

---

# Kommunikationskampagnen zur Gesundheitsförderung und Prävention

Thomas N. Friemel und Tobias Frey

---

## Zusammenfassung

Kommunikationskampagnen stellen häufig ein unverzichtbares Element bei der gezielten Gesundheitsförderung und Prävention dar – insbesondere dort, wo technische, rechtliche oder ökonomische Lösungen schwer umsetzbar sind oder diese kommunikativ begleitet werden müssen. Der Einbezug wissenschaftlicher Theorien und Methoden ist von der Situationsanalyse, über die Entwicklung von Strategien und Kampagneninhalten, der Auswahl geeigneter Kanäle bis hin zur Evaluation ein entscheidender Erfolgsfaktor. Dieser Beitrag bietet einen Überblick über die entsprechenden Herausforderungen und Lösungsansätze.

---

## Schlüsselwörter

Kommunikationskampagnen • Präventionskampagnen • Kommunikationsstrategien • Kampagnenevaluation • Kampagnenstrategien • Kampagnenmanagement

## Inhalt

1	Definition und Relevanz von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich . . . . .	2
2	Situationsanalyse als Grundlage für Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich . . . . .	4
3	Kampagnenstrategien für Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich . . . . .	4
4	Evaluation von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich . . . . .	8
5	Fazit . . . . .	10
	Literatur . . . . .	11

---

T.N. Friemel (✉) • T. Frey

Institut für Publizistikwissenschaft und Medienforschung, Universität Zürich, Zürich, Schweiz

E-Mail: [th.friemel@ipmz.uzh.ch](mailto:th.friemel@ipmz.uzh.ch); [t.frey@ipmz.uzh.ch](mailto:t.frey@ipmz.uzh.ch)

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2017

C. Rossmann, M.R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation*, Springer Reference Sozialwissenschaften,

[https://doi.org/10.1007/978-3-658-10948-6\\_31-1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-10948-6_31-1)

## 1 Definition und Relevanz von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich

Das Feld der Gesundheitskommunikation umfasst ein breites und facettenreiches Spektrum aller möglichen Kommunikationsformen. Folgt man der Lasswell-Formel (1948) und unterscheidet, *wer was über welchen Kanal zu wem sagt und welche Wirkung dies hat*, kann der Gegenstand der Kommunikationskampagnen zunächst anhand des *Kommunikators* (*Wer . . .*) beschrieben werden. Typisch für Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich ist, dass diese von einem staatlichen Akteur oder einer gemeinnützigen bzw. nicht gewinnorientierten Organisation durchgeführt werden. Im Rahmen des zunehmenden Drucks zu gemeinwohlorientiertem Handeln von Unternehmen (Corporate Social Responsibility) verwischt dieses Bestimmungsmerkmal jedoch zusehends. Der *Gegenstand* von Kommunikationskampagnen (*Wer sagt was . . .*) sind Probleme der Gesundheitsförderung und Prävention, die einer kommunikativen Begleitung bedürfen (z. B. Bekanntmachung oder Legitimation neuer Vorschriften) oder sich mit anderen Maßnahmen (z. B. Gesetzen, technischen Lösungen, monetären Anreizen etc.) nicht bzw. nur mit sehr hohem Aufwand lösen lassen. Dies kann sich sowohl auf die Propagierung von gesundheitsförderndem Verhalten beziehen (z. B. mehr Bewegung im Alltag) oder auf die Prävention gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen (z. B. Rauchen). Als *Kanäle* für Kampagnen (*Wer sagt was, über welchen Kanal . . .*) kommen alle Formen der Kommunikation in Betracht. Dennoch gibt es typische Kampagnenkanäle wie Plakate und Spots, was auch die Nähe zu kommerziellen Werbekampagnen verdeutlicht. Die *Adressatinnen und Adressaten* von Kommunikationskampagnen (*Wer sagt was, über welchen Kanal, zu wem. . .*) reichen von eng gefassten Zielgruppen mit spezieller Risikoexposition (z. B. junge Fahrzeuglenker) bis zur Gesamtbevölkerung. Schließlich kann bei der Wirkung von Kommunikationskampagnen (*Wer sagt was, über welchen Kanal, zu wem, mit welcher Wirkung*) zwischen einer Veränderung des Wissens, der Einstellung oder des Verhaltens unterschieden werden. Ob dabei tatsächlich eine Wirkung eintritt und ob diese der intendierten Wirkung entspricht (vgl. auch den Beitrag von Meitz in diesem Band) ist letztlich eine Frage, welche mittels Kampagnenevaluation beantwortet werden muss.

In Ergänzung zu den Aspekten der Lasswell-Formel ist für Kommunikationskampagnen charakteristisch, dass es sich um *systematische und zielgerichtete* Kommunikationsmaßnahmen von einer gewissen Intensität und Zeitdauer handelt. Dies schließt einzelne und kurzzeitige Kommunikationsaktivitäten ebenso von der Definition aus wie eine zwar umfassende, aber unsystematische Thematisierung von Gesundheitsthemen in den Massenmedien. Insgesamt wird aber auch deutlich, dass Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich nicht anhand eines einzelnen Kriteriums klar von anderen Formen der Gesundheitskommunikation oder kommerzieller Werbung von Unternehmen unterschieden werden können. Erst die Kombination mehrerer Aspekte grenzt den Gegenstand hinreichend ab. Zusammenfassend

lassen sich Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich in Anlehnung an Bonfadelli und Friemel (2010) wie folgt definieren:

Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich umfassen

- 1) die Konzeption, Durchführung und Evaluation von
- 2) systematischen und zielgerichteten
- 3) Kommunikationsaktivitäten zur
- 4) Veränderung von Wissen, Einstellung und Verhaltensweisen
- 5) definierter Zielgruppen
- 6) zur Gesundheitsförderung und Prävention.

Kommunikationskampagnen sind häufig verbunden mit anderen Maßnahmen. Dies können neue technische Lösungen sein (z. B. elektronische Organspende-Karte), neue Gesetze und Vorschriften (z. B. Reduktion der Promillegrenze für Fahrzeuglenkende) oder finanzielle Regulierungsmaßnahmen (z. B. Erhöhung der Tabaksteuer). Durch diese Verknüpfung von technischen, juristischen, ökonomischen und kommunikativen Maßnahmen ist es häufig schwierig festzustellen, welche Effekte auf die einzelnen Maßnahmen zurückgehen. Zudem kann sich die Wirkung der kommunikativen Maßnahmen auf sehr unterschiedliche Weise manifestieren. Wie aus der obigen Definition hervorgeht, können Kommunikationsmaßnahmen Wissen vermitteln (z. B. auf technische Lösungen oder neue Vorschriften hinweisen), Einstellungen verändern (z. B. Akzeptanz für Lösungsansätze schaffen) und/oder zu konkretem Handeln motivieren (d. h. Verhaltensweisen ändern). Trotz den Herausforderungen, diese unterschiedlichen Wirkungszusammenhänge zu erfassen, hat sich in den letzten Jahren die Überzeugung durchgesetzt, dass den Kommunikationsmaßnahmen bei der Gesundheitsförderung und Prävention eine zentrale Bedeutung zukommt. Darüber hinaus sind Kommunikationskampagnen die einzige Lösungsstrategie, wenn keine technische, juristische oder ökonomische Lösung greifbar ist. Gerade bei „technischen“ Lösungen wie der Verwendung von Präservativen zur HIV-Prävention besteht die Herausforderung häufig im „freiwilligen Mitwirken“ der Zielgruppe, was nur über kommunikative Ansätze erreicht werden kann. Die Relevanz von Kommunikationskampagnen im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention ist deshalb in Abhängigkeit der Bedeutung des Feldes insgesamt, der teilweise schwierigen Finanzierbarkeit und Umsetzbarkeit technischer Lösungen, mangelnder Durchsetzbarkeit juristischer Lösungen und geringer Akzeptanz ökonomischer Lösungen, in den letzten Jahren und Jahrzehnten zusehends gestiegen.

Die obige Definition ermöglicht nicht nur eine Abgrenzung von Kommunikationskampagnen gegenüber anderen Formen der (Gesundheits-)Kommunikation und nicht-kommunikativen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, sondern weist gleichzeitig auf einige Aspekte hin, die Erfolgsfaktoren für wirksame Kampagnen darstellen. Dazu gehören insbesondere die Durchführung einer systematischen Situationsanalyse (vgl. Abschn. 2), die Entwicklung einer darauf basierenden Kampagnenstrategie (Abschn. 3), und die Evaluation (Abschn. 4).

## **2 Situationsanalyse als Grundlage für Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich**

Die Situationsanalyse ist vermutlich der am wenigsten beachtete Erfolgsfaktor von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Dabei geht es um eine möglichst systematische und detaillierte Analyse der Faktoren und Wirkungszusammenhänge, die einen Einfluss auf das gesundheitsrelevante Verhalten von Individuen, sozialen Gruppen, verschiedenen Gesellschaftsschichten oder der gesamten Bevölkerung haben. Obwohl die Wissenschaft ein zunehmend ausdifferenziertes Inventar an Theorien und Modellen entwickelt, findet dieses in der Praxis häufig keine Anwendung. Die Hintergründe für diese Theorie-Praxis-Kluft können sowohl seitens der Wissenschaft als auch der Praxis ausgemacht werden. So verfügen Vertreterinnen und Vertreter aus der Praxis häufig nicht über eine spezifische Ausbildung in Gesundheitskommunikation und es fehlen meistens auch die zeitlichen Ressourcen, sich dies „on the job“ anzueignen. Gleichzeitig scheint es aber auch der Wissenschaft bisher nicht gelungen zu sein, die zuweilen komplexen und disparaten Erkenntnisse auf konkret anwendbare Empfehlungen zu verdichten. Neben einer verstärkten Professionalisierung der Ausbildung und Praxisorientierung der Forschung ist die naheliegende Lösung deshalb eine verstärkte Zusammenarbeit bzw. bei der Situationsanalyse ein intensiverer Einbezug der Wissenschaft. Auch sollte beachtet werden, dass für die Situationsanalyse die notwendigen Ressourcen in Form von Zeit und Geld zur Verfügung stehen. Wie groß dieser Ressourcenbedarf ist, hängt dabei insbesondere vom bereits bestehenden Forschungsstand ab, der sich zusammensetzen kann aus dem Wissen innerhalb einer Organisation (z. B. Evaluation früherer Kampagnen), Situationsanalysen und Evaluationen aus anderen Ländern und der wissenschaftlichen Forschung zum Thema. Eine Befragung von Kampagnenexpertinnen und -experten hat ergeben, dass alleine für die Situationsanalyse ein halbes Jahr eingeplant werden sollte (Friemel und Elbrecht 2015). Damit einher geht natürlich auch ein gewisser Bedarf an finanziellen Mitteln, der neben den Personalkosten auch Mittel für die Anschaffung von Sekundärdaten (z. B. Zugriff auf bestehende Gesundheitsstudien) und die Erhebung von Primärdaten (z. B. gezielte repräsentative Befragungen, Fokusgruppen, Experteninterviews etc.) umfassen kann. Als Bandbreite für den finanziellen Ressourcenbedarf werden 5–10 % des Kampagnenbudgets empfohlen. Das Ergebnis der Situationsanalyse sollte ein explizites Wirkungsmodell sein, das alle relevanten Einflussfaktoren identifiziert und Aussagen über deren Relevanz (z. B. Einflusstärken) sowie ihr Zusammenwirken (z. B. Interaktions-, Moderations- und Mediationseffekte) ermöglicht.

---

## **3 Kampagnenstrategien für Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich**

Die Entwicklung der Kampagnenstrategie sollte in jedem Fall auf Basis der oben ausgeführten Situationsanalyse erfolgen. Während sich die einflussreichsten Faktoren direkt aus der Situationsanalyse ableiten lassen, gilt es in dieser Phase zu prüfen,

welche Faktoren überhaupt mit kommunikativen Maßnahmen beeinflusst werden können bzw. wie diesen zumindest Rechnung getragen werden kann. Werden z. B. das Alter, das Geschlecht oder die Bildung als zentrale Einflussfaktoren identifiziert, dann lassen sich diese Faktoren zwar nicht beeinflussen (z. B. Verjüngung der Bevölkerung oder Erhöhung der Bildung), aber man kommt eventuell zum Schluss, dass sich die Kampagne primär an einen Teil der Bevölkerung richten sollte (z. B. junge, gering gebildete Personen). Entgegen diesen Empfehlungen wird die Kampagnenstrategie in der Praxis häufig an einem Kreativkonzept ausgerichtet. Der Erfolg solcher Kampagnen ist natürlich nicht ausgeschlossen, ist aber eher zufällig und erhöht auch die Chancen, dass sich nicht-intendierte Effekte manifestieren (vgl. auch den Beitrag von Meitz in diesem Band).

### **3.1 Bestimmung der Ziele von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich**

Auch wenn das letztendliche Ziel von Kampagnen zur Gesundheitsförderung und Prävention immer auf der Verhaltensebene liegt, wird in Kommunikationskampagnen häufig auf affektive und kognitive Prozesse abgezielt, auf welchen das Verhalten beruht. Gemäß der Theorie des geplanten Verhaltens (Theorie of Planned Behavior) von Ajzen (1991) ist das Verhalten z. B. wesentlich von der Verhaltensintention abhängig und diese wiederum von weiteren Einflussfaktoren wie der Einstellung gegenüber dem Verhalten, der empfundenen sozialen Norm und der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle (vgl. dazu einfürend Rossmann 2011). Dementsprechend kann das strategische Ziel von Kommunikationskampagnen darin bestehen, einen dieser Aspekte systematisch zu verändern, um die Wahrscheinlichkeit für ein gesundheitsförderndes bzw. präventives Verhalten zu erhöhen. Die hier verwendete Definition von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich weist auf die Möglichkeit hin, Wissen zu vermitteln und Einstellungen zu fördern, die einem gesunden Leben dienlich sind. Durch gezielte Information kann beispielsweise über die Gefahren eines Verhaltens aufgeklärt und der Nutzen oder die Umsetzbarkeit einer erwünschten Verhaltensweise aufgezeigt werden. Weiter kann mittels spezifischer Botschaften oder der Stimulation von Anschlusskommunikation auch die Wahrnehmung der sozialen Norm beeinflusst werden.

Die Ziele einer Kampagne können sich auch an den Stufen der Verhaltensänderung orientieren, wie sie von Prochaska und DiClemente (1983) vorgeschlagen wurden. Demnach kann unterschieden werden zwischen Personen, die 1) sich eines möglichen Gesundheitsrisikos bzw. der damit verbundenen notwendigen Verhaltensänderung noch gar nicht bewusst sind (Phase der Präkontemplation), 2) Personen, die sich des Problems bewusst sind und eine Verhaltensänderung in Erwägung ziehen (Kontemplation), 3) Personen, die sich auf eine Verhaltensänderung vorbereiten oder bereits erste Versuche unternommen haben (Vorbereitung), 4) Personen, die ihr Verhalten verändert haben (Handlung), und 5) zwei zeitliche Abstufungen der Fortführung dieses Verhaltens (Aufrechterhaltung und Termination ohne Rückfallgefahr). Entsprechend können nun z. B. Personen in der Präkontemplation auf ein

bestehendes Gesundheitsrisiko aufmerksam gemacht werden, indem Wissen vermittelt wird oder versucht wird, die Einstellung von Personen in der Kontemplationsphase zu beeinflussen, um die Handlungsvorbereitung und die Selbstwirksamkeit zu erhöhen. Slater (1999) gibt einen Überblick, welche Strategien sich für die verschiedenen Phasen der Verhaltensänderung empfehlen und verknüpft diese mit zentralen Theorien der Persuasion und Kampagnenforschung wie z. B. der Theorie der Schutzmotivation (Rogers 1975), der Theorie des überlegten Handelns (Fishbein und Ajzen 1975), der sozial-kognitive Lerntheorie (Bandura 1986) und dem Elaborations-Wahrscheinlichkeits-Modell (Petty und Cacioppo 1986).

### **3.2 Identifizierung von Zielgruppen für Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich**

Die Identifizierung der Zielgruppe orientiert sich häufig an den oben genannten Zielen. Auch wenn die direkte Ableitung der Zielgruppe aus den Zielen naheliegend ist, stellt dies nicht in jedem Fall die richtige Kampagnenstrategie dar. Die Herausforderungen bestehen dabei insbesondere in der Überwindung der selektiven Zuwendung zu Information und in der Gefahr zunehmender Wissensklüfte in der Gesellschaft. Die *selektive Zuwendung* zu Informationen (vgl. auch den Beitrag von Wagner & Hastall in diesem Band) bezeichnet den Umstand, dass Verhaltensänderungen fast zwangsläufig mit einer temporären kognitiven Dissonanz verbunden sind. Einer Phase also, in der ein bestimmtes Verhalten (noch) ausgeführt wird, während man mit Informationen zu möglichen Risiken dieses Verhaltens konfrontiert wird. Die daraus entstehende Dissonanz zwischen Handlung und Wissen/Einstellung wird insbesondere bei habitualisiertem Handeln nicht unmittelbar mit einer Verhaltensänderung aufgelöst, sondern eben durch eine selektive Vermeidung von Informationen (Vermeidung zunehmender Dissonanz) und einer aktiven Umdeutung der Informationen (z. B. Abwertung der Quellenglaubwürdigkeit oder Negierung der eigenen Betroffenheit) zur Reduktion der entstandenen Dissonanz. Eine direkte Ansprache der betroffenen Personen ist deshalb in vielen Fällen schwierig bzw. führt zu einer verstärkten Abwehrreaktion. Darum versuchen einige Kampagnen die eigentliche Zielgruppe auf indirektem Weg zu erreichen. Die Idee ist, dass das persönliche Umfeld der Betroffenen eine geringere Vermeidung der Informationen aufweist bzw. diese unter Umständen gar aktiv sucht, um geeignete Hilfe für ihre Angehörigen zu erhalten. Zudem können die Angehörigen im Idealfall die Argumente für eine Verhaltensänderung spezifischer auf die individuellen Kontextfaktoren und Hürden bei der Verhaltensänderung der Zielpersonen abstimmen.

Neben dieser Herausforderung auf der individualpsychologischen Ebene kann bei einer direkten Zielgruppenansprache aber auch ein soziologisches Dilemma der zunehmenden Wissensklüfte entstehen. Das Problem der *Wissensklüfte* (vgl. auch den Beitrag von Bonfadelli in diesem Band) besteht darin, dass sozioökonomisch privilegierte Bevölkerungsschichten (z. B. mit höherer formaler Bildung und höherem Einkommen) schneller zusätzliches Wissen aneignen als weniger privilegierte Schichten. Anstelle einer Risikoreduktion bei benachteiligten Schichten, die häufig auch eine höhere Risikoexposition aufweisen, erhöht sich dadurch gar die Ungleich-

verteilung von Gesundheitsrisiken. Eine indirekte Ansprache der Zielgruppe, wie sie zur Umgehung der selektiven Zuwendung bzw. Vermeidung eingesetzt werden kann, ist in diesem Fall aufgrund der sozialen Stratifizierung der Gesellschaft nicht erfolgversprechend. Dennoch wird auch hier zunehmend auf gruppenorientierte Ansätze gesetzt. Diese Community-Based-Ansätze bedienen sich ebenfalls den bestehenden sozialen Strukturen und versuchen, massenmediale Kanäle gezielt mit der Diffusion in sozialen Netzwerken zu verbinden (vgl. auch die Beiträge von Karnovski sowie Lindacher & Loss in diesem Band).

### **3.3 Gestaltung der Botschaften von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich**

Bei der Gestaltung der Botschaft stellt sich die Frage, ob Kommunikationskampagnen sich grundsätzlich von anderen Bereichen persuasiver Kommunikation unterscheiden. Während in der Produktwerbung praktisch ausschließlich die Vorzüge eines Produkts hervorgehoben werden (Gewinn-Frame), fokussieren politische Kampagnen häufig auf potenzielle Gefahren, denen mit bestimmten Mitteln und Maßnahmen begegnet werden muss (Verlust-Frame). Die beiden gegensätzlichen Strategien der Botschaftsgestaltung sind auch im Bereich der Gesundheitskommunikation auszumachen und ein intensiv diskutierter Forschungsgegenstand (vgl. auch die Beiträge von Wagner sowie Ort in diesem Band). Insbesondere in der Beurteilung durch Laien wird den negativen Botschaften ein höheres Wirkungspotenzial zugeschrieben und positive Kampagnen sehen sich zuweilen mit Legitimationsproblemen konfrontiert. Dies, obwohl eine Reihe von Studien und Meta-Analysen darauf hindeuten, dass Verlust-Framing nur bei spezifischem Verhalten wirksam ist (Rothman et al. 2006) und beim Verhindern von unerwünschtem Verhalten, wie etwa dem Rauchen, ein Gewinn-Framing erfolgsversprechender scheint (Steward et al. 2003; Toll et al. 2007). Eine Erklärung hierfür mag sein, dass sich die wissenschaftliche Forschung häufig auf die Wirkung nach erfolgter Botschaftswahrnehmung fokussiert, während die subjektiv wahrgenommene Kampagnenwirkung eher von der Aufdringlichkeit der Botschaft abhängig sein dürfte und negative oder gar schockierende Inhalte eher die Aufmerksamkeit zu erregen vermögen. Der Kombination von Botschaftszuwendung und Verarbeitung wird erst in jüngsten Studien Rechnung getragen und diese kommen zum Schluss, dass dabei auch Persönlichkeitseigenschaften der Rezipienten berücksichtigt werden müssen (Hastall und Wagner 2017). Entsprechend ist neben einer detaillierten Situationsanalyse (vgl. Abschn. 2) eine sorgfältige Prüfung der Botschaften bei der Entwicklung einer Kampagne unabdingbar. Der groben Einteilung in das Gewinn- und Verlust-Framing sind nun weitere, durch Inhalte definierte Strategien wie Wut-, Ekel-, Scham- oder Erotik- und Humorapelle unterzuordnen, welche an anderer Stelle in diesem Band detaillierter behandelt werden (vgl. u. a. auch die Beiträge von Ort, Rossmann sowie Schwarz & Reifegerste in diesem Band). Kampagnen im Gesundheitsbereich können darüber hinaus auch häufig auf die Unterstützung von bekannten Persönlichkeiten zählen und arbeiten bei der Botschaftsgestaltung mit Testimonials (vgl. den Beitrag von Kalch & Meitz in diesem Band).

### 3.4 Auswahl der Kanäle für Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich

Bei der Auswahl von Kommunikationskanälen für Gesundheitskampagnen kann grundsätzlich auf das gesamte Inventar zurückgegriffen werden, das auch für andere Kampagnen zur Verfügung steht. Die Literatur verweist demnach auch mehrheitlich auf allgemeine Auswahlkriterien wie Reichweite, Möglichkeit der Zielgruppenspezifikation, Verarbeitungs- und Informationstiefe, Glaubwürdigkeit und Potenzial für Agenda-Setting (Silk et al. 2011). Das wichtigste Auswahlkriterium ist in der Regel die Mediennutzung und somit die Erreichbarkeit der definierten Zielgruppe. Falls in der Situationsanalyse nicht problemspezifische Mediennutzungsmuster ermittelt wurden, ist man hier auf den Kriterienkatalog der kommerziellen Medienplanung angewiesen. Das bedeutet, dass in vielen Fällen nur nach wenigen soziodemografischen Merkmalen (z. B. Alter, Geschlecht, Einkommen, Bildung) oder allgemeinen psychografischen Dimensionen (z. B. Sinus-Milieus) ausgewählt werden kann, die nicht zwingend in Zusammenhang mit der Kampagnenstrategie stehen müssen (z. B. spezifische Stufe der Verhaltensänderung). Während breit gestreute Massenmedien geeignete Kanäle bieten, um Wissen und Einstellung zu verändern, kann für die unmittelbare Verhaltensänderung der Ort und Zeitpunkt der Ansprache entscheidend sein. Beispiele hierfür wären Plakate an Autobahnauffahrten, die auf die Gefahr von überhöhter Geschwindigkeit oder zu geringem Abstand aufmerksam machen aber auch Applikationen, die auf Mobiltelefonen installiert werden können (vgl. Krömer in diesem Band). Teilweise stehen Gesundheitskampagnen aufgrund ihres prosozialen Charakters zusätzliche Kanäle offen und es dürfen z. B. die erwähnten Plakate an Autobahnen aufgestellt werden, während dort ansonsten ein allgemeines Werbeverbot besteht. Auch spezifische Medienformate wie Soap-Operas am Fernsehen bieten immer wieder die Möglichkeit, gesundheitsrelevante Themen in einer narrativen Form einzubetten (vgl. die Beiträge von Peter sowie Lubjuhn & Bouman in diesem Band), ohne den rechtlichen Restriktionen für Sponsoring und Product-Placement zu unterliegen. Neben der Platzierung von Kampagnenbotschaften in bestehenden Kanälen werden im Kampagnenbereich auch zunehmend eigene Kanäle wie z. B. Serious Games genutzt, welche durch ein interaktives Design auch auf individuelle Handlungsbarrieren und entsprechende Lösungsstrategien eingehen können (vgl. Breuer & Schmitt in diesem Band).

---

## 4 Evaluation von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich

Die Evaluation von Kommunikationskampagnen lässt sich zunächst anhand des Zeitpunkts differenzieren, woraus sich auch unterschiedliche Ziele und Wirkungsebenen ableiten lassen. Am Anfang steht in der Regel eine *formative Evaluation*, welche die Kampagnenmittel (z. B. Sujet und Spot) auf ihre potenziellen Wirkungen prüft. Dabei sollten jeweils nicht nur die erwünschten und erwarteten Wirkungen (z. B. Verständlichkeit, positive Bewertung und Verhaltensintention) erfasst werden,



sondern auch unerwünschte und unerwartete (z. B. Fehlinterpretation, negative Bewertungen, selektive Vermeidung und Reaktanz) (Windahl et al. 1991). In der Regel werden dazu primär qualitative Verfahren wie Leitfadeninterviews und Gruppendiskussionen angewendet. Es sind aber auch standardisierte Verfahren wie Blickverlaufsanalysen oder quantitative A-B-Testings möglich, in denen zwei oder mehrere Varianten gegeneinander geprüft werden.

Die *Outcome-Evaluation* hat zum Ziel, die effektiv erzielten Wirkungen während und nach der Durchführung der Kampagne zu erheben. Im Gegensatz zur formativen Evaluation kommen hierbei primär standardisierte Verfahren zum Einsatz, um die Kampagnenziele auf der Ebene von Reichweite sowie Veränderung von Wissen, Einstellung, Bewertung der Kampagne und Verhalten zu quantifizieren. Der eindeutige und kausale Wirkungsnachweis stellt dabei eine große Herausforderung dar, da andere (nicht-kommunikative) Kampagnenelemente, die Messmethodik und auch kampagnenexterne Faktoren ebenfalls einen Einfluss haben können. Ein Pretest-Posttest-Design, bei dem vor der ersten Kampagnenwelle eine Nullmessung durchgeführt wird, erlaubt es, effektive Veränderungen festzustellen, kann für sich genommen aber nicht zwischen Kampagneneffekten und externen Einflussfaktoren unterscheiden. Sofern kein Experimental-Design mit Kontrollgruppe möglich ist (wogegen häufig praktische und ethische Argumente sprechen), lässt sich der direkte Einfluss der Kampagne z. B. dadurch bestimmen, indem Personen mit Kampagnenerinnerung mit jenen ohne Kampagnenerinnerung verglichen werden. Die Validität dieser Aussagen ist jedoch insofern eingeschränkt, dass die Kampagnenerinnerung durch selektive Zuwendung/Vermeidung beeinflusst werden kann (vgl. Abschn. 3). Es ist also nicht ausgeschlossen, dass sich z. B. jene Personen eher an die Kampagne erinnern können, die bereits zuvor über das gewünschte Wissen und Verhalten sowie über die gewünschte Einstellung verfügten. Dieses Problem lässt sich mit einem Panel-Design, in dem die gleichen Personen zu mehreren Zeitpunkten befragt werden, nur bedingt lösen, da beim wiederholten Einsatz reaktiver Erhebungsmethoden wie der Befragung Effekte der vorangegangenen Erhebungen feststellbar sind (Trivellato 1999). Die Lösung dieses Problems ist wiederum nur durch nicht-reaktive Verfahren wie der Beobachtung lösbar, wobei aber lediglich das Verhalten erfasst werden kann und Veränderungen auf der Ebene von Wissen und Einstellung unerkannt bleiben. Zudem lässt sich bei einer Veränderung des beobachteten Verhaltens nicht eruieren, ob dies die Wirkung der Kampagne war oder eher auf kampagnenexterne Faktoren zurückzuführen ist. Insgesamt zeigt sich in Meta-Analysen, dass Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich auf der Verhaltensebene zwar nur geringe, aber dennoch signifikant positive Wirkung entfalten (Snyder und Hamilton 2002; Phillips et al. 2011). Diese sind umso wahrscheinlicher und größer, je stärker diese mit anderen Maßnahmen verbunden sind (z. B. Regulierung) und wenn ein neues Verhalten propagiert wird (im Gegensatz zur Veränderung eines bestehenden Verhaltens).

Das Ziel der *Outcome-Evaluation* ist es, auch bei längerfristigen Kampagnen Hinweise auf das Erreichen von Zwischenzielen zu geben und Optimierungsmöglichkeiten zu identifizieren. Nach Abschluss der Kampagne (hier wird dann auch häufig von *summativer Evaluation* gesprochen) dient die Evaluation zum einen der Dokumentation der erbrachten Leistung, was im Kontext eines steigenden Legiti-

mationsbedarfs für den Einsatz öffentlicher Mittel für interne Verantwortliche (Budgetverantwortliche) und externe Stakeholder (Politikerinnen und Politiker, Interessensgruppen, Bevölkerung) von Interesse ist. Aus einer längerfristigen Perspektive bietet die Evaluation zum andern aber auch die Basis für kumulativen Wissenszuwachs für die Wissenschaft und Praxis. Bei fortwährendem Bestehen eines Gesundheitsrisikos können die Befunde der Evaluation somit auch als Basis für weitere Maßnahmen dienen und bilden einen möglichen Ausgangspunkt einer neuen Situationsanalyse.

Eine etwas weniger verbreitete Form der Evaluation ist die *Prozessevaluation*. Diese fokussiert auf die Prozesse, die hinter der (Weiter-)Entwicklung einer Kampagne stehen und basiert in der Regel auf Leitfadenterviews und Dokumentenanalysen. Hierbei ist zu beachten, dass die Auskunftsbereitschaft der beteiligten Akteure wesentlich davon abhängt, dass die Prozessevaluation von einer unmittelbaren Leistungsbeurteilung losgelöst bleibt. Dies schränkt die Möglichkeiten einer Offenlegung der Ergebnisse stark ein und ist häufig nur im Aggregat (z. B. über mehrere Kampagnen) möglich, um systemische Hürden abzubauen.

Die entscheidenden Erfolgsfaktoren jeder Evaluation sind ausreichende Ressourcen (Zeit und Geld) und Ergebnisoffenheit. Für die formative Evaluation bedeutet dies beispielsweise, dass bei negativen Pretest-Ergebnissen genügend Geld zur Verfügung steht, die Kampagne grundlegend zu überarbeiten (was bei der Produktion von audiovisuellen Kampagnenmaterialien verhältnismäßig teuer werden kann) und auch genügend zeitliche Flexibilität, um z. B. den Kampagnenstart zu verschieben. Für die Evaluation sollte ca. 10 % des Kampagnenbudgets eingerechnet werden. Wichtig ist, dass die evaluierende Instanz in möglichst geringer Abhängigkeit der übrigen Akteure steht. Die Evaluation sollte deshalb von jener Instanz beauftragt werden, die auch den Auftrag zur Durchführung einer Kampagne erteilt, und keiner ausführenden Instanz (z. B. Kampagnenmanagement, Begleitgruppe, Berater und Agenturen).

---

## 5 Fazit

Kommunikationskampagnen bilden heute ein zentrales Mittel zur Gesundheitsförderung und Prävention und sie entfalten die größte Wirkung, wenn sie mit anderen nicht-kommunikativen Maßnahmen kombiniert werden. Durch diese Kombination mit anderen Maßnahmen können der Kommunikation unterschiedliche Funktionen zukommen. Diese reichen von der Problemsensibilisierung, über die Wissensvermittlung zu technischen Lösungen und die Legitimation regulatorischer Ansätze bis hin zur eigentlichen Persuasion mit dem Ziel der Einstellungs- und Verhaltensänderung. Was im konkreten Fall der Stellenwert und die Funktion der Kommunikation sein soll, muss für jedes zu lösende Problem im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention neu bestimmt werden. Angesichts der Wissenstiefe zu einzelnen Aspekten der Gesundheitskommunikation, die unter anderem auch in diesem Handbuch zum Ausdruck kommt, erscheint die größte Herausforderung für erfolgreiche Kampagnen somit darin zu bestehen, dieses Wissen zielgerichtet anzuwenden.

Dieser Beitrag betont deshalb die Relevanz einer systematischen Situationsanalyse, einer darauf aufbauenden Kampagnenstrategie und einer unabhängigen Evaluation. Die Organisationsformen und Prozesse die zur Optimierung dieser Bereiche relevant sind, wurden bisher kaum systematisch untersucht (Friemel und Elbrecht 2015) oder in geeigneter Form den relevanten Akteuren zugänglich gemacht. Neben der weiteren theoretischen und empirischen Durchdringung der gesundheitsbezogenen Aspekte der Mediennutzungs-, Rezeptions- und Wirkungsforschung gilt es deshalb in Zukunft ein größeres Augenmerk auf diese organisationalen und prozessualen Aspekte des gesamten Kampagnenprozesses sowie der Vermittlung dieses Wissen zu werfen. Nur so wird es gelingen, den positiven Beitrag von Kommunikationskampagnen zur Gesundheitsförderung und Prävention weiter zu steigern.

---

## Literatur

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bonfadelli, H., & Friemel, T. N. (2010). *Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich: Grundlagen und Anwendungen* (2., völlig überarb. u. erw. Aufl.). Konstanz: UVK.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Boston: Addison-Wesley.
- Friemel, T. N., & Elbrecht, K. (2015). Kampagnenmanagement: Funktionsbereiche und Zeitbedarf für die Entwicklung von Verkehrssicherheitskampagnen. In C. Klimmt, M. Maurer, H. Holte & E. Baumann (Hrsg.), *Verkehrssicherheitskommunikation. Beiträge der empirischen Forschung zur strategischen Unfallprävention* (S. 269–286). Wiesbaden: VS.
- Hastall, M. R., & Wagner, A. J. M. (2017). Enhancing selective exposure to health messages and health intentions. *Journal of Media Psychology*, 1–15. <https://doi.org/10.1027/1864-1105/a000197>.
- Lasswell, H. D. (1948). The structure and function of communication in society. In L. Bryson (Hrsg.), *The communication of ideas* (S. 37–51). New York: Harper and Row.
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. (1986). *Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change*. New York: Springer.
- Phillips, R., Ulleberg, P., & Vaa, T. (2011). Meta-analysis of the effect of road safety campaigns on accidents. *Accident Analysis and Prevention*, 43, 1204–1218.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93–114. <https://doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803>.
- Rossmann, C. (2011). *Theory of reasoned action, theory of planned behaviour. Konzepte. Ansätze der Medien- und Kommunikationswissenschaft* (Bd. 4). Baden-Baden: Nomos.
- Rothman, A. J., Bartels, R. D., Wlaschin, J., & Salovey, P. (2006). The strategic use of gain- and loss-framed messages to promote healthy behavior: How theory can inform practice. *Journal of Communication*, 56, 202–220.
- Slater, M. D. (1999). Integrating application of media effects, persuasion, and behavior change theories to communication campaigns: A stages-of-change framework. *Health Communication*, 11(4), 335–354. [https://doi.org/10.1207/S15327027HC1104\\_2](https://doi.org/10.1207/S15327027HC1104_2).

- Silk, K. J., Atkin, C. K., & Salmon, C. T. (2011). Developing effective media campaigns for health promotion. In T. L. Thompson, R. Parrott & J. F. Nussbaum (Hrsg.), *The Routledge handbook of health communication* (2. Aufl., S. 203–219). New York: Routledge.
- Snyder, L. B., & Hamilton, M. A. (2002). A meta-analysis of US health campaign effects on behavior: Emphasize enforcement, exposure, and new information, and beware the secular trend. In R. C. Hornik (Hrsg.), *Public health communication: Evidence for behavior change* (S. 357–383). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Steward, W. T., Schneider, T. R., Pizarro, J., & Salovey, P. (2003). Need for cognition moderates responses to framed smoking-cessation message. *Journal of Applied Social Psychology*, *33*, 2439–2464.
- Toll, B. A., O'Malley, S. S., Katulak, N. A., Wu, R., Dubin, J. A., Latimer, A., Meandzija, B., George, T. P., Jatlow, P., Cooney, J. L., & Salovey, P. (2007). Comparing gain- and loss-framed messages for smoking cessation with sustained-release bupropion: A randomized controlled trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, *21*(4), 534–544. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.21.4.534>.
- Trivellato, U. (1999). Issues in the design and analysis of panel studies: A cursory review. *Quality & Quantity*, *33*, 339–352.
- Windahl, S., Signitzer, B., & Olson, J. (1991). *Theories of planned communication*. London: SAGE Publications.