Tag nach der Ausstrahlung des *Gesundheitsmagazin Praxis* im ZDF (Moderator: der 1998 verstorbene Hans Mohl) - und später anderer Gesundheitssendungen - deutlich mehr Patienten in den Arztpraxen erschienen, mit Symptomen von Krankheiten, die in der Sendung am Vorabend thematisiert worden waren. Hieraus läßt sich jedoch keine Aussage über eine allgemeine Wirksamkeit ableiten, ebensowenig wie aus den zahlreichen Briefen, die alle Gesundheitsredaktionen regelmäßig bekommen. Letztlich wird man sich mit dem zufrieden geben müssen, was Winfried Göpfert, langjähriger Moderator und Redakteur des *Ratgeber: Gesundheit* (ARD) in einem Vortrag resümierte:

¹ Bente/ Fromm (1997: 95) haben ermittelt, daß Gesundheitsthemen in thematisch gemischten Magazinen und Talk-Shows inzwischen einen Anteil von 10-15% haben.

² Siehe hierzu die Beiträge von Franke und Igersky/ Schmacke in diesem Band.

"So bescheiden ich also im Einzelfall die Wirkung von Fernsehsendungen auch einschätzen mag, man darf nicht vergessen, daß derartige Sendungen immerhin mehrere Millionen Menschen erreichen. Und wenn man nicht Unmögliches erwartet, wie Verhaltensänderungen, sondern Wissenserweiterung und gewisse Einstellungsänderungen, wenn man Motivationen und affektive Impulse erwartet, dann kann man von einer ganzen Reihe sehr vieler kleiner Wirkungen ausgehen, die sich zu einem sehr großen, bunten Mosaik summieren." (Göpfert 1994: 13)

Die vorliegende inhaltsanalytische Untersuchung fragt daher zunächst gar nicht nach Wirkungen, sondern nach den impliziten, also unterschwelligem *Botschaften*, genauer: Welche Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen vermitteln medizinisch-gesundheitliche Informationsprogramme im deutschen Fernsehen?³ Denn soviel gilt inzwischen als sicher, daß das Medium Fernsehen zumindest in der Lage ist, Themen und Sachverhalte ins Bewußtsein zu rücken und ihnen damit eine bestimmte Tendenz und Bedeutung zu geben (*agenda-setting*). Ferner ist bekannt, daß Gesundheit und Krankheit nicht nur individuell-beliebig definiert werden, sondern auch als gesellschaftliche Übereinkunft aufgrund gängiger Krankheitskonzepte. Schließlich gibt es in den USA zumindest erste Erkenntnisse darüber, daß gesundheitsbezogene Medienbilder und die Darstellung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen im allgemeinen TV-Angebot die Einstellungen des einzelnen in gesundheitlichen Fragen beeinflussen (Neuendorf 1990).

Es gibt eine ganze Reihe solcher Krankheits- bzw. Gesundheitskonzepte innerhalb einer Gesellschaft, die theoretisch Einfluß auf die Programmierer der Gesundheitssendungen haben und durch sie transportiert werden könnten. Für die Untersuchung wurden fünf zugrunde gelegt, die jeweils eigene Antworten auf die Frage geben: Was ist *Krankheit* bzw. *Gesundheit*?

- *Das biomedizinische Modell* (Schipperges 1984)⁴ ist das grundlegende, auf Virchows Zellulärpathologie zurückgehende Konzept der modernen Medizin. Es ist wesentlich an Krankheit orientiert, die mit naturwissenschaftlichen Mitteln erkannt und vor allem mit Eingriffen von außen (OP, Medikamente, etc.) bekämpft wird. Entsprechend erfordert das Konzept Experten, während die Rolle des Laien lediglich die ist, sich behandeln oder instruieren zu lassen, d.h. *Patient* zu sein.
- *Das Risikofaktorenkonzept* (Schäfer/ Blohmke 1978: 176-183) ist eine Erweiterung des biomedizinischen Modells, die dem veränderten Krankheitspanorama Rechnung trägt. Auch hier steht Krankheit im Zentrum, genauer die *Zivilisationskrankheiten*, die vor allem auf ein Fehlverhalten des Individuums zurückgeführt werden. Gesundheit 'entsteht' in diesem Konzept, wenn Risikofaktoren vermieden werden - eine Aufgabe und Bestimmung des Einzelnen. Trotzdem sind Experten nötig, weil nur sie wissen, was schädlich bzw. gesundheitsfördernd ist.

³ Die vollständige Untersuchung war eine (unveröffentlichte) Magisterarbeit an der Technischen Universität Berlin, im Postgraduiertenstudiengang "Gesundheitswissenschaften/Public Health", Mai 1996.

⁴ Die Literaturangaben beziehen sich auf Arbeiten, in denen die Konzepte kurz und allgemeinverständlich dargestellt sind.

- Das *psychosomatische Konzept* (Adler et al. 1990) ist als Gegenkonzept zum biomedizinischen von Viktor von Weizsäcker entwickelt worden und hat inzwischen viele unterschiedliche Ausrichtungen erfahren. Wesentlich ist allen jedoch, daß sie nicht an Krankheiten, sondern am kranken Menschen orientiert sind. Grund für das Kranksein bzw. Gesundwerden ist nicht dieser oder jener einzelne Faktor, sondern die gesamte Lebensgeschichte, insbesondere die psychische Befindlichkeit. Es gibt Experten in diesem Konzept, aber die stehen nicht in einem hierarchischen Verhältnis zum Kranken, sondern im gleichberechtigten Dialog mit ihm.
- Das *Public Health-Konzept* (Kickbusch 1982) basiert auf dem WHO-Gesundheitsbegriff, wonach Gesundheit "ein Zustand vollständigen physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Behinderung" ist. Es ist überindividuell, d.h. nicht am Schicksal des Einzelnen, sondern an der Bevölkerungsgesundheit interessiert und weniger am Verhalten als an den krankmachenden Verhältnissen in der Gesellschaft. Entsprechend steht nicht die Therapie, sondern die Prävention im Mittelpunkt, wobei ein wesentlicher Grundsatz die Akzeptanz und Stärkung der Laienkompetenz in Gesundheitsfragen ist.
- Das *Ressourcenkonzept* (Antonovsky 1991) schließlich ist das Gegenkonzept zu der in der Medizin üblichen Orientierung an der Pathogenese. Zurückgehend auf den israelischen Soziologen und Streßforscher Aaron Antonovsky fragt es nicht, wie Krankheit, sondern wie Gesundheit entsteht (Salutogenese), welche Ressourcen jemand hat oder braucht, um krankmachenden Einflüssen widerstehen zu können. In diesem Sinne ist es einerseits ein individuelles Konzept, hat andererseits aber auch den Blick auf gesellschaftliche Verhältnisse gerichtet.

Ich habe nun untersucht, an welchem der verschiedenen Gesundheitskonzepte sich die Ratgebersendungen – implizit oder explizit – hauptsächlich orientieren.

Methode

Zum Zeitpunkt der Untersuchung im Jahr 1996 gab es 14 (heute sind es 13) regelmäßige Gesundheits- und Medizinsendungen im deutschen Fernsehen.⁵ Nach wie vor bieten ARD und ZDF jeweils eine Sendung monatlich an und fast alle Dritten Programme mindestens eine wöchentlich. Die Sendelängen von 5 bis 45 Minuten sind eher auf die Bedürfnisse und Sehgewohnheiten älterer Menschen ausgerichtet, die auch allen Analysen zufolge (und allen Bemühungen der Programmacher zum Trotz) immer noch den größten Anteil der Zuschauer stellen.

In der Inhaltsanalyse wurden 10 der regelmäßigen Sendereihen innerhalb eines Vier-Wochen-Zeitraumes (Januar 1996) untersucht: *Ratgeber: Gesundheit* (ARD), *Gesundheitsmagazin Praxis* (ZDF), *Gesundheitstip* (ZDF), *Medizin-Magazin*

⁵ Die Anzahl ist demnach konstant auf hohem Niveau, auch wenn in den letzten Jahren einige Reihen durch neue ersetzt bzw. inhaltliche Schwerpunkte und Präsentationsformen verändert wurden.

(WDR), *Tele-Praxis* (WDR), *Quivive-Medizin am Mittwoch* (B 1), *Die Sprechstunde* (BR), *Visite* (N 3), *Hallo, wie gehts?* (SWF), *Gesundheit* (n-tv).⁶ Da die Sendereihen unterschiedlich häufig ausgestrahlt werden, erfolgte die Auswahl des Untersuchungsmaterials nach folgendem Prinzip: Die wöchentlichen Sendungen im Untersuchungszeitraum wurden vollständig berücksichtigt; von den täglichen Sendungen ist jeweils eine Sendeweche im Januar 1996 ausgewählt worden, und bei den monatlichen Sendungen wurde die eine aktuelle Sendung im Januar 1996 um zwei weitere Sendefolgen aus dem Jahr 1995 ergänzt.

Analyseeinheit war das Thema (wie z.B. „Verbrennungen“; „Wechseljahre“; „Abnehmen - aber wie?“), das bei der überwiegenden Zahl der Medizin- und Gesundheitsreihen identisch mit dem Thema der jeweiligen Einzelsendung ist. Sonstige Programmelemente wie Gesundheitsnachrichten, lexikalische Beiträge, Zuschaueraktionen sowie reine Ratgeberteile (Zuschauerfragen) wurden nicht berücksichtigt. Bei den Magazinsendungen sind die, in der Regel drei bis vier, Beiträge zu unterschiedlichen Themen einzeln als Analyseeinheit untersucht worden.⁷ Das Sample umfaßte damit 44 Analyseeinheiten, insgesamt 830 Minuten Videomaterial, das mit Hilfe eines umfangreichen Kategorienkatalogs ausgewertet wurde. Die Leitfragen für diesen Katalog waren:

- Gesundheit oder Krankheit - was steht im Vordergrund?
- Auf welcher Ebene menschlichen Daseins wird Gesundheit bzw. Krankheit thematisiert? Geht es vor allem um körperliche Belange, um seelische Befindlichkeiten oder um soziale Umstände?
- Wie werden die Betroffenen dargestellt? Erscheinen sie in den Filmbeiträgen als selbständig redende und handelnde *Person* oder stumm, als *Objekt* medizinischer Maßnahmen? Sieht man Teile oder *einzelne Organe* von ihnen, oder dienen sie - als ganze Person zwar, aber anonym - nur der *Illustration* einer Aussage?
- Welche Rolle spielen die Experten?
- Wie ist die Darstellung von Ursachen, Therapien und Prävention gewichtet?

⁶ Nicht berücksichtigt wurden Talk-Shows innerhalb der Sendereihen, da hier Experten oder Prominente lediglich ihre persönliche Meinung zum Thema wiedergeben und nicht die Einstellung der Sendung repräsentieren. Auch nicht berücksichtigt wurden Sendungen, bei denen es sich nur um eine Zusammenstellung bereits ausgestrahlter Gesundheits- und Medizinbeiträge anderer Sendereihen handelte.

⁷ Eine Ausnahme stellt die Sendereihe *Quivive - Medizin* (B 1) dar, die seit Anfang 1996 von einer monothematischen Sendeform auf eine magazinierte umgestellt wurde. Hier gibt es aber immer noch ein Thema, das mit etwa 20 Minuten Länge den Hauptteil der Sendung bildet ("Im Blickpunkt") und auch in den Programmzeitschriften ausgedruckt wird. Ich habe dieses als Analyseeinheit gewählt und die anderen, kürzeren Beiträge unberücksichtigt gelassen.

Gesundheit oder Krankheit?

Das Themenangebot der TV-Gesundheitsreihen war (und ist) vielfältig. Immer wieder tauchen 'Klassikerthemen' wie Rheuma, Diabetes, Bluthochdruck, chronische Schmerzen und alternative Medizin auf. Mediengemäß werden in den täglichen oder wöchentlichen Sendungen auch aktuelle Daten oder Ereignisse berücksichtigt (Kongresse, Gripeschutzimpfungen). Deutlich zugenommen hat seit der Einführung des Privatfernsehens in den 80er Jahren das Bemühen, Sensationelles (live bei einer Herzoperation) oder Außergewöhnliches (Tourette-Syndrom) zu präsentieren, was sicher der Konkurrenz zu den zahlreichen Talk-Shows und Magazinen geschuldet ist.

Grundsätzlich zeigte sich jedoch: In der Mehrzahl der untersuchten Sendungen ging es nicht um Gesundheit, sondern um konkrete Krankheiten, um gesundheitliche Risiken oder Informationen zu medizinischen Verfahren (Tab. 1).

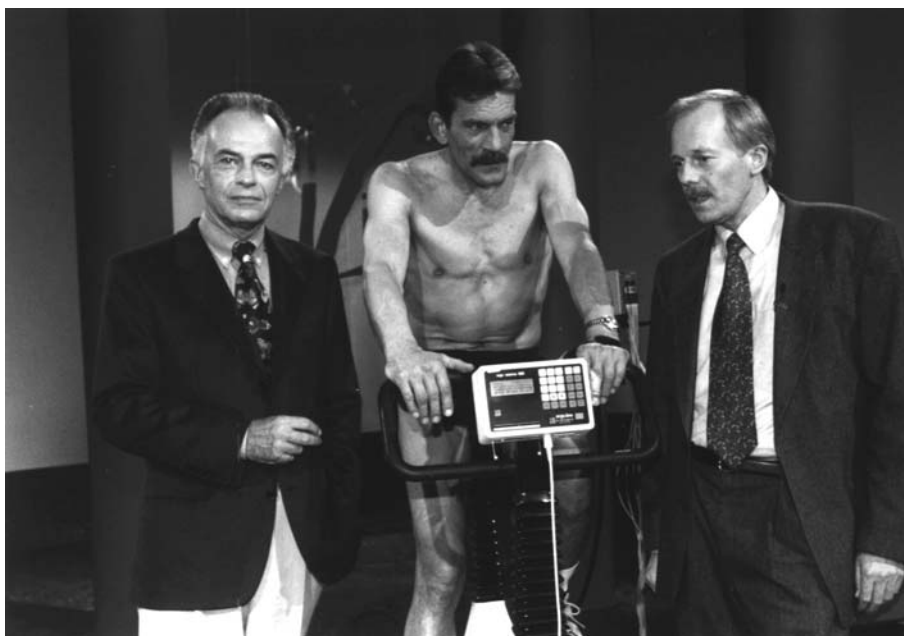
Tabelle 1: Verteilung der Beiträge auf die Themenkategorien (N= 44)

THEMA	ANZAHL	%
Krankheit insgesamt	18	40,9
<i>Definierte Krankheitsbilder (z.B. Mukoviszidose, Diabetes)</i>	12	27,3
<i>Befindlichkeitsstörungen (z.B. Sodbrennen, Angstzustände)</i>	6	13,6
Medizin insgesamt	13	29,5
<i>Therapieverfahren (z.B. Laserbehandlung, Musiktherapie, OP-Saal 2000)</i>	11	25,0
<i>Organisation ("Mein Krankenhaus")</i>	1	2,3
<i>Sonstiges</i>	1	2,3
Gesundheitsrisiken	4	9,1
<i>Risikoverhalten (Übergewicht, Rauchen, Ernährung/ Cholesterin)</i>	3	6,8
<i>Sonstiges</i>	1	2,3
Gesundheitspolitik (Kostenübernahme für alternative Methoden)	1	2,3
Sonstiges (z.B. Wechseljahre, Kindheit, Reisen)	8	18,2

Ort der Handlung war überwiegend eine Klinik oder ärztliche Praxis. Eckart Schibber, Redakteur und Moderator von *Quivive* (B 1), erzählte 1997 zum fünfjährigen Jubiläum seiner Sendung in der *Ärzte-Zeitung* (14.10.1997), Kriterien für die

Themenauswahl seien aktuelle Kongresse, häufig auftretende Krankheitsbilder, Experten aus der Berliner Medizinszene und interessante Fälle, die sich gut illustrieren lassen. "Beim Fernsehen bestimmen nun einmal die Bilder" (siehe Abb.1). Die Programmierer orientierten sich also im wesentlichen am biomedizinischen Konzept, d.h. Gesundheit wird als die Abwesenheit von Krankheit bzw. das Ergebnis erfolgreicher medizinischer Krankheitsbekämpfung verstanden. Dieses Ergebnis mag verwundern, da man annehmen sollte, daß die insgesamt stärker werdende medizinkritische Haltung in der Bevölkerung sich auch in den Gesundheitsprogrammen niederschlägt. Das tut sie durchaus, es gibt mehr medizinkritische Sendungen als noch vor 10 Jahren, diese beschränken sich jedoch nach Erkenntnissen von Bury und Gabe (1994) auf Einzelfälle und betonen zumeist das Besondere daran, so daß die Kritik sich an einzelnen Personen oder Institutionen festmacht und das System insgesamt davon unberührt läßt.

Abb.1: Szenenfoto aus Quivive mit Moderator Eckart Schibber (links)



Quelle: Sender Freies Berlin

Deutlich wurden in den untersuchten Sendungen außerdem die Einflüsse des Risikofaktorenkonzepts, das Gesundheit immer als etwas potentiell Gefährdetes begreift. Einen positiven Gesundheitsbegriff, d.h. Gesundheit verstanden als Summe und Aktivierung von Ressourcen (Antonovsky 1987), hatten die Programmierer offen-

bar nicht, jedenfalls kam er in den Sendungen nicht zum Ausdruck. Und ebensowenig zeigte sich ein politischer Gesundheitsbegriff, wie die WHO ihn vorschlägt, wonach Gesundheit sich auch als gesellschaftliche Aufgabe stellt.

Physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden?

Anders als in der WHO-Definition wurde Gesundheit bzw. Krankheit in den untersuchten Sendungen überwiegend auf der somatischen Ebene thematisiert. In 13 von 44 Beiträgen nahm das, was mit dem Körper geschieht, die halbe, in 19 von 44 Beiträgen die gesamte Sendezeit ein. Soziale Aspekte von Krankheit und Gesundheit wurden in den TV-Gesundheitsratgebern nur wenig angesprochen: In 7 von 44 Sendungen kamen sie mit *einem Satz* vor (wobei das nicht wörtlich zu verstehen ist, sondern im Verhältnis zur Gesamtzeit der Analyseeinheit), in fünf Sendungen nahmen sie ein Drittel, in drei Sendungen die Hälfte der Sendezeit ein.

Die Bedeutung der Psyche für das gesundheitliche Geschehen wurde zwar in den untersuchten Sendungen durchaus wahrgenommen, allerdings häufiger nur mit *einem Satz* abgehandelt (in 9 Sendungen). Und wenn psychische Aspekte angesprochen wurden, standen ganz konkrete Probleme, z.B. Ängste vor einer Operation oder vor der Diagnose Krebs, im Mittelpunkt. Die Auffassung der Psychosomatik, daß Gesundheit etwas mit der gesamten Lebensgeschichte eines Menschen zu tun hat, wurde kaum berücksichtigt (fünfmal). Lediglich einer der 44 Beiträge widmete sich ausschließlich dem psychischen Geschehen. Interessant war außerdem, daß in einigen Sendungen die 'Reserviertheit' von Ärzten und Patienten gegenüber dem psychosomatischen Ansatz deutlicher zum Ausdruck kam als positive Auffassungen. Im Kommentar einer Sendung zum Thema "Hautekzeme" heißt es:

"Bei Neurodermitis soll ja auch die psychische Verfassung eine Rolle spielen. Ob das zutrifft, darüber werden sich die Ärzte wohl immer in die Haare kriegen." (*Arzt in sehr abfälligem Ton*) "Ich wehre mich, jemandem, der in einer akuten Phase steckt, ein psychisches Problem anhängen zu wollen. Da finde ich immer was! (...) Es hat eine Verschiebung in den letzten Jahren gegeben, von den psychosomatischen zu den genetischen Faktoren [bei Hautkrankheiten], und die würde ich auch auf jeden Fall ins Zentrum stellen."⁸

Und in einer Sendung über "Hypochondrie" sagt ein Patient, nachdem er seine Odysee durch verschiedene Praxen und Kliniken geschildert hat:

"Das Ende vom Lied war, daß man mich in die psychosomatische Schublade geschoben hat." (*Autorin*) "Würden Sie sich wünschen, daß man eine organische Ursache findet?" (*Patient*) "Ja. Muß ja nichts Schlimmes sein, aber es gibt soviel Unbekanntes im Körper."

⁸ Die wörtlichen Zitate aus den Fernsehsendungen werden im folgenden in Anführungszeichen gesetzt, Erläuterungen zum Bild bzw. Ton erscheinen kursiv. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird hier auf Verweise zu den einzelnen Sendungen verzichtet. Genaue Quellennachweise finden sich in der o.g. Magisterarbeit.

Allerdings kann das Bemühen, dem Anteil 'der Psyche' an gesundheitlichen Problemen mehr Beachtung zu verschaffen, auch negative Auswirkungen in einer Gesundheitssendung haben, wie folgendes Beispiel zeigt:

Bei einem Studiogespräch mit einem Verbrennungsoffer fragt die Moderatorin den betroffenen jungen Mann, wie er sich jetzt, zwei Jahre nach seinem schweren Unfall, fühle. Er schildert eindrucksvoll seine schlimmen körperlichen Schmerzen. Sie fragt, ob nicht die „Narben auf der Seele“ viel schlimmer seien. Er verneint das ausdrücklich. Sie versucht es andersherum und fragt, ob man so einen Unfall jemals vergessen könne. Der Betroffene betont noch einmal, daß alles nicht so schlimm wäre, wenn der Schmerz nicht wäre (er kann nur unter Morphinum seinen Tag bestehen!). Die Moderatorin, offensichtlich entschlossen, nicht den Menschen, der ihr gegenüber sitzt, sondern ihre Überzeugung ernst zu nehmen, sagt daraufhin in der Ansage zum nächsten Beitrag: „Das Schlimmste aber sind die Narben auf der Seele.“

Befund oder Befinden?

Ein wesentliches Kriterium zur Beurteilung der Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen war die Frage: Wie wird mit den Betroffenen umgegangen? Zunächst einmal ist festzuhalten, daß sie in den untersuchten Sendungen recht zahlreich vertreten waren und dem Thema Krankheit bzw. Gesundheit damit zumindest auf den ersten Blick ein konkretes menschliches Gesicht gegeben wurde: In den 44 Analyseeinheiten kamen immerhin 104 Betroffene vor, also durchschnittlich mindestens zwei pro Analyseeinheit. Persönliche Erzählungen gehören inzwischen zu den bevorzugten Mitteln des Fernsehens, auch, weil sie so etwas wie einen Zugang "zum wirklichen Leben" suggerieren (Lalouschek 1999).

Interessant war allerdings die Dauer der Betroffenenäußerungen. Es zeigte sich, daß die Mehrheit der Betroffenen in den Sendungen jeweils mit nur *einem Satz* vorkam. Das Ergebnis ist noch auffälliger, wenn man bedenkt, daß alle Betroffenenäußerungen innerhalb einer Einheit zusammengezählt wurden. In 20% der Sendungen nahmen die Betroffenenäußerungen immerhin noch ein Drittel der Gesamtzeit ein, aber darüber hinaus ging es nicht. Und in acht Beiträgen kamen die Betroffenen gar nicht zu Wort. Wirklich erstaunlich ist dieses Ergebnis allerdings nicht, denn tatsächlich kann es im Massenmedium Fernsehen gar nicht um die individuelle Geschichte des Betroffenen gehen. Er soll vielmehr exemplarisch, als Repräsentant für das jeweilige Thema, die Diagnosefindung oder Therapiemaßnahme stehen.

Aufschlußreicher ist, wie der jeweilige Gesundheits- oder Krankheitszustand des Betroffenen dargestellt wurde, ob anhand medizinischer Befunde oder durch Schilderung des individuellen Befindens. Hier hat sich gezeigt, daß zum überwiegenden Teil zumindest *auch* Röntgenbilder, CT-Befunde, Laborwerte oder Testergebnisse zur Darstellung verwendet wurden. Die befragten Experten und die Kommentare schilderten Krankheit bzw. Gesundheit mehrheitlich als objektiven Zustand, d.h. anhand nachweisbarer 'Daten'.

Ein typisches Beispiel dafür, auch weil es so offenkundig ohne böse Absicht pasierte, liefert eine Sendung über Zahnersatz, die mit dem Text beginnt: „Diese junge Frau.“, während das Bild dazu die Großaufnahme eines geöffneten Mundes zeigt. In einem anderen Fall erzählt ein Patient nach einer Operation, wie sein Zustand (bei einer schweren Augenkrankheit) sich gebessert habe. Der Kommentar schließt mit den Worten an: „Ob sein Empfinden stimmt, wird mit der Szintigrafie kontrolliert.“ Abbildungen von Krankheiten lassen leicht den kranken Menschen vergessen, und manchmal bringt es auch die Sprache an den Tag. In einer Sendung, die ausgerechnet "Das humane Krankenhaus" zum Thema hatte, erklärt ein Arzt einer Patientin am Röntgenbild, wo ihr Darm vom Krebs befallen ist und was genau operiert werden muß - mit den Worten: „Hier ist der Krebs sehr schön zu sehen.“

Auffällig war insgesamt der große Anteil von Operationsbildern und Informationen zu neuen medizinischen Geräten. Dabei bekam die Technik teilweise menschliche Züge, während die menschliche Seite des Themas nahezu verloren ging. In dem Bericht über eine Hüftoperation wurde das besonders deutlich:

"Der Computer weiß jetzt genau, wie er den Knochen auffräsen muß. (*Computerbilder*) Der Fräsbohrer schwenkt in Position, 30 Minuten lang wühlt er den Knochen paßgenau aus (*Großaufnahme von der Arbeit in der blutigen Wunde*). Ein paar Hammerschläge noch, die Prothese sitzt" (*exakt so im Bild*).

Diese Art der Darstellung ist zum einen sicher ein Resultat der spezifischen Medienbedingungen, vor allem der Konkurrenz gerade auch im Bereich der Gesundheitsthemen. Mit der Hinwendung zur Präsentation von moderner Medizintechnik und Operationsbildern scheinen die Programmacher der Gesundheitssendungen auf der sicheren Seite zu sein, denn nach Aussagen eines der Verantwortlichen (der in dem Zusammenhang nicht namentlich genannt werden wollte) bringen die Bilder vom offenen Herzen stets „eine gute Quote“, während der kritische Bericht über die schweren Folgen des Schmerzmittelmißbrauchs gemessen an den Zuschauerzahlen "ein Flop" ist. In einem auffälligen Gegensatz zueinander stehen die Skepsis, mit der viele Patienten in der Realität 'dem Messer' und der 'seelenlosen Apparatemedizin' begegnen, und die Faszination, die von den spektakulären Aktionen der High-Tech-Medizin ausgeht.

Am Beispiel des *Ratgeber: Gesundheit* in der ARD, der 1971 erstmals ausgestrahlt wurde, läßt sich zudem zeigen, daß auch die Gesundheitsprogramme dem Zeitgeist unterliegen. Der Mitbegründer und langjährige Moderator der Sendereihe, Winfried Göpfert, hat sich früher dagegen ausgesprochen, "alle möglichen technischen Entwicklungen, neue Geräte, neue Verfahren etc. kritiklos vorzustellen. Stattdessen wollten wir die Kompetenz des Einzelnen stärken, seine Eigenverantwortlichkeit." (Göpfert 1989: 316) Mersheim (1984) hat seinerzeit für den *Ratgeber: Gesundheit* das Laiensystem als Bezugsgröße ausgemacht. Heute sieht man die Sendereihe zwar nach wie vor als eine für Laien, möchte aber nicht mehr so stark den "Selbsthilfegedanken" der 70er Jahre betonen. Daneben soll auch "der Medizinbetrieb in seinen neuesten Mitteln, Methoden und Erfolgen dargestellt werden, damit

die Leute ihren Arzt danach fragen können." Das soll nicht den Voyeurismus bedienen, sondern "ein natürliches Interesse an der Sache".⁹

Gesundheit - reine Expertensache?

Die Orientierung der untersuchten Sendungen am biomedizinischen Gesundheitskonzept zeigte sich auch in der Art der Präsentation von Fachinformationen. Da Gesundheit (bzw. faktisch ja Krankheit) vor allem als Fall für die Medizin angesehen wurde, spielten medizinische Experten die Hauptrolle. In den 44 analysierten Beiträgen kamen 132 Experten vor, davon 103 Mediziner, also im Durchschnitt drei Fachleute pro Thema.

Im Gegensatz zu der Beobachtung, daß die meisten Betroffenen in den Sendungen mit nur einem Satz zu Wort kamen, war die Redezeit für den einzelnen Experten, verglichen mit sonstigen Fernsehgepflogenheiten, recht lang. Da zudem noch die Hälfte der Moderatoren selbst Mediziner ist, ist die Dominanz medizinischer Experten unabweisbar. Ein geradezu absurdes Beispiel für die Bedeutung, die dem Expertentum dabei mitunter zugeschrieben wird, gibt ein Arzt in einer Sendung zum Thema "Wechseljahre". Auf die Frage, was er denn tue, wenn eine Frau *keine* Östrogene nehmen wolle, antwortet der Gynäkologe: „Dann halte ich ihr einen Vortrag darüber, was das Leben ohne Hormone bedeutet“.

Doris Partheymüller hat am Beispiel der *Sprechstunde* (BR) untersucht, welche Folgen diese Konzentration auf medizinische Experten haben kann und u.a. festgestellt, daß die Art der Moderation durch die Ärztin Antje Schaeffer-Kühnemann dafür sorgt, ...

"... daß die Themen in lehrbuchhafter Reihenfolge behandelt werden können (Definition, Symptome, Ursachen/ Risikofaktoren, Diagnose, Therapie, Prophylaxe). (...) Durch die Sendung wird damit erreicht, daß sich die professionelle Unterteilung des Krankheitsgeschehens in bestimmte Phasen auch allmählich beim Publikum einprägt" (Partheymüller 1994: 39).

Partheymüller folgert daraus, daß damit innerhalb der Sendung zwar alle wichtigen Fragen zu einem Thema behandelt werden, der Informationsanspruch also erfüllt wird, aber der Laie in seiner Fähigkeit, seine *eigenen* Fragen zu stellen, nicht bestärkt, sondern vielleicht sogar entmutigt wird.

Auch hierfür gibt es Beispiele in den untersuchten Sendungen: Beim Thema "Hypochondrie" erklärt ein Patient vor der Kamera: „Ich habe begriffen, daß man durch Gedanken die Symptome hervorrufen kann, also das hab ich aus berufenem Munde erfahren - und denen glaube ich. Die Leute wissen's wohl, die sind ausgebildet.“

Das *Laiensystem*, d.h. Verwandte, Partner, Freunde, Kollegen, das in der Realität eine so überragende Rolle im Gesundheits- und Krankheitsgeschehen spielt (Falter-

⁹ Zitate aus einer Befragung der Redaktion im Rahmen der o.g. Magisterarbeit (dort im Anhang dokumentiert).

meier 1991), tauchte in den untersuchten Sendungen praktisch nur als unterstützendes Moment der medizinischen Versorgung auf. Die Laienkompetenz in gesundheitlichen Fragen wird offenbar gering eingeschätzt, was angesichts der Konzentration auf den medizinischen Bereich kaum verwundert. Manchmal zeigte sich darin sogar, vielleicht ohne Absicht, eine gewisse Mißachtung der Laien. In einer Sendung über "Multiple Sklerose" erzählt z.B. eine Patientin, *Cortison* sei zwar ein viel gegebenes Medikament, „aber das wollte ich lieber nicht mehr haben, es hat mir eh nicht geholfen“. Die Moderatorin nimmt den Beitrag ab mit den Worten: „Und was sagt der Fachmann dazu?“ Der Experte im Studiogespräch äußert sogar Verständnis für den Standpunkt der Patientin, nennt dann ein großes Spektrum von medizinischen Behandlungsmöglichkeiten der Krankheit. Die Moderatorin kommentiert abschließend: „Das bedarf aber der Behandlung durch Fachleute. Man muß sich immer wieder vertrauensvoll in deren Hände geben, damit einem geholfen wird.“

Ursachen - Therapien - Prävention

Interessant für die Einschätzung von Gesundheits- bzw. Krankheitsvorstellungen ist schließlich auch, in welchem Verhältnis Ursache, Therapie und Prävention gesehen werden. Für die Sendereihen hat sich hier folgendes gezeigt:

Die Frage nach den Ursachen von Krankheiten nahm in den untersuchten Sendungen breiten Raum ein. Welche Bedeutung der medizinischen Diagnostik dabei zugesprochen wird, zeigt z.B. der Kommentar des Moderators in einer Sendung über Migräne: „Jetzt gibt es endlich den naturwissenschaftlichen Beweis, daß etwas im Gehirn vorgeht bei einem Anfall, damit steigen auch die Chancen auf eine bessere Therapie.“

Bei einer gesonderten Betrachtung der Analyseeinheiten, in denen die Diagnose im Mittelpunkt stand, hat sich gezeigt, daß das immer dann der Fall war, wenn es um chronische oder schwer behandelbare Krankheiten ging (Rheuma, Multiple Sklerose, Hautekzeme, Migräne). Damit spiegeln die Sendungen ein Phänomen der modernen Medizin wider, nämlich, daß das Wissen über Krankheitsursachen sehr viel stärker gestiegen ist als die Heilungsmöglichkeiten. Pikanterweise wird in einer der Sendungen auf mögliche Folgen des biomedizinischen Denkens und Vorgehens hingewiesen. Im ihrem Schlußkommentar sagt die Autorin: „Der Leidensweg könnte erheblich kürzer sein, wenn Ärzte nicht immer das ganze Arsenal diagnostischer Maßnahmen auffahren würden“ ...und die Autoren von Gesundheitssendungen dabei nicht so kräftig mitmachten, möchte man ergänzen.

Auch Therapien nahmen einen breiten Raum ein, in den 44 untersuchten Sendungen kamen sie 66mal zur Sprache, was m.E. zuerst darauf schließen läßt, daß Gesundheit prinzipiell für *machbar*, Krankheit für *beherrschbar* gehalten werden. Auffällig war außerdem, daß hauptsächlich die Therapieverfahren der klassischen Schulmedizin dargestellt wurden, ein weiteres Indiz für die Nähe der Programm-macher zum biomedizinischen Konzept.

Der Anteil an Darstellungen von Präventionsaktivitäten war dagegen relativ gering, in den 44 Sendungen wurden sie 29mal angesprochen. Hier zeigt sich ein Dilemma der Programmierer: Man kann durchaus davon ausgehen, daß sie die Bedeutung von Prävention im Gesundheitsbereich hoch einschätzen. Die Darstellung solcher Maßnahmen im Fernsehen ist aber vergleichsweise schwierig und nicht besonders attraktiv. Indem die Sendungen allerdings darauf verzichten, erwecken sie beim Zuschauer den Eindruck, als sei dies kein wichtiges Thema. Wo Präventionsmaßnahmen dargestellt wurden, vermittelten sie die Vorstellung, daß diese besonders in der Verantwortung des Einzelnen liegen. Nun ist aus der Sozialmedizin bekannt, daß ein überdurchschnittliches Krankheits- und Sterberisiko einhergeht mit geringerem Einkommen, weniger Bildung, fehlendem sozialen Einfluß und mangelnder sozialer Unterstützung (Kühn 1993). Trotzdem scheinen die TV-Gesundheitsratgeber auf diesem Auge blind zu sein und setzen weiter auf die Änderung des persönlichen Verhaltens. Diese Ausrichtung widerspricht inzwischen auch wissenschaftlichen Erkenntnissen: 1997 erschien im *British Medical Journal* eine Auswertung verschiedener Großstudien zur Prävention von Herzkrankheiten. Zwei der "key messages" lauteten:

- "The effectiveness of health education approaches modifying lifestyle to prevent coronary heart diseases is in doubt."
- "Health protection by fiscal and legislative means deserves a higher priority." (Ebrahim/ Smith 1997: 1666)

Zusammenfassung

Die Medien seien so etwas wie "das Nervengeflecht im Körper der deutschen Nation", meinte der ehemalige Berliner Ärztekammerpräsident Ellis Huber 1994 auf dem Kongreß "Gesundheit und Medien" in Düsseldorf.

"Mehr Gesundheit heißt bessere Kommunikation. (...) Das heutige Versorgungssystem, das pathogenetisch, was macht die Krankheit, denkt, muß mit einer salutogenetischen Seite, wie bildet sich Gesundheit, ergänzt werden. Es geht darum, nicht nur mit perfekter Hand, mit den Maschinen zu leben, sondern auch mit kultiviertem Geist und fühlender Seele wahrzunehmen und einzugreifen." (Huber 1994: 167 und 170)

Schön, wenn es so wäre! Die reinen Zahlen mögen solchen Hoffnungen noch Nahrung geben: Über 20 Stunden monatlich strahlt das deutsche Fernsehen allein regelmäßige Gesundheitsprogramme aus, nicht zu reden von den vielen einzelnen Sendungen und Beiträgen zu gesundheitlichen Themen im laufenden Tagesprogramm. Allerdings wird inzwischen das permanente Bombardement mit Gesundheitsthemen aus dem Fernseher auch nicht mehr nur positiv gesehen. In der Glosse "Krankheit der Fernsehwoche" schrieb Joachim Huber im Berliner *Tagesspiegel* schon 1995 (27.7.):

"Die größten Risiken und Nebenwirkungen stellen die Fernsehmediziner dar. Es könnte sein, daß Menschen, die sich vom Medium nicht die Krankheit der Woche verschreiben lassen wollen, gestünder leben als jene, denen die TV-Diagnostiker die Temperatur messen dürfen."

Erschwerend kommt hinzu, das hat diese Arbeit untersucht und mit Zahlen belegt, daß "die Kommunikatoren", auf die Ellis Huber seine Hoffnungen setzte, selbst oft eher "pathogenetisch" denken und lieber die "perfekte Hand" darstellen, die die Maschine führt, als den "kultivierten Geist" oder die "mitfühlende Seele". Das mag in erster Linie dem Konkurrenzdruck geschuldet sein, dem auch die Gesundheitsinformations- und Ratgebersendungen zunehmend ausgesetzt sind. Inzwischen ist vieles von dem, was Hans Mohl, ehemaliger Moderator des ZDF-*Gesundheitsmagazin Praxis*, 1990 als Horrorszenario entwarf, eingetroffen. Er befürchtete,

"daß Irrtümer Hochkonjunktur haben, (...), daß der Show-Journalismus zunimmt, (...), daß der Wunderglaube an die Allmacht der Medizin durch Berichte von der vordersten Forschungsfront weiter genährt wird, daß die Medizin vor Ort nicht Schritt halten kann mit der Experten-Medizin in den Medien, (...), daß Superlativmedizin zum Leitbild der breiten Öffentlichkeit werden kann, (...), daß eine Medikalisation der Medien einen verstärkten Nachfragedruck auslösen kann." (Mohl 1990: 151 f.)

Mohl glaubte allerdings, daß dies v.a. eine Entwicklung in den privaten Programmen sei, während die öffentlich-rechtlichen (seriösen) Gesundheitssendungen nach wie vor ihre Berechtigung hätten: "Ich bin davon überzeugt, daß gerade die Tele-Medizin neue Chancen in der Gesundheitserziehung, der Vorsorge, der Selbsthilfe, der Nachsorge bieten kann." (Mohl 1990: 154) Interessanterweise hatte er, als 'Chef' der großen ZDF-Sendung, dabei insbesondere die Regionalprogramme wegen ihrer größeren Zuschauer Nähe im Sinn.

Ich neige, aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, eher der englischen Public Health-Expertin Anne Karpf zu, die aus den Erkenntnissen ihrer Studien schon 1988 den Schluß zog, daß all den Gesundheitsprogrammen kein Erfolg beschieden sein kann, wenn das gängige Muster, hier der allwissende Experte, da der unbedarfte Laie, beibehalten wird:

"The very act of propagandising the audience about the need to change their habits reinforces their subordinate position as the objects of other people's expertise, while simultaneously increasing their guilt. Orthodox media look-after-yourself programmes, if they have any effect at all, may be making the audience sicker." (Karpf 1988: 226)

Ausblick: Was tun?

Es gibt, zumindest in den USA, schon eine Reihe von Überlegungen, das Geschäft der seriösen, auf Vermittlung von Sachinformationen ausgerichteten Gesundheitsaufklärung gänzlich aufzugeben und sich beispielsweise der Mittel der Werbung zu bedienen: Gesundheitsbotschaften als kurze, grelle Pop-Videos mit Stars und Action. Anne Karpf, die diese Überlegungen in ihrem Buch darstellt, meldet allerdings gleichzeitig große Bedenken hinsichtlich des Erfolges an: Werbespots offerieren etwas, das dem Zuschauer unmittelbaren Nutzen verspricht, während Gesundheitsspots ihn letztlich überzeugen wollen, etwas zu lassen, was ihm eigentlich Spaß macht (rauchen, trinken etc.), einzig mit dem Versprechen, sich in ferner Zukunft vielleicht einer besseren Gesundheit erfreuen zu können (Karpf 1988: 223).

Ich selbst habe aufgrund meines Public Health-Studiums und der praktischen journalistischen Erfahrungen in meiner Magisterarbeit einige Ideen für andere Gesundheitsprogramme entwickelt, die hier kurz dargestellt werden sollen:

- Ausgangspunkt der Programmüberlegungen sollte in jedem Fall Gesundheit, nicht Krankheit sein. Zu diesem Zweck würde ich, ausgehend vom Salutogenese-Modell Antonovskys, gesunde Menschen vorstellen; nicht die jungdynamischen Vertreter der Fitneßbranche allerdings, sondern z.B. sehr alte Leute, die es geschafft haben, gesund zu bleiben. Sie sind ja durchaus ein Medienereignis, wenn auch meist nur als ‚bunte Meldung‘. Denkbar wären auch Menschen, die schwere Krisen überstanden oder sich in belastenden Situationen zu recht gefunden haben.
- Des weiteren glaube ich, daß Informationen über den Umgang mit Krankheit (und Tod) in anderen Kulturen von großem Wert für die eigene Bewußtseinsbildung in Sachen Gesundheit sein können. Hier sind aber nicht die Berichte über exotische Mediziner, Geistesheiliger etc. gemeint, sondern das Alltagsleben etwa in der Art der Fernsehreihe *Kinder dieser Welt*. Genug 'Exotik' und damit Zuschauerinteresse hätten solche Darstellungen allemal.
- Selbstverständlich sollten Gesundheitssendungen auch gesundheitlich relevante Lebenssituationen hierzulande thematisieren. Dafür gibt es unzählige Möglichkeiten: Körperlich und psychisch belastende Arbeitsplätze, Lebensphasen (Pubertät, Wechseljahre, Berufsausstieg), Trauer, Trennung, Arbeitslosigkeit. Reportagen wiederum über konkrete Menschen wären hier sicher die angemessene Form.

Mir ist wohl bewußt, daß es solche Themen und Darstellungen bereits im deutschen Fernsehen gibt, nur sind sie eben nicht Teil der Gesundheitsprogramme.

Selbstverständlich sollten Gesundheitsprogramme auch Wissen über Krankheiten und den Medizinbetrieb behandeln. Allerdings würde ich auch hier die Gewichtung anders setzen:

- Informationen über neue Therapieverfahren, auch Operationen, sind wichtig, aber man sollte sie im Vergleich mit anderen vorstellen, auch z.B. im Vergleich von Kliniken und Städten untereinander.
- Das gilt ebenso für Informationen über bestimmte Experten. Damit ist aber kein 'Ärzte-Ranking' gemeint, sondern z.B. eine Vorstellung verschiedener Fachgruppen (wieder orientiert an einer Person). Also: "Was kann ein HNO-Arzt (oder sollte er können)?" - "Was passiert in einer psychosomatischen Klinik oder Abteilung?"
- Ganz wichtig wäre m.E. auch eine Art 'Fernsehseminar' für Patienten, wo man etwas über seine Rechte, aber auch über Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Arzt-Patient-Kommunikation erfahren kann, z.B.: "Was sollte ich fragen, wenn ich diese oder jene Beschwerden habe?" - "Was muß der Arzt von mir wissen, damit er in konkreten Situationen helfen kann?"

Als dritten Aspekt meines Ausblicks möchte ich noch etwas ausführlicher *die* Gesundheitsreihe in Deutschland vorstellen, die ein anderes, dem Public Health-Gedanken näher stehendes Konzept hat: die *Bremer Gesundheitswerkstatt*.¹⁰ Sie wird seit 1992 wöchentlich von Radio Bremen in N3 ausgestrahlt und entstand zunächst aus einem Unbehagen über die Orientierung der Präventionsaktivitäten auch der Medien (v.a. der Spots im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie) am Risikofaktorenmodell. Der verantwortliche Redakteur Klaus Haak und die Professorin für Gesundheitswissenschaften Annelie Keil wollten ein Gesundheitsprogramm machen jenseits des biomedizinischen Modells und jenseits des Risikofaktorenmodells und dabei den Gesundheitsbegriff der WHO mehr zum Tragen kommen lassen. Annelie Keil zufolge sollte allerdings zu der physischen, mentalen und sozialen Dimension noch eine "spirituelle" hinzukommen:

"Sie können das auch, ähnlich wie Antonovsky oder andere, die Sinndimension nennen. Alle Untersuchungen zeigen ja, wie sehr das Krankheits- oder Gesundheitsgeschehen für die Leute auch mit der Frage nach dem Sinn oder der Bedrohung des Sinns von Leben zu tun hat."

Das hat der *Bremer Gesundheitswerkstatt* in Journalisten- und Wissenschaftlerkreisen den Ruf eingetragen, etwas "esoterisch" zu sein. Eine Kritik, mit der die Programmacher "leben können". Praktisch orientiert sich die *Bremer Gesundheitswerkstatt* vor allem am psychosomatischen Konzept Viktor von Weizsäckers, d.h.: "Wir wollen, obwohl wir das Medium Fernsehen wählen, mit den Zuschauern in einen Dialog treten, aber vor allen Dingen auch die biographische und lebensgeschichtliche Dimension direkt in den Mittelpunkt stellen." Die *Bremer Gesundheitswerkstatt* arbeitet deshalb sehr viel mit psychosomatischen Fallgeschichten, die von den Betroffenen selbst live in der Sendung erzählt oder von der Moderatorin aus Briefen vorgelesen werden. Der Betroffene wird hier also nicht als *Repräsentant* von

¹⁰ Die Informationen und Zitate stammen aus einem Gespräch der Autorin mit den Redakteuren Annelie Keil und Klaus Haak über die Ergebnisse und Thesen der Magisterarbeit.

Krankheiten oder Beschwerden dargestellt, sondern als *Subjekt* ernstgenommen. Experten im üblichen Sinne haben in dem Konzept keinen Platz. In diesem Zusammenhang ist auch der Name *Werkstatt* zu verstehen:

"*Werkstatt* heißt, wir wollen versuchen, *Werkzeuge* zur Verfügung zu stellen, Angebote zu machen, mit denen praktisch der Zuschauer selbst arbeiten kann, vor allen Dingen auch diejenigen, die an die vielen Programme, die es ja auch in der Gesundheitsförderung gibt, gar nicht herankommen, entweder weil die Leute zu alt sind, weil sie auf dem Land sind, weil sie von ihrer Bildungsperspektive her sagen, wir wollen nicht in diese Szeneangebote, etc."

Konkret bietet die *Bremer Gesundheitswerkstatt* vor allem mehrteilige "Kurse" an, wie "autogenes Training für Kinder", "Atem und Bewegung" oder "Rückenschule" (siehe Abb.2).

Abb.2: Szenenfoto aus der Bremer Gesundheitswerkstatt mit Moderator Klaus Haak (Bildmitte)



Quelle: Radio Bremen, Foto: Frank Pusch

Trotzdem sei das kein individualistischer Ansatz der Gesundheitsförderung, betonen Keil und Haak. In den zu allen Kursen gehörenden Einleitungssendungen und theoretischen Teilen werden immer auch die zugrundeliegenden Verhältnisse thematisiert:

"Wir haben z.B. beim autogenen Training für Kinder eine Reihe von Sendungen gemacht zur Streßsituation Schule. Da kann man gar nicht anders argumentieren: Es sind die Verhältnisse, die heute einen Zustand hergestellt haben, daß viele Kinder nur noch mit Beruhigungsmitteln in die Schule gehen."

Dem Argument vieler Gesundheitsprogramm-macher, Fernsehen brauche nun einmal Bilder, und die lieferten solche Themen nicht, hält Klaus Haak entgegen:

"Vielleicht ist das auch ein wichtiger Aspekt, daß wir von Anfang an gesagt haben, wir wollen eben nicht der Informationsflut, die es schon dauernd gibt im Fernsehen, noch etwas hinzufügen, in dem wir sozusagen Bilder, die auch abgegriffen sind, in unsere Sendung reinbringen. Nur ein Beispiel: Als ich autogenes Training vorgeführt habe und gesagt habe, daß Skiabfahrtsläufer, wenn sie sich konzentrieren müssen, bevor sie runterfahren, eigentlich noch mal die Strecke im Kopf visualisieren, dann wäre es fernsehüblich gewesen, daß wir so eine Szene gezeigt hätten. Das habe ich aber ganz bewußt nicht gemacht, weil ich mir gesagt habe, da schaltet jemand in die Sendung rein und denkt, 'ach es geht ums Skifahren', oder ein anderer schaut sich das an und denkt, 'habe ich denn auch einen so schönen bunten Skianzug wie der, der da oben steht?' Mir war wichtig, daß wir sozusagen in dieser Sendung eins zu eins in Kontakt blieben."

Was die Resonanz betrifft, fühlen sich die Macher der *Bremer Gesundheitswerkstatt* u.a. durch "die vielen Tausend Zuschauerbriefe" bestätigt. Auf dem ursprünglichen Sendeplatz (montags, 17.15-18.00 Uhr) erreichte sie konstant um die 100.000 Zuschauer, mehr als jede andere Sendereihe auf diesem Platz. Trotzdem wurde sie mehrfach in den letzten Jahren innerhalb des N3-Programms verschoben, zunächst auf den Montagnachmittag, dann auf den Sonntagvormittag (9.45-10.30 Uhr), schließlich auf den noch ungünstigeren Montagvormittag. Das hatte nicht nur eine veränderte Zuschauerschaft, sondern vor allem immer niedrigere Einschaltquoten zur Folge. Da sich inzwischen auch das öffentlich-rechtlichen Fernsehen an den Quoten orientiert, wurde die Sendereihe vom NDR ohne inhaltliche Diskussion mit den Redakteuren aus dem Programm gestrichen. Bis Ende 1999 laufen noch Bearbeitungen der Reihenthemen einmal im Monat, am Freitag nachmittag auf 3sat. Vor dem Hintergrund dieser existentiellen Bedrohung ihrer Arbeit betrachtet die Gesundheitswissenschaftlerin Annelie Keil die anderen Gesundheitsreihen im deutschen Fernsehen besonders kritisch. Die meisten stünden "in guten Schuhen" da, meint sie, weil sie "unverdächtig bleiben".

"Die Mehrheit der Sendungen ist so, wie in der [vorliegenden] Untersuchung kritisiert. Das ist nämlich der Versuch, nur ja nicht aufzufallen. Unverdächtig zu sein, manchmal mit einem politischen Klopfer, aber ohne jede Konsequenz, was die Subjekte betrifft. Im Prinzip natürlich professionell, Weizsäcker hat das mal "professionelle Frigidität" genannt. Man kann sagen, der medizinische Gesundheitsbegriff ist perfekt in den Medien angekommen."

Klaus Haak möchte es sogar noch schärfer formulieren:

"Die großen Erfolge der Gesundheitssendungen kommen ja gerade daher, daß genau nicht die Eigenkompetenzen gestärkt werden darin, selber wahrzunehmen, 'was ist los, woher könnte das kommen, wie kann ich mir helfen?', (...) sondern gerade die Abhän-

gigkeit von Helfern, an die ich in der Regel noch nicht einmal selber herankomme. Da wird so getan, als wäre irgendein Professor in irgendeinem Schmerzzentrum sonstwo das Gelbe vom Ei und wer zu dem nicht hingehen kann, ist von vorne herein ein armes Schwein und braucht sich gar nicht mehr darum zu bemühen, ob er in seinem Lebenskreis, in dem er ist, noch irgend etwas tun kann."

Ob die Macher der *Bremer Gesundheitswerkstatt* ihr spezielles Konzept medialer Gesundheitsaufklärung weiterverfolgen können, ist angesichts des immer härter werdenden Konkurrenzkampfes auf dem Fernsehmarkt noch offen. Offen ist aber auch die Frage, ob die Gesundheitsinformationssendungen insgesamt in dem *alten* Massenmedium Fernsehen nicht ihre Bedeutung verlieren werden zugunsten des *neuen* Informationsmediums *Internet*, das sich mehr und mehr zu einem Massenmedium entwickelt.

Literatur

- Abholz, Heinz-Harald/ Borgers, D./ Karmaus, W./ Korporal, J. (Hrsg.) (1982): Risikofaktorenmedizin. Berlin
- Adler, Rolf/ Herrmann, J. M./ Köhle, K./ Schonecke, O.W./ Uexküll, Th. v./ Wesiack, W. (Hrsg.) (1990): Thure von Uexküll: Psychosomatische Medizin. 4., neubearbeitete und erweiterte Auflage. München/ Wien/ Baltimore
- Antonovsky, Aaron (1987): *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco
- Antonovsky, Aaron (1991): Meine Odyssee als Streßforscher. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 17: 112-129
- Badura, Bernhard (Hrsg.) (1989): *Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung*. Berlin
- Bente, Gary/ Fromm, Bettina (1997): *Affektfernsehen. Motive, Angebotsweisen und Wirkungen*. Opladen
- Bury, Michael/ Gabe, Jonathan (1994): *Television and Medicine: Medical Dominance or Trail by Media?* In: Gabe/ Kelleher/ Williams (1994): 65-83
- Ebrahim, Shah/ Smith, George D. (1997): *Systematic Review of Randomised Controlled Trials of Multiple Risk Factor Interventions for Preventing Coronary Heart Disease*. In: *British Medical Journal* 314: 1666 ff.
- Faltermeier, Toni (1991): *Subjektive Theorien von Gesundheit. Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis*. In: Flick (1991): 45-58
- Fischer, Heinz-Dietrich (Hrsg.) (1990): *Medizin-Publizistik. Prämissen - Praktiken - Probleme*. Frankfurt a.M./ Bern/ New York/ Paris
- Flay, Brian R. (1982): *Verhaltensänderungen durch Gesundheitsprogramme in Massenmedien: Theorie-Modelle und Möglichkeiten ihrer Anwendung*. In: Meyer (1982): 58-89
- Flick, Uwe (Hrsg.) (1991): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentation*. Heidelberg
- Gabe, J./ Kelleher, D./ Williams, G. (Hrsg.) (1994): *Challenging Medicine*. London
- Göpfert, Winfried (1989): *Gesundheitsförderung und die Möglichkeiten der Massenmedien*. In: Badura (1989): 314-318

- Göpfert, Winfried (1994): Gesundheit und Medien. Lebenshilfe aus dem Fernseher? Vortragsmanuskript zur Ringvorlesung "Die Produktion von Gesundheit" im Wintersemester 1993/ 94 an der FU Berlin
- Huber, Ellis (1994): Gesundheit und Kommunikation. In: *Communications* 19 (2-3): 156-171
- Karpf, Anne (1988): *Doctoring the Media. The Reporting of Health and Medicine*. London
- Kickbusch, Ilona (1982): Vom Umgang mit der Utopie. Anmerkungen zum Gesundheitsbegriff der WHO. In: *Abholz/ Borgers/ Karmaus/ Korporal* (1982): 267-276
- Kühn, Hagen (1993): *Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A.* Berlin
- Lalouschek, Johanna (1999): Tabuthema Brustkrebs? Die diskursive Konstruktion von medizinischer und kultureller Bedeutung in Gesundheitssendungen des Fernsehens. In: *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* (1)
- Merscheid, Horst (1984): *Medizin im Fernsehen. Probleme massenmedial vermittelter Gesundheitsberichterstattung*. Bochum
- Meyer, Manfred (Hrsg.) (1982): *Gesundheitserziehung in Fernsehen und Hörfunk*. München/ New York/ London/ Paris
- Mohl, Hans (1990): Medizinische Themen in Fernsehen und Neuen Medien. In: *Fischer* (1990): 149-155
- Neuendorf, Kimberly A. (1990): Health Images in the Mass Media. In: *Ray/ Donohew* (1990): 111-135
- Partheymüller, Doris (1994): Moderatorenfragen in der populärwissenschaftlichen Vermittlung medizinischen Wissens - eine exemplarische Analyse. In: *Redder/ Wiese* (1994): 132-143
- Ray, Eileen B./ Donohew, Lewis (Hrsg.) (1990): *Communication and Health. Systems and Applications*. Hilsdale
- Redder, Angelika/ Wiese, Ingrid (Hrsg.) (1994): *Medizinische Kommunikation*. Opladen
- Schäfer, Herbert/ Blohmke, Maria (1978): *Sozialmedizin*. Zweite überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart
- Schipperges, Heinrich (1984): *Die Vernunft des Leibes. Gesundheit und Krankheit im Wandel*. München/ Wien/ Baltimore
- Weßler, Hartmut (1995): Mediale Gesundheitskommunikation. Ein Beitrag zur Gesundheitsförderung? In: *Prävention* 18 (2): 59-62

