

Erklärungs- und Veränderungsmodelle 3: Persuasion, Diffusion, Marketing und Medienanwaltschaft

Doreen Reifegerste¹

Peter Franzkowiak²

Annette C. Seibt³

1 Professorin für Gesundheitskommunikation, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 4: Prävention und Gesundheitsförderung, Universität Bielefeld, Bielefeld, Germany

2 Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz, Koblenz, Germany

3 Germany

Abstract

In diesem Leitbegriff werden vier Modelle vorgestellt, die vorrangig für die kommunikative Umsetzung von Interventionen und Kampagnen von Bedeutung sind. Sie entstammen der Psychologie, der Soziologie, der Werbeforschung, der Kommunikationswissenschaft und der Betriebswirtschaft. Im Gegensatz zu den Erklärungs- und Veränderungsmodellen 1 und 2 sind die hier vorgestellten Modelle weniger individuumsbezogen und berücksichtigen stärker das soziale Umfeld und die strukturellen Rahmenbedingungen von Zielgruppen. Ausgehend von zentralen Einflussfaktoren und Mechanismen, werden Konsequenzen für Gesundheitsprogramme formuliert.

Einleitung

In diesem Leitbegriff werden vier Modelle vorgestellt, die mit Ausnahme des ersten Modells (Überzeugende/Persuasive Kommunikation) nicht primär dem Theorie- und Forschungsrahmen der Psychologie entstammen, sondern der Soziologie (Diffusion von Innovationen), der Markt-/Werbeforschung, der Betriebswirtschaft (Soziales Marketing) und der politisch motivierten, aufklärenden Kommunikationswissenschaft (Medienanwaltschaft). Ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal der drei letztgenannten Modelle gegenüber dem ersten Modell besteht darin, dass sie den bis heute vorherrschenden Individuumsbezug der klassischen (Risiko-)Prävention überschreiten. Im US-amerikanischen Sprachgebrauch fallen sie daher unter die Kategorie „Social ecological theories“, da sie auch das soziale Umfeld und die strukturellen Rahmenbedingungen von Zielgruppen berücksichtigen [1] ([Ökologische und humanökologische Perspektive](#)).

Die Modelle zielen somit auf die Erklärung und Nutzbarmachung all jener Mechanismen, die zu einer im Idealfall gesundheitsförderlichen Veränderung von kommunikativen, sozialen oder wirtschaftlichen Umwelten führen. Sie zielen in ihren jeweiligen Schwerpunkten (Persuasion, Diffusion, Marketing und Medienanwaltschaft) vorrangig auf soziale, ökologische oder mediale [Determinanten der Gesundheit](#) [2], die sich auf spezifisches Risiko- bzw. Gesundheitsverhalten von sozialen Gruppen und auf Einzelne auswirken.

Modell der persuasiven Kommunikation

Das Modell der persuasiven (d. h. überzeugenden) Kommunikation beschreibt Prozesse und Komponenten, mit deren Hilfe Menschen neue Informationen verarbeiten und Entscheidungen fällen. Von besonderem Interesse ist die Frage, wie Menschen auch eine große Fülle von Informationen verarbeiten und wie sie angesichts von Widersprüchlichkeiten zu einer Entscheidung kommen. Für die Gesundheitsförderung ist relevant, wie sich diese Informationsverarbeitungsschritte und Entscheidungsfindungsstufen für unterschiedliche Kampagnen beschreiben, bewusst gestalten und evaluieren lassen.

Dieses Kommunikationsmodell wurde Mitte der 1980-er Jahre vom US-amerikanischen Sozialpsychologen W. J. McGuire entwickelt. Es ist Teil der Theorien der Informationsverarbeitung aus dem Bereich der Kognitiven Psychologie. Beim Prozess der Verhaltensänderung durch Überzeugungskampagnen handelt es sich um die idealtypische Stufenabfolge der einzelnen Schritte einer Kampagnenwirkung [3] ([Gesundheitskommunikation](#)).

Ähnliche Differenzierungen nach unterschiedlichen Verarbeitungsstufen der Kommunikation finden sich in Systematiken zur Erreichbarkeit spezifischer Zielgruppen sowie in Modellen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz [4]. Auch wenn in der Praxis nicht immer eine stringente Abfolge der Stufen vorausgesetzt werden kann, gehen alle diese Ansätze davon aus, dass je nach erreichter Stufe unterschiedliche Kommunikationsstrategien erforderlich sind. Während beispielsweise auf den ersten Stufen der Erreichbarkeit vor allem die Art des Kanals und technische Aspekte im Vordergrund stehen, spielen für die Akzeptanz und die nachhaltige Verhaltensänderung der späteren Stufen der Inhalt der Botschaft und motivationale Aspekte eine größere Rolle [4].

Als Modell der persuasiven Kommunikation wurde eine übersichtliche und empirisch fundierte Matrix entwickelt (Tab. 1). Darin wird der Kommunikationsoutput in 12 Planungsschritten mit dem Kommunikationsinput mit seinen 5 Komponenten differenziert verknüpft. Die Matrix dient als Grundlage für die Planung von Programmen zur Informations-, Einstellungs- und Verhaltensveränderung.

Kommunikationsoutput	Kommunikationsinput				
	Quelle der Information	Botschaft	Kanal	Empfänger	Ziele
Planungsschritte/Grobziele: Empfängerinnen und Empfänger müssen ...					
1. ... der Botschaft ausgesetzt sein					
2. ... ihr Aufmerksamkeit schenken					
3. ... ihr Interesse zeigen					
4. ... sie verstehen					
5. ... vorhandene Kognitionen abrufen					
6. ... Fähigkeiten erwerben					
7. ... Einverständnis zeigen = Einstellung ändern					
8. ... die Veränderung speichern					
9. ... Relevantes im Gedächtnis finden					
10. ... eine Entscheidung fällen					
11. ... eine Handlung ausführen, sich verhalten					
12. ... die Verhaltensänderung konsolidieren					

Tab.1: Die Matrix der überzeugenden Kommunikation (nach [5])

Die 12 Output- oder Planungsvariablen werden als aufeinander folgende Schritte bzw. Stufen beschrieben, die durchlaufen werden müssen, wenn Menschen Informationen verarbeiten bzw. wenn eine Kommunikationskampagne einen verändernden Einfluss haben soll. Für jede Phase sind angemessene Maßnahmen vorzusehen. Die ersten sieben Stufen enden idealerweise mit einer Veränderung der Einstellung. Dafür müssen Personen zunächst der Botschaft ausgesetzt sein (1. Stufe), ihr Aufmerksamkeit schenken (2. Stufe), weitergehendes Interesse zeigen (3. Stufe) und sie verstehen (4. Stufe). In der 5. Stufe geschieht ein Abrufen und Erzeugen von verwandten, bereits gespeicherten

Kognitionen. Falls neue Fertigkeiten erforderlich sind, müssen sie auf der 6. Stufe gelernt werden, um sich auf der 7. Stufe mit den Botschaftsinhalten einverstanden zu zeigen, wodurch mit einer Einstellungsveränderung gerechnet wird. Der Begriff Einstellung ist hier als Beurteilung eines (gedanklichen) Objekts definiert.

Damit das Modell als Planungshilfe für Gesundheitsprogramme dienen kann, sollte geklärt werden: Wer sagt Was mit Welchem Medium zu Wem mit Welchem (Verhaltens-)Ziel? Mit diesen fünf W-Fragen, der sogenannten Laswell-Formel [6] sind die Kommunikations-Inputvariablen angesprochen – die zweite, horizontale Achse der Matrix. Sie sollen bei der Planung auf jeder der 12 Stufen bewusst mitbearbeitet werden:

- Quelle der Information, Sender: Personen, eine Gruppe oder Organisation, von denen die Botschaft kommt. Für die Überzeugungsfähigkeit der Kommunikation spielen hier Aspekte wie Glaubwürdigkeit, Attraktivität sowie soziale Stellung oder Macht eine Rolle (siehe hierzu auch die Sozial-kognitive Theorie; [7]).
- Botschaft: Inhalt und Form, Wortwahl, Ansprache durch Furchtappelle oder Humor. Für manche Bevölkerungsgruppen z. B. in Form von Bildern, Comics.
- Kanal: Das Medium, durch das die Botschaft vermittelt wird, z. B. Broschüren, TV, Radio, Zeitungen, Briefe, E-Mail, soziale Medien und mobile Technologien.
- Empfänger: Zielgruppe, differenziert nach Geschlecht, Alter, Ethnizität, augenblicklichen Einstellungen und Verhalten etc.
- Ziele: Hier sollen detaillierte Einzelziele für jede Outputstufe formuliert werden, z. B. Gesundheitskompetenz, Empowerment, Gesundheitsverhalten, angemessene Blutzuckerwerte, Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme.

Auch wenn das Modell inzwischen etwas veraltet ist und Vorstellungen einer einseitigen Kommunikationsrichtung vom Sender zum Empfänger repräsentiert, sind diese Vorstellungen immer noch sehr präsent. Obwohl eher dialogische und partizipative Modelle zielführender für eine nachhaltige und gleichberechtigte Entwicklung von Programmen sind, ist die Vorstellung, dass jemand überredet oder überzeugt werden sollte, oft handlungsleitend. Dies könnte nicht nur bei den als schwer erreichbar eingeschätzten Zielgruppen zu Problemen führen, sondern spielt auch im interkulturellen Kontext eine wichtige Rolle.

Sind die Ziele, die Empfänger, Botschaften und Kanäle bzw. Quellen der Information partizipativ, d. h. mit Einbindung der Betroffenen erarbeitet, kann das Modell von McGuire jedoch immer noch hilfreich sein, um die Kommunikationsmaßnahmen zu strukturieren. Es sollte dann nur mehr Integration und rekursive Schleifen beinhalten als die Matrix der überzeugenden Kommunikation (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger).

Diffusionstheorie – Verbreitung von Innovationen

Die Diffusionstheorie erklärt, wie Innovationen – neue Produkte, Konzepte und Ideen – auf relativ vorhersagbare, mehrstufige Weise in eine Gesellschaft oder (Sub-)Kultur Eingang finden und unter welchen Bedingungen sie akzeptiert werden. Diffusion ist ein Prozess, über den eine Innovation zwischen Mitgliedern eines sozialen Systems kommuniziert und akzeptiert wird. Typische Fragestellungen mit Gesundheitsbezug wären zum Beispiel:

- Durch welche Mechanismen setzen sich neue Ernährungsgewohnheiten durch?
- Wie wird Kondombenutzung als HIV-Schutzverhalten akzeptiert?
- Wie erklärt sich die rapide und massenhafte Verbreitung von Gesundheits-Apps, Smartwatches oder Fitness-Armbändern etwa mit Schrittzählern und Kalorienverbrauchs-Feedback? [8] ([Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien](#))

Die erstmals zu Beginn der 1960-er Jahre vom US-Soziologen E. M. Rogers systematisch zusammengefasste Theorie beschreibt Gesetzmäßigkeiten, die angeben, unter welchen Bedingungen Menschen Neuerungen annehmen. Innovationen können dabei neue Ideen, Konzepte (z. B. Kalorienzählen), Verhaltensweisen oder technische Geräte (z. B. Smartphones, neue Abrechnungssysteme für Krankenkassen) sein. Sie hat seitdem über die Soziologie hinaus in weiteren Disziplinen, darunter den Gesundheitswissenschaften und der Kommunikationswissenschaft, international Anwendung gefunden. Durch die Kenntnis der Theorie können gesundheitliche Innovationen gezielter beeinflusst oder angestoßen werden. Ihre Konstrukte schaffen ein Erklärungsgerüst dafür,

- welche Menschen an der Spitze einer neuen sozialen Bewegung stehen oder die neueste Gesundheitswelle aus- oder mitmachen (z. B. Joggen, fettärmer essen, nicht [mehr] rauchen,

Fitnessstraining betreiben, Self-Tracking über sogenannte Health Apps), während andere sich erst später entsprechend verhalten oder möglicherweise erst durch Vorschriften gezwungen werden, sich in der nunmehr mehrheitlich akzeptierten Art und Weise zu verhalten,

- welche Charakteristika das Neue aufweisen muss, um mit größerer Wahrscheinlichkeit akzeptiert zu werden oder
- wie sich Falschinformationen in sozialen Medien verbreiten.

Die Diffusionstheorie unterscheidet Menschen danach, ob sie Neuerungen eher früh oder spät akzeptieren. Für diesen Prozessverlauf des Adoptierens werden fünf empirisch abgrenzbare idealtypische Kategorien von Menschen unterschieden (vgl. Abb. 1): Innovatorinnen und Innovatoren/Erstannehmende (Pioniere), Frühe Adoptierende/Frühannehmende (Vorreiterinnen und Vorreiter), Frühe Mehrheit, Späte Mehrheit, Nachzüglerinnen und Nachzügler.

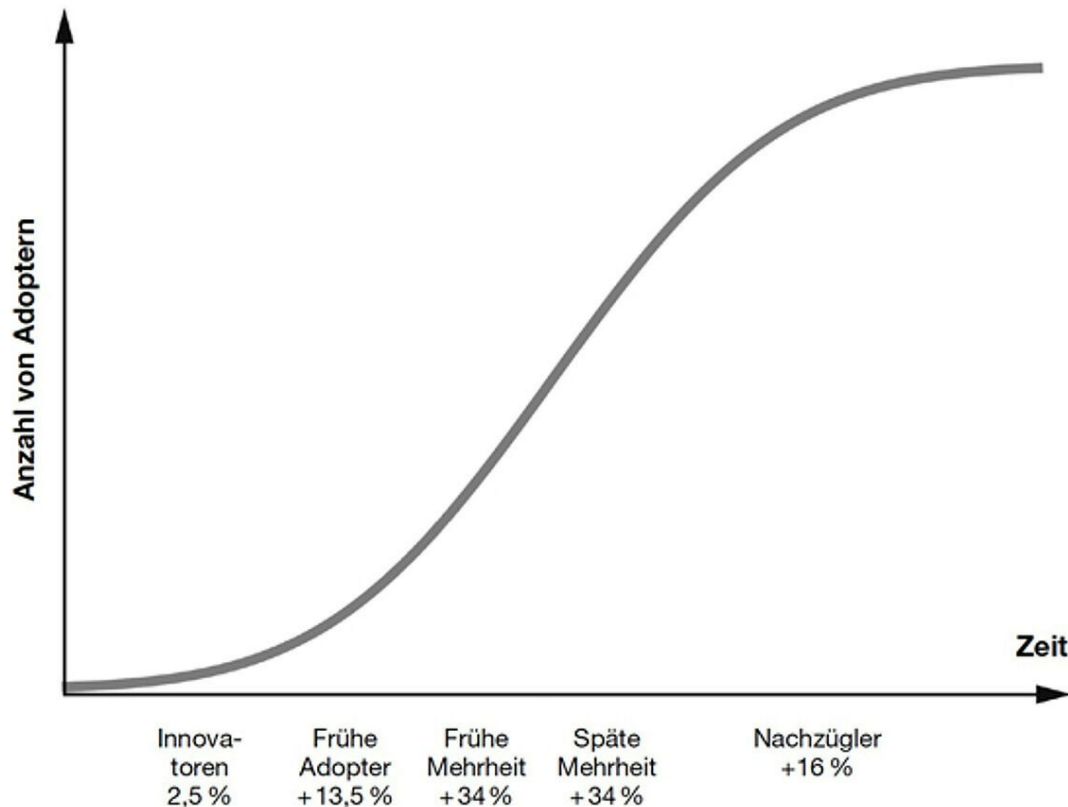


Abb. 1: Kumulation von Adoptern einer Innovation (Quelle: [9])

Bei Menschen, die Neuerungen sofort annehmen oder ausprobieren wollen, sogenannte Innovatorinnen und Innovatoren, handelt es sich um eine Art Pioniergruppe, die zahlenmäßig eher klein ist und den Ausgangspunkt für die Innovationsdiffusion darstellt. Frühe Adoptierende greifen die Idee auf und geben – als Meinungsführende – in ihrer direkten Umgebung den Anstoß für Veränderungen. Sie haben eine vorbildgebende Funktion. Die frühe Mehrheit erkennt die Vorteile der Veränderung und schließt sich – zeitlich nachfolgend – der neuen Bewegung an. Die späte Mehrheit übernimmt die Neuerung dann, wenn ihr eine Zurückhaltung gegenüber den Veränderungen zunehmend Nachteile bringt. Nachzüglerinnen und Nachzügler sind dagegen meist nur gegen starken Widerstand zur Veränderung bereit.

Diffusion läuft in einem mindestens zweistufigen Prozess ab: Für frühe Adoptierende sind Kommunikationswege außerhalb des nahen sozialen, familiären oder kollegialen Netzes wichtige Informationsquellen; für spätere Adoptierende ist es eher das direkte soziale Umfeld, das informiert, Innovationen vorführt und annehmbar macht.

Entscheidenden Einfluss auf den Informationsstand der später reagierenden Zielgruppen bezüglich einer Innovation haben persönliche Vorbilder, das Eingebundensein in ein soziales Netzwerk sowie die Kommunikationsstrukturen innerhalb des Netzwerks. Als potenzielle Change Agents stellen sie jene Informationen bereit oder leben sie vor, was die Entscheidung der späteren Adoptierenden zugunsten einer Innovation fördern, begleiten und stabilisieren kann.

Zusätzlich zur Kategorisierung von Gruppen entsprechend ihrer Adoptionsgeschwindigkeit spielen die Merkmale der Neuerungen selbst eine Rolle. Hier unterscheidet die Diffusionstheorie fünf Attribute: der relative Vorteil, die Vereinbarkeit oder Kompatibilität, die Komplexität, die Erprobbarkeit, die Beobachtbarkeit bzw. Wahrnehmbarkeit.

- Unter „relativer Vorteil“ ist zu verstehen, dass etwas Neues im Vergleich zum Bisherigen besser ist oder Vorteile hat, obwohl es möglicherweise auch neue Nachteile mit sich bringen könnte. Die Balance sollte zugunsten des Neuen ausfallen, um die Neuerung akzeptabler zu machen.
- Die Vereinbarkeit betrifft die Frage, inwiefern sich etwas Neues mit bestehenden Normen und Werten, früheren Erfahrungen oder aktuellen Bedürfnissen vereinbaren lässt. Beispiele sind die Namensgebung von Kampagnen, das Aussehen oder die Handhabbarkeit des Produkts, aber auch die moralische, religiöse oder gesellschaftliche Akzeptanz des Neuen.
- Die Komplexität zeigt an, ob eine Innovation einfach oder schwierig zu verstehen oder zu benutzen ist. Die Diffusionsforschung zeigt, dass dieses Attribut je nach sozioökonomischem Status die Adoptionsrate sehr unterschiedlich beeinflussen kann.
- Unter Erprobbarkeit wird verstanden, dass eine Innovation in Einheiten eingeteilt und so in kleinen Schritten angetestet werden kann.
- Beobachtbarkeit ist der Grad, mit dem das Ergebnis einer Innovation für andere wahrnehmbar ist. Die joggende oder radfahrende Nachbarin, der Arbeitskollege mit einer Fitness-App sind Beispiele dafür, dass diese Innovation von anderen leichter beobachtet werden kann als etwa ihre Ernährungs- oder Sexualgewohnheiten.

Im Bereich der Public Health und der Gesundheitskommunikation wurde die Diffusionstheorie weltweit auch in Programmen zur Krebsprävention, zur internationalen Verbreitung von Diabetesvorsorge, in der Tabakkontrolle und Förderung des Nichtrauchens, der Propagierung regelmäßiger körperlicher Bewegung und anderen Interventionen zur Verminderung von Risikofaktoren sowie in jüngster Zeit auch in neuen Feldern wie e-Health, m-Health, Healthcare Information Systems und Telemedizin erfolgreich eingesetzt [10], [8] ([Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien](#)). Die Theorie ist besser nutzbar für die Übernahme neuen Verhaltens als für die Beendigung bereits eingeschliffener (schädigender bzw. riskanter) Verhaltensmuster.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht wird seit einigen Jahren kritisiert, dass ein Großteil der empirischen Evidenz, insbesondere die Adopter-Kategorien und ihre angenommene Verteilung, nicht explizit aus Public Health-Fragestellungen oder -Populationen entwickelt worden ist bzw. (noch) nicht entsprechend neu vermessen oder angepasst wurde. Auch seien Merkmale und Strategien der Partizipation und Teilhabe (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) im Modell eher nachrangig behandelt. Der Fokus auf Individuen und deren Verhaltensänderung kann unter Umständen Blaming the victim-Effekte befördern. Gleichzeitig könnte mit dem Modell aber auch der Blick auf die Ressourcen oder Unterstützung im sozialen Umfeld, die Aktivierung der Nachzügler sowie die isolierten Personen gelenkt werden.

Bei der Einteilung von Menschen(-gruppen) entlang der fünf idealtypischen Kategorien muss nach sozio-demographischen Faktoren wie Alter und persönlichen, sozialen und finanziellen Ressourcen differenziert werden. Strukturelle Barrieren, mangelnde Ressourcen (Geldknappheit, Analphabetismus, Überforderung) oder auch Produkte und Maßnahmen, die von den Nutzenden als problematisch bewertet werden, können für ein Nichtannehmen verantwortlich sein. Insbesondere dann, wenn sich die Diffusion kurz vor oder beim Erreichen der Nachzüglerinnen und Nachzügler verlangsamt, besteht die Gefahr, dass dies zu einer neuen Chancenungleichheit [11] ([Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit](#)) führt, die mit einer zusätzlichen gesellschaftlichen Ausgrenzung einhergehen kann.

Gesundheits- und Präventionsmarketing

Gesundheits- und Präventionsmarketing beschreibt einen Ansatz, bei dem die Methoden des klassischen (d. h. kommerziellen) Marketings für Ziele der Gesundheitsförderung und der Prävention angewendet werden. „Indem positive Emotionen und Motive angesprochen und in uns geweckt werden“ ([12], S. 7), sollen Ziel- und Risikogruppen zu gesundheitsförderlichem Verhalten motiviert werden, statt sie mit negativen Emotionen durch Furchtappelle abzuschrecken [3] ([Gesundheitskommunikation](#)). Durch strategisches Planen einer Kampagne oder eines Projekts, das sich an den Interessen einer Ziel- oder Risikogruppe ausrichtet, soll die Akzeptanz für eine gesundheitsbezogene Idee oder Verhaltensweise erhöht werden. Gesundheitsmarketing ist daher „ein strategisches Kommunikationskonzept, das Programme bekannt macht und anpreist, und das Organisationen dazu motiviert, Strukturen und Prozesse zu ändern, sowie Personen, sich gesundheitsschützend zu verhalten. Die risikomindernden oder gesundheitsförderlichen Ziele und Inhalte werden wie Produkte des Profit- oder kommerziellen Marketing kommuniziert.“ ([13], S. 166).

Das kommerzielle Marketing des Wirtschaftsbereichs ist eine Strategie mit dem Ziel, das Kaufverhalten von Konsumentinnen und Konsumenten zu beeinflussen. Es werden Waren und Produkte für die Befriedigung eines tatsächlichen oder zu weckenden Bedarfs verkauft zum Zwecke der Gewinnmaximierung der Verkaufenden. Dies kann auch für zahlreiche gesundheitsbezogene Angebote, Dienstleistungen und Produkte eine zielführende Strategie sein, wie die Vermarktung von Lifestyle- und Wellnessangeboten, (freiverkäufliche) Arzneimittel, Kleidung und Ernährungsprodukten mit (vermeintlichem) Gesundheitsnutzen auf dem sogenannten Zweiten Gesundheitsmarkt zeigt. Er finanziert sich nicht über die Versicherungsbeiträge der Krankenversicherungen, sondern über die Konsumausgaben der Bürgerinnen und Bürger.

Im Gegensatz dazu zielt das Gesundheits- und Präventionsmarketing im Sinne des Sozialen Marketings nicht auf Profite ab und unterscheidet sich vom kommerziellen Marketing dadurch, dass es der Zielpopulation bzw. der Gesellschaft generell nützen soll und nicht primär den Produktanbietenden und ihrer Gewinnmaximierung. Es ist auf die Veränderung von ideellen Zielen und sozialen Werthaltungen sowie auf die Beeinflussung von tradierten (schädlichen) Gewohnheiten ausgerichtet. Daher werden mit dem Sozialen Marketing neben der Gesundheit auch Ziele wie Ressourcenschonung, Klimawandelanpassung, Hitze- und Umweltschutz, Gleichstellung, Gerechtigkeit und Gewaltlosigkeit verfolgt [14].

Zahlreiche gesundheitsbezogene Programme weltweit sind mithilfe des Konzepts des Sozialen Marketing entwickelt und umgesetzt worden (Familienplanung und Empfängnisverhütung, Verhütung übertragbarer Infektionen STI, Impfprogramme, Programme zur AIDS-Prävention, Inanspruchnahme von Krebs- Früherkennungsuntersuchungen, Herz-Kreislauf-Interventionsstudien etc.). Aus dem deutschsprachigen Raum können exemplarisch die schweizerische Informationskampagne „Leichter leben“ oder die Kampagne der deutschen Felix Burda Stiftung „Wer seinen Partner liebt, schickt ihn zur Darmkrebsvorsorge“ genannt werden. Die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) der USA, die in etwa der Zuständigkeit des Robert Koch-Instituts in Deutschland entsprechen, haben den Ansatz schon in den 2000-er Jahren in ihr erweitertes Konzept des Health Marketing aufgenommen.

Gesundheitsmarketing im Sinne des Sozialen Marketing wird von Organisationen betrieben, die selbst keine primär wirtschaftlichen Ziele verfolgen und hat den Nutzen und das Wohl der Gesellschaft oder spezieller Zielpopulationen im Blick; das gewünschte Ergebnis bedeutet mehr Gesundheit und Wohlbefinden. Eher ein Nebeneffekt sind dann geringere Anforderungen an die Ressourcen des Gesundheits- und Gemeinschaftswesens. Es konkurriert dabei mit anderen Marketingkampagnen für kommerzielle zum Teil gesundheitsschädliche Produkte (wie Tabak, Alkohol und zuckerhaltige Lebensmittel) und ist im Vergleich zu diesen meist finanziell und personell dürftiger ausgestattet. So stehen etwa die notwendigen Ressourcen bei der Kampagnenentwicklung – z. B. zur systematischen Erforschung des Marktes im Rahmen einer Analyse der Ausgangssituation, zur reichweitenstarken medialen Verbreitung, einer professionellen Gestaltung und zur systematischen Prüfung der Wirksamkeit (sogenannte summative Evaluation) – zumeist nicht hinreichend Mittel zur Verfügung.

Der Ansatz setzt die Instrumente des klassischen Marketing- bzw. Problemlösungsmix ein, wofür die vier Ps stehen: Produkt, Preis, Promotion und Platzierung. Für Programme der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung steht jedoch zumeist kein Produkt im Mittelpunkt der Kampagne. Vielmehr geht es darum, das Image oder den Nutzen eines gesundheitsförderlichen Verhaltens (z. B. des Impfens) zu propagieren. Der *Preis* bedeutet hier das Verhältnis zwischen den Kosten und dem Nutzen (vgl. Health belief-Modell). Hier können finanzielle, soziale oder situative Kosten unterschieden werden. Für die

Promotion oder Verbreitung stehen eine Vielzahl von Kanälen und Methoden zur Verfügung wie Broschüren, Zeitungsartikel, soziale Medien und mobile Technologien, Events, Stände etc. (vgl. Modell der persuasiven Kommunikation).

Vor deren Einsatz sollte bekannt sein, welche Personen oder Institutionen als besonders glaubwürdig angesehen werden (Vorbilder bzw. Lernmodelle im Sinne der Sozial-kognitiven Theorie; [7]). Generell müssen Kommunikation und Empfänger in Hinblick auf Sprache, Medien und Inhalten zusammenpassen (Audience Segmentation). Die richtige Platzierung meint das Auffinden, die Ansprache und den Zugang zur ausgewählten Population. Hiermit sind sowohl der physische Zugang zum Angebot gemeint (z. B. hinderliche Treppen zur Mütterberatungsstelle für Kinderwagen) als auch die Sensibilität für Sprachbarrieren und kulturelle oder religiöse Normen (siehe dazu die funktionale Form der [Gesundheitskompetenz / Health Literacy](#) [15]).

An der Übertragung des Marketingansatzes auf den Gesundheitsbereich gab es seit seiner Einführung zum Teil fundamentale Kritik. So wird u. a. kritisiert, dass dadurch

- Verhaltensprävention und Kommunikationspolitik priorisiert werden (im Gegensatz zur zumindest tendenziell struktur- und umweltorientierten Gesundheitsförderung und Verhältnisprävention),
- die Gefahr besteht, die Zielgruppen zu manipulieren statt sie zu Partizipation (Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger) anzuregen,
- einzelne – oftmals sowieso schwer erreichbare – Gruppen durch die Segmentierung ausgegrenzt werden oder
- sich kommerzielle und gemeinwohlorientierte Interessen der Organisationen in den Kampagnen vermischen (beispielsweise durch die Finanzierung durch Pharma- oder Nahrungsmittelkonzerne).

Dennoch sind Marketingmethoden und damit die zielgruppenorientierten Ansätze mit systematischer Planung und Evaluation in Prävention und Gesundheitsförderung mittlerweile fester Bestandteil von Gesundheitsprogrammen.

Die Marketingperspektive liefert Planungshilfen und weist Ähnlichkeiten zu systematischen Ansätzen der Projektplanung (vgl. PRECEDE/PROCEED-Modell; Intervention Mapping) sowie zur Kampagnenentwicklung (Medienanwaltschaft, Diffusion von Innovationen, Gesundheitskommunikation) auf.

Medienanwaltschaft – Interessenvertretung über die Medien und Agenda-Setting

Medienanwaltschaft (Media Advocacy) ist eine Strategie, öffentliche und private Medien als Informationsträger und Ressource gezielt(er) für soziale bzw. gesundheitliche Anliegen zu nutzen. Durch Anwaltschaft soll die Bevölkerung gegen die Interessen derer verteidigt werden, die die Medien einsetzen, um über diesen Weg ungesunde Einstellungen und Produkte bekannt und akzeptabel zu machen. Dabei wird davon ausgegangen, dass Medien einen starken Einfluss darauf haben, welche Themen in der breiten Bevölkerung diskutiert und folglich auf (gesellschafts-)politischer Ebene bearbeitet werden.

Ein wichtiges Element des Modells ist das Agenda Setting [16]. Der Ansatz geht davon aus, dass die Thematisierung und Priorisierung in den Medien, die Problemwahrnehmung der dargestellten Themen und Standpunkte in der Bevölkerung verändert. Die Berichterstattung in den Medien beeinflusst damit die Wahrnehmung von Themen in der öffentlichen und politischen Diskussion und damit auch die Diffusion von Gesundheitsförderungsaktivitäten (vgl. Diffusionstheorie).

Die Medienanwaltschaft wurde Ende der 1980-er Jahre von Kommunikationsforscherinnen und -forschern in den USA entwickelt. Sie entstand als Ergebnis zunehmender Zusammenarbeit zwischen Gesundheits-(Public Health-)Initiativen, Bürgerrechtsbewegungen und Verbraucherschutzanwälten und -anwältinnen. Medienanwaltschaft erwies sich als ein wichtiges Instrument im komplexen Kampagnen-Mix für öffentliche Tabakkontrolle, für Nichtraucherinnen und Nichtraucherschutz und -förderung sowie in der Bekämpfung und Vorbeugung alkoholbedingter Probleme. Die Strategie ist in den USA in vielen weiteren Feldern und Themen umgesetzt worden: zur Begrenzung der Verfügbarkeit von gezuckerten Getränken in Kindergärten und Schulen, zur Nährwertkennzeichnung von Lebensmitteln (sogenannter Nutriscore), zur Verbesserung des freien und sicheren Zugangs zu öffentlichen Orten von Menschen, die körperlich und sportlich aktiv sein wollen, zur Förderung und Verbreitung des Stillens an öffentlichen Orten, zur Gesundheitsförderung in sozial und ökologisch benachteiligten Quartieren etc..

Medienanwaltschaft wird bis heute eingesetzt, um gesellschaftlichen bzw. medialen Druck für gesundheitliche und sozialpolitische Veränderungen zu erzeugen. Zielgruppe sind dabei nicht die einzelnen, sich selbstschädigend oder problematisch verhaltenden Individuen (z. B. Raucherinnen und Raucher), sondern diejenigen, die gesellschaftliche Verantwortung für die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung haben. Dies sind Politikerinnen und Politiker, Entscheidungsträgerinnen und -träger sowie wirtschaftliche und andere Führungskräfte mit der Macht, Entscheidungen über die physische, legale und soziale Umwelt von Menschen zu fällen und die Rahmenbedingungen vorzugeben, innerhalb derer die Einzelnen leben und Gesundheitsentscheidungen treffen (müssen). Daher können auch Journalistinnen und Journalisten als wichtige Gatekeeper adressiert werden, in der Hoffnung, dass sie dafür sorgen, die Themen auf die Medienagenda zu bringen (sogenanntes Agenda Building) und dadurch die Entscheidungstragenden zum Handeln zu bewegen. Medienanwaltschaft zielt somit nicht darauf ab, die individuellen Verbraucherinnen und Verbraucher z. B. für den Kauf und Verzehr ungesunder Nahrungsmittel verantwortlich zu machen, sondern diejenigen in die Verantwortung zu nehmen, die über die Strukturen und Produkte entscheiden.

Wenn Massenmedien über Gesundheitsangelegenheiten berichten, verweisen sie oft auf individuelles Fehlverhalten und betonen die entsprechende Eigenverantwortlichkeit der Konsumentinnen und Konsumenten. Die Philosophie des eigenverantwortlichen Individuums nutzen die Hersteller von z. B. Alkoholika und Tabakprodukten und verweisen bis heute auf die scheinbar frei gewählte Entscheidung für das jeweilige Konsumverhalten („Ich rauche gern!“; „You decide!“). Auf kritische Anfragen hin betonen sie, dass Menschen selbstbestimmt seien und eventuelle Gesundheitsrisiken freiwillig und informiert eingingen. Die Medienanwaltschaft macht hingegen auf die strukturellen und normativen Bedingungen für individuelles Verhalten und den persönlichen Konsum aufmerksam, unter denen sich ein Risiko oder eine (z. B. Drogen-, Zigaretten- oder Alkohol-)Abhängigkeit erst zum persönlichen Problem entwickeln kann. Sie argumentiert auch, dass hier dem Opfer bzw. der Person mit weniger Handlungsspielraum bzw. geringerer Machtposition die Schuld zugeschoben werde (Blaming the victim).

Im Gesundheitsbereich richtet sich Medienanwaltschaft bisher beispielsweise gegen Zigaretten- und Alkoholwerbung und -konsum. In den Kampagnen werden drei zentrale Strategien eingesetzt:

- Kreative Epidemiologie (Creative Epidemiology, Social Math): Wissenschaftlich solide Daten werden gesammelt und dann so übersetzt, dass sich die Medien und in der Folge auch die Öffentlichkeit dafür interessieren.
- Den Verständnisrahmen neu setzen (reframing): Eine zweite Strategiekomponente zielt auf die (Re-)Konstruktion oder Umdeutung von Bildern oder Symbolen, die an grundsätzliche menschliche Werte oder tiefe Überzeugungen appellieren.
- Meldungen auf die Agenda bringen: Zufällige oder inszenierte Anlässe oder Veranstaltungen (wie Pressekonferenzen) oder Jahrestage werden genutzt, um damit die Aufmerksamkeit der Medien zu erregen und sie dazu zu bringen, entweder bisher kaum Beachtetes auf die Agenda zu setzen oder bereits Bekanntes aus einem neuen Blickwinkel heraus zu beleuchten.

Ein Beispiel für eine Gesundheitskampagne durch Medienanwaltschaft in Deutschland ist die Advocacy-Arbeit zur Finanzierung von Fertilitätsbehandlungen (z. B. die Konservierung von Eizellen) bei jungen Erwachsenen mit Krebs [17] oder die jährlichen Aktivitäten zum Welt-AIDS-Tag an jedem 1. Dezember. Ebenso kann man auch Gesundheitsinfluencerinnen und -influencer in sozialen Medien dazu zählen, die häufig auf der Basis eigener Erfahrungen (z. B. mit einer Krebserkrankung) als Multiplikatorinnen oder Multiplikatoren, Gatekeeper oder emotional caregiver auftreten [18]. Noch wenig in den Blick geraten sind Advocates für Patientinnen oder Patienten sowie Gesundheitspersonal mit Migrationshintergrund, die mehr interkulturelle Sensibilität einfordern.

Weiterführende Quellen:

- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health Behavior: Theory, Research, and Practice. Jossey-Bass; 2015. (Jossey-Bass Public Health).
- Nutbeam D, Harris E, Wise W. Theory in a nutshell: A practical guide to health promotion theories. Sydney, New York: McGraw-Hill; 2010.
- Walter U, Koch U, Plaumann M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2. edn. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2015. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Sonderheft 1).

References

1. Fehr R. Ökologische und humanökologische Perspektive. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I082-3.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I082-3.0)
2. Hurrelmann K, Richter M. Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I008-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I008-2.0)
3. Schäfer M, Reifegerste D. Gesundheitskommunikation. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I056-2.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I056-2.0)
4. Reifegerste D. Gesundheitskommunikation in der Prävention und Gesundheitsförderung für schwer erreichbare Zielgruppen. In: Tiemann M, Mohukum M, editors. Prävention und Gesundheitsförderung. Heidelberg: Springer; 2020. p. 258–93.
5. McGuire W. Input and output variables currently promising for constructing persuasive communications. In: Rice RE, Atkin CK, editors. Public communication campaigns. Thousand Oaks: Sage; 2012. p. 22–48.
6. Arens M. Theorieansätze und Hypothesen in der Medienpädagogik: Die Lasswell-Formel. In: Sander U, Von Gross F, Hugger KU, editors. Handbuch Medienpädagogik. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2021. p. 1–7.
7. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Educ Behav. 2004 Apr;31(2):143–64. DOI:[10.1177/1090198104263660](https://doi.org/10.1177/1090198104263660)
8. Ludwigs S, Nöcker G. Social Media / Gesundheitsförderung mit digitalen Medien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2020. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I107-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I107-2.0)
9. Rogers EM. Diffusion of innovations. New York, London, Toronto, Sydney: Free Press; 2003.
10. Karnowski V. Die Bedeutung der Diffusionsforschung für die Gesundheitskommunikation. In: Rossmann C, Hastall MR, editors. Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven. Heidelberg: Springer; 2019. p. 359–70.
11. Kaba-Schönstein L, Kilian H. Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien-und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I052-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I052-3.0)
12. Scherenberg V. Präventionsmarketing: Ziel- und Risikogruppen gewinnen und motivieren. 2 edn. Stuttgart: utb; 2022.
13. Schlicht W, Zinsmeister M. Gesundheitsförderung systematisch planen und effektiv intervenieren. 2015 edn. Berlin, Heidelberg: Springer; 2015.
14. Fretwurst B, Friemel T. Social Marketing. In: Siegert G, Wirth W, Weber P, Lischka JA, editors. Handbuch Werbeforschung. Heidelberg: Springer VS; 2016. p. 669–87.
15. Jordan S. Gesundheitskompetenz / Health Literacy. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. 2023. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-I065-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I065-3.0)
16. Rössler P. Agenda setting-Effekte im Gesundheitsbereich. In: Rossmann C, Hastall MR, editors. Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven. Heidelberg: Springer; 2019. p. 295–306.
17. Stüwe J, Pawlowski F. PR und Advocacy-Arbeit von und für junge Erwachsene mit Krebserkrankungen. In: Reifegerste D, editor. PR und Organisationskommunikation im Gesundheitswesen. Interdisziplinäre Perspektiven auf Wertehorizonte und deren Spannungsfelder. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2021. p. 159–73.
18. Heiss R, Rudolph L. Patients as health influencers: motivations and consequences of following cancer patients on Instagram. Behaviour & Information Technology. 2023 Apr 26;42(6):806–15. DOI:[10.1080/0144929X.2022.2045358](https://doi.org/10.1080/0144929X.2022.2045358)

Korrespondenz: Prof. Dr. Doreen Reifegerste, Universität Bielefeld, Professorin für Gesundheitskommunikation, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 4: Prävention und Gesundheitsförderung, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, Germany, E-mail: doreen.reifegerste@uni-bielefeld.de

Zitierhinweis: Reifegerste D, Franzkowiak P, Seibt AC. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 3: Persuasion, Diffusion, Marketing und Medienanwaltschaft. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIOG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: [10.5680/BIOEG:LB-i014-1.0](https://doi.org/10.5680/BIOEG:LB-i014-1.0)

Copyright: © 2026 Doreen Reifegerste et al.
Diese Open-Access-Publikation steht unter den Bedingungen der Lizenz: Creative Commons Attribution 4.0 International. Lizenz-Angaben siehe: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>