

Geschlecht und Gesundheitskommunikation

Susanne Kinnebrock und Anna Wagner

Inhaltsübersicht

0. Einleitung	287
1. Konzeptionen von Geschlecht	289
2. Konturen des Forschungsfeldes Gesundheitskommunikation	290
3. Geschlechterperspektiven in der Gesundheitskommunikation	291
3.1 Von ‚Frauenkrankheiten‘ und ‚Männerkrankheiten‘: Medieninhaltsforschung und Geschlechterfragen	292
3.2 Gesundheit als Frauensache? Geschlechterfragen in der Nutzungsforschung	295
3.3 Was wirkt wie auf wen? Geschlechterfragen in der Wirkungsforschung der Gesundheitskommunikation	298
4. (Not quite yet) doing gender – Plädoyer für einen geschlechtersensiblen Ansatz in der Gesundheitskommunikation	301

0. Einleitung

Gesundheits- und Krankheitsdarstellungen sind in den Medien allgegenwärtig. In Zeitungen, Zeitschriften und im Fernsehen wird über Epidemien und chronische Erkrankungen, Gesundheitspolitik, Fitness, Ernährung und Lifestyle berichtet. Gesundheitskampagnen in Form von Plakaten und Spots sollen zur Schutzimpfung, Organspende oder zur Verkehrssicherheit beitragen und auf *Social Media*-Plattformen werden zunehmend Fragen nach der richtigen Ernährung und dem ‚gesunden‘ Körper verhandelt. Zudem werden Verhaltensweisen wie Alkoholkonsum oder gesunde Ernährung auch in Unterhaltungsangeboten wie Filmen oder Serien dargestellt. Im gesellschaftlichen Diskurs über Gesundheit und Krankheit kommt der medialen Kommunikation damit eine Schlüsselrolle zu, individuelle wie gesellschaftliche Vorstellungen werden insbesondere auch dadurch geprägt, wie Gesundheit und Krankheit (massen-) medial dargestellt, problematisiert und verhandelt werden. Diese mediale Kommunikation rund um

Gesundheits- und Krankheitsthemen ist Gegenstandsbereich des Forschungsfeldes Gesundheitskommunikation, das wiederum einen Teilbereich der Kommunikationswissenschaft darstellt.

Im Forschungsfeld Gesundheitskommunikation widmet man sich primär medialen Darstellungen von Gesundheit und Krankheit, der Nutzung und Selektion von Gesundheitsinformationen sowie den individuellen und gesellschaftlichen Wirkungen von impliziten wie expliziten Gesundheitsbotschaften. Fragestellungen im Feld der Gesundheitskommunikation sind schon deshalb eng mit Geschlechterfragen verknüpft, weil dem (geschlechtlichen) Körper als Objekt von Vorsorge- und Präventionsverhalten, aber auch von Erkrankungen, eine zentrale Rolle zukommt. Die (mediale) Kommunikation spezifischer Männer- und Frauenkrankheiten (beispielsweise Prostatakrebs oder Gebärmutterhalskrebs) wird ebenso erforscht wie die Kommunikation von Themen, die grundsätzlich beide Geschlechter betreffen, jedoch in Abhängigkeit von der jeweiligen Zielgruppe (Männer vs. Frauen) unterschiedlich aufbereitet werden. Zudem sind Fragen nach geschlechterstereotypen Darstellungen von Männern und Frauen in Unterhaltungsmedien sowie damit einhergehende Wirkungen auf Körperzufriedenheit und Essverhalten Gegenstand der Forschung wie auch Geschlechterunterschiede bei der Nutzung von Informationsquellen zu Krankheit und Gesundheit.

Obwohl Geschlechteraspekte also die theoretischen wie empirischen Forschungen im Bereich der Gesundheitskommunikation durchziehen, ist eine systematische Untersuchung und kritische Reflexion der Rolle von Geschlecht innerhalb des Feldes bislang ausgeblieben. Der vorliegende Beitrag intendiert deshalb, Geschlechterperspektiven im Bereich der Gesundheitskommunikation zu identifizieren und kritisch zu beleuchten. Konkret interessiert uns, inwieweit Geschlecht als „Analysekategorie“¹ in die Forschungen der Gesundheitskommunikation integriert ist: Wie wird Geschlecht in entsprechenden Studien konzeptualisiert und operationalisiert? Welche Folgen haben Forschungsdesignentscheidungen zum Umgang mit der Kategorie Geschlecht für die Validität einzelner Studien oder gar den Stand des gesamten Forschungsfeldes? Oder anders gefragt: Wo erscheint es ratsam, Geschlecht als Analysekategorie noch stärker zu berücksichtigen? Diesen Fragen geht der vorliegende Artikel nach.

1 Scott 1986.

1. Konzeptionen von Geschlecht

Grundsätzlich kann Geschlecht – innerhalb der wissenschaftlichen Forschung im Allgemeinen und der Gesundheitskommunikation im Speziellen – sehr unterschiedlich adressiert werden. So stellt sich in einem ersten Schritt die Frage, inwieweit auf das *biologische Geschlecht* Bezug genommen wird und welche Rolle es im Kontext von Gesundheit und Krankheit einnimmt. Für den Bereich der Medizin konstatiert Mariacarla Gadebusch Bondio: „Frauen und Männer weisen bezüglich Prädisposition, Inzidenz, Entstehung, Symptomatik, Entwicklung und Behandlungschancen vieler Krankheiten bemerkenswerte Unterschiede auf. Biologische Geschlechtermerkmale sind medizinisch relevante Tatsachen.“² Dementsprechend wäre zu erwarten, dass Studien im Bereich der Gesundheitskommunikation ihre Befunde unter anderem auch entlang des biologischen Geschlechts differenzieren und Unterschiede entsprechend dokumentieren.

Mit Blick auf die Relevanz von Geschlecht in Lebenswelt und Gesellschaft ist darüber hinaus vor allem das *soziokulturelle Geschlecht* zu berücksichtigen. Menschen inszenieren ihre Körper als Geschlechterkörper³, haben Vorstellungen von sich selbst als geschlechtliche Wesen (Geschlechteridentifikation⁴), orientieren ihr Verhalten an gesellschaftlich konsensuierten Geschlechterrollen (Geschlechtsrollenorientierung⁵) und vergewissern sich ihres Geschlechts und der Geschlechterunterscheidung in ihren alltäglichen Interaktionen („doing gender“⁶). Es sind vor allem diese Aspekte des soziokulturellen Geschlechts, die sich im alltäglichen Handeln äußern und dafür sorgen, dass geschlechterdifferente Wertvorstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit kultiviert und tradiert werden.⁷

Und schließlich kann Gender noch als *Bedeutungssystem* gefasst werden. Mit Blick darauf, dass kulturelle Manifestationen und (Medien-) Diskurse von geschlechtlich konnotierten Dualismen durchzogen sind, beschäftigt sich die (de-) konstruktivistische Geschlechterforschung mit der Frage, wie der Gegensatz von Männlichkeit und Weiblichkeit kulturell im-

2 Gadebusch Bondio 2014: 12.

3 Siehe z. B. Butler 1993.

4 Siehe z. B. Ernst 2002.

5 Siehe z. B. Bem 1974.

6 Siehe z. B. West/Zimmerman 1987; Gildemeister 2010.

7 Gadebusch Bondio 2014.

mer wieder (re-) produziert wird – sei es bei der (geschlechterstereotypen) Repräsentation von Personen, aber auch bei der Darstellung gänzlich anderer, vermeintlich geschlechtsfreier Sachverhalte.⁸ Die Muster der Dualisierung, Vergeschlechtlichung und Hierarchisierung interessieren hier, die durchaus auch bei der Kommunikation von Gesundheit, Krankheit und Pflege – und damit im Bereich der Gesundheitskommunikation – Anwendung finden können.

2. Konturen des Forschungsfeldes Gesundheitskommunikation

Folgt man gängigen Definitionen, dann befasst sich Gesundheitskommunikation mit den „sozialen Bedingungen, Folgen und Bedeutungen von gesundheitsbezogener und gesundheitsrelevanter, intendierter und nicht-intendierter, intrapersonaler, interpersonaler, medialer und öffentlicher Kommunikation.“⁹ Gegenstand ist somit die (massen)mediale, aber auch die nicht-medial vermittelte Kommunikation zu Gesundheits- und Krankheits-themen. Als vergleichsweise junges Forschungs- und Anwendungsfeld der Kommunikationswissenschaft hat sich die Gesundheitskommunikation im deutschsprachigen Raum erst in den letzten zwanzig Jahren fest etablieren und institutionell verankern können. Die Ursprünge des Feldes liegen im anglo-amerikanischen Raum, wo die Etablierung der Gesundheitskommunikation bereits in den 1970er Jahren erfolgte. Wie die Kommunikationswissenschaft an sich ist auch das Forschungsfeld Gesundheitskommunikation stark international orientiert, interdisziplinär angelegt und steht, was Theorien und Methodik anbelangt, in regem Austausch mit den Nachbardisziplinen Medizin, Psychologie und Soziologie.¹⁰

Bei der Einordnung wissenschaftlicher Untersuchungen aus dem Bereich der Gesundheitskommunikation erscheint es plausibel, sich – ähnlich wie in der Kommunikationswissenschaft – am schematischen Ablauf eines Kommunikationsprozesses zu orientieren und zwischen kommunikatororientierten, inhaltsorientierten, nutzungsorientierten und schließlich wirkungsorientierten Studien zu unterscheiden.¹¹ So existieren zunächst Forschungen zu den *KommunikatorInnen* von Gesundheitsinformation, die

8 Z. B. Klaus 2005; Wetterer 2010.

9 Rossmann 2017: 8.

10 Rossmann 2017.

11 Rossmann 2017; Rossmann/Ziegler 2013.

sich beispielsweise den MedizinjournalistInnen, ihren Selektionskriterien und ihren Verarbeitungsroutinen bei der Aufbereitung von Gesundheitsthemen widmen. Im Zentrum von Untersuchungen zu *Medieninhalten* stehen Darstellungen von Gesundheit und Krankheit in den Medien. Hierzu zählen Fragestellungen wie beispielsweise jene nach der Repräsentation von Medizin und Pflegepersonal in fiktionalen Fernsehserien oder auch nach der Aufbereitung von Informationen zu Erkrankungen in der journalistischen Berichterstattung. Forschungen zu *Nutzung und Selektion* befassen sich damit, wer sich wie über Gesundheits- und Krankheitsthemen informiert. Konkret geht es darum, warum und wie bestimmte Individuen oder Bevölkerungssegmente gesundheitsbezogene Medieninhalte auswählen (oder auch nicht) und sich ihnen dann entsprechend zuwenden (oder sie auch meiden). Und schließlich stehen *Wirkungen* im Zentrum gesundheitskommunikationswissenschaftlichen Interesses, d. h. der Einfluss von Medieninhalten auf Wahrnehmungen, Einstellungen, Intentionen und Gesundheitsverhalten. Die Wirkungsforschung erhält innerhalb des Feldes Gesundheitskommunikation bislang die größte Aufmerksamkeit, häufig stehen dabei Persuasionseffekte im Mittelpunkt, also die Frage, „wie Botschaften aufbereitet sein müssen, um Menschen zu überzeugen und zu einem gesundheitsfördernden Verhalten zu bewegen.“¹² Das Feld der Gesundheitskommunikation ist mit Blick auf die methodischen Zugänge überwiegend von quantitativen Forschungen geprägt,¹³ wobei Studien mit experimenteller Untersuchungsanlage angesichts der Dominanz von Wirkungsstudien eine besonders große Rolle spielen.

3. Geschlechterperspektiven in der Gesundheitskommunikation

In allen vier genannten Teilbereichen der Gesundheitskommunikation ist eine Analyse von Geschlechterfragen grundsätzlich möglich. Welche Bedeutung Geschlecht als Analysekategorie im Feld der Gesundheitskommunikation aktuell zukommt, wie Geschlecht theoretisch und methodisch gefasst wird und worauf bevorzugt rekurriert wird (auf biologisches Geschlecht, soziokulturelles Geschlecht oder Geschlecht als Bedeutungssystem) soll im Weiteren analysiert und kritisch reflektiert werden. Konkret

12 Rossmann/Ziegler 2013: 386.

13 Rossmann 2017.

möchten wir schlaglichtartig die Berücksichtigung von Geschlechterperspektiven innerhalb derjenigen drei Forschungsbereiche der Gesundheitskommunikation beleuchten, die sich durch umfangreiche Forschungsarbeiten auszeichnen (Medieninhaltsforschung, Nutzungsforschung sowie Wirkungsforschung). Von Ausführungen zur Kommunikatorforschung sehen wir angesichts ihrer eher marginalisierten Position im Feld hingegen ab. Anhand ausgewählter Beispiele illustrieren wir im Folgenden, inwieweit Geschlechterperspektiven in der Gesundheitskommunikation berücksichtigt werden und zeigen dabei mögliche Forschungsdesiderate auf.

3.1 Von ‚Frauenkrankheiten‘ und ‚Männerkrankheiten‘: Medieninhaltsforschung und Geschlechterfragen

Die systematische Analyse von Medieninhalten mit Gesundheitsbezug stellt Fragen nach Form und Inhalt von Gesundheits- und Krankheitsdarstellungen in fiktionalen Medienformaten (z. B. Filme oder TV-Serien), faktual-journalistischen Formaten (z. B. Beiträge des Medizinjournalismus) oder informativ-persuasiven Formaten (z. B. Flyer oder Webseiten mit Gesundheitsinformationen) und untersucht darüber hinaus gesundheitsbezogene Debatten in Sozialen Medien. Dabei werden Geschlechterfragen entweder eher *implizit*, und damit nebenbei, berücksichtigt oder sie stehen *explizit* im Zentrum des Erkenntnisinteresses von empirischen Untersuchungen.

Inhaltsanalytische Forschungen, bei denen meist keine Geschlechterperspektive expliziert wird, die aber dennoch implizit einen Geschlechterbezug aufweisen, befassen sich in der Regel mit der medialen Darstellung und Aufbereitung von Erkrankungen und Vorsorgemaßnahmen, die fast ausschließlich entweder Frauen oder Männern betreffen (z. B. Erkrankungen und Vorsorge im Bereich Prostata-, Brust- oder Gebärmutterhalskrebs). Geschlecht wird hier primär biologisch konzeptualisiert bzw. erfolgen die empirischen Untersuchungen ausgehend von medizinisch-biologischen Faktoren. Dies wird beispielsweise beim Thema Brustkrebs bei Frauen deutlich, das sowohl im Journalismus¹⁴ als auch in der kommuni-

14 Scherer/Link 2017.

kationswissenschaftlichen Forschung¹⁵ große Aufmerksamkeit erfährt und zumeist als ‚naturegebene‘ Frauenkrankheit gilt.

Wissenschaftliche Untersuchungen zu Medieninhalten im Feld Gesundheitskommunikation, die gezielt eine Geschlechterperspektive anlegen, fragen demgegenüber explizit nach der Reproduktion bestehender Geschlechtervorstellungen und -rollen durch Medien sowie nach dem Verhältnis von sozialer Wirklichkeit und dargestellter Medienwelt. Studien zum *Gender Bias* in der Gesundheitsberichterstattung, zu Körperbildern und zur Darstellung von medizinisch-pflegerischen Berufen stehen exemplarisch für eine solche Perspektive und sollen im Folgenden kurz betrachtet werden.

Inhaltsanalysen, die sich der aktuellen Berichterstattung widmen und im Zuge dessen explizit Geschlechterfragen adressieren, nehmen häufig eine medienkritische Perspektive ein und untersuchen, inwieweit Erkrankungen als spezifische Männer- oder Frauenkrankheiten medial konstruiert werden, obwohl die medizinisch-biologische Inzidenz dies in der Realität nicht nahelegt. Untersuchungen dieser Art fokussieren also darauf, geschlechterspezifische Verzerrungen (*Gender Biases*¹⁶) in der Berichterstattung zu identifizieren und zu problematisieren. Beispiele dafür sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die in der journalistischen Berichterstattung fälschlicherweise als typisches Männerproblem dargestellt werden, oder auch HIV/AIDS, wo Medienbeiträge dazu tendieren, das Ansteckungsrisiko für Frauen unter- und jenes für homosexuelle Männer überzubetonen.¹⁷

Ein weiterer Fokus der inhaltsanalytischen Untersuchungen mit expliziter Geschlechterperspektive ist die Art und Weise, wie der Umgang mit Erkrankungen medial aufbereitet und porträtiert wird. Es interessiert dabei, inwieweit traditionelle Geschlechtervorstellungen und tradierte Rollenverständnisse zum Tragen kommen und welche Zuständigkeiten geschlechterspezifisch zugeschrieben werden. Dabei zeigte sich beispielsweise, dass Brustkrebs als Frauenerkrankung typischerweise als individuelles Problem porträtiert wird, während Prostatakrebs als Krankheit dargestellt wird, die beide Beziehungspartner betrifft und auch von beiden gemeinschaftlich zu bewältigen ist.¹⁸ Es konnte zudem gezeigt werden, dass

15 Fromm et al. 2011.

16 Siehe Yang et al. 2017.

17 Hoffman-Goetz et al. 2005; Raheim 1996.

18 Arrington/Goodier 2004; Lantz/Booth 1998.

sich in solchen Medienbeiträgen bestimmte Vorstellungen von Erkrankungen mit tradierten Geschlechterrollen verknüpfen, was Geschlechterstereotypen vertiefen kann (z. B. das Stereotyp der hegenden und pflegenden Frau, die für soziale Beziehungen zuständig ist).

Neben geschlechterspezifischen Krankheitsdarstellungen sind Körperbilder sowie damit verbundene Wahrnehmungs- und Essstörungen typische Forschungsgegenstände einer Gesundheitskommunikation mit Geschlechterbezug. Die in der jeweiligen Gegenwartsgesellschaft vorherrschenden Attraktivitätsvorstellungen finden sich auch in Medien wieder, wobei Medien hier nicht nur als passive Spiegel fungieren, sondern dazu tendieren, die gängigen Attraktivitätskriterien stark zu betonen und dabei Männer- und Frauenkörper sehr unterschiedlich, ja sogar gegensätzlich zu konzipieren. Erving Goffman¹⁹ hat dafür bereits in den 1970er Jahren den Terminus der „Hyperritualisierung“ geprägt und auch aktuelle Inhaltsanalysen, z. B. Bildanalysen, bestätigen, dass Idealbilder von ‚echten‘ (zumeist athletisch-muskulösen) Männern und sexuell attraktiven (zumeist sehr dünnen bis hin zu untergewichtigen) Frauen von Medien weiterhin verbreitet werden.²⁰ Neben Zeitschriften und Fernsehformaten stehen inzwischen auch die stark visuell geprägten *Social-Media*-Plattformen im Fokus der Studien.²¹ ‚Perfekte‘ Körper sind also in den unterschiedlichsten Medien omnipräsent, was zuweilen problematische Folgen haben kann. Wie Wirkungsstudien aus dem Bereich der Gesundheitskommunikation zeigen (siehe Punkt 3.3), finden diese medial vermittelten Idealbilder auch in individuellen Vorstellungen der RezipientInnen ihren Niederschlag: So konnte ein Zusammenhang zwischen dem Konsum von Idealbildern und Körperunzufriedenheit bzw. Essstörungen nachgewiesen werden,²² auch wenn die Studienanlagen in der Regel keine definitiven Kausalitätsaussagen erlauben.

Schließlich befassen sich Forschungen zu geschlechterstereotypen Darstellungen im Feld der Gesundheitskommunikation auch mit medialen Repräsentationen von Menschen, die Berufe im Medizin- und Pflegesektor ausüben. Dabei interessiert nicht nur, wie häufig Männer oder Frauen in bestimmten Berufsrollen dargestellt werden, sondern auch inwieweit die dargestellten Personen mit geschlechterstereotypen Attributen versehen

19 Goffman 1979.

20 Z. B. Jäckel et al. 2009; Prommer et al. (Hg.) 2015.

21 Z. B. Boepple/Thompson 2016; Malkin et al. 1999; Tiggemann/Zaccardo 2016.

22 Vgl. Arroyo et al. 2014; Baumann 2009; Blake 2014; Schemer 2003.

werden. Letzteres wird z. B. in Studien umgesetzt, die zeigen, dass Männern in Arztsendungen überwiegend die Rolle des kompetenten, technokratisch denkenden Arztes zufällt, während Frauen vermehrt als aufopferungsbereite und gefühlvolle Krankenschwestern dargestellt werden, oder die deutlich machen, dass Ärztinnen in der Arzt-Patienten-Interaktion zurückhaltender dargestellt werden als ihre dominanteren männlichen Kollegen.²³

Es kann resümiert werden, dass Inhaltsanalysen mit expliziter Geschlechterperspektive aufzuzeigen vermochten, dass mediale Darstellungen durchaus mit Geschlechterstereotypen arbeiten, wenn sie sich mit Gesundheit, Krankheit und Medizin beschäftigen. D. h. auch in diesem Themenfeld greifen Medien gerne auf traditionelle Geschlechterattribute, -verhaltensweisen und -rollenmuster zurück. Mit Blick auf das zugrunde gelegte Verständnis von Geschlecht lässt sich festhalten, dass empirische Studien, die explizit eine Geschlechterperspektive mit einbeziehen, es nicht beim reinen Erheben der biologischen Geschlechtszugehörigkeit belassen. Die soziale wie kulturelle Konturiertheit von Geschlecht wird i. d. R. vorausgesetzt und diese Studien intendieren mit ihren Text- und Bildanalysen, die Wirksamkeit des Bedeutungssystems Geschlecht im medialen Diskurs offenzulegen. Oft werden dabei auch mediale Stereotypisierungen problematisiert, da mit ihrer Hilfe tradierte Geschlechtervorstellungen und Rollenmuster vertieft und perpetuiert werden können.²⁴ Die mit den medialen Darstellungen einhergehende (Re-) Produktion des Dualismus zwischen Weiblichkeit und Männlichkeit wird in der geschlechterbezogenen Inhaltsforschung ebenfalls kritisch betrachtet.

3.2 Gesundheit als Frauensache? Geschlechterfragen in der Nutzungsforschung

Im Bereich der gesundheitsbezogenen Selektions- und Nutzungsforschung werden Themeninteressen, Medienauswahl und Nutzungsmuster von RezipientInnen untersucht. Dabei können auch potentielle Geschlechterunterschiede bei der Affinität zu Gesundheitsthemen und Verwendung bestimmter Medien (-technologien) in den Blick geraten, wobei üblicherwei-

23 Jain/Slater 2013; Rossmann 2002; Seale 2003.

24 Kline 2006.

se nur zwischen Frauen und Männern unterschieden wird, d. h. eine binäre Kategorisierung stattfindet. Soziokulturelle Aspekte des Geschlechts bleiben hingegen in der Regel ausgeblendet. Zugrunde liegt den Untersuchungen zum Mediennutzungsverhalten häufig die Frage, wie Männer und Frauen als jeweils spezifische soziale Gruppen erreicht und zu gesundheitsförderlichem Verhalten bewegt werden können. Dies intendieren v. a. auch Studien aus dem Feld der *strategischen* Gesundheitskommunikation, welches sich mit der gezielten Gesundheitsförderung und -verbesserung durch Kommunikationsaktivitäten befasst.

Empirische Studien zur Nutzung von Gesundheitsinformationen konstatieren regelmäßig eine höhere Gesundheitsaffinität bei Frauen: So bekunden Frauen ein deutlich größeres Interesse an Gesundheitsthemen, sind für Gesundheitsinformationen empfänglicher als Männer und können diese zudem tendenziell besser verstehen und einordnen.²⁵ Männer bleiben bei der Suche nach Gesundheitsinformationen hingegen generell inaktiver, was insbesondere für jene Männer gilt, die jung und niedrig gebildet sind, ein geringes Gesundheitsbewusstsein sowie einen guten Gesundheitszustand aufweisen.²⁶

Während Frauen massenmediale Inhalte mit Gesundheitsbezug eindeutig häufiger nutzen als Männer, ist das Bild bei Online-Medien etwas differenzierter: Was die Nutzung des Internets bei der Suche nach Gesundheitsinformation anbelangt, sind die empirischen Ergebnisse heterogen. Sie befinden entweder keine Geschlechterunterschiede, eine aktivere Nutzung von Männern oder eine aktivere Nutzung von Frauen.²⁷ Studien, die keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Nutzung von Online-Gesundheitsinformationen fanden, führen als mögliche Erklärung die Tatsache an, dass Männer generell eine höhere Internetnutzung aufweisen als Frauen; Männern sei dieser Informationskanal zugänglicher, wodurch die ansonsten vorfindbaren Geschlechterunterschiede bei der Nutzung von Gesundheitsinformation nivelliert würden.²⁸

Bei der Nutzung von interpersonalen Kommunikationskanälen sind hingegen Frauen klar aktiver, so zum Beispiel beim Austausch über Gesundheitsinformationen in *Online Communities*.²⁹ Und schließlich zeichnen

25 Baumann 2006; Christy et al. 2017; Kelly et al. 2010; Marstedt 2003.

26 Baumann 2006.

27 Baumann/Link 2016.

28 Baumann/Czerwinski 2015; Link 2017.

29 Siehe Baumann/Link 2016.

sich Geschlechterdifferenzen auch bei der Nutzung von neueren Angeboten wie Gesundheits- und Fitnessapps ab. Studien zeigen, dass solche Angebote von Frauen entweder häufiger angenommen bzw. genutzt werden³⁰ oder die Nutzung von Männern und Frauen etwa gleich hoch ist³¹. Vor allem aber scheinen sich die Motivationen hinter der Nutzung von Gesundheits- und Fitnessapps zu unterscheiden. Während für Männer körperliche Herausforderungen und Wettbewerbsaspekte zentral zu sein scheinen, stehen bei Frauen Gesundheitsaspekte stärker im Vordergrund.³²

Angesichts ihres insgesamt niedrigeren Interesses an Gesundheitsthemen und der geringeren Nutzung von Gesundheitsinformationen, werden Männer im Feld der Gesundheitskommunikation oft als problematische, weil schwer zu erreichende Zielgruppe angesehen. Wenn Geschlechterfragen in der Nutzungsforschung thematisiert werden, steht daher häufig auch die Frage im Zentrum, wie Männer besser durch Gesundheitsinformationen erreicht werden können. Damit verbunden beschäftigen sich Studien damit, wie Informationen für Männer ansprechender gestaltet werden können bzw. welche Kanäle des alltäglichen Medienkonsums sich eignen, um Gesundheitsinformationen ‚nebenbei‘ und damit eher unbemerkt an den Mann zu bringen. Da Männer informativen Produkten wie Flyern, Broschüren oder journalistischen Beiträgen zu Gesundheitsthemen vergleichsweise wenig zugetan sind, wird der Einsatz von Unterhaltungsangeboten und -technologien (z. B. Computerspielen oder *Wearables*) als Chance betrachtet, Männer vermehrt mit Gesundheitsbotschaften zu erreichen.³³

Die erläuterten Beispiele illustrieren, dass Geschlecht in den Forschungen zur Nutzung von gesundheitsbezogenen Medieninhalten v. a. als binäres Zielgruppenmerkmal konzipiert wird, dem pragmatisch-strategische Überlegungen der Zielgruppenerreichung zugrunde liegen. Geschlecht wird dabei aber nicht isoliert betrachtet, sondern es werden Zusammenhänge hergestellt zu weiteren Determinanten des Nutzungsverhaltens wie z. B. Alter, Gesundheitsbewusstsein oder dem individuellen Gesundheitszustand. Die Frage allerdings, inwieweit geschlechterspezifische Rollenvorstellungen und -orientierungen den empirisch zu Tage geförderten Unterschieden im Mediennutzungsverhalten zugrunde liegen, was eine kon-

30 Caroll et al. 2017; Rossmann/Krömer 2016.

31 Klenk et al. 2017.

32 Klenk et al. 2017.

33 Klenk et al. 2017; Lampert 2003; Zhang et al. 2014.

sequente Anwendung der Genderperspektive nahelegen würde, wird in empirischen Nutzungsstudien bislang kaum reflektiert.

Dabei lassen Befunde zur Nutzung von Gesundheitsinformationen durchaus vermuten, dass tradierte Geschlechtsrollen und ein *Doing gender* bei der Informationssuche und Mediennutzung eine Rolle spielen. So zeigt eine Untersuchung von Elisabetta Cioni, Alessandro Lovari und Paola Tronu³⁴, dass Frauen bei gleicher Internetnutzung aktiver nach Gesundheitsinformationen im Web suchen als Männer, wenn sie stärker in Familienstrukturen eingebunden sind, einzelne Familienmitglieder einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen oder generell krankheitsbezogene Probleme im Setting der Familie oder Partnerschaft auftreten. Zudem übernehmen Frauen in Beziehungsgeflechten häufig die Verantwortung für Gesundheits- und Pflegeangelegenheiten, so dass sie als *Gatekeeperinnen* und Meinungsführerinnen für Gesundheitsfragen innerhalb von Familie und Partnerschaft fungieren.³⁵ Diese alltäglichen Zuständigkeiten stehen in engem Zusammenhang mit soziokulturell geprägten Geschlechtervorstellungen (beispielsweise die Frau als in Gesundheitsfragen wohlinformierte, sorgende ‚Kümmerin‘) und werden im Alltag kontinuierlich reproduziert. In der Forschung zur Nutzung von Gesundheitsinformationen bleibt dies allerdings bislang weitgehend unberücksichtigt.

3.3 Was wirkt wie auf wen? Geschlechterfragen in der Wirkungsforschung der Gesundheitskommunikation

Untersuchungen zu Wirkungen von gesundheitsbezogenen Medieninhalten befassen sich in der Regel mit der Frage, wie mediale Gesundheits- und Krankheitsdarstellungen auf Rezipientinnen und Rezipienten wirken. Damit wird Medienangeboten wie informativen Gesundheitskampagnen, journalistischen Texten zu Gesundheits- und Krankheitsthemen, fiktionalen Serien und Filmen, sozialen Medien, Gesundheitsapps und Fitnessarmbändern ein grundsätzliches Beeinflussungspotenzial zugeschrieben, das dann in empirischen Studien ausgelotet wird. Der Großteil der Studien in der Gesundheitskommunikation befasst sich mit Wirkungen auf Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit, Intentionen zu gesundheitsförderli-

34 Cioni et al. 2018.

35 Bird/Rieker 2008.

chem Verhalten und das Gesundheitsverhalten selbst; ebenso werden Effekte auf Wissen zu gesundheitlichen Themen sowie individuelle Wahrnehmungen (z. B. von Erkrankungsrisiken und Heilungschancen) untersucht. Bezeichnend ist, dass häufig eine normative Perspektive zugrunde liegt, wonach Gesundheitsförderung an sich einen Wert darstellt und der Einsatz von Medien dementsprechend dazu beitragen soll, Gesundheit zu fördern und Gesundheitsbeeinträchtigungen zu vermeiden. Da der Wirkungsforschung der größte Teil der Studien im Feld Gesundheitskommunikation zuzuordnen ist, können hier – ob der Fülle an Material – nur Schlaglichter auf die grundsätzliche Integration von Geschlechteraspekten in Wirkungsstudien geworfen werden.

In den empirischen Studien der Wirkungsforschung lässt sich erneut zwischen einem eher impliziten Geschlechterbezug und expliziten Geschlechterperspektiven differenzieren. Letztere finden sich vor allem in Untersuchungen, die langfristige und kumulative Medieneffekte untersuchen. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit auch im Gesundheitskontext geschlechterstereotype Personendarstellungen oder eine ‚Vergeschlechtlichung‘ von bestimmten Phänomenen (z. B. Krankheitsbildern) die Weltbilder und (Geschlechter-) Vorstellungen von RezipientInnen langfristig prägen. In solchen Kultivierungsstudien wird letztlich nicht nur mit dem biologischen Geschlecht (der ProbandInnen) gearbeitet, sondern ebenso mit Geschlecht als soziokulturellem Konstrukt bzw. Bedeutungssystem.³⁶ Allerdings machen Kultivierungsstudien nur einen sehr kleinen Teil des gesamten Forschungsaufkommens im Bereich der gesundheitsbezogenen Wirkungsforschung aus. Die große Mehrzahl der Wirkungsstudien legt keine explizite Geschlechterperspektive an.

Das Hauptaugenmerk gilt vielmehr den kurzfristigen Effekten von Medieninhalten, die in der Regel in experimentellen Designs eruiert werden. Diese Untersuchungen stehen oftmals in der Tradition der strategischen Kommunikation, im Rahmen derer RezipientInnen unter Berücksichtigung ihrer spezifischen (Persönlichkeits-) Merkmale sowie bestimmter Merkmale von Medieninhalten beeinflusst werden sollen.³⁷ Ähnlich wie in der Nutzungsforschung geht es in der Wirkungsforschung allenfalls um Unterschiede zwischen Männern und Frauen: Das (biologische) Geschlecht der RezipientInnen wird meist als ein beeinflussendes Merkmal unter vielen

36 Z. B. Rossmann 2002.

37 Hastall 2011; Rossmann/Ziegler 2013.

gewertet und lediglich in seiner binären Ausprägung erfasst. Dies geschieht sowohl in Studien, die Geschlechterunterschiede gezielt miterfassen, als auch in solchen, die das Wirkungspotenzial bestimmter Botschaftsmerkmale (z. B. die Betonung bestimmter Krankheitsaspekte) untersuchen und in den Ergebnissen auf Unterschiede zwischen Männern und Frauen stoßen.³⁸

Geschlecht als binäre Mann-Frau-Ausprägung wird im Rahmen der strategischen Kommunikation nicht nur bei der Betrachtung der Zielgruppen relevant. Vielmehr wird auch erforscht, inwieweit eine Übereinstimmung zwischen dem biologischen Geschlecht der medial porträtierten Personen und dem der RezipientInnen zu gesundheitsförderlichen Wirkungen beitragen kann. So betonen Untersuchungen, dass eine Passung des biologischen Geschlechts der dargestellten und der rezipierenden Person die Wirksamkeit von gesundheitsbezogenen Botschaften erhöhen kann, und geben damit spezifische Anregungen für die Gestaltung von gesundheitsbezogenen Medieninhalten.³⁹

Wie die Mann-Frau-Unterscheidung in Untersuchungen der Wirkungsforschung realisiert wird, soll zusätzlich am Beispiel des sogenannten *Targeting* und *Tailoring* von strategischen Gesundheitsbotschaften verdeutlicht werden. Während mit *Targeting* die Anpassung von Botschaften an die Bedürfnisse bestimmter sozialer Gruppen gemeint ist, bezeichnet *Tailoring* deren individuellen Zuschnitt auf Persönlichkeitseigenschaften von RezipientInnen.⁴⁰ Beide Konzepte zielen darauf ab, die bestmögliche (d. h. in der Regel gesundheitsförderliche) Wirksamkeit von Gesundheitsbotschaften zu erreichen. Männer und Frauen werden insbesondere im Konzept des *Targeting* als distinkte Zielgruppen begriffen, die nach biologischen Aspekten eingeteilt und unter Berücksichtigung ihrer vermeintlich unterschiedlichen Bedürfnisse zu gesundheitsförderlichem Verhalten bewegt bzw. in ihren gesundheitsbezogenen Wahrnehmungen, Einstellungen und Intentionen persuasiv beeinflusst werden sollen.

Untersuchungen zum *Tailoring* gehen trotz des eigentlich individuellen Fokus meist ähnlich vor. Üblicherweise haben sie ausgehend von Vorstudien ein Set von relevanten (vermeintlich individuellen) Rezipienteneigenschaften identifiziert (z. B. spezifische Persönlichkeitsmerkmale, kulturelle Werte, Normen), auf dessen Basis diese dann mit personalisierten Bot-

38 Z. B. Moyer-Gusé et al. 2011; Zajac et al. 2006.

39 Z. B. Kim et al. 2016.

40 Rimer/Kreuter 2006; Schmid et al. 2008.

schaften passgenau und adressatengerecht angesprochen werden. Biologisches Geschlecht wird in diesem Verständnis meist als ein Baustein im Set begriffen, der die individuelle Passung von Botschaften erhöht und über die Form der Kommunikation mitentscheidet. Beide Konzepte illustrieren, dass Geschlecht in der Wirkungsforschung (wie auch in der Nutzungsforschung) zwar zuweilen berücksichtigt wird, aber letztlich als unveränderliches, biologisch bedingtes Personenmerkmal gesehen und als dichotome Variable operationalisiert wird. Mit avancierten Instrumenten der standardisierten Sozialforschung (wie z. B. Skalen zur Erhebung der Geschlechterrollenorientierung⁴¹) wird in der Regel nicht gearbeitet, obgleich dies in manchen anderen Bereichen der Medienwirkungsforschung schon zu differenzierteren und valideren Ergebnissen geführt hat.⁴² Soziokulturelle Aspekte des Geschlechts, die im Wirkungsprozess sehr wohl eine Rolle spielen können, werden aufgrund der gängigen Studiendesigns derzeit noch größtenteils ausgeblendet.

4. (Not quite yet) doing gender – Plädoyer für einen geschlechtersensiblen Ansatz in der Gesundheitskommunikation

Die Betrachtung des Forschungsfeldes Gesundheitskommunikation aus dem Blickwinkel der *Gender Studies* zeigt, dass Fragen zu Geschlecht und Gesundheit innerhalb des Feldes regelmäßig implizit und seltener auch explizit adressiert werden. Geschlechterdifferenzen werden bei der Darstellung von Gesundheit, Krankheit und betroffenen Personen erfasst und dabei zuweilen auch Geschlechterstereotype identifiziert. Studien, die nicht auf gesundheitsbezogene Medienangebote, sondern auf RezipientInnen zielen, konnten geschlechterspezifische Mediennutzungsmuster und vereinzelt auch geschlechterdifferente Medienwirkungen ausmachen. Gleichzeitig illustriert die Literaturschau aber auch, dass Geschlecht innerhalb des Forschungsfeldes recht unterschiedlich theoretisch konzipiert und empirisch operationalisiert wird. Kritische Geschlechterperspektiven wechseln sich mit verkürzenden oder Geschlecht gar ausblendenden Betrachtungsweisen ab, in der Empirie dominieren zudem binäre Codierungen von Geschlecht.

41 Siehe Bem 1974; Döring 2013; Smiler/Epstein 2010.

42 Z. B. Effinger 1995; Richter et al. 2014.

Während im Bereich der Inhaltsforschung kritische Herangehensweisen und vergleichsweise profunde Auseinandersetzungen mit Geschlechterfragen erkennbar sind, so dass nicht nur die soziokulturelle Bedingtheit von Geschlecht berücksichtigt wird, sondern ebenso seine diskursive Konstruktion, stellt sich die Situation in weiteren Feldern der Gesundheitskommunikation anders dar. Dort bleibt Geschlecht unterbeleuchtet oder wird auf eine Mann-Frau-Differenz reduziert. Insbesondere in der Wirkungsforschung, der das Gros der empirischen Studien im Feld der Gesundheitskommunikation zuzuordnen ist, aber auch in der Nutzungsforschung scheinen Geschlechterfragen eher randständig behandelt zu werden. Geschlecht wird dort fast ausschließlich binär konzipiert, wohingegen soziokulturelle Zusammenhänge ausgeblendet bleiben.

Dies dürfte zumindest teilweise auch der Fokussierung auf Experimente (und damit meist auf einmalige Selektionsentscheidungen oder kurzfristige Einmaleffekte) geschuldet sein. Das kann zur Folge haben, dass Kontextfaktoren ebenso wie ein komplexerer Geschlechterbegriff aus dem Blick geraten, obgleich einige standardisierte Skalen eine Erfassung vielschichtiger Geschlechterkonzeptionen erlauben würden.⁴³ Langfristig erworbene Geschlechteridentitäten, verinnerlichte Geschlechterrollen (und damit verbunden auch Vorstellungen von Care-Zuständigkeiten), Konflikte bei der Erfüllung von Geschlechternormen und schließlich situative Faktoren, die reales Gesundheitsverhalten ebenso stark beeinflussen können – all das wird in den angelegten Experimentaldesigns in der Regel nicht abgebildet. Dies spiegelt sich nicht zuletzt in den methodischen Zugriffen vieler Studien wider: Geschlecht wird zwar zusammen mit Bildungsabschluss und Alter miterhoben und dient der adäquaten Stichprobenbeschreibung. Im weiteren Studienverlauf, v. a. bei der Auswertung, wird das meist nur als dichotome Variable erhobene Geschlecht dann aber häufig wenig beleuchtet, so dass die Auswertungen zu (vermeintlichen) Geschlechterunterschieden in vielen Fällen nur randständig erfolgen bzw. die Publikationen gar keine Angaben zu geschlechterspezifischen Analysen und Befunden machen.

Die Reduktion von Geschlecht auf eine dichotome, letztlich biologisch begründete Variable verstellt den Blick auf ein komplexes Netzwerk an geschlechtsbezogenen Wirkfaktoren (Geschlechtervorstellungen, Geschlechteridentifikation, Geschlechtsrollenorientierung, Geschlechterper-

43 Kinnebrock 2012.

formanz/*doing-gender* etc.), dessen Berücksichtigung zuweilen zu ganz neuen Einsichten, letztlich sogar zur Dekonstruktion bzw. Relativierung der Kategorie Geschlecht führen kann.⁴⁴ Allerdings lässt sich Geschlecht nur dann adäquat einschätzen oder in Zusammenhang mit anderen Faktoren relativieren, wenn es vorher in seiner Vielgestaltigkeit erfasst und kontextualisiert worden ist. Dies sollte in der Gesundheitskommunikation zukünftig berücksichtigt werden.

Und schließlich blendet eine binäre Variable die Vielfältigkeit von Geschlecht aus (Intersexuelle, Transgender etc.) und führt dazu, dass solche zusätzlichen Geschlechterkategorien in der Gesundheitskommunikation größtenteils nicht bedacht werden.⁴⁵

Dieser dominante Fokus auf Geschlecht als biologische Differenz (statt als soziokulturell bedingte Analyse-kategorie) ist zwar angesichts der Nähe der Gesundheitskommunikation zur Medizin erklärbar und bis zu einem gewissen Grad erwartbar, erstaunt aber vor dem Hintergrund, dass die Gesundheitskommunikation als Teilbereich der Kommunikationswissenschaft letztlich den Sozialwissenschaften zuzuordnen ist, was mehr Sensibilität für die Relevanz von sozialen Einbettungen, Selbstkonzepten und *last but not least* Gender erwarten ließe. Vereinzelt jüngere Appelle, Gender-Konstruktionen in empirischen Forschungen zu berücksichtigen,⁴⁶ lassen allerdings auf mehr Geschlechtersensibilität in der Gesundheitskommunikation hoffen. Erste Anzeichen dafür liefern Studien zu Gesundheitsinterventionen, die versuchen, bestehende Geschlechternormen aufzubrechen.⁴⁷

Eine zunehmende Integration von Geschlechterperspektiven in der Gesundheitskommunikation muss sich also einerseits in den methodischen Zugängen und Anlagen der empirischen Studien niederschlagen, andererseits ist aber auch eine stärkere theoretische Konzeptualisierung von Geschlecht(erfragen) erforderlich. Bemühungen, die Rolle von Geschlecht in der Gesundheitskommunikation in den Fokus theoretischer Betrachtung zu stellen, existieren zwar in angrenzenden Disziplinen (z. B. der Gesundheitspsychologie und der Sozialmedizin), sind bislang aber nicht in Kernbereiche der Gesundheitskommunikation diffundiert. Es finden sich allenfalls Forderungen nach einer sogenannten *geschlechtersensiblen Gesund-*

44 Kinnebrock et al. 2012.

45 Für eine Ausnahme siehe Kosenko 2010.

46 Z. B. Klenk et al. 2017.

47 Z. B. Witz et al. 2015.

heitskommunikation⁴⁸, die dafür plädiert, geschlechterspezifische Faktoren des Gesundheits- und Risikoverhaltens bei der Kommunikation zu berücksichtigen und insbesondere auch Geschlechterrollen und -vorstellungen in den Blick zu nehmen. Darüber hinaus existieren in angrenzenden Disziplinen Versuche, Gender-Konstruktionen in theoretischen Modellen mit Gesundheit in Beziehung zu setzen und damit den Zusammenhang zwischen Geschlecht bzw. Geschlechterrollen einerseits und Prävention, Umgang mit Erkrankungen, Risikofaktoren sowie der Kommunikation über Gesundheit und Krankheit andererseits deutlich zu machen.⁴⁹ Kommunikationswissenschaftliche Ansätze folgen diesen Bestrebungen bislang jedoch (noch) nicht. Vielmehr betrachten existierende theoretische Modelle, beispielsweise zum Gesundheitsverhalten,⁵⁰ Geschlecht meist nur als Randbedingung bzw. als eines unter vielen anderen soziodemographischen Merkmalen. Hier könnten Importe von Theorien und Modellen aus anderen Disziplinen (nicht zuletzt den *Gender Studies*) Abhilfe schaffen. Aus theoretischer Perspektive wäre darüber hinaus eine stärkere Berücksichtigung individueller Lebenssituationen und sozialer Kontexte, wie sie in sogenannten *Settingansätzen* in der Gesundheitskommunikation gefordert wird,⁵¹ denkbar, deren ‚Nebeneffekt‘ auch eine verstärkte Berücksichtigung von Geschlechteraspekten sein dürfte.

Mit Blick darauf, dass die Gesundheitskommunikation ein vergleichsweise junges und hoch-dynamisches Forschungsfeld darstellt, das sich in der Entwicklung befindet und mit anderen Disziplinen in regem Austausch steht, besteht Zuversicht, dass auch Gender noch seinen angemessenen Platz in der Gesundheitskommunikation finden wird.

Literatur

Altgeld, T (2007): Warum weder Hänschen noch Hans viel über Gesundheit lernen. Geschlechtsspezifische Barrieren der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 2: 2, 90-97.

Arrington, M/Goodier, BC (2004): Prostration before the Law. Representations of Illness, Interaction, and Intimacy in the NYPD Blue Prostate Cancer Narrative. In: Popular Communication, 2: 2, 67-84.

48 Altgeld 2007; Kastner 2012; Schiek 2013.

49 Siehe z. B. Basnyat 2017; Sieverding 2005.

50 Z. B. Prochaska et al. 2002; Witte 1992.

51 Altgeld 2007; Reifegerste et al. 2014.

- Arroyo, A/Segrin, C/Harwood, J (2014): Appearance-Related Communication Mediates the Link between Self-Objectification and Health and Well-Being Outcomes. In: *Human Communication Research*, 40: 4, 463-482.
- Basnyat, I (2017): Theorizing the Relationship between Gender and Health through a Case Study of Nepalese Street-Based Female Sex Workers. In: *Communication Theory*, 27: 4, 388-406.
- Baumann, E (2006): Auf der Suche nach der Zielgruppe. Das Informationsverhalten hinsichtlich Gesundheit und Krankheit als Grundlage erfolgreicher Gesundheitskommunikation. In: Böcken, J/Braun, B/Amhof, R/Schnee, M (Hg.): *Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 117-153.
- Baumann, E (2009): Die Symptomatik des Medienhandelns. Zur Rolle der Medien im Kontext der Entstehung, des Verlaufs und der Bewältigung eines gestörten Essverhaltens. Köln: Halem Verlag.
- Baumann, E/Czerwinski, F (2015): Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen. In: Böcken, J/Braun, B/Meierjürgen, R (Hg.): *Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 57-79.
- Baumann, E/Link, E (2016): Onlinebasierte Gesundheitskommunikation. Nutzung und Austausch von Gesundheitsinformationen über das Internet. In: Fischer, F/Krämer, A (Hg.): *eHealth in Deutschland*. Berlin: Springer Vieweg, 385-406.
- Bem, SL (1974): The Measurement of Psychological Androgyny. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42: 2, 155-162.
- Bird, EC/Rieker, PP (2008): *Gender and Health. The Effects of Constrained Choices and Social Policies*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Blake, C (2014): Wie mediale Körperdarstellungen die Körperzufriedenheit beeinflussen. Eine theoretische Rekonstruktion der Wirkungsursachen. Wiesbaden: Springer VS.
- Boepple, L/Thompson, JK (2016): A Content Analytic Comparison of Fitspiration and Thinspiration Websites. In: *International Journal of Eating Disorders*, 49: 1, 98-101.
- Butler, J (1993): *Bodies that Matter. On the Discursive Limits of "Sex"*. New York, NY: Routledge.
- Caroll, JK/Moorhead, A/Bond, R/LeBlanc, WG/Petrella, RJ/Fiscella, K (2017): Who Uses Mobile Phone Health Apps and Does Use Matter? A Secondary Data Analytics Approach. In: *Journal of Medical Internet Research*, 19: 4, e125.
- Christy, SM/Gwede, CK/Sutton, SK/Chavarria, E/Davis, SN/Abdulla, R/Meade, CD/Ravindra, C/Schultz, I/Roetzheim, R (2017): Health Literacy among Medically Underserved. The Role of Demographic Factors, Social Influence, and Religious Beliefs. In: *Journal of Health Communication*, 22: 11, 923-931.
- Cioni, E/Lovari, A/Tronu, P (2018): We-Caring: Searching for Online Health Information by Italian Families. In: *Health Communication*, 33: 1, 68-77.
- Döring, N (2013): Zur Operationalisierung von Geschlecht im Fragebogen. Probleme und Lösungsansätze aus Sicht von Mess-, Umfrage-, Gender- und Queer-Theorie. In: *Gender*, 2013: 2, 94-113.

- Effinger, S* (1995): Eine andere Welt. Frauen, Männer und Gewaltwahrnehmung. Eine Untersuchung zur geschlechtsspezifischen Rezeption von Gewaltinhalten in Medien. Bochum: Brockmeyer.
- Ernst, W* (2002): Zur Vielfältigkeit von Geschlecht. Überlegungen zum Geschlechterbegriff in der feministischen Medienforschung. In: Dorer, J/Geiger, B (Hg.): Feministische Kommunikations- und Medienwissenschaft. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 33-52.
- Fromm, B/Baumann, E/Lampert, C* (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Gadebusch Bondio, M* (2014): Mann und Frau, ganz individuell. Entwicklungen eines neuen medizinischen Denkens. In: Gadebusch Bondio, M/Katsari, E (Hg.): „Gender-Medizin“. Krankheiten und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin. Bielefeld: transcript Verlag, 9-16.
- Gildemeister, R* (2010): Doing Gender. Soziale Praktiken der Geschlechterunterscheidung. In: Becker, R/Kortendiek, B (Hg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie, 3. erweiterte und durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 137-145.
- Goffman, E* (1979): Gender Advertisements. New York, NY: Harper & Row.
- Hastall, MR* (2011): Kommunikation von Gesundheitsrisiken in Massenmedien. Der Einfluss von Informations- und Rezipientenmerkmalen auf die Botschaftszuwendung und -vermeidung. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Hoffman-Goetz, L/Friedman, DB/Clarke, JN* (2005): HIV/AIDS Risk Factors as Portrayed in Mass Media Targeting First Nations, Métis, and Inuit Peoples of Canada. In: Journal of Health Communication, 10: 2, 145-162.
- Jäckel, M/Derra, J/Eck, C* (2009): SchönheitsAnsichten. Geschlechterbilder in Werbeanzeigen und ihre Bewertung. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Jain, P/Slater, MD* (2013): Provider Portrayals and Patient-Provider Communication in Drama and Reality Medical Entertainment Television Shows. In: Journal of Health Communication, 18, 703-722.
- Kastner, T* (2012): Männer rauchen anders, Frauen auch. Geschlechtersensible Gesundheitskampagnen am Beispiel von Anti-Raucher-Kampagnen. Linz: OÖ Gebietskrankenkasse.
- Kelly, B/Hornik, R/Romantan, A/Schwartz, JS/Armstrong, K/DeMichele, A/Fishbein, M/Gray, S/Hull, S/Kim, A/Nagler, R/Niederdeppe, J/Ramirez, AS/Smith-McLallen, A/Wong, N* (2010): Cancer Information Scanning and Seeking in the General Population. In: Journal of Health Communication, 15: 7, 734-753.
- Kim, H/Shi, R/Cappella, JN* (2016): Effect of Character-Audience Similarity on the Perceived Effectiveness of Anti-Smoking PSAs Via Engagement. In: Health Communication, 31: 10, 1193-1204.
- Kinnebrock, S* (2012): Puzzling Gender Differently. In: Interactions: Studies in Communication & Culture, 2: 3, 197-208.

- Kinnebrock, S/Stommel, S/Dickmeis, E* (2012): Gender. Methodologische Überlegungen zu den Tücken einer Kategorie. In: Maier, T/Thiele, M/Linke, C (Hg.): Medien, Öffentlichkeit und Geschlecht in Bewegung. Forschungsperspektiven der kommunikations- und medienwissenschaftlichen Geschlechterforschung. Bielefeld: transcript Verlag, 81-97.
- Klaus, E* (2005): Kommunikationswissenschaftliche Geschlechterforschung. Zur Bedeutung der Frauen in Massenmedien und Journalismus. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Klenk, S/Reifegerste, D/Renatus, R* (2017): Gender Differences in Gratifications from Fitness App Use and Implications for Health Interventions. In: *Mobile Media & Communication*, 5: 2, 178-193.
- Kline, KN* (2006): A Decade of Research on Health Content in the Media. The Focus on Health Challenges and Sociocultural Context and Attendant Informational and Ideological Problems. In: *Journal of Health Communication*, 11: 1, 43-59.
- Kosenko, KA* (2010): Meanings and Dilemmas of Sexual Safety and Communication for Transgender Individuals. In: *Health Communication*, 25: 2, 131-141.
- Lampert, C* (2003): Gesundheitsförderung durch Unterhaltung? Zum Potenzial des Entertainment-Education-Ansatzes für die Förderung des Gesundheitsbewusstseins. In: *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 51: 3-4, 461-477.
- Lantz, PM/Booth, KM* (1998): The Social Construction of the Breast Cancer Epidemic. In: *Social Science & Medicine*, 46: 7, 907-918.
- Link, E* (2017): Gesundheitskommunikation mittels Gesundheitsportalen und Online-Communitys. In: Rossmann, C/Hastall, MR (Hg.): *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Wiesbaden: Springer VS, 1-11.
- Malkin, AR/Wornian, K/Chrisler, JC* (1999): Women and Weight. Gendered Messages on Magazine Covers. In: *Sex Roles*, 40: 7-8, 647-655.
- Marstedt, G* (2003): Auf der Suche nach gesundheitlicher Information und Beratung. Befunde zum Wandel der Patientenrolle. In: Böcken, J/Braun, B/Schnee, M (Hg.): *Gesundheitsmonitor 2003. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 117-135.
- Moyer-Gusé, E/Mahood, C/Brookes, S* (2011): Entertainment-Education in the Context of Humor. Effects on Safer Sex Intentions and Risk Perceptions. In: *Health Communication*, 26: 8, 765-774.
- Prochaska, JO/Redding, CA/Evers, KE* (2002): The Transtheoretical Model and Stages of Change. In: Glanz, K/Lewis, FM/Rimer, B (Hg.): *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*. San Francisco, CA: Jossey Bass Publishers, 99-120.
- Prommer, E/Schuegraf, M/Wegener, C* (Hg.) (2015): *Gender, Medien, Screens. (De)Konstruktionen aus wissenschaftlicher und künstlerischer Perspektive*. Konstanz: UVK.
- Raheim, S* (1996): The Reconstruction of AIDS as a Women's Health Issue. In: Parrott, RL/Condit, CM (Hg.): *Evaluating Women's Health Messages. A Resource Book*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 402-413.

- Reifegerste, D/Schumacher, M-B/Hoffmann, S/Schwarz, U/Hagen, LM (2014): Framing von Gesundheitskommunikation in Settingansätzen. In: Baumann, E/Hastall, MR/Rossmann, C/Sowka, A (Hg.): Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft. Baden-Baden: Nomos Verlag, 115-130.
- Richter, T/Appel, M/Calio, F (2014): Stories can Influence the Self-Concept. In: Social Influence, 9: 3, 172-188.
- Rimer, BK/Kreuter, MW (2006): Advancing Tailored Health Communication. A Persuasion and Message Effects Perspective. In: Journal of Communication, 56: 1, 184-201.
- Rossmann, C (2002): Die heile Welt des Fernsehens. Eine Studie zur Kultivierung durch Krankenhausserien. München: R. Fischer.
- Rossmann, C (2017): Gesundheitskommunikation. Eine Einführung aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive. In: Rossmann, C/Hastall, MR (Hg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: Springer VS.
- Rossmann, C/Krömer, N (2016): mHealth in der medizinischen Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung. In: Fischer, F/Krämer, A (Hg.): eHealth in Deutschland. Berlin: Springer Vieweg, 441-456.
- Rossmann, C/Ziegler, L (2013): Gesundheitskommunikation. Medienwirkungen im Gesundheitsbereich. In: Schweiger, W (Hg.): Handbuch Medienwirkungsforschung. Wiesbaden: Springer VS, 385-400.
- Schmer, C (2003): Schlank und krank durch Mediens Schönheiten? Zur Wirkung attraktiver Mediendarstellerinnen auf das Körperbild und Selbstwertgefühl von Frauen. In: Medien & Kommunikationswissenschaft, 5: 3-4, 523-540.
- Scherer, H/Link, E (2017): Gesundheitsthemen in den Medien. In: Rossmann, C/Hastall, MR (Hg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: Springer VS, 1-12.
- Schiek, D (2013): Männer sollen anders sein als Frauen. Wie zielführend ist geschlechtersensible Gesundheitskommunikation? (Vortrag bei der Tagung „Eine Frage des Geschlechts? Gesundheitskommunikation gendersensibel gestalten“ der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V) URL: http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Schiek_geschlechternsensible.pdf.
- Schmid, KL/Rivers, SE/Latimer, AE/Salovey, P (2008): Targeting or Tailoring? Maximizing Resources to Create Effective Health Communications. In: Marketing Health Services, 28: 1, 32-37.
- Scott, JW (1986): Gender. A Useful Category of Historical Analysis. In: The American Historical Review, 91: 5, 1053-1075.
- Seale, C (2003): Health and Media. An Overview. In: Sociology of Health & Illness, 25: 6, 513-531.
- Sieverding, M (2005): Geschlecht und Gesundheit. In: Schwarzer, R (Hg.): Gesundheitspsychologie, Band 1. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie, 55-70.

- Smiler, AP/Epstein, M* (2010): Measuring Gender. Options and Issues. In: Chrisler, JC/McCreary, DR (Hg.): Handbook of Gender Research in Psychology. Gender Research in General and Experimental Psychology, Band 1. New York, NY: Springer Science+Business Media, 133-157.
- Tiggemann, M/Zaccardo, M* (2016): "Strong Is the New Skinny". A Content Analysis of #Fitspiration Images on Instagram. In: Journal of Health Psychology, 23: 8, 1003-1011.
- West, C/Zimmerman, DH* (1987): Doing Gender. In: Gender and Society, 1: 2, 125-151.
- Wetterer, A* (2010): Konstruktion von Geschlecht. Reproduktionsweisen der Zweigeschlechtlichkeit. In: Becker, R/Kortendiek, B (Hg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 126-136.
- Witte, K* (1992): Putting the Fear Back into Fear Appeals. The Extended Parallel Process Model. In: Communication Monographs, 59: 4, 329-349.
- Witz, JP/Hui, W/Arney, J/Scott, LM* (2015): Changing Gender Norms and Reducing HIV and Violence Risk among Workers and Students in China. In: Journal of Health Communication, 20: 8, 869-878.
- Yang, Y/Tang, L/Bie, B* (2017): Portrayals of Mental Illnesses in Women's and Men's Magazines in the United States. In: Journalism & Mass Communication Quarterly, 94: 3, 793-811.
- Zajac, LE/Klein, WMP/McCaul, KD* (2006): Absolute and Comparative Risk Perceptions as Predictors of Cancer Worry. Moderating Effects of Gender and Psychological Distress. In: Journal of Health Communication, 11: 1, 37-49.
- Zhang, X/Guo, X/Lai, K-H/Guo, F/Li, C* (2014): Understanding Gender Differences in m-Health Adoption. A Modified Theory of Reasoned Action Model. In: Telemedicine and e-Health, 20: 1, 39-46.