



GESUNDHEITS WISSENSCHAFTEN dokument

38

Männer rauchen anders, Frauen auch

Geschlechtersensible Gesundheitskampagnen am Beispiel von Anti-Raucher-Kampagnen

Tanja Kastner

Erhältlich bei:

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Referat für Gesundheitsstrategie und Wissenschaftskooperation

E-Mail: sekretariat.dgw@oegkk.at

Linz 2012

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
	1.1 Methodik und Fragestellungen	4
	1.2 Aufbau der Arbeit.	4
2	Kampagnen im Gesundheitsbereich – Ein Überblick	6
	2.1 Der Gesundheitsbegriff	6
	2.2 Gesundheitsförderung und Prävention	7
	2.3 Gesundheitskommunikation	7
	2.4 Informations- und Kommunikationskampagnen	9
3	Exkurs: Gesundheit, Rauchen und Geschlecht	17
	3.1 Tabakkonsum von Männern und Frauen.	17
	3.2 Sozioökonomische Determinanten	20
4	Geschlechtersensible Anti-Raucher-Kampagnen	22
	4.1 Die Kategorie Geschlecht in Gesundheitsforschung und Prävention	22
	4.2 Geschlechtersensible Kampagnenplanung in der Praxis	25
	4.3 Probleme und Kritik.	31
5	Fazit	34
	Literatur	35
	Abbildungsverzeichnis	39

1 Einleitung

„Männer sind anders krank als Frauen“ – ein Spruch, den jeder schon einmal gehört hat. Hinter dieser Aussage steckt jedoch weit mehr als eine Redensart – immerhin unterscheiden sich die Geschlechter bezogen auf ihre Gesundheit in vielerlei Hinsicht: angefangen von der kürzeren Lebenserwartung der Männer über ein höheres Körperbewusstsein von Frauen bis hin zu unterschiedlichen Krankheitsverläufen. Nicht anders verhält es sich beim männlichen und weiblichen Tabakkonsum: Sowohl das Einstiegsalter, als auch die Motivation zum Einstieg, gesundheitliche Auswirkungen und Rauchgewohnheiten sind geschlechterunterschiedlich (vgl. Lux/Walter 2007:7.e1).

Berücksichtigt man diese Differenzen, liegt die These nahe, dass auch in der Tabakprävention, und speziell im Rahmen von Anti-Raucher-Kampagnen der Geschlechter- und Genderaspekt berücksichtigt werden muss, damit Frauen und Männer mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen und Lebenswelten passgenau angesprochen werden können. Eine „geschlechtersensible“ Gestaltung meint in diesem Sinne, dass gesundheitsbezogene Botschaften und Maßnahmen sowie die eingesetzten Medien unter der Berücksichtigung von Forschungsergebnissen an das jeweilige Geschlecht angepasst werden. Obwohl eine spezifische Zielgruppenansprache ein bedeutendes Erfolgskriterium von Informations- und Kommunikationskampagnen darstellt, wird in der Praxis das Wissen um die Zielgruppe jedoch meist vernachlässigt: „Es dominieren ‚Schema-F‘-Produkte, die sich um die unterschiedlichen Voraussetzungen und Problemlagen bei den Empfängerinnen und Empfängern viel zu wenig kümmern.“ (Schnabel 2009:38) Währenddessen wird in der Literatur der Ruf nach geschlechter- und gendersensiblen Gesundheitsforschung, Präventionsmaßnahmen, und -Politiken immer lauter: „If health services are to be equitable and efficient greater sensitivity will be needed to sex and gender concerns. This will need to be reflected in research, in patterns of service delivery, and in wider social and economic policies.“ (Doyal 2001:1061)

Dabei scheint das Verhältnis zwischen Geschlecht und Gesundheit, sowie das sogenannte „Gender-Mainstreaming“ im Zusammenhang mit Public Health, in den letzten Jahren immer mehr in den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs zu geraten: Zahlreiche Aufsätze, Sammelbände und Zeitschriftenartikel des letzten Jahrzehnts befassen sich mit den unterschiedlichen Gesundheitsaspekten von Frauen und Männern.

In der kommunikationswissenschaftlichen Disziplin wird die Thematik hingegen noch etwas stiefmütterlich behandelt. Zu „geschlechtersensiblen Gesundheitskampagnen“ gibt es noch recht wenige Beiträge in der Literatur, vor allem im deutschsprachigen Raum sieht es in dieser Hinsicht noch sehr mager aus. Ein Blick in die Praxis verrät, dass sich auch hier die Geschlechter- und Genderperspektive im Rahmen von Gesundheitskampagnen noch nicht wirklich etabliert hat. In Deutschland gibt es zumindest einige Projekte dieser Art – besonders die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) ist in diesem Bereich seit einigen Jahren sehr engagiert.

In dieser Arbeit soll die Relevanz und der praktische Einsatz von geschlechter-sensiblen Gesundheitskampagnen, mit einem besonderen Augenmerk auf Anti-Raucher-Kampagnen, untersucht werden. Ziel ist es, einen kleinen Beitrag zur Schließung der Lücke im Literaturbestand zu leisten und eine Anregung zur weiteren Forschung und Auseinandersetzung mit der Thematik von geschlechtersensiblen Gesundheitskampagnen zu geben.

1.1 Methodik und Fragestellungen

Es handelt sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Analyse der derzeit existierenden Literatur zur Thematik. Aus einer kommunikationswissenschaftlichen Perspektive werden Gesundheitskampagnen allgemein besprochen, während von einem gesundheitswissenschaftlichen beziehungsweise psychologischen Standpunkt aus die Geschlechteraspekte im Tabakkonsum und deren Bedeutung für die Präventionspraxis diskutiert werden.

Folgende Forschungsfragen stehen dabei im Mittelpunkt des Interesses:

- Welche Bedeutung haben Geschlechter- und Genderfragen in der Forschung und Praxis der Prävention allgemein, und im Speziellen von Anti-Raucher-Kampagnen?
- Sind geschlechtersensible Gesundheitskampagnen überhaupt erfolgsversprechend? Unter welchen Umständen ist es sinnvoll, die Komponente „Geschlecht“ im Kampagnendesign zu berücksichtigen?
- Welche geschlechterspezifischen Aspekte müssen in den einzelnen Planungsschritten von Gesundheitskampagnen berücksichtigt werden?
- Welche Probleme und Grenzen ergeben sich für Gesundheitskampagnen allgemein, und speziell für geschlechtersensible Gesundheitskampagnen?

Diese Forschungsfragen werden hauptsächlich in Kapitel 4 beantwortet. Kapitel 2 und 3 sind als eine Basis für den weiteren Aufbau gedacht, indem eine allgemeine Einführung in das Thema der Gesundheitskommunikation und -Kampagnen sowie in die Geschlechterunterschiede im Tabakkonsum gegeben wird.

1.2 Aufbau der Arbeit

Zu Beginn der Arbeit werden wichtige Begriffe wie Gesundheit, Gesundheitskommunikation und Informations- und Kommunikationskampagnen bestimmt und erläutert. Der Fokus wird dann auf den Einsatz von Kampagnen im Gesundheitsbereich, sowie auf die einzelnen Schritte der Kampagnenplanung gelegt. Die Inhalte des Kapitels sind sehr allgemein gehalten, womit ein grober Überblick über die Thematik der Gesundheitskampagnen gewährleistet werden soll.

Der nächste Teil besteht aus einem kleinen Exkurs in das Thema Geschlecht und Tabakkonsum. Mit Zahlen und Fakten rund um Raucheinstieg und -ausstieg, Konsummuster, gesundheitliche Auswirkungen etc. soll das Ausmaß von Geschlechterdifferenzen und infolgedessen deren Bedeutung für die Einbindung in Präventionsmaßnahmen verdeutlicht werden.

Kapitel 4 stellt schließlich den wichtigsten Teil der Arbeit dar. Es wird dargestellt, wie es derzeit um die Kategorie Geschlecht in Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung und -Prävention steht und wie das Konzept des „Gender Mainstreamings“ den wissenschaftlichen Diskurs mitbestimmt. Zudem wird das Erfolgspotential von „Geschlecht“ und „Gender“ im Rahmen von Gesundheitsprojekten hinterfragt. Mithilfe eines kleinen Leitfadens wird veranschaulicht, inwiefern die Geschlechter- und Genderperspektive in die einzelnen Schritte der Kampagnenkonzepktion einfließen sollte. Die „rauchfrei“ Jugendkampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wird im Zuge dessen als ein gelungenes Beispiel für ein geschlechtersensibles Projekt vorgestellt. Zum Abschluss werden noch Probleme und Grenzen von (geschlechtersensiblen) Gesundheitskampagnen aufgezeigt, bevor eine kurze Zusammenfassung als Fazit erfolgt.

2 Kampagnen im Gesundheitsbereich – Ein Überblick

Begriffe wie Gesundheit, Gesundheitskommunikation und Gesundheitskampagnen sind in einer Welt eines zunehmenden Gesundheitsbewusstseins in aller Munde. Aber während sowohl Experten als auch Laien oft darüber sprechen, sind die Definitionen der einzelnen Begriffe in der Literatur sehr breit gefächert, häufig unklar oder sogar widersprüchlich. Um einen wissenschaftlichen Blick auf ein Thema werfen zu können, erweist sich eine nähere Betrachtung der relevanten Begriffe jedoch als durchaus sinnvoll und notwendig. Welche unterschiedlichen Sichtweisen gibt es in Bezug auf Gesundheit und Krankheit? Was versteht man unter Gesundheitskommunikation? Welche Ziele verfolgt eine Kampagne? Diese und weitere Fragen sollen in diesem Kapitel geklärt werden.

Zunächst wird dazu der Gesundheitsbegriff diskutiert, bevor dieser in einen kommunikationswissenschaftlichen Kontext eingebettet wird. Von der Gesundheitskommunikation als Überbegriff wird ein Bogen zu Informations- und Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich gespannt. Ziel dieses Kapitel ist es, einen allgemeinen Überblick sowie eine fundierte Ausgangsbasis für einen genaueren Blick auf das Thema „Geschlechter-sensible Anti-Raucher-Kampagnen“ in Kapitel 4 zu schaffen.

2.1 Der Gesundheitsbegriff

Es liegt keine einheitliche Definition des Gesundheitsbegriffs vor, was unter anderem auch an den Kontroversen zwischen sozialwissenschaftlichen und medizinischen Ansichten liegt (vgl. Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum 2011:59). Lange Zeit dominierte ein negativer Gesundheitsbegriff den – vor allem biomedizinischen – Diskurs, bei dem Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit verstanden wurde (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:15). Dem wurde im Jahr 1946 von der World Health Organization (WHO) ein positives Verständnis von Gesundheit entgegengesetzt:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (WHO 1946:2)

Erstmals wurde mit dieser Definition neben den physischen auch psychische und soziale Faktoren berücksichtigt, die einen Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand eines Menschen haben. Obwohl oft zitiert, kann diese Begriffsbestimmung jedoch nicht ganz kritiklos hingenommen werden: Zum einen ist es sehr unwahrscheinlich, dass ein Mensch auf seelischer, körperlicher und sozialer Ebene *vollkommen* gesund ist. Andererseits argumentieren Fromm/Baumann/ Lampert (2011:15) dass, aufgrund des subjektiven Charakters von „Wohlbefinden“, sich auch physisch kranke Menschen durchaus wohl fühlen können. Gesundheit sei somit also nicht mit dem Begriff des „Wohlbefindens“ gleichzusetzen (vgl. ebd.). Trotz einiger Mängel wird diesem Gesundheitsbegriff allerdings auch heute noch eine gewisse Brauchbarkeit und Aktualität beigemessen (vgl. Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum 2011:59).

Einen weiteren wichtigen Schritt in Richtung positivem Gesundheitsverständnis setzte in den 1970er Jahren der Soziologe Aaron Antonovsky. Mit seinem Konzept der *Salutogenese* konzentrierte er sich vor allem auf gesundheitserhaltende und -fördernde Prozesse (vgl. ebd.). Damit läutete er einen Perspektivenwechsel von der zuvor vorherrschenden Pathogenese, welche sich hauptsächlich mit dem Freisein von Krankheiten und Störungen beschäftigte, ein. Antonovsky zufolge befindet sich ein Mensch nie in einem absoluten Zustand der Krankheit oder Gesundheit. Vielmehr werden Gesundheit und Krankheit als Pole auf einem Kontinuum dargestellt: Ein Mensch ist somit „eher“ gesund oder „eher“ krank (vgl. ebd.).

2.2 Gesundheitsförderung und Prävention

Im Gegensatz zur salutogenetisch-orientierten Gesundheitsförderung, die auf die Förderung gesundheitlicher Ressourcen abzielt, gehen Maßnahmen zur Prävention von einer pathogenetischen Perspektive aus:

„Prävention zielt auf die Vermeidung des Auftretens und das Zurückdrängen von Krankheiten und Krankheitsfaktoren ab, das heißt auf eine Verringerung der Verbreitung von Krankheiten und deren Auswirkungen auf die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung.“ (Kodelitsch/Sageder 2011:484)

Dabei wird nach dem Zeitpunkt der Intervention unterschieden: Während die Primärprävention dazu eingesetzt wird, um Krankheiten zu verhindern, setzt die Sekundärprävention im Krankheitsfrühstadium an. Die Tertiärprävention soll schließlich nach einer akuten Behandlung Folgeerkrankungen vermeiden (vgl. Kolip/Koppelin 2002:491). Hinsichtlich der Reduktion von Tabakkonsum liegt der Fokus auf der Primärprävention. Es geht demnach darum, riskante Verhaltensweisen, wie das Rauchen, zu reduzieren, um in weiterer Folge Krankheiten, wie Lungenkrebs, zu vermeiden (vgl. Kuhlmann/Kolip 2005:99).

2.3 Gesundheitskommunikation

Der Begriff „Gesundheitskommunikation“ ist eine Übersetzung vom englischen „Health Communication“. Generell lässt sich ein starker amerikanischer Einfluss auf das Forschungsfeld feststellen: Da sich Gesundheitskommunikation im deutschen Sprachraum erst in den 1990ern, und damit zwei Jahrzehnte später etablierte als in den USA, gibt es vergleichsweise noch relativ wenige deutschsprachige Definitionen (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:20).

2.3.1 Begriffsbestimmung

Allgemein ausgedrückt beschäftigt sich Gesundheitskommunikation mit der Frage, wie Informations- und Kommunikationsaktivitäten von verschiedenen Akteuren hinsichtlich Gesundheitsthemen gestaltet werden können (vgl. Zielmann 2009:200). Dementsprechend breit ist auch die Definition von Everett Rogers (1996):

„Health communication is any type of human communication whose content is concerned with health.“ (Rogers 1996:15)

Das Forschungsfeld ist somit die Verbindungsstelle der beiden Disziplinen Gesundheitswissenschaft und Kommunikationswissenschaft, und diese Verknüpfung erweist sich im Hinblick auf die Begriffsbestimmung als nicht immer ganz einfach: Aufgrund der Interdisziplinarität und des umfassenden Themenspektrums sind viele Definitionen – ob englisch- oder deutschsprachig – teilweise recht unterschiedlich, wenig konkret und lassen viel Interpretationsspielraum (vgl. z.B. Hurrelmann/Leppin 2001:9f.; Fromm/Baumann/Lampert 2011:19; Schiavo 2007:3). Dennoch lassen sich gewisse gemeinsame Nenner konstatieren, die in den zahlreichen Definitionsversuchen von Gesundheitskommunikation immer wieder beinhaltet sind. Schiavo (2007:7) stellte in einer Analyse die am häufigsten vorkommenden Komponenten fest:

- Beeinflussung von Entscheidungen
- Motivation von Individuen
- Erzeugung von Verhaltensänderung
- Verbesserung des Wissens und Verstehens von gesundheitsbezogenen Themen
- Ermächtigung (Empowerment) von Individuen
- Austausch von Informationen, Dialog

Auf Basis dieser Elemente formulierte die Autorin eine durchaus umfassende Definition von Gesundheitskommunikation:

„Health communication is a multifaced and multidisciplinary approach to reach different audiences and share health-related information with the goal of influencing, engaging, and supporting individuals, communities, health professionals, special groups, policymakers and the public to champion, introduce, adopt, or sustain a behaviour, practice or policy that will ultimately improve health outcomes.“ (Schiavo 2007:7)

In Bezug auf das Thema der vorliegenden Arbeit, wird diese Definition als am treffendsten befunden. Durch den Fokus auf die Beeinflussung, Beteiligung und Unterstützung von Zielgruppen und deren Verhalten wird das Ziel von Gesundheitskommunikation auf der Ebene von Informations- und Kommunikationskampagnen recht deutlich dargestellt.

2.3.2 Ebenen und Ansätze

Gesundheitskommunikation kann auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden: im Bereich der intrapersonalen, interpersonellen, Organisations- und Massenkommunikation. (vgl. Signitzer 2001:29; Kreps/Thornton 1992:15) In der nachfolgenden Abbildung wird dieses Vier-Ebenen-Modell der Kommunikation zur besseren Übersicht dargestellt.

Tabelle 1: Vier-Ebenen-Modell der Kommunikation, nach Signitzer (2001:29)

Ebene	Beschreibung	Beispiel
Intrapersonale Kommunikation	Kommunikation und psychische Vorgänge innerhalb einer Person, die sich um Gesundheit und Krankheit drehen	Sich Gedanken über die eigene Gesundheit machen
Interpersonelle Kommunikation	Kommunikation und Austausch von gesundheitsrelevanter Information zwischen mindestens zwei Individuen	Gespräche zwischen Arzt und Patient, unter Ärzten, zwischen Arzt und Pflegepersonal, unter Patienten,...
Organisationskommunikation	Kommunikation über gesundheitsrelevante Aspekte unter allgemeinen Sichtweisen der Organisationskommunikation	Interne oder externe Kommunikation von Krankenhäusern, Altersheimen, Arztpraxen, Versicherungen,...
Massenkommunikation	Verbreitung (und Austausch) von Gesundheitsinformation über die Medien	Gesundheitsthemen in Medien zur Information oder Unterhaltung; Informationskampagnen im Gesundheitsbereich

Das für diese Arbeit relevante Forschungsgebiet der Gesundheitskampagnen wird, wie durch die Tabelle ersichtlich wird, auf der Ebene der Massenkommunikation verortet.

Des Weiteren identifiziert Signitzer (2001:26) drei verschiedene Sichtweisen der Gesundheitskommunikation, die innerhalb des Forschungsfeldes vertreten werden: den Informationsansatz, den Persuasionsansatz und den narrativen Ansatz. Beim *Informationsansatz* stehen die Verbreitung von gesundheitsbezogener Information und insbesondere auch die Arzt-Patienten-Kommunikation im Vordergrund der Forschungsbemühungen. Diese Sichtweise wird vor allem bei älteren Definitionen recht deutlich. Der *Persuasionsansatz* ist hingegen auf den präventiven Bereich fokussiert. Die Verantwortung für Gesundheitsprobleme liegt diesem Ansatz zufolge bei den Individuen und der Gesellschaft. Beim *narrativen Ansatz*, der von Pettegrew (1988) entwickelt wurde, steht das sogenannte „Storytelling“ im Mittelpunkt. Die Analyseeinheit der „Geschichte“ bezieht sich zwar auf alle Ebenen der Gesundheitskommunikation, findet aber besonders im Kampagnenbereich, wie zum Beispiel bei Anti-Raucherkampagnen, Anwendung. Sowohl beim Persuasions-, als auch beim narrativen Ansatz liegt der Fokus vor allem auf dem (kulturellen) Kontext, in dem Gesundheitskommunikation stattfindet (vgl. ebd.:27).

2.4 Informations- und Kommunikationskampagnen

Begriffsbestimmungen von Informations- und Kommunikationskampagnen orientieren sich im Allgemeinen hauptsächlich an zwei Dingen: Entweder wird der Fokus auf die Ziele gelegt – also

was Kampagnen bei ihren Zielgruppen erreichen sollen – oder auf die Methoden, mithilfe derer diese Ziele erreicht werden sollen (vgl. Paisley 1989:16).

Eine sehr deutliche Orientierung an Kampagnenzielen und -Methoden lässt sich zum Beispiel bei Bonfadelli/Friemel (2010:16) erkennen. Laut den Autoren umfassen Informations- und Kommunikationskampagnen

„die Konzeption, Durchführung und Evaluation von systematischen und zielgerichteten Kommunikationsaktivitäten zur Förderung von Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen gewisser Zielgruppen im positiven, das heißt gesellschaftlich erwünschten Sinn.“ (Bonfadelli/Friemel 2010:16)

Im Hinblick auf Hinweise in der Fachliteratur können zusammenfassend folgende Merkmale einer Kampagne festgestellt werden (vgl. z.B. Lies 2011:20; Schäfers 2011:71; Bonfadelli/Friemel 2010:15f.; Röttger 2009:10; Salmon/Atkin 2003:450):

- Zielorientierung und Zielgerichtetheit
- Publikumsorientierung
- Medienorientierung
- Strategischer Ansatz
- Fokus auf ein Thema
- Dramaturgie und Inszenierung
- Zeitliche Befristung
- Einsatz unterschiedlicher kommunikativer Instrumente
- Kommunikative Klammer zur Wiedererkennung (z.B. Logo, Claim, etc.)
- Interaktive, kommunikative Prozesse

Ob sich all diese Komponenten in der Praxis wirklich wiederfinden, ist jedoch fraglich. Besonders umstritten ist beispielsweise der letzte Punkt, der interaktiven kommunikativen Prozesse – hierbei handelt es sich eher um einen Idealzustand, denn oft bekommt das Publikum nur begrenzte Möglichkeiten, im Kampagnenprozess zu interagieren. Von Gottwald (2006:166) und Bonfadelli/Friemel 2010:15) wird zwar der Begriff der Kommunikationskampagne gegenüber dem der Informationskampagne bevorzugt, da letzterer die reflexiven Kommunikationsprozesse nicht miteinbezieht – jedoch muss hier stark zwischen einem wissenschaftlichen und einem praktischen Kontext unterschieden werden. Während im wissenschaftlichen Diskurs die Bedeutung von interaktiven Prozessen und personalkommunikativen Maßnahmen innerhalb einer Kampagne oft berücksichtigt und hervorgehoben wird, erfolgt die Kampagnenkommunikation in der Praxis meist nur sehr einseitig vom Kommunikator zum Empfänger.

2.4.1 Begriffsabgrenzung

Oft werden öffentliche Informationskampagnen mit dem sogenannten „Social Marketing“ (dt. „Soziales Marketing“) gleichgesetzt beziehungsweise darunter subsumiert (vgl. Pott 2009a:202; Fromm/Baumann/Lampert 2011:128). Vollständigkeitshalber soll hier deshalb kurz der Begriff

des Sozialen Marketings definiert werden:

„Social Marketing is the use of marketing principles and techniques to influence a target audience to voluntarily accept, reject, modify, or abandon a behaviour for the benefit of individuals, groups, or society as a whole.“ (Kotler/Roberto/Lee 2002:5)

Das Element des „Sozialen“, das in dieser Begriffsbestimmung etwas vernachlässigt wird, kommt in der Definition des Gabler Wirtschaftslexikons etwas deutlicher zur Geltung. Dieses begreift Soziales Marketing als ein

„...Marketingkonzept zum Erreichen eines geplanten sozialen Wandels. Diese Verhaltensänderungen, oft gesellschaftliche Korrekturen (z.B. Familienplanung, Verzicht auf Rauchen, Schutz vor HIV), sind über das soziale Produkt als Idee (Einstellungen, Vertrauen, Werte), als Aktivität (Handlungen, Verhalten) und/oder als Objekt (Kondom u.Ä.) anzustreben.“ (Gabler Verlag o.J.:o.S.)

Die zuvor erwähnte Gleichsetzung beruht darauf, dass innerhalb Informations- und Kommunikationskampagnen häufig Strategien des Social Marketings Verwendung finden, wie etwa die Segmentierung von Zielgruppen (vgl. Pott 2009a:202). Generell verschwimmen die Grenzen zwischen öffentlichen Informationskampagnen, sozialem Marketing, Werbe- und PR-Kampagnen immer mehr. So werden auch zunehmend Techniken und Trends aus der Öffentlichkeitsarbeit und der Werbung in die Konzeption von Informations- und Kommunikationskampagnen eingebunden (vgl. Leonarz 2009:215). Trotzdem müssen die einzelnen Formen weiterhin klar voneinander abgegrenzt werden. Bonfadelli (2004:104) unterscheidet beispielsweise öffentliche Informationskampagnen von der Konsumwerbung, der Image-PR und der Issue-Werbung. Demnach zielen Informationskampagnen, im Gegensatz zur Werbung und PR, etwa nicht auf die Erhöhung des Produktabsatzes ab. Außerdem steht kein konkreter Hersteller, eine bestimmte Marke oder die Schaffung von Vertrauen für eine bestimmte Organisation im Mittelpunkt (vgl. ebd.).

2.4.2 Gesundheitskampagnen

Laut Bonfadelli/Friemel (2010:23) sind Gesundheitsthemen – gemessen an Anzahl und eingesetzten Ressourcen – der bedeutendste Einsatzbereich von Kommunikations- und Informationskampagnen. Die Bezeichnungen für solche Kampagnen reichen in der Literatur von „öffentlicher Informationskampagne“, über „Präventionskampagnen“ und „Gesundheitskampagnen“ bis hin zu den englischen Begriffen „Public Information Campaigns“ und „Communication Campaigns“ (vgl. ebd.:15). In der vorliegenden Arbeit wird hauptsächlich der allgemeine Begriff „Gesundheitskampagne“ verwendet. Dabei handelt es sich laut Pott (2009a:202) um eine „systematisch geplante Kombination von Maßnahmen/Einzelprojekten zur Erreichung gesundheitsbezogener Ziele in der Gesamtbevölkerung oder definierten Zielgruppen“.

Allgemein soll durch eine Informationskampagne im Gesundheitsbereich Aufmerksamkeit geweckt, Vertrauen geschaffen und im besten Fall Anschlusshandeln erzeugt werden (vgl. Röttger

2009:9). Menschen sollen Gesundheitsrisiken erkennen können, diese zukünftig vermeiden und eventuell eine geeignete Behandlung dafür finden (vgl. Kreps/Thornton 1992:198). Bestehende gesundheitsförderliche Sicht- und Verhaltensweisen, sowie das persönliche Gesundheitsbewusstsein sollen indessen gestärkt werden (vgl. Schnabel 2009:38). Zusätzlich wird mithilfe der Ansprache von wichtigen Entscheidungsträgern eine Veränderung von sozial-politischen Rahmenbedingungen angestrebt, die wiederum zu einer Verbesserung der öffentlichen Gesundheit führen soll (vgl. Fromm/Baumann/Lampert 2011:126).

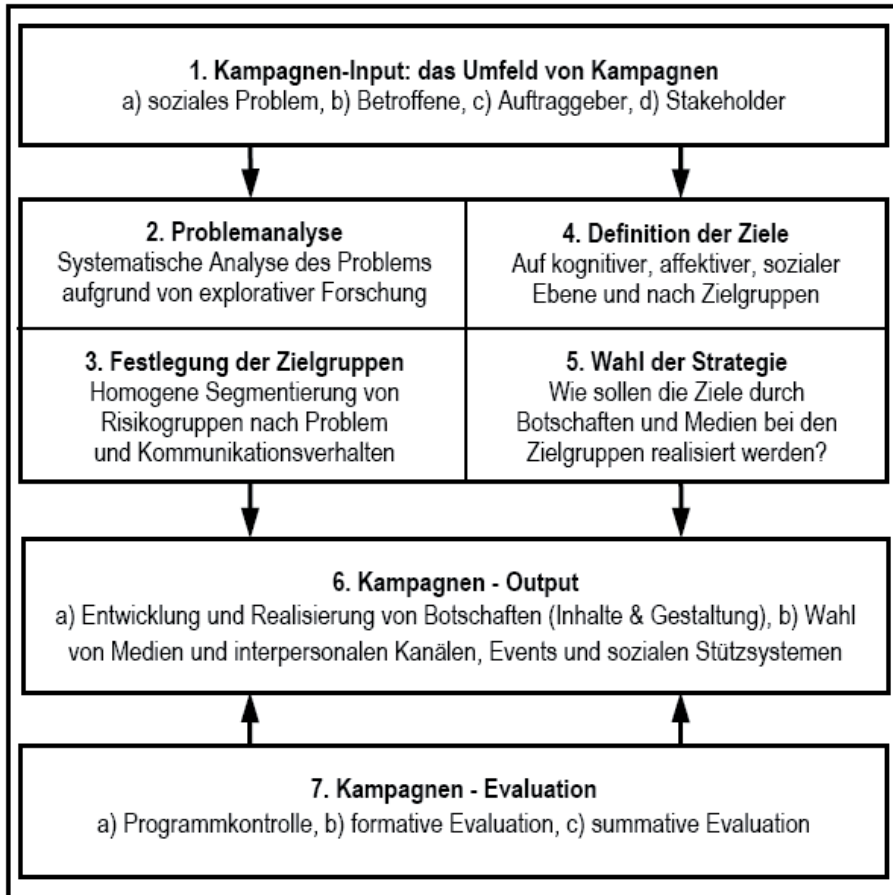
Gesundheitskampagnen können unterschiedliche Kommunikationskanäle nutzen, um ihre Botschaften an die Zielgruppe zu transportieren. Dazu zählen hauptsächlich die Massenmedien, aber auch das Internet und die interpersonale Kommunikation. Rein massenmediale Gesundheitskampagnen sind in der Literatur jedoch häufig Kritik ausgesetzt. So ist zum Beispiel Wallack (1989:353) der Meinung, dass deren Wirkung allgemein überschätzt wird. Zwar seien die Medien dazu im Stande, Informationen an ein großes Publikum vermitteln, aber zu Verhaltensänderungen oder zur Reduktion von Krankheitsfällen würden sie nichts oder nur wenig beitragen können (ebd.)¹. Während also mithilfe der Massenmedien hauptsächlich Wissen rund um ein bestimmtes Thema generiert werden kann, bieten personalkommunikative Projekte und in einigen Fällen auch das Internet Möglichkeiten zur Interaktivität und Partizipation. Im besten Fall kann dadurch auch Anschlusskommunikation erzeugt werden (vgl. Bonfadelli/Friemel 2010:22).

2.4.3 Kampagnendesign

Meist werden – unabhängig vom Thema – ähnliche Abläufe beim Design von Informations- und Kommunikationskampagnen verfolgt. In der Regel setzt sich die Konzeption aus vier Phasen zusammen: der Analysephase, der strategischen Phase, der Umsetzungsphase und der Evaluationsphase (vgl. Schäfers 2011:72f.). Innerhalb dieser Phasen gibt es jedoch leichte Variationen wie die Zusammenfassung, Zerlegung oder unterschiedliche Benennungen einzelner Schritte. Als Beispiel für ein solches Kampagnendesign wird im Folgenden das Systemmodell von Bonfadelli/Friemel (2010:24) vorgestellt, das sieben Elemente innerhalb der vier zuvor genannten Phasen enthält. Anhand dieses Modells sollen die vier Phasen des Kampagnenprozesses kurz skizziert werden.

¹ Auf weitere Problematiken und Grenzen von Gesundheitskampagnen wird in Kapitel 4.3. näher eingegangen.

Abbildung 1: Systemmodell von Bonfadelli/Friemel (2010:24)



Analysephase

Zur besseren Übersicht werden hier die beiden ersten Elemente des Systemmodells, der Kampagnen-Input und die Problemanalyse, zur Analysephase zugeordnet. Als Kampagnen-Input verstehen Bonfadelli/Friemel (2010:25) das soziale Umfeld einer Kampagne. Dieses besteht aus:

- einem sozialen (in diesem Fall gesundheitsbezogenen) Problem
- von diesem Problem betroffene Teilöffentlichkeiten
- einem Auftraggeber, der dieses Problem mittels einer Kommunikationsstrategie lösen möchte und
- relevanten Stakeholdern aus Wirtschaft, Politik, usw. (vgl. ebd.).

Zunächst erfolgt eine Analyse des Gesundheitsproblems, das mithilfe einer Kampagne angesprochen werden soll. Dafür werden statistische Daten und empirisch geprüfte Forschungsergebnisse herangezogen, die unter anderem Auskunft über die betroffenen Bevölkerungsgruppen, Ursachen, Risikofaktoren und öffentliche Wahrnehmung des Problems, die Kosten möglicher Präventionsmaßnahmen, sowie Lösungsmöglichkeiten für das Problem geben sollen (vgl. z.B. Alcalay/Taplin 1989:108; National Cancer Institute 2001:16; Bonfadelli/Friemel 2010:25; Salmon/Atkin 2003:451). Diese Analyse der Ist-Situation sollte möglichst gründlich und systematisch ablaufen – denn je besser ein Problem verstanden wird, desto besser kann eine erfolgreiche Kommunikationsstrategie dafür entwickelt werden (vgl. National Cancer Institute 2001:16). Zudem ist es empfehlenswert, der Kampagne eine fundierte theoretische Basis zugrunde zu legen. Das be-

deutet, dass wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Gesundheitspsychologie und der Kognitionspsychologie ebenso in den Planungsprozess einfließen sollten wie Modelle und Ansätze aus der Kommunikationswissenschaft (vgl. Salmon/Atkin 2003:451; National Cancer Institute 2001:8). Rossmann (2010:16.e2) sagt dazu: „Eine theorie- und evidenzbasierte Kampagnenentwicklung setzt daher immer voraus, die Zielgruppe, ihre relevanten Verhaltensdeterminanten, ihr Mediennutzungsverhalten, ihre bisherigen Vorstellungen vom Thema und ihr bisheriges Verhalten in empirischen Vorstudien kennen zu lernen.“

Strategische Phase

Zu der strategischen Phase werden hier die Definition von Zielgruppen und Zielen, sowie die Wahl der Strategie gezählt. Ob zuerst die Zielgruppen oder die Ziele bestimmt werden, wird in den verschiedenen Konzepten unterschiedlich gehandhabt. Schäfers (2011:77) rät dazu, zuerst die Ziele zu formulieren, aber dabei schon die anvisierten Zielgruppen im Hinterkopf zu haben.

Bei der *Zieldefinition* steht die Frage im Vordergrund: „Was soll bei wem bis wann in welchem Umfang erreicht beziehungsweise bewirkt werden?“ (Schäfers 2011:77). Dabei ist besonders darauf zu achten, dass die Antworten darauf möglichst realistisch sind und konkret ausgearbeitet werden – immerhin soll allen Beteiligten klar sein, was mit der Kampagne erreicht werden soll (vgl. Bonfadelli/Friemel 2010:28; National Cancer Institute 2001:20). Zielsetzungen sind eine wichtige Voraussetzung für die Wahl der geeigneten Strategie und auch die Evaluation der Kampagne baut darauf auf (vgl. Bonfadelli/Friemel 2010:28).

Die Frage „Wen will ich erreichen?“ wird mit der Bestimmung der fokussierten *Zielgruppen* geklärt. Kreps/Thornton (1992) begründen die Wichtigkeit dieses Konzeptionsschrittes bei der Planung von Gesundheitskampagnen folgendermaßen:

„The health professional should analyze the audience members according to such demographic variables as age, education, sex, socioeconomic status, emotional maturity, and the desire to know to understand what is happening to their health in order to determine their cultural orientations and potential attitudes toward you and your topic.“ (Kreps/Thornton 1992:126)

Nur durch die Berücksichtigung der zielgruppenspezifischen Situationen und Bedürfnisse können Botschaften eine Wirkung erzielen (Bonfadelli 2004:118). Hintergrundinformationen über die relevante Zielgruppe sollten bereits in den frühen Phasen der Kampagnenplanung gesammelt werden, um herauszufinden, welche Werte und Einstellungen dieses Publikum verfolgt, welches Vorwissen es hat, welche Medien es nutzt und so weiter und diese Erkenntnisse in den Planungsprozess einfließen lassen zu können (vgl. Salmon/Aktin 2003:452). Relevante Teilöffentlichkeiten zeichnen sich dadurch aus, wie betroffen sie von einem Gesundheitsthema sind (Betroffenheitsgrad), wie beziehungsweise ob sie ein Problem in diesem Thema sehen (Problembewusstsein) und wie hoch die Motivation ist, an der Lösung dieses Problems mitzuwirken beziehungsweise sich verweigern (vgl. Gottwald 2006:167; Schäfers 2011:78). Wichtig ist, nicht nur die Eigenschaften der Zielgruppen zu kennen, sondern auch deren potentielle Reaktionen

auf die für sie entwickelten Botschaften (vgl. Bonfadelli/Friemel 2010:27). Aufschluss über mögliche Wirkungen kann im späteren Verlauf der Kampagnenplanung ein Pretesting geben. Damit wird über ein Feedback der Zielgruppe geklärt, wie die Botschaften beim Testpublikum ankommen und wie Inhalt und Stil bewertet werden (vgl. Salmon/Atkins 2003:452).

Im nächsten Schritt wird nun die *Strategie* bestimmt. Auf Basis der Ergebnisse der vorangegangenen Konzeptionsschritte wird die strategische Ausrichtung sowie die Dramaturgie der Kampagne festgelegt. Es ist die Frage zu stellen „wie die beabsichtigte Inszenierung des Themas beziehungsweise einzelner Aspekte am besten gelingt, um größtmögliche Aufmerksamkeit, bestmögliche Wissensvermittlung, weitestgehende Akzeptanz und umfängliche Unterstützung in/bei allen relevanten Zielgruppen zu erzielen“ (Schäfers 2011:80). Dazu werden kurze und prägnante Aussagen formuliert, die die Kommunikationsstrategie definieren (vgl. Alcalay/Taplin 1989:110).

Umsetzungsphase

In dieser Phase wird der sogenannte Kampagnen-Output generiert. Dies beinhaltet laut dem Modell von Bonfadelli/Friemel (2010:25) die inhaltliche Entwicklung und Realisierung der Botschaften sowie die Wahl der Medien und anderer (interpersoneller) Kommunikationskanäle. Gottwald (2006:163) erweitert die Phase der Umsetzung noch um folgende Elemente:

- Entwicklung einer zentralen Kommunikationsidee
- Entwicklung der Medienstrategie
- Wahl der Kommunikationsinstrumente
- Redaktion
- Maßnahmenplanung
- Organisationsplanung und
- Kostenplanung

Nach und nach wird nun die in der strategischen Phase entwickelte Dramaturgie der Kampagne durchgeführt. Diese folgt häufig dem schematischen Ablauf Auftakt, Durchdringung, Steigerung, Konkretisierung und Abschluss (vgl. Röttger 2007:391). Beim *Kampagnenauftakt* soll – mit Unterstützung der Massenmedien – möglichst viel Aufmerksamkeit auf die Kampagne gelenkt werden. Die *Durchdringungsphase* hat zum Ziel, eine weitreichende Präsenz in der Öffentlichkeit zu garantieren. Dies geschieht mithilfe der Reduzierung der Botschaften auf prägnante und eingängige Kernaussagen, sowie dem Einsatz einer kommunikativen Klammer (Logo, Claim,...) zur Wiedererkennung. In der *Steigerungsphase* spitzt sich das Thema zu. Nun werden vor allem Meinungsbildner angesprochen, die das transportierte Gesundheitsproblem registrieren und im Idealfall unterstützen sollen (vgl. Schäfers 2011:81). Die *Konkretisierungsphase* ist von der Informationsvermittlung gekennzeichnet. Wichtige Fragen sind hierbei: Was müssen die Zielgruppen über die Kampagne beziehungsweise das Thema wissen? Was müssen sie lernen, um das Problem besser zu verstehen und lösen zu können? In dieser „heißen“ Phase geht es auch darum, Einstellungs-, Meinungs- und – im besten Falle – Verhaltensänderungen bei den Zielgruppen hervorzurufen. Den Abschluss einer Kampagne bildet ein klares Fazit, das Stakeholdern und Zielgruppen zusätzliche Motivation, zum Beispiel für zukünftige Projekte, mit auf den Weg geben soll (vgl. ebd.:82).

Evaluationsphase

Mithilfe der Evaluation werden die Effektivität der Maßnahmen – also die Wirkung und die Gegenüberstellung von Zielsetzungen und tatsächlichem Erfolg – sowie deren Kosten-Nutzen-Verhältnis („Effizienz“) überprüft (vgl. Altgeld et al. 2006:32). Die permanente Kontrolle und Verbesserung einer Kampagne ist unabdingbar, denn dadurch wird sie gegenüber den beteiligten Stakeholdern legitimiert (vgl. Bonfadelli/Friemel 2010:119). Außerdem können die Kampagnenplaner durch eine gründliche Evaluation feststellen, welche Strategien funktioniert haben, und welche nicht – ein bedeutendes Hilfsmittel also für die zukünftige Kampagnenkonzeption (vgl. Alcalay/Taplin 1989:113). Trotz dieser Argumente wird jedoch die Wichtigkeit von Controllingmaßnahmen allgemein unterschätzt und in der Praxis häufig vernachlässigt (vgl. ebd.).

3 Exkurs: Gesundheit, Rauchen und Geschlecht

Frauen und Männer sind anders – und das wird besonders deutlich, wenn es um ihre Gesundheit geht. Das Geschlecht ist ein wichtiger Aspekt, der sowohl die Ausprägungen von Gesundheit und Krankheit, das gesundheitliche Verhalten und die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen und ärztlichen Dienstleistungen bestimmt (vgl. Hagen/Starker 2011:4.e1).

Besonders im Kontext von Gesundheitsförderung und Kampagnen ist es wichtig, gewisse Merkmale von Frauen- und Männergesundheit zu kennen. Frauen pflegen beispielsweise eher präventive Verhaltensweisen als Männer und schenken ihrem Körper und ihrer Gesundheit mehr Aufmerksamkeit (vgl. Otto 2006:2f.). Währenddessen fühlen sich Männer subjektiv gesünder (Scholz 2011b:65). Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsmaßnahmen werden von Männern kritischer beurteilt und somit auch seltener in Anspruch genommen. Zusätzlich lässt sich beim „starken“ Geschlecht auch ein höheres Risikoverhalten feststellen, was sich mitunter in einer allgemein kürzeren Lebenserwartung auswirkt (vgl. Kolip/Koppelin 2002:492f.). Zum Vergleich: In Österreich haben Männer eine durchschnittliche Lebenserwartung von 77,6 Jahren, während diese bei Frauen bei 83 Jahren liegt (vgl. Scholz 2011a:76). Dieser geschlechtsspezifische Unterschied ergibt sich weniger aufgrund biologischer Voraussetzungen, sondern durch vermehrt verhaltensbedingte Todesursachen bei Männern. Dazu zählen hauptsächlich Unfälle, Suizide, und psychische Störungen – wie zum Beispiel Suchterkrankungen (vgl. Hagen/Starker 2011:4e1).

Im Gesundheitsbereich lassen sich also deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern erkennen. Während die eben erwähnten Fakten zur Frauen- und Männergesundheit als kleiner Einstieg in die Thematik dienen sollten, wird nun im Speziellen auf die geschlechtsspezifischen Differenzen im Hinblick auf Tabakkonsum eingegangen.

3.1 Tabakkonsum von Männern und Frauen

Tabakkonsum wird zu den wichtigsten Faktoren, die Einfluss auf die Gesundheit nehmen, gezählt. Im Vergleich zu anderen gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen trägt das Rauchen zu einem verhältnismäßig großen Anteil zur Gesamtsterblichkeit in der Weltbevölkerung bei (vgl. Stopper/Gertler 2002:442).

Bei einer Umfrage im Jahr 2008 gaben 38 Prozent der Österreicher an, in den letzten zwölf Monaten geraucht zu haben. 15 Prozent davon waren starke Raucher, die mehr als 20 Zigaretten pro Tag konsumierten (vgl. Uhl et al. 2009:38). Laut der Statistik Austria Gesundheitsbefragung 2006/2007 rauchten zu diesem Zeitpunkt 27 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen täglich (vgl. Statistik Austria 2008:o.S.).

Zwar sind – global gesehen – 80 Prozent der Raucher/innen männlich, generell gleicht sich die Anzahl der Frauen, die Tabak konsumieren, jedoch immer mehr den männlichen Raucherquoten an (vgl. WHO 2010:2; Schoberberger/Rieder 2003:69). Sowohl auf internationaler Ebene als

auch in Österreich steigt seit den 1960er und 1970er Jahren die Zahl der rauchenden Frauen kontinuierlich, während bei den Männern ein stetiger Rückgang zu verzeichnen ist (vgl. z.B. Uhl et al. 2009:44; Bischof/John 2002:342; Schoberberger/Rieder 2003:69; Fleitmann 2009:14). So sind etwa bei österreichischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen nahezu keine Geschlechterunterschiede mehr in Bezug auf die Raucherquote erkennbar (vgl. Statistik Austria 2008:o.S.).

Geschlechterspezifische Differenzen in Bezug auf Tabakkonsum entstehen einerseits durch unterschiedliche soziokulturelle Verhaltensweisen und andererseits durch biologische Reaktionen auf die enthaltenen Stoffe im Zigarettenrauch. Das bedeutet, dass die Faktoren „Sex“ (biologisches Geschlecht) und „Gender“ (soziales Geschlecht)² gleichermaßen eine Rolle in den einzelnen Raucherstadien sowie in der Prävention spielen (vgl. Lux/Walter 2007:7.e1). Im Folgenden soll deshalb auf beide Aspekte Bezug genommen werden, indem die Unterschiede bei Männern und Frauen in den einzelnen Stadien einer „RaucherInnenkarriere“ kurz dargestellt werden.

3.1.1 Einstieg und Motivationen

Meistens beginnt eine Abhängigkeit in der frühen Jugend: Wer bereits in jungem Alter erstmals zur Zigarette greift, läuft eher Gefahr, später regelmäßige/r RaucherIn zu werden. Zudem sinkt die Wahrscheinlichkeit, aus dem Tabakkonsum jemals wieder auszusteigen (vgl. WHO 2010:2).

In Österreich unternehmen zwar männliche Jugendliche früher ihre ersten Rauchversuche, Mädchen sind andererseits dahingehend mehr gefährdet, dass sich bei ihnen eine Tabaksucht entwickelt und sie zu regelmäßigen Raucherinnen werden (vgl. Schoberberger/Rieder 2003:69). Eine Studie in Deutschland kam hingegen zu dem Ergebnis, dass bei Mädchen ein niedrigeres Einstiegsalter vorliegt (vgl. Lux/Walter 2007:7.e1). Ob und welche Geschlechterunterschiede hinsichtlich des Einstiegsalters bei Jugendlichen vorliegen, ist in der Literatur also nicht ganz geklärt, da verschiedene, teils widersprüchliche Studien darüber vorliegen (vgl. Fleitmann et al. 2010:117).

Einigkeit herrscht jedoch darüber, dass die Motivationen, mit dem Rauchen anzufangen, geschlechterspezifisch sind. Bei Frauen beziehungsweise Mädchen spielen meist kulturelle, psychosoziale und sozioökonomische Aspekte eine wichtige Rolle. Vor allem werden sie von der Werbung der Tabakindustrie und Gruppenzwang zum Rauchen verführt, aber auch der geringere Selbstwert bei jungen Mädchen und Unzufriedenheit mit der Figur können ein Grund für den Raucheinstieg sein (vgl. WHO 2010:2).

3.1.2 Gewohnheiten

Unter Männern gibt es mehr stark abhängige Raucher als unter Frauen und sie konsumieren – unabhängig vom Alter – mehr Zigaretten pro Tag. Rauchende Frauen sind hingegen tendenziell „nur“ leichtgradig abhängig (vgl. Lux/Walter 2007:7.e1). „Light“ oder „ultra-Light“ Zigaretten werden ebenso vom weiblichen Geschlecht bevorzugt, da sie für weniger gefährlich gehalten werden (vgl. WHO 2010:5)

2 Auf die Begriffe „Sex“ und „Gender“ wird in Kapitel 4.1. noch näher eingegangen.

Was die Gewohnheiten betrifft, greifen Frauen öfter als Männer „situationsbedingt“ zur Zigarette. So wird bei Angst, depressive Verstimmungen, Verdauungsprobleme, Gewichtssorgen und stressige Situationen vermehrt geraucht (vgl. Schoberberger/Rieder 2003:69).

3.1.3 Ausstieg

Insgesamt hören mehr Männer als Frauen im Laufe ihres Lebens mit dem Rauchen auf (vgl. Stopper/Gertler 2002:442). Zwar nehmen sich Frauen häufiger vor, den Tabakkonsum zu beenden, ihren männlichen Eidgenossen gelingt der tatsächliche Ausstieg jedoch besser (vgl. Lux/Walter 2007:7.e1).

Es gibt einige Gründe, die Raucherinnen den endgültigen Ausstieg erschweren können, wie Armut, Depression, fehlende soziale Unterstützung oder die Angst vor Gewichtszunahme (vgl. WHO 2010:5). Letztere ist zwar nicht ganz unberechtigt, jedoch überwiegen in diesem Punkt die vielen gesundheitlichen Vorteile, die ein Rauchausstieg mit sich bringen würde (vgl. Schoberberger/Rieder 2003:73).

Maßnahmen zur Raucherentwöhnung werden allgemein eher selten in Anspruch genommen (vgl. Bischof/John 2002:351). Da der weibliche Tabakkonsum wie bereits erwähnt häufig von situations- und sozialisationsbedingten Faktoren geleitet wird, sind medikamentöse Nikotinentwöhnungen und Nikotinersatztherapien meist weniger erfolgreich als bei Männern. Zudem verursachen diese Formen der Therapie bei Frauen öfter Nebenwirkungen (vgl. Lux/Walter 2007:7.e1).

3.1.4 NichtraucherInnen

In den Jahren 2006 und 2007 wurden in Österreich etwa 51 Prozent „echte“ NichtraucherInnen verzeichnet. Hier zeichnet sich jedoch ein recht deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern ab: Während knapp 42 Prozent der Männer noch nie in ihrem Leben geraucht haben, ist dieser Anteil bei den Frauen mit etwa 60 Prozent um einiges höher. Diese Differenz steigt zudem mit zunehmenden Alter (vgl. Statistik Austria 2008:o.S.).

Ein großes Problem unter NichtraucherInnen stellt das Passivrauchen dar, da es die Gesundheit nahezu ebenso schädigen kann wie aktives Rauchen. Besonders Frauen sind häufig betroffen, vor allem wenn sie beruflich in der Gastronomie tätig sind oder ihre Ehemänner regelmäßig Tabak konsumieren. Frauen, die dem Passivrauch ausgesetzt sind, haben ein zu 30 - 40 Prozent höheres Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken (vgl. Stopper/Gertler 2002:442). Insgesamt sterben auch mehr Frauen als Männer an den Folgen des Passivrauchs (vgl. WHO 2010:3).

3.1.5 Gesundheitliche Risiken

Rauchen kann zu zahlreichen gesundheitlichen Schädigungen führen. Tabakkonsum ist beispielsweise für jede fünfte Krebserkrankung verantwortlich, wie Lungenkrebs, Blasenkrebs, Mundkrebs

oder Speiseröhrenkrebs (vgl. Borgers 2002:299). Derzeit sind zwar nach wie vor Männer häufiger von Krebserkrankungen betroffen, in Verbindung mit dem Anstieg der Raucherinnenzahl während der vergangenen Jahrzehnte nehmen die Krebsfälle bei den Frauen jedoch stetig zu. So treten beispielsweise Lungen- und Blasenkrebs auch immer häufiger bei Frauen auf. (vgl. Stopper/Gertler 2002:442f; Fleitmann et al. 2010:118). Ebenso erhöht sich durch den Tabakkonsum das Risiko für Frauen, an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken und es wird ein Zusammenhang zwischen Rauchen und Brustkrebs vermutet (vgl. Fleitmann et al. 2010:118; WHO 2010:3).

Generell sind Frauen durch den Tabakkonsum von ähnlichen gesundheitlichen Risiken betroffen wie Männer, teilweise sind sie jedoch aufgrund einer höheren Nikotinempfindlichkeit sogar noch stärker gefährdet. So besteht etwa der Verdacht, dass rauchende Frauen prädestinierter für die Schädigung von Organen wie Lunge, Herz und Gefäßen sind sowie diese durch einen anderen Krankheitsverlauf und schlechtere Heilungschancen als bei rauchenden Männern gekennzeichnet ist. Zudem kann Tabakkonsum Tumore an den weiblichen Geschlechtsorganen sowie eine Störung der Reproduktionsfähigkeit, die bis hin zur Unfruchtbarkeit gehen kann, auslösen (vgl. Lux/Walter 2007:7.e1, WHO 2010:3). Weitere frauenspezifische Folgen können ein verzögerter Eisprung, ein früherer Beginn der Wechseljahre sowie Osteoporose sein (vgl. Fleitmann et al. 2010:118).

Eine wichtige Thematik, die viele Frauen betrifft, ist der Tabakkonsum während oder nach der Schwangerschaft: Immerhin rauchen in der westlichen Welt 20 bis 40 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter – und das obwohl der Tabakrauch nachweislich die Gesundheit des Kindes gefährdet. So besteht ein höheres Risiko für Frühgeburten und ein zu geringes Gewicht bei der Geburt sowie eine höhere Wahrscheinlichkeit im fortgeschrittenen Alter an Asthma, Übergewicht und Verhaltensstörungen zu leiden (vgl. Fleitmann 2009:14, Schmitt/Schmitt/Kirch 2007:31.e1).

Zwar verzichtet laut einer deutschen Studie die Hälfte der Frauen während der Schwangerschaft auf die Zigarette – nach der Geburt fangen jedoch 50 Prozent bis zwei Drittel dieser Frauen wieder zu rauchen an (vgl. Schmitt/Schmitt/Kirch 2007:31.e1). Mögliche Gründe für diesen Rückfall könnten einerseits hormonell bedingte Depressionen, mütterlicher Stress oder der soziale Druck sein, der damit einhergeht, während der Schwangerschaft nicht rauchen „zu dürfen“, sein. Andererseits könnte unter Frauen ein Informationsmangel bezüglich möglicher tabakbedingter Auswirkungen auf das Neugeborene beziehungsweise auf Kleinkinder vorliegen, dem man mit entsprechenden Kampagnen entgegenwirken müsste (vgl. ebd.).

3.2 Sozioökonomische Determinanten

Unabhängig vom Geschlecht, werden Gesundheit und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen auch grundlegend von sozioökonomischen Aspekten wie Bildungsgrad, beruflichem Status und Einkommen bestimmt (vgl. Scholz 2011c:59). Diese Faktoren wirken sich bei beiden Geschlechtern auch auf das Rauchverhalten aus, wobei der Zusammenhang mit höherem Alter abnimmt (vgl. Lampert 2006:3; Lux/Walter 2007:7.e1; Schoberberger/Rieder 2003:69).

Laut Statistik Austria (2009:60) besteht in folgenden Bevölkerungsgruppen ein erhöhtes Risiko für täglichen Tabakkonsum:

- Dauerhaft arbeitsunfähige Männer
- Arbeitslose Frauen
- Männer, die eine einfache manuelle Tätigkeit ausüben
- Männer mit Lehrabschluss oder Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule
- Frauen mit Pflichtschulabschluss
- Landwirtinnen

Die Wahrscheinlichkeit für Tabakkonsum sinkt, je höher der Bildungsgrad ist. Niedrig ausgebildete Jugendliche sind beispielsweise eher dazu prädestiniert, früher mit dem Rauchen anzufangen und in weiterer Folge abhängig zu werden (vgl. Fleitmann et al. 2010:118). Bei Männern ist der Zusammenhang zwischen Bildung und Rauchen jedoch deutlicher ausgeprägt als bei Frauen (vgl. Statistik Austria 2009:59).

Für Kampagnen und Präventivmaßnahmen gegen Rauchen in der Schwangerschaft beziehungsweise in Gegenwart von Kindern muss der Einfluss sozioökonomischer Rahmenbedingungen auf das Rauchverhalten von Müttern berücksichtigt werden. Ein wichtiger Aspekt ist beispielsweise hierbei, dass Mütter ohne beruflichen Abschluss mit einer größeren Wahrscheinlichkeit täglich rauchen als höher ausgebildete, wobei diejenigen zwischen 20 und 29 Jahren die höchste Rauchprävalenz aufweisen. Unter arbeitslosen Müttern ist sogar jede fünfte starke Raucherin (vgl. Sperrlich/Illiger/Geyer 2011:1215).

4 Geschlechtersensible Anti-Raucher-Kampagnen

Auf Basis der Erkenntnisse zu den geschlechterbezogenen Differenzen im Tabakkonsum liegt nun die Annahme nahe, dass auch Angebote zur Raucherprävention diese Faktoren berücksichtigen müssen, um Frauen und Männer gleichermaßen zu erreichen und passgenau ansprechen zu können. Deshalb wird im Folgenden die Einbeziehung der Geschlechterkomponente in die Planung von präventiven Angeboten – insbesondere von Anti-Raucher-Kampagnen – diskutiert.

Mithilfe eines Beispiels, der „rauchfrei“ Jugendkampagne, soll veranschaulicht werden, wie eine geschlechtersensible Kampagne in der Praxis aussehen kann. Dass öffentliche Informations- und Kommunikationskampagnen generell und speziell mit der Berücksichtigung von Geschlechteraspekten auch Einschränkungen und problematische Seiten in sich bergen, wird abschließend in Kapitel 4.2.6. dargestellt.

4.1 Die Kategorie Geschlecht in Gesundheitsforschung und Prävention

Das Geschlecht spielt, wie im vorigen Kapitel dargestellt, eine wichtige Rolle für gesundheitsbezogene Einstellungen, Wissensbestände, Wertewahrnehmungen und Verhaltensweisen (vgl. Otto 2006:5). Dabei wird zwischen „Sex“, dem biologischen Geschlecht, und „Gender“, dem sozialen Geschlecht, das gesellschaftliche Normen, Rollenerwartungen und den kulturellen Kontext umschließt, unterschieden. Ebenso bezeichnet Gender das Verhältnis zwischen den Geschlechtern (vgl. Ernst 2010:10.e1). Besonders im Suchtbereich ist es wichtig, nicht nur die „biologischen“ Auswirkungen von schädlichen Inhaltsstoffen auf Frauen und Männer zu kennen, sondern auch den Einfluss von Gender auf die Konsumgewohnheiten, die Ursachen und Verläufe der Sucht sowie Motivationen zum Ausstieg zu berücksichtigen (vgl. ebd.).

Beide Konzepte wirken also auf die Gesundheit ein, und müssen in der Gesundheitsforschung berücksichtigt werden. So sagt etwa Greaves (2012:3): „Integrating these concepts [Sex und Gender, d.Verf.] reveals and reinforces their incredible significance in producing more accurate, effective, and relevant research findings.“

Auf einer wissenschaftlichen Ebene haben Geschlecht und Gender in den vergangenen Jahren bereits durchaus an Bedeutung gewonnen: In Studien, Gesundheitsberichten, Publikationen und Kongressen werden frauen- und mänderspezifische Aspekte immer mehr eingebunden. Ein anderes Bild zeichnet sich jedoch auf der Praxisebene ab: So gibt es noch zahlreiche Hindernisse, die einer geschlechtersensiblen Umsetzung gesundheitsbezogener Interventionen im Weg stehen (Kuhlmann/Kolip 2005:12). Dies betrifft unter anderem Angebote zur Raucherprävention und im Zuge dessen auch Kampagnen, die oft als kommunikative Strategie in umfangreichere Präventionsprogramme eingebunden werden (vgl. Bonfadelli/Friemel 2008:4).

4.1.1 Das Geschlecht als Qualitäts- und Erfolgsfaktor?

Um bestimmte Bevölkerungsgruppen effektiv zu erreichen und anzusprechen, müssen Präventionsmaßnahmen laut Pott (2009b:3) an die speziellen Bedürfnisse und Lebensumstände der fokussierten Zielgruppen angepasst werden: „Um die Erreichbarkeit zu verbessern, sind eine sensible Vorgehensweise, eine passgenaue Zielgruppenansprache unter besonderer Beachtung auch der Gendersensibilität sowie eine vernetzte Vorgehensweise auf Anbieterseite notwendig.“

Zu einer geschlechter- und gendersensiblen Ansprache zählt die Berücksichtigung von Unterschieden in Lebenssituation, Gesundheitszustand, Auftreten von Krankheiten und Kommunikations- und Informationsverhalten von Männern und Frauen. Zudem sollten idealerweise Informationen zu Alter, sozialer Schicht und kulturellen Hintergründen in die Konzeption der Maßnahmen einfließen (vgl. Pott 2009b:3). Das Wissen über männliche und weibliche Gesundheitsdeterminanten findet jedoch nur selten den Weg in die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. z.B. Pott 2009b:3; Kuhlmann/Kolip 2005:115; Deitermann et al. 2011:9e1; Hurrelmann/Quenzel 2011:2e1):

„Even though knowledge of gender differences in health is increasingly available, it does not always translate easily into realities of health planning and programme implementation. The field of health promotion is no exception: the lack of translation of knowledge about gender inequities in health into health promotion interventions leads to misallocated resources and weakened potential for success.“ (Östlin et al. 2007:26)

Dabei gibt es durchaus ernstzunehmende Hinweise darauf, dass die Berücksichtigung von Geschlecht und Gender zur Qualitätsverbesserung und zum Erfolg von Präventionsmaßnahmen und Kampagnen beitragen könnte (vgl. z.B. Altgeld 2006:27; Fleitmann et al. 2010:121f.; Lux/Walter 2007:7.e2; Doyal 2001:1061; Ernst 2010:10.e; Zaman/Underwood 2003:1).

Laut Kolip (2009:23) kann eine geschlechtersensible Entwicklung präventiver Angebote die Qualität dadurch verbessern, indem Maßnahmen gezielter geplant und umgesetzt werden können. Wichtig ist dabei vor allem, dass ein permanenter Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis erfolgt, damit die Erkenntnisse zur Männer- und Frauengesundheit effektiv in die Strategieentwicklung einfließen können (vgl. Pott 2009b:4).

Kampagnen, die sich an die gesamte Bevölkerung richten und keinen Kontextbezug aufweisen, sind laut Altgeld et al. (2006:14) zwar einfach und ohne größeren Aufwand zu organisieren, hätten aber auch eine geringere gesundheitliche Wirkung als zielgruppenspezifisch ausgerichtete Angebote. Ebenso erkennen Franzkowiak/Helfferich/Weise (1998) in der geschlechterspezifischen Konzeption von Präventionsmaßnahmen ein großes Erfolgspotential:

„Es ist eine vielfältig belegte Praxiserfahrung in unterschiedlichsten Teilbereichen der Gesundheitsförderung, dass ein differenzierter Adressatenbezug die Effektivität präventiver Botschaften und Strategien steigern kann. Gerade in der Suchtprävention hat es sich zunehmend als sinnvoll und konzeptionell begründet erwiesen, die Funk-

tion von gesundheitsschädlichen („Risiko“-)Verhaltensweisen im lebensweltlichen Kontext aufzugreifen, „funktional äquivalente“ Handlungsalternativen zum Drogenmißbrauch und alternative Leitbilder anzubieten sowie die Förderung von Lebenskompetenzen in das Zentrum primärpräventiver Maßnahmen zu stellen.“ (Franzko-wiak/Helfferich/Weise 1998:12)

Boender et al. (2004:64), die Programme zur Gesundheitsförderung mit einer integrierten Gender- und Geschlechterperspektive im Hinblick auf ihre Wirkung untersuchten, konnten (mit wenigen Ausnahmen) durchwegs positive Effekte auf die Gesundheit feststellen. Aber sie werfen auch ein: „However, it is possible that the literature reviewed suffered from a bias against publicizing negative findings. Changes were more likely to be reported in knowledge and attitudes than in reproductive health behavior, and, in some cases, programs had less of an impact on men than on women.“ (ebd.: 65) Zudem geben die Autoren zu bedenken, dass es durchaus schwierig ist, den Einfluss des Geschlechter- und Genderaspekts einer Kampagne isoliert zu evaluieren (vgl. ebd.:3). Aus diesem Grund wird die Überprüfung des Erfolgs in der Praxis häufig vernachlässigt. Sie schlagen vor, dieselben Maßnahmen einmal mit und einmal ohne Geschlechteraspekt miteinander zu vergleichen, um die Wirksamkeit der frauen- und männerspezifischen Interventionen zu testen (vgl. ebd.). Ob das bezüglich zeitlicher und finanzieller Ressourcen überhaupt möglich ist, sei dahingestellt. Wie bereits erwähnt wurde, ist die Evaluation generell schon ein vernachlässigtes Instrument der Kampagnenpraxis. Der zusätzliche Aufwand, der für die Überprüfung der geschlechterspezifischen Maßnahmen nötig wäre, würde demnach bereits ein sehr großes Engagement seitens der Kampagnenverantwortlichen erfordern.

4.1.2 Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich

Geschlechter- und Genderspezifische Differenzierungen bergen offensichtlich ein nicht zu unterschätzendes Präventionspotential in sich, das bisher nur wenig ausgenutzt wurde. Einen geeigneten Rahmen zur Umsetzung von geschlechtersensiblen Angeboten bietet das Konzept des Gender Mainstreamings (vgl. Ernst 2010:10.e1).

Gender Mainstreaming nimmt Bezug auf die Unterscheidung zwischen biologischem und sozialem Geschlecht und beschäftigt sich mit der Frage: „Spielt das Geschlecht eine Rolle, und wenn ja, wie kann es angemessen berücksichtigt werden?“ (Kolip 2009:21f.). Es geht darum, das soziale Geschlecht „Gender“ in den „Mainstream“, also in den Hauptstrom einfließen zu lassen (vgl. ebd.:22)

Erstmals auf der 3. Weltfrauenkonferenz in Nairobi im Jahr 1985 vorgestellt, sollte das Konzept ursprünglich für einen höheren Stellenwert der sozialen Lebensbedingungen und Wertevorstellungen der Frauen in der Entwicklungsarbeit stehen (vgl. Enayati 2011:37). Später wurde Gender Mainstreaming weiterentwickelt und als Strategie verabschiedet, die geschlechterspezifische Aspekte auf allen politischen und gesellschaftlichen Ebenen einbeziehen sollte (vgl. Pott 2009b:3). Im Gegensatz zu den bisherigen Frauenförderungsstrategien wurde durch Gender Mainstreaming die Chancengleichheit beider Geschlechter in den Blickpunkt gerückt (vgl. Ena-

yati 2011:37). Diese Chancengleichheit soll seitdem auf einer horizontalen und einer vertikalen Ebene garantiert sein. Horizontal bedeutet, dass dort, wo Frauen und Männer die gleichen Bedürfnisse haben, ihnen auch das gleiche Angebot zur Verfügung stehen soll. Vertikale Chancengleichheit hingegen meint, dass bei unterschiedlichen weiblichen und männlichen Bedürfnissen auch ein differenziertes Angebot entwickelt werden muss (vgl. Kolip 2009:22).

Der Gesundheitsbereich ist ein bedeutendes Anwendungsfeld für Gender Mainstreaming. Altgeld et al. (2006:27) etwa bezeichnen Gender Mainstreaming als ein Schlüsselkonzept, das den Abbau gesundheitsbezogener Ungleichheit zwischen Frauen und Männern fördern kann. In den Bereichen, wo ein Geschlecht benachteiligt ist, muss es demnach gezielt gefördert werden:

„Gender Mainstreaming beinhaltet immer eine geschlechtersensible Problemanalyse, und es geht im Anschluss darum, situativ und kontextbezogen zu entscheiden, welche Maßnahmen für beide Geschlechter oder speziell für Frauen beziehungsweise Männer zu entwickeln sind, um Chancengleichheit in allen gesellschaftlichen Bereichen herzustellen.“ (Otto 2006:76)

Ein Problem von Gender Mainstreaming jedoch ist, dass es sich dabei um einen relativ unhandlichen Begriff handelt, der häufig zu einer Abwehrhaltung bei Projektverantwortlichen führen kann. Die Herausforderung, geschlechtergerechte Maßnahmen zu entwickeln, wird deshalb oft nicht angenommen (vgl. Kolip 2009:21). Zudem gibt es kritische Stimmen, die befürchten, dass durch Gender Mainstreaming frauenspezifische Gesundheitsangebote gestrichen werden, und Maßnahmen der Frauenförderung in Zukunft hinfällig werden könnten. Damit es dazu nicht kommt, muss situationsbedingt geklärt werden, für welche Bereiche weiterhin Programme zur Frauengesundheit entwickelt werden sollen (vgl. Kuhlmann/Kolip 2005:91).

4.2 Geschlechtersensible Kampagnenplanung in der Praxis

Wie in den vorigen Kapiteln ersichtlich wurde, kann die Berücksichtigung von Geschlecht und Gender durchaus zum Erfolg einer Gesundheitskampagne beitragen. Damit dieses Wirkungspotential jedoch voll ausgeschöpft werden kann, muss die Geschlechterperspektive in den kompletten Kampagnenprozess eingebunden werden. Nachdem in Kapitel 2.4.3. bereits auf die einzelnen Schritte des Kampagnenprozesses eingegangen wurde, wird im Folgenden dargestellt, auf welche Aspekte in diesen Phasen bei der Planung einer geschlechtersensiblen Kampagne geachtet werden sollte. In jedem Schritt sollen Geschlechterfragen reflektiert werden, damit Entscheidungen wie die der Ansprache der Zielgruppe, der Strategien, Themen und Botschaften, kompetent getroffen werden können (Franzkowiak/Helfferich/Weise 1998:79).

Anschließend wird anhand der „rauchfrei“ Kampagne, die von der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) konzipiert wurde, die Relevanz der Geschlechter- und Genderperspektive in der Praxis der Suchtprävention aufgezeigt.

4.2.1 Analysephase

Zur Analyse der Ist-Situation beziehungsweise des fokussierten Gesundheitsproblems sollten zunächst Daten von Gesundheitsberichten und andere Studienergebnisse, die eine Geschlechterperspektive aufweisen, herangezogen werden. Denn:

„Changing health knowledge, behavior, and attitudes starts with accurate information and in-depth understanding of needs, social norms, roles, responsibilities, and constraints of people and their view of the issue being addressed by the program. To encourage gender sensitivity through health communication programs, it is necessary to analyze the community from a gender perspective.“ (Zaman/Underwood 2003:3)

Bei den Studien, die das nötige Datenmaterial liefern, gilt es zwischen *geschlechtervergleichender*, *geschlechtersensibler* und *geschlechterspezifischer* Gesundheitsberichterstattung zu unterscheiden (vgl. Kolip 2009:23ff.). Geschlechtervergleichende Forschung bedeutet, dass separate Ergebnisse für weibliche und männliche Gesundheitsprofile und Präventionspotenziale ermittelt werden. Geschlechtersensible Gesundheitsberichte analysieren die Daten zusätzlich unter der Berücksichtigung von wissenschaftlichen Theorien und beziehen Lebenssituationen, Rahmenbedingungen und den sozioökonomischen Status mit ein. Bei geschlechterspezifischen Studien liegt der Fokus hingegen nur auf einem Geschlecht, wodurch auf tiefergreifendere Erklärungsansätze eingegangen werden kann (vgl.ebd.).

Längsschnittdaten, wie zum Beispiel durch periodisch wiederkehrende Befragungen, können hilfreich sein, wenn Zusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten und Unterstützungsbeziehungsweise Risikoverhalten hergestellt werden sollen (vgl. Lange 2009:37). Informationen über die Zielgruppe können auch mithilfe qualitativer Forschungsmethoden gesammelt werden. Gruppendiskussionen, Interviews und Rollenspiele sind hierfür besonders geeignet (vgl. Zaman/Underwood 2003:3).

4.2.2 Strategische Phase

In diesem Schritt werden die Ziele, die Zielgruppen und die Strategie definiert. Die Zielgruppenorientierung spielt in der geschlechtersensiblen Kampagnenplanung zweifelsohne eine besonders wichtige Rolle, denn: „Für die Projektplanung ist eine genaue Analyse der Zielgruppe mit einem für Geschlechterfragen sensibilisierten Blick sowie eine daraus abgeleitete Begründung des spezifischen Handlungsbedarfs notwendig.“ (Franzkowiak/Helfferich/Weise 1998:80)

Mithilfe einer zielgruppengerechten Ansprache können bestimmte Bevölkerungsgruppen erreicht, über relevante Themen aufgeklärt und zur Teilnahme an Präventionsangeboten motiviert werden (vgl. Deitermann et al. 2011:9.e1). Zaman/Underwood (2003:5) raten dazu, getrennte Gesundheitsprofile für Frauen und Männer auf Basis der Informationen aus der Situationsanalyse zu erstellen, wobei soziale, kulturelle, psychologische, demographische, ökonomische und geografische Faktoren, sowie gesundheitsbezogenes Wissen und Verhalten berücksichtigt werden sollten. Außerdem spielt das Alter der fokussierten Zielgruppe eine bedeutende Rolle – soll die

Kampagne also Jugendliche oder Erwachsene ansprechen? Wichtig ist zu fragen, in welchen Bereichen überhaupt (größere) geschlechter-spezifische Differenzen vorliegen, welche Zielgruppen sich aus dieser Feststellung ableiten lassen und wie diese Zielgruppen am besten erreicht werden können (vgl. Kolip/Koppelin 2002:501). Eine schwierige und zugleich wichtige Herausforderung stellt beispielsweise das Erreichen von sozial benachteiligten Gruppen dar – hier besteht jedoch meist ein besonders hoher Bedarf an adäquater Gesundheitsinformation (vgl. Köster 2009:11).

Ausgehend vom fokussierten Publikum können Überlegungen zur Zieldefinition abgeleitet werden (vgl. Zaman/Underwood 2003:7): Welche Ziele sollen bei Frauen erreicht werden, welche bei Männern? Wie können beide Geschlechter von der Kampagne profitieren? Diese und ähnliche Fragen können dabei helfen, konkrete und vor allem realistische Zielsetzungen zu formulieren, die dann bei der Evaluation auf ihre Umsetzung hin überprüft werden können.

Basierend auf der Situationsanalyse, der Zielgruppendefinition und den Zielsetzungen gilt es nun, die Strategie zu bestimmen. Im Vordergrund steht dabei die Überlegung, ob Maßnahmen speziell für Frauen beziehungsweise Männer erforderlich sind, oder ob beide Geschlechter gleichermaßen angesprochen werden sollen (vgl. Kuhlmann/Kolip 2005:218). Ob eine Maßnahme nur an ein Geschlecht gerichtet wird, oder eine gemeinsame, geschlechtersensible Ansprache erfolgt, hängt von bestimmten Faktoren, wie dem Kampagnenthema, den Merkmalen und den Interessen der Zielgruppe ab (vgl. Köster 2009:11). Die Strategie sollte zudem auf einer wissenschaftlichen Theorie basieren, die zum Beispiel Aufschluss über mögliche Wirkungen auf die Zielgruppe oder Einstellungs- und Verhaltensänderungsprozesse gibt (vgl. Zaman/Underwood 2003:7).

4.2.3 Umsetzungsphase

Im Rahmen der Umsetzungsphase werden auf Grundlage der zuvor getätigten Analysen und Überlegungen die Maßnahmen und Botschaften für die Kampagne entwickelt und implementiert. Wichtig ist hierbei, dass diese Schritte in Zusammenarbeit von Gesundheits- und Kommunikationsexperten erfolgen, damit das Fachwissen beider Disziplinen einfließen kann (vgl. Zaman/Underwood 2003:10).

In dieser Phase stellt sich auch die Frage nach den geeigneten Medienkanälen und personal-kommunikativen Präventionsmaßnahmen. Die unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten zu Medien sowie das Mediennutzungs-, Informations- und Kommunikationsverhalten von Männern und Frauen spielen dabei eine wichtige Rolle. Differenzen bezüglich Alter und sozialer Schicht sind ebenso zu berücksichtigen (vgl.ebd.). Es ist auch durchaus sinnvoll, Fachexperten zu Rate zu ziehen, die wissen, mit welchen Maßnahmen und Zugangswegen eine bestimmte Zielgruppe am besten erreicht werden kann (vgl. Kolip 2009:28).

Mit geschlechter- und gendergerechten Botschaften wird schließlich die passgenaue Ansprache der Zielgruppen realisiert. Männer halten Gesundheitsthemen oft für „Frauensache“, und haben dadurch das Gefühl, die Informationen seien nicht an sie adressiert. Um dem vorzubeugen, müssen Botschaften so gestaltet werden, dass sie beide Geschlechter dazu motivieren, sich ihrer Ge-

sundheit zu widmen (vgl. Doyal 2001:1062). Dabei muss jedoch stets darauf geachtet werden, dass die Botschaften keine Stereotypen bedienen und in der Gesellschaft verankerte Rollenbilder nicht noch zusätzlich verstärken. Da dies eine schmale Gratwanderung ist, ist es unbedingt erforderlich, sich im Voraus Gedanken über die Konsequenzen der Botschaften zu machen sowie deren Wirkung zu testen. Ein Pretesting zeigt zum Beispiel, welche Informationen bei Männern und Frauen wie gut ankommen und welche Inhalte am besten „funktionieren“ (vgl. Zaman/Underwood 2003:10).

4.2.4 Evaluationsphase

Im Rahmen der Evaluierung wird die Kampagne laufend hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Effektivität unter Berücksichtigung der Geschlechterperspektive getestet. Indem die Wirkung und Wahrnehmung der Interventionen getrennt für Männer und Frauen überprüft wird, können geschlechterspezifische Risikofaktoren hinsichtlich der Kampagne rasch identifiziert werden. Mithilfe einer flexibel gestalteten Kampagnenplanung kann auf solche Probleme und Hindernisse im Idealfall rasch reagiert werden (vgl. Zaman/Underwood 2003:12).

Ein ausschlaggebender Faktor für die Erfolgsabschätzung einer Kampagne ist das Ausmaß der Zielerreichung. Hierfür könnte man zum Beispiel fragen: Wurde das Wissen um das Gesundheitsproblem erhöht? Wurden Einstellung oder Wahrnehmung von Risiken geändert? Sind hierbei unterschiedliche Ergebnisse bei Männern und Frauen zu beobachten? und so weiter (vgl. ebd.:14). Bezogen auf die geschlechterspezifische Suchtprävention bei Jugendlichen geben Franzkowiak/Helfferich/Weise (1998) folgende Hinweise zur Überprüfung der Zielerreichung:

„Ein allgemeines Zielkriterium jeder Arbeit ist die Resonanz und die Akzeptanz seitens der intendierten Zielgruppe. Unter Umständen ist bei einer schwer erreichbaren Gruppe bereits das Herstellen eines kontinuierlichen Kontaktes als Erfolgskriterium zu bewerten. Die Zielerreichung wird im Einzelnen auf der Basis der o.g. Zielbestimmung erfaßt, wobei immer nach Geschlechtern differenziert werden muß.“ (Franzkowiak/Helfferich/Weise 1998:82)

Die Evaluierung kann mithilfe quantitativer und/oder qualitativer Methoden stattfinden (vgl. Zaman/Underwood 2003:15). Qualitative Forschungsmethoden wie Interviews und Gruppendiskussionen geben Auskunft über den möglichen individuellen Veränderungsprozess von Einstellungen, Wahrnehmungen und Verhalten. Mit quantitativen Analysen, wie schriftlichen Befragungen, kann hingegen herausgefunden werden, wie viele Männer und Frauen etwa erreicht wurden oder inwiefern sie von der Kampagne profitiert haben (vgl. ebd.). Solche Ergebnisse sind einerseits für den Verlauf der aktuellen Kampagne wichtig, andererseits haben sie auch einen enormen Wert für die Planung von zukünftigen Interventionen (Östlin et al. 2006:33).

4.2.5 Beispiel: Die „rauchfrei“ Jugendkampagne

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat bereits früh damit begonnen, geschlechter- und gendersensible Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu entwi-

ckeln. Das Konzept des Gender Mainstreamings wird systematisch in die verschiedenen Fachgebiete eingebunden, während gleichzeitig darauf geachtet wird, Stereotypenbildung zu vermeiden (vgl. BZgA 2009:63f.). Mit der Jugendkampagne „rauchfrei“ wurde im Jahr 2002 eine zielorientierte Informations- und Kommunikationskampagne im Bereich Suchtprävention konzipiert, in der der Geschlechteraspekt in jeder Phase der Kampagnenplanung berücksichtigt wurde. Zusätzlich gingen Informationen zu weiteren relevanten Merkmalen der Zielgruppen, wie Alter, Bildung, Herkunftsland, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsstatus, in die Planung ein (vgl. Strunk 2009:81). Jungen und Mädchen sollen dadurch zielgruppenspezifisch erreicht, über die Gefahren des Tabakkonsums aufgeklärt und zum Nichtrauchen motiviert werden (vgl. ebd.:84).

Im Rahmen der Situationsanalyse wurden eigene Studien und Expertengespräche durchgeführt, sowie nationale und internationale Forschungsergebnisse herangezogen. Auf Basis dieser Datengrundlage wurden folgende geschlechtsspezifische Differenzen in Bezug auf Tabakkonsum ermittelt (vgl. Marsen-Storz 2005:1):

- Häufigkeit und Umfang des Konsums
- Einstiegsalter (Erstkonsum und regelmäßiger Konsum)
- Gesundheitliche Auswirkungen
- Motive zum Einstieg, zur Beibehaltung und zum Ausstieg
- Wissen und Einstellungen zum Rauchen und den Folgen

Diese Erkenntnisse werden während der Umsetzungsphase ständig auf einem aktuellen Stand gehalten und für diverse Entscheidungen herangezogen (vgl. Strunk 2009:82).

Die strategische Phase der „rauchfrei“ Kampagne gestaltete sich folgendermaßen: Als unmittelbare Zielgruppe wurden Jugendliche im Alter von zwölf bis 17 Jahren, die in der Bundesrepublik Deutschland wohnhaft sind, definiert (vgl. Leppin 2009:219.). Zu dieser Bevölkerungsgruppe wurden gezielt Informationen gesammelt, die über geschlechterspezifische Motive für Verhalten und Verhaltensänderung, Methoden zur Verhaltensänderung, Lebens- und Themeninteressen, Bildungs- und Freizeitverhalten, Mediennutzung, Jugendkultur, glaubwürdige Testimonials sowie geeignete MeinungsbildnerInnen, Multiplikatoren und Multiplikatorinnen Aufschluss gaben. Dieses Wissen floss sowohl in die Definition der Kampagnenziele ein, als auch in die Entwicklung der Strategie und in die weitere Kampagnenplanung (vgl. Strunk 2009:83).

Die „rauchfrei“ Kampagne verfolgt drei Hauptziele, die unter anderem ebenfalls Geschlechterdifferenzen berücksichtigen (vgl. Lang/Strunk 2010:126):

- Verhinderung des Raucheinstiegs
- Förderung eines möglichst frühzeitigen Ausstiegs
- Schutz vor Passivrauch

Hinsichtlich der strategischen Ausrichtung ging es zunächst darum zu überlegen, in welchem Ausmaß geschlechterdifferenzierende Maßnahmen überhaupt als sinnvoll und realisierbar erachtet werden konnten. Auf Basis der zuvor gesammelten Daten wurde dann entschieden, welche Maßnahmen beide Geschlechter gemeinsam, und welche Jungen und Mädchen getrennt ansprechen

sollten. Diese Erkenntnis war besonders für die inhaltlich-thematische Aufbereitung, den Kommunikationsanker, Sprachstil, Tonalität, Botschaftsgestaltung, Wahl der Kommunikationskanäle, sowie die Einbeziehung von Multiplikatoren und -innen und KooperationspartnerInnen von Relevanz (vgl. Marsen-Schorz 2005:2). Die Gesamtstrategie liegt zudem einem theoretischen Modell zugrunde: Sie orientiert sich an dem Phasenmodell der Medienwirkung von McGuire und Rogers, das die einzelnen Phasen des Einflusses von Medien beschreibt (vgl. Strunk/Lang 2010:126).

Die „rauchfrei“ Jugendkampagne wurde als Informations- und Kommunikationskampagne konzipiert, die sowohl massenmediale, als auch personalkommunikative Elemente beinhaltet (vgl. Lang/Strunk 2010:126, Leppin 2009:220). Als roter Faden beziehungsweise kommunikative Klammer dient das „rauchfrei“-Logo, das sich durch die gesamte Kampagne zieht (vgl. Leppin 2009:220). Für die massenmediale Teilstrategie wurden Anzeigen, Kino- und TV-Spots, Informationsbroschüren sowie ein Internetauftritt entwickelt.

In den Jahren 2003 und 2006 wurden Anzeigen mit zwei unterschiedlichen Motivserien implementiert, in denen beide Male Gender-Aspekte miteinbezogen wurden. Die Motive richteten sich entweder an Jungen, an Mädchen oder an beide Geschlechter gleichermaßen (vgl. Lang/Strunk 2010:128). Auch die Kino- und TV-Spots wurden geschlechtsspezifisch gestaltet. Sie zeigten die unmittelbaren Folgen des Rauchens im Hinblick auf die unterschiedlichen Werte und Lebenswelten der beiden Geschlechter. Für Mädchen wurde beispielsweise der Spot „Strand“ realisiert, der auf die gesundheitlichen Risiken bei gleichzeitigem Tabakkonsum und Einnahme der Antibabypille hinwies. Der Spot „Fußball“ veranschaulichte hingegen der männlichen Zielgruppe, wie Rauchen die sportliche Leistung beeinträchtigen kann (vgl. Strunk 2009:87). Zudem wurden Informationsbroschüren in zwei Versionen gestaltet, die sich spezifisch an Mädchen („Stop Smoking - Girls“) beziehungsweise Jungen („Stop Smoking – Boys“) richteten. Bild- und Farbauswahl, Inhalt und Sprache wurden dabei ganz auf die jeweiligen Bedürfnisse des jeweiligen Geschlechts zugeschnitten (vgl. Strunk 2009:87).

Abbildung 2: Infobroschüren der „rauchfrei“ Kampagne (vgl. Strunk/Lang 2010:129)



Auch der – heute noch existierende – Internetauftritt enthält geschlechterspezifische Informationen, wie zum Beispiel die Wirkung des Tabakrauchs auf den weiblichen und männlichen Körper.

Die Anzeigen sowie Kino- und TV-Spots wurden Pretests unterzogen, womit unter anderem geschlechterdifferenziert untersucht wurde, wie die Maßnahmen wahrgenommen wurden und ob die Botschaft verstanden wurde. Die Printmedien, wie die Broschüre, wurden von Experten und Expertinnen für Jungen- beziehungsweise Mädchenarbeit vorab gelesen und auf ihre Wertigkeit getestet (vgl. Strunk 2009:83).

Den Kampagnenverantwortlichen ist bewusst, dass massenmediale Elemente zwar den Vorteil haben, dass sie große Bevölkerungsgruppen ansprechen können, jedoch als isolierte Einzelmaßnahmen so gut wie keinen Einfluss auf die Reduzierung des Tabakkonsums haben (vgl. Lang/Strunk 2010:127). Aufgrund dessen wurden auch personalkommunikative Angebote im Rahmen der „rauchfrei“ Kampagne entwickelt, die hauptsächlich im Setting der Schule stattfinden. Mithilfe von Projekttagen, Klassenwettbewerben, Anti-Rauch-Kursen, Filmtagen und so weiter wird den Schülern das Nichtrauchen nahegelegt (vgl. Lang/Strunk 2010:130).

Ein wichtiges Element der „rauchfrei“ Kampagne ist die Evaluation. Alle zwei Jahre wird mittels einer Repräsentativbefragung ermittelt, wie viele Jugendliche erreicht wurden und inwiefern das gesamte Maßnahmenbündel zur Veränderung im Wissen, in den Einstellungen und im Verhalten der deutschen Jugendlichen beiträgt (vgl. Lang/Strunk 2010:130). Um eine permanente Qualitätsverbesserung der Maßnahmen zu ermöglichen, werden die Ergebnisse dieser Untersuchung an die Kampagnenverantwortlichen rückgekoppelt und fließen in die Weiterentwicklung von Interventionen ein. Dies soll zu einer permanenten Qualitätsverbesserung der Maßnahmen führen (vgl. Lang/Strunk 2010:126).

Bisher erwies sich die „rauchfrei“ Kampagne als durchaus erfolgreich. Der Anteil der rauchenden Jugendlichen im Alter zwischen zwölf und 17 Jahren hat sich in Deutschland von 2001 auf 2011 bereits mehr als halbiert und liegt derzeit bei 11,7 Prozent. Die Bekanntheit des „rauchfrei“-Slogans stieg bis ins Jahr 2008 auf etwa 67 Prozent, ging dann aber aufgrund der eingeschränkten massenmedialen Maßnahmen wieder etwas zurück. Zudem nehmen die Jugendlichen das Rauchen zunehmend als gesundheitsschädigend wahr und sind dem Rauchen gegenüber mehr und mehr kritisch eingestellt (vgl. BZgA 2012:11f.).

Lang/Strunk (2010:131) werfen hingegen ein, dass diese Ergebnisse nicht nur in einer Kausalbeziehung zur Kampagne allein gesehen werden können. Die Effekte einer einzelnen kommunikativen Maßnahme können nur schwer gemessen werden, weshalb auch der Einfluss von strukturellen Präventionsstrategien wie Rauch-Verbote in öffentlichen Einrichtungen und dergleichen mitberücksichtigt werden müssen.

4.3 Probleme und Kritik

Die „rauchfrei“ Jugendkampagne ist zwar ein gutes Beispiel dafür, wie eine ambitioniert geplante

und umgesetzte geschlechtersensible Gesundheitskampagne zur Tabakprävention aussehen könnte, jedoch sind Informations- und Kommunikationskampagnen durchaus auch Grenzen und Beschränkungen gesetzt.

Wie bei der „rauchfrei“ Kampagne bereits angedeutet wurde, wird die Wirksamkeit von Gesundheitskampagnen in Bezug auf eine Verhaltensänderung unterschiedlich beurteilt. Die Effektivität von Kampagnen ist generell schwer messbar, und insbesondere welche Rolle die Medien dabei spielen kann nicht eindeutig festgestellt werden (vgl. z.B. Wallack 1989:367; Gottwald 2006:214; Leonarz 2009:229; Kröger et al. 2002:57).

Göpfert (2001:131) schätzt beispielsweise zwar mediale Gesundheitskampagnen als durchaus wirksam ein, wenn es um die Vermittlung von Information und Wissen geht, aber die Wirkung auf Werteeinstellungen und Verhaltensweisen kann ihm zufolge nicht genau bestimmt werden. Das menschliche Verhalten werde immerhin von vielen unterschiedlichen Faktoren beeinflusst, „von denen das Wissen etwa um die gesundheitsschädigende Wirkung nur ein einziger ist“ (Göpfert 2001:131). Bezogen auf Anti-Raucher-Kampagnen schließt der Autor daraus: „Es ist daher naiv anzunehmen, allein durch Gesundheitsaufklärung über Medien könne man etwa millionenfach Raucher zum nachhaltigen Nichtrauchen animieren.“ (ebd.)

Wie der Name schon verrät, sollen Informations- und Kommunikationskampagnen nicht nur informieren, sondern auch Kommunikation ermöglichen. Allein mithilfe von massenmedialen Gesundheitskampagnen kann diese Kommunikation jedoch nur sehr einseitig verlaufen. Aus diesem Grund ist es wichtig, auch personalkommunikative Angebote in die Kampagne miteinzubeziehen. Kröger et al. (2002:60) bezeichnen die personale Kommunikation sogar als die effektivste Maßnahme zur Raucherentwöhnung. Dabei ist besonders wichtig, dass sich der Zielgruppe auch Möglichkeiten zur Partizipation bieten, denn:

„Aus Theorie und Praxis der Psychologie und der Pädagogik ist bekannt, dass Menschen im Hinblick auf Wissen wie Verhalten umso erfolgreicher lernen, je besser und unmittelbarer das Lernangebot an ihren Alltag anknüpft und je mehr sie das zu Erlernende praktisch ausprobieren und selbst entwickeln können.“ (Altgeld et al. 2006:12)

Die Möglichkeiten einer Gesundheitskampagne alleine, ob rein massenmedial oder mithilfe personalkommunikativer Elemente, sind jedoch trotzdem immer begrenzt. Um den größtmöglichen Erfolg in der Verhaltensänderung, im Speziellen bezüglich der Senkung des Tabakkonsums, zu erzielen, bedarf es zusätzlich tiefgreifender struktureller Veränderungen (vgl. Pott/Lang/Töppich 2003:152ff; Spiller 2011:64). Dazu zählen insbesondere gesetzliche Einschränkungen der Zigarettenwerbung, Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden, Abgabeverbote von Tabakwaren an Jugendliche unter 18, Erschwerung des Zugangs zu Zigarettenautomaten oder eine Erhöhung der Tabaksteuer. All diese Maßnahmen wurden zum Beispiel in Deutschland in den vergangenen Jahren eingehend diskutiert beziehungsweise eingeführt (BZgA 2012:92). In Österreich hinkt man in diesen Punkten noch etwas hinterher – unter anderem in etwa, wenn man an die umstrittene Gesetzeslage hinsichtlich des teilweisen Rauchverbots in öffentlichen Räumen denkt.

Bezogen auf geschlechtersensible Kampagnen ergeben sich zudem weitere Hindernisse und Problematiken, die im Rahmen der Planung berücksichtigt werden sollten. Oft ist nicht klar, was hinter Begriffen wie „Geschlechtersensibilität“, „Gender“ und „Gender Mainstreaming“ wirklich steckt, und wird dann zu Unrecht als „Frauensache“ abgestempelt (vgl. Kuhlmann/Kolip 2005:11). Sowohl Auftraggebern als auch Kampagnenverantwortlichen sollte jedoch klar sein, dass mit solchen Konzepten beide Geschlechter angesprochen werden sollten. Spezielle Seminare und Ausbildungen könnten dazu beitragen, dass Kommunikationsexperten, die an der Planung geschlechtersensibler Kampagnen beteiligt sind, ein gewisses Grundverständnis von geschlechter- und gendergerechten Maßnahmen bekommen.

Der vielleicht wichtigste Kritikpunkt ist schließlich, dass geschlechtersensible Kampagnen in der Gesellschaft verankerte Stereotypen und Rollenbilder verstärken könnten. Es ist mit Sicherheit eine sehr schmale Gratwanderung, auf die sich Kampagnenverantwortliche dabei begeben, wenn sie unterschiedliche Sujets, Botschaften und Maßnahmen für Frauen und Männer entwickeln. Wie in der „rauchfrei“ Kampagne dargestellt, werden damit häufig Klischees wie „Mädchen wollen schön sein“ und „Jungen sind sportlich“ bedient. Dabei gibt es sicherlich auch Mädchen, denen der Sport wichtiger ist als ihr Aussehen. Gerade in diesem Punkt sind Pretests besonders wichtig, um zu prüfen, wie diese Unterschiede in der Ansprache bei der Zielgruppe ankommen und ob eine geschlechtergerechte Gestaltung überhaupt Sinn macht. Es gilt also immer zu bedenken: „Was, wenn die Zielgruppe gar nicht geschlechterspezifisch angesprochen werden will?“ (Köster 2009:10).

5 Fazit

Das Geschlecht spielt für die Gesundheit in vielerlei Hinsicht eine bedeutende Rolle. Von den Differenzen in Bezug auf Rauchverhalten und den biologischen Auswirkungen des Tabakrauchs zwischen Frauen und Männern ausgehend, wurde in dieser Arbeit der Einsatz von geschlechtersensiblen Anti-Raucher-Kampagnen diskutiert.

In der Literatur gibt es viele Hinweise darauf, dass eine geschlechtergerechte Ansprache insbesondere in der Prävention und Gesundheitsförderung sinnvoll sein kann. Dies bezieht sich jedoch hauptsächlich auf personalkommunikative Angebote. Über die Wirksamkeit von geschlechtersensiblen Gesundheitskampagnen kann derzeit noch nicht viel ausgesagt werden. Dies hängt einerseits damit zusammen, dass generell die Effektivität von Kampagnen als isolierter Einflussfaktor auf Einstellungen, Werthaltungen und Verhalten nur schwer gemessen werden kann, da externe Faktoren wie die Änderungen struktureller Rahmenbedingungen sowie das Vorwissen der Bevölkerung, Gleichzeitigkeit von anderen Kampagnen und so weiter ebenfalls eine Rolle für die Rauchprävalenz spielen. Andererseits gestaltet es sich auch als schwierig, den Geschlechter- beziehungsweise Gender-Aspekt einer Kampagne als alleiniges Erfolgskriterium zu identifizieren. Dies würde einen sehr hohen Aufwand und ein überdurchschnittlich großes Engagement seitens der Kampagnenverantwortlichen erfordern.

Fest steht, dass das jeweilige Thema eine wichtige Rolle dabei spielt, ob Gesundheitskampagnen unter einer Geschlechterperspektive gestaltet werden sollten. Bei dem hier behandelten Gesundheitsproblem des Tabakkonsums kann es durchaus sinnvoll sein, gewisse Maßnahmen geschlechtersensibel zu gestalten. Dies betrifft zum Beispiel, wie in der „rauchfrei“ Jugendkampagne gezeigt wurde, die Gestaltung von Infobroschüren, die auf die wichtigsten Unterschiede im weiblichen und männlichen Tabakkonsum eingehen, oder auch personalkommunikative Angebote zur Raucherentwöhnung. Für Frauen ist zum Beispiel besonders der Aspekt des Rauchens in der Schwangerschaft wichtig, während Männer sich davon natürlich nicht betroffen fühlen. Auch das Wissen um die unterschiedlichen Motivationen zum Raucheinstieg und -ausstieg ist entscheidend. Dabei muss immer berücksichtigt werden, dass bestehende Stereotypen und Rollenbilder nicht aufgegriffen und verstärkt werden. Dies erfordert eine besondere Sensibilität der Kampagnenverantwortlichen, das richtige Verständnis und die korrekte Verwendung der Begriffe „Geschlecht“ und „Gender“ sowie ein genaues Pretesting von Botschaften durch die Zielgruppe.

Wird eine geschlechtersensible Kampagne entwickelt, sollte der Geschlechter- und Genderaspekt in jedem Schritt der Planung berücksichtigt werden. Besonders wichtig ist hierbei, wie in der Arbeit dargestellt wurde, dass die Konzeption auf Basis von Studienergebnissen und wissenschaftlichen Theorien aufbaut. Zudem spielt das permanente Monitoring und die Evaluation eine bedeutende Rolle, damit auf Hindernisse und Probleme, wie zum Beispiel eine Stereotypenbildung, sofort reagiert werden kann.

In der Literatur sowie in der Praxis findet man (noch) relativ wenige Beispiele zu geschlechtersensiblen Kampagnen. Eine kleine Gruppe von Wissenschaftlern, im deutschsprachigen Raum vor allem rund um die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, beschäftigt sich bereits sehr intensiv mit Konzepten wie Gender Mainstreaming und geschlechtersensibler Prävention. Da diese Autoren jedoch alle einen recht ähnlichen Ausgangspunkt haben, mangelt es an differenzierteren Sichtweisen. Für die Zukunft wäre es deshalb wünschenswert, dass noch mehr Forschung zu dieser Thematik betrieben wird, und vor allem auch kritischere Standpunkte ermittelt und publiziert werden. Die Herausforderung dabei wird sein, einen geeigneten Weg zu finden, wie das Erfolgspotential des Geschlechteraspekts festgestellt werden kann. Es bleibt abzuwarten, inwiefern in diesem Bereich noch Entwicklungen und Fortschritte stattfinden.

Literatur

- Alcalay, Rina/Taplin, Shahnaz (1989): Community Health Campaigns: From Theory to Action. In: Rice, Ronald E./Atkin, Charles K. (Hrsg.): Public Communication Campaigns. West Hillcrest Drive: Sage, S. 105-129.
- Altgeld, Thomas et al. (2006): Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik. Online im Internet unter: <http://library.fes.de/pdf-files/asfo/03637.pdf> (25.05.2012).
- Bischof, Gallus/John, Ulrich (2002): Suchtmittelabhängigkeit bei Männer und Frauen. In: Hurrelmann, Klaus/Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Verlag Hans Huber, S. 342-358.
- Boender et al. (2004): The ‚So What?‘ Report. A Look at Whether Integrating a Gender Focus Into Programs Makes a Difference to Outcomes. Online im Internet unter: http://www.prb.org/igwg_media/thesowhatreport.pdf (15.06.2012).
- Bonfadelli, Heinz (2004): Medienwirkungsforschung II. Anwendungen. Konstanz: UVK.
- Bonfadelli, Heinz/Friemel, Thomas N. (2010): Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen. Konstanz: UVK.
- Borgers, Dieter (2002): Krebskrankheiten bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann, Klaus/Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Verlag Hans Huber, S. 291-307.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2009): Band 10: Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention – Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Online im Internet unter: http://www.bzga.de/bot-med_60649100.html (20.04.2012).
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2012): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Teilband Rauchen. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Deitermann, Bernhilde et al. (2011): Erfolgreiche Prävention braucht eine geschlechtergerechte Ansprache. In: Public Health Forum, 19. Jg., H. 71, S. 9.e1-9.e3.
- Doyal, Lesley (2001): Sex, gender, and health: the need for a new approach. Online im Internet unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1121552/pdf/1061.pdf> (20.05.2012).
- Enayati, Sarvenas (2011): Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Online im Internet unter: <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/3/5/CH1102/CMS1329822770089/frauengesundheitsbericht.pdf> (15.04.2012).

- Ernst, Marie-Louise (2010): Gender Mainstreaming in der Suchthilfe. In: Public Health Forum, 18. Jg., H. 67, S. 10.e1-10.e3.
- Fleitmann, Sybille (2009): Frauen und Rauchen: Schwangere und Gesundheitsberufe im Fokus. In: Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung. O.Jg., H. 65, S.14-15.
- Fleitmann, Sybille/Dohnke, Birte/Balke, Klaus/Rustler, Christa/Sonntag, Ute (2010): Frauen und Rauchen. Herausforderung für die Tabakkontrollpolitik in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 53. Jg., H. 2, S. 117-124.
- Franzkowiak, Peter/Helfferich, Cornelia/Weise, Eva (1998): Geschlechtsbezogene Suchtprävention. Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen. Online im Internet unter: <http://www.bzga.de/infomaterialien/forschung-und-praxis-der-gesundheitsfoerderung/?ab=30> (13.04.2012)
- Franzkowiak, Peter/Homfeldt, Hans G./Mühlum, Albert (2011): Lehrbuch Gesundheit. Weinheim/Basel: Juventa.
- Fromm, Bettina/Baumann, Eva/Lampert, Claudia (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Gabler Verlag (o.J.): Stichwort: Social Marketing. Online im Internet unter: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/3936/social-marketing-v6.html> (28.05.2012).
- Göpfert, Winfried (2001): Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsaufklärung über Massenmedien. In: Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Huber, S. 131-141.
- Gottwald, Franzisca (2006): Gesundheitsöffentlichkeit. Entwicklung eines Netzwerkmodells für Journalismus und Public Relations. Konstanz : UVK.
- Greaves, Lorraine (2012): Why Put Gender and Sex Into Health Research? In: Oliffe, John L./Greaves, Lorraine (Hrsg.): Designing and Conducting Gender, Sex, and Health Research. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hagen, Christine/Starker, Anne (2011): Epidemiologie – was fällt auf? Unterschiede in der Gesundheit von Männer und Frauen. In: Public Health Forum, 19. Jg., H. 71, S. 4.e1-4.e3.
- Hurrelmann, Klaus/Leppin, Anja (2001): Moderne Gesundheitskommunikation – eine Einführung. In: Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Huber, S. 9-21.
- Hurrelmann, Klaus/Quenzel, Gudrun (2011): Geschlecht und Gesundheit. In: Public Health Forum, 19. Jg., H. 71, S. 2.e1-2.e3.
- Kodelitsch, Sonja/Sageder, Viktoria (2011): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Online im Internet unter: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/7/3/CH1102/CMS1114154451979/oesterreichischer_frauengesundheitsbericht_2005_langfassung.pdf (20.05.2012).
- Kolip, Petra (2009): Was bietet die Forschung für die Facharbeit? In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Band 10: Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention – Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Online im Internet unter: http://www.bzga.de/botmed_60649100.html (20.04.2012).
- Kolip, Petra/Koppelin, Frauke (2002): Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In: Hurrelmann, Klaus/Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Verlag Hans Huber, S. 491-504.
- Köster, Monika (2009): Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention – Eine Einführung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Band 10: Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention – Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Online im Internet unter: http://www.bzga.de/botmed_60649100.html (20.04.2012).

- Kotler, Philip/Roberto, Ned/Lee, Nancy (2002): Social Marketing. Improving the Quality of Life. Thousand Oaks: Sage.
- Kreps, Gary L./Thornton, Barbara C. (1992): Health Communication. Theory and Practices. Illinois: Waveland Press.
- Kröger, Christoph/Heppekausen, Kathrin/Ebenhoch, Karin (2002): Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung. Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Kuhlmann, Ellen/Kolip, Petra (2005): Gender und Public Health. Grundlegende Orientierungen für Forschung, Praxis und Politik. Weinheim/München: Juventa.
- Lampert, Thomas (2006): Einfluss der sozialen Lage auf das Rauchverhalten von Männern und Frauen. Online im Internet unter: <http://www.gesundheitberlin.de/download/Lampert.pdf> (20.06.2012).
- Lange, Cornelia (2009): Datengrundlagen für eine geschlechtergerechte Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Band 10: Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention – Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Online im Internet unter: http://www.bzga.de/botmed_60649100.html (20.04.2012).
- Leonarz, Martina (2009): Vorne ansetzen um hinten zu sparen. Konzeption und Evaluation einer Informationskampagne im Sucht- und Gesundheitsbereich. In: Röttger, Ulrike (Hrsg.): PR-Kampagnen. Über die Inszenierung von Öffentlichkeit. Wiesbaden: VS Verlag, S. 213-230.
- Leppin, Anja (2009): Prävention von Tabakkonsum. In: Lohaus, Arnold/Domsch, Holger (Hrsg.): Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, S. 212-224.
- Lies, Jan (2011): Definitionen und Merkmale von PR-Kampagnen. In: Spiller, Ralf/Vaih-Baur, Christina/Scheurer, Hans (Hrsg.): PR-Kampagnen. Konstanz: UVK, S. 13-24.
- Lux, Richard/Walter, Ulla (2007): Rauchen und Geschlecht. In: Public Health Forum, 15. Jg., H. 54, S. 7.e1-7.e3.
- Marsen-Storz, Gisela (2005): Berücksichtigung des Geschlechteraspekts in der zielorientierten Kampagnenplanung der BZgA am Beispiel der „rauchfrei“-Jugendkampagne. Online im Internet unter: <http://artemis.bzga.de/frauen/beruecksichtigung-geschlechteraspekt.pdf> (15.06.2012).
- National Cancer Institute (2001): Making Health Communication Programs Work. A Planner's Guide. Online im Internet unter: http://archive.k4health.org/system/files/Making%20health%20comm%20programs%20work_planners%20guide.pdf (05.05.2012).
- Östlin, Piroška/Eckermann, Elizabeth/ Mishra, Udaya S./Wallstam, Eva (2007): Health Promotion Challenges. Gender and health promotion: A multisectoral policy approach. In: Health Promotion International, 21. Jg., H. S1, S. 25-35.
- Otto, Sylvana (2006): Gender und Gesundheit – Geschlechtsdifferentes Gesundheitsverhalten und Gesundheitswissen – differente Partizipation. Online im Internet unter: <http://www.gesundheitberlin.de/download/Otto.pdf>. (24.03.2012).
- Paisley, William (1989): Public Communication Campaigns: The American Experience. In: Rice, Ronald E./Atkin, Charles K. (Hrsg.): Public Communication Campaigns. Newbury Park: Sage, S. 15-38.
- Pettegrew, Loyd D. (1988): Theoretical plurality in health communication. In: Anderson, J.A. (Hrsg.): Communication Yearbook 11. Newbury Park: Sage Publications.
- Pott, Elisabeth (2009a): Social Marketing und Kampagnen in der Prävention und Gesundheitsaufklärung. In: Roski, Reinhold (Hrsg.): Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder. Wiesbaden, VS Verlag, S. 199-217.

- Pott, Elisabeth (2009b): Vorwort. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Band 10: Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention – Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Online im Internet unter: http://www.bzga.de/botmed_60649100.html (20.04.2012).
- Pott, Elisabeth/Lang, Peter/Töppich, Jürgen (2003): Gesundheitsziel: Tabakkonsum reduzieren. In: Bundesgesundheitsblatt, 46. Jg., H. 2, S. 150-155.
- Rogers, Everett (1996): Up-to-Date Report. In: Journal of Health Communication. Jg. 1, H. 1, S. 3-11.
- Rossmann, Konstanze (2010): Zur theorie- und evidenzbasierten Fundierung massenmedialer Gesundheitskampagnen. In: Public Health Forum, 18. Jg., H. 68, S. 16.e1-16.e3.
- Röttger, Ulrike (2007): Kampagnen planen und steuern: Inszenierungsstrategien in der Öffentlichkeit. In: Piwinger, Manfred/Zerfass, Ansgar (Hrsg.): Handbuch Unternehmenskommunikation, Wiesbaden, S. 381-396.
- Röttger, Ulrike (2009): Campaigns (f)or a better world? In: Röttger, Ulrike (Hrsg.): PR-Kampagnen. Über die Inszenierung von Öffentlichkeit. Wiesbaden: VS Verlag, S. 9-26.
- Salmon, Charles T./Atkin, Charles (2003): Using Media Campaigns for Health Promotion. In: Thompson, T./Dorsey, A./Miller, K./Parrott, R. (Hrsg.): Handbook of Health Communication. NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schäfers, Karl-Ernst (2011): Konzeption, Durchführung und Bewertung von Kampagnen – ein Praxisleitfaden. In: Spiller, Ralf/Vaih-Baur, Christina/Scheurer, Hans (Hrsg.): PR-Kampagnen. Konstanz: UVK, S.71-84.
- Schiavo, Renata (2007): Health communication. From theory to practice. Chichester: Wiley.
- Schmitt, Natalie/Schmitt, Jochen/Kirch, Wilhelm (2007): Aktuelle Aspekte zum Nikotinkonsum der Mutter während und nach der Schwangerschaft. In: Public Health Forum, 15. Jg., H. 54, S. 31.e1-31.e3.
- Schnabel, Peter-Ernst (2009): Kommunikation im Gesundheitswesen – Problemfelder und Chancen. In: Roski, Reinhold (Hrsg.): Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder. Wiesbaden, VS Verlag, S. 33-55.
- Schoberberger R./Rieder A. (2003): Rauchen Frauen anders als Männer? In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 26. Jg., H. 3/4, S. 69-76.
- Scholz, Martha (2011a): Lebenserwartung bei Frauen und Männern. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Online im Internet unter: <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/3/5/CH1102/CMS1329822770089/frauengesundheitsbericht.pdf> (15.04.2012).
- Scholz, Martha (2011b): Geschlechts- und schichtspezifische Aspekte der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Online im Internet unter: <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/3/5/CH1102/CMS1329822770089/frauengesundheitsbericht.pdf> (15.04.2012).
- Scholz, Martha (2011c): Geschlechtsunterschiede in den sozioökonomischen Rahmenbedingungen. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Online im Internet unter: <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/3/5/CH1102/CMS1329822770089/frauengesundheitsbericht.pdf> (15.04.2012).
- Signitzer, Benno (2001): Ansätze und Forschungsfelder der Health Communication. In: Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Huber, S. 22-35.
- Sperrlich, S./Illiger, K./Geyer, S. (2011): Warum rauchen Mütter? Analyse des Einflusses der Lebenslage und psychischer Faktoren auf den Tabakkonsum von Müttern minderjähriger Kinder. In: Bundesgesundheitsblatt, 54. Jg., H. 11, S. 1211–1220.
- Spiller, Ralf (2011): Wirkungsforschung zu Kampagnen – was funktioniert? In: Spiller, Ralf/Vaih-Baur, Christina/Scheurer, Hans (Hrsg.): PR-Kampagnen. Konstanz: UVK, S. 59-70.

- Statistik Austria (2008): Rauchen. Online im Internet unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/rauchen/index.html#index2 (17.06.2012).
- Statistik Austria (2009): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008. Wien: Verlag Österreich GmbH.
- Stopper, Helga/Gertler, Maximilian (2002): Physikalische Umwelt und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus/Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Verlag Hans Huber, S.439-459.
- Strunk, Mareike (2009): Geschlechtersensible Zielansprache in der Suchprävention in der BZgA. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Band 10: Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention – Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Online im Internet unter: http://www.bzga.de/bot-med_60649100.html (20.04.2012).
- Strunk, Mareike/Lang, Peter (2010): Tabakprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die „rauchfrei“-Jugendkampagne. In: Bundesgesundheitsblatt, 53. Jg., H. 2/3, S. 125-132.
- Uhl, Alfred/Strizek, Julian/Puhm, Alexandra/Kobrna, Ulrike/Springer, Alfred (2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch. Band 1. Forschungsbericht. Online im Internet unter: http://www.praevention.at/upload/documentbox/oesterreichweite_repraesentativerhebung_zu_substanzgebrauch_2008_-_band_1_forschungsbericht.pdf (04.05.2012).
- Wallack, Lawrence (1989): Mass Communication and Health Promotion: A Critical Perspective. In: Rice, Ronald E./Atkin, Charles K. (Hrsg.): Public Communication Campaigns. West Hillcrest Drive: Sage, S. 353-367.
- WHO (World Health Organization) (1946): Constitution of the World Health Organization. Online im Internet unter: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf (29.05.2012).
- WHO (World Health Organization) (2010): Gender, Women and the Tobacco Epidemic. Online im Internet unter: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599511_eng.pdf (05.05.2012).
- Zaman, Faria/Underwood, Carol (2003): The Gender Guide for Health Communication Programs. Online im Internet unter: <http://www.who.int/management/genderguide.pdf> (12.04.2012).
- Zielmann, Sarah (2009): Chancen und Hindernisse internationaler Gesundheitskampagnen. Die Anti-Raucher-Kampagne „Help – für ein rauchfreies Leben“ der EU. In: Röttger, Ulrike (Hrsg.): PR-Kampagnen. Über die Inszenierung von Öffentlichkeit. Wiesbaden: VS Verlag, S. 197-212.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Systemmodell von Bonfadelli/Friemel.	13
Abbildung 2: Infobroschüren der “rauchfrei” Kampagne	30