



Mag. Dr. Harry Gangl

# L A U T G E D A C H T

wegweiser zur umsetzung der patientenrechte

## **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft - Anregungen zur kommunikations-, kultur- und sozialwissenschaftlichen Vertiefung in den Health Studies**

In der heutigen Zeit multimedialer Aufklärung verändern wachsende Chancen und Herausforderungen der kommunikativen Beteiligung an den Diskursen der Gesellschaft und dem entsprechend zunehmenden Wissen (Wissens- und Kommunikationsgesellschaft) den Umgang der Menschen mit sich und mit ihren Werten:

Identität, Selbstwissen, Selbstverwirklichung, Beziehungen, soziale, kulturelle und kognitive Umwelt, Gesundheit, Krankheit, Lebensziele und Lebensstile.

Dieser sich ändernde Umgang mit Werten ändert die persönliche (und kollektive) Einschätzung von Chancen der (zur) Gesundheit und Risiken der (zur) Krankheit. Diese Größen des Lebens werden nicht mehr als Geschenk (Glücksgut) oder Schicksal (Leidensgut), sondern als Wissensgut betrachtet, was auch impliziert: Gesundheit ist (unter anderem auch) ein Erfolg von Wissen und Bildung, und - mit Erkrankungen kann man auf der Basis von Wissen und Bildung würdig leben. Gesundheit ist somit ein implizites Lebensziel einer explizit gebildeten (bewussten) Lebensführung. So wird Gesundheit ein Objekt der persönlichen Verantwortung und Krankheit ein Objekt der sozialen Verantwortung.

### Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig, in der >NÖ Edition Patientenrechte<, seit Juli 2001 auf [www.patientenanwalt.com](http://www.patientenanwalt.com) zum Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegethemen, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-mail: [post.ppa@noel.gv.at](mailto:post.ppa@noel.gv.at)

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Diese Ausgangslage verändert aber auch wieder (kybernetisch gedacht) den kommunikativen Umgang mit Gesundheit/Krankheit: Explizites Interesse, zunehmendes Wissensbedürfnis und wachsender Wissensbedarf begründen sich aus der Perspektive der Befreiung (Emanzipation) von Herrschaftsordnungen (der Medizin, der Religion, der Politik) und etablieren ein neues (soziales) Ordnungsmodell der Konstruktion von (Gesundheits-)wissen: Wissen ist nicht mehr Herrschaftsgut (Expertengut), sondern ein Objekt der persönlichen Chancenwahrnehmung (Verantwortung) und bürgerliches Recht.

### **Sozial-kulturelle Rahmenbedingungen als praktischer Ansatz für die Realisierung von Gesundheitszielen:**

Diese Ausgangslage als theoretischer Paradigmenwechsel gibt der praktischen Politik heute beste Bedingungen für die Neuausrichtung und Veränderung der Gesundheitspolitik, d.h. für einen praktischen Paradigmenwechsel in der politisch relevanten Definition von Gesundheitszielen:

#### **- Vom Recht zur Rechtsverantwortung (Pflichtkomponente):**

Das persönliche Recht auf Gesundheit(swissen) begründet im demokratiegesellschaftlichen Kontext auch die persönliche Pflicht zu Gesundheit(swissen) - Holschuld-Bringschuld-Modell

#### **- Vom Modell zentralistischer Versorgung zum Modell der vernetzten Verantwortung:**

In allen Phasen einer politisch und öffentlich nachhaltig organisierten Gestaltung von Gesundheit haben Modelle des networkings und des responsibility sharings Platz: Gesundheitspädagogik, Prävention, Versicherung, Diagnostik, Therapie, Krankenhaus, Nachversorgung, Selbstversorgung.

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

- **Vom Risiko zur Chance:**

Die zunehmende Verdichtung der Kommunikation (Alltag, Milieu, Medien) und die zunehmende Kontextualisierung des Wissens zu Gesundheit ermöglichen es, den Gestaltungsschwerpunkt der Politik zu verlagern: von der (viel zu teuren und ökonomisch einseitig belastenden Variante der) Risikovorsorge zur (ökonomisch leichter ausbalancierbaren Variante) des Chancenmanagements.

Das betrifft unter anderem Präventionsmaßnahmen in der Gesundheits-kommunikation (Arzt-Patient, Krankenhausaufnahme, Anamnese, interne und externe Ärzte-Kooperation, Kommunikationsorganisation in Krankenhäusern etc.) in Umwelt-Themen, in der Familie, am Arbeitsplatz, Tourismus etc.

- **Vom Naturwissen zum Kulturwissen:**

Man weiß, dass das beste medizinische Wissen nicht den Ressourcen entsprechend genutzt werden kann, wenn es – in jeweils gegebener unterschiedlicher Konstellation – nicht kommuniziert werden kann. Gesundheit und Krankheit sind Konstrukte im Kopf – unterschiedlich z.B. bei Arzt, Patient oder Pharmazeut. Es braucht heute – mehr denn je – einen politisch deutlichen Cultural Turn in der öffentlichen/politischen Argumentation von gesundheitspolitischen Aktivitäten und Entscheidungen, nämlich einen erkennbaren und auch begründeten Schwenk von der (durch Medizin, Pharmazie und Technologie dominierten) Orientierung an den Erkenntnisleistungen der Naturwissenschaft zu kontextuellen Erkenntnissen auf der Basis transdisziplinärer Vernetzung der wissenschaftlich organisierten Aktivitäten und deren Verwendung in der öffentlichen Gesundheitspraxis (von Public Health zu den Health Studies):

**Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs  
aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

In die Formulierung von Problemen und Lösungen (vor allem solcher, die politisch zu verantworten sind) müssen der gegebenen Erkenntnislage wegen und hier vor allem anderen die **sozial- und kulturspezifischen Komponenten** genauso als Faktoren der politischen Entscheidung gerechnet werden, wie die medizinischen oder pharmazeutischen Komponenten.

### **Daraus ergibt sich mein argumentativer Ansatz:**

Die praktische Gesundheitspolitik ist aufgrund des State-of-the-Art-Wissens zu den sozialen und kulturellen Bedingungen nachhaltiger Gesundheit (Faktoren: Person, Familie, Milieu, Berufsumfeld, Umwelt, Medien) gefordert, politische Gesundheitsziele nicht mehr nur an medizinischen, pharmakologischen oder (medizin-)technologischen (also naturwissenschaftlichen) Lösungsstandards auszurichten, sondern an kontextuellen und transdisziplinär gewonnenen Standards der Formulierung von Problemen und Lösungen zum Thema Gesundheit:

- Gesundheit ist als individuelles (persönliches) Ziel nur kollektiv (sozial) sicherzustellen,
- die Qualität und Durchsetzbarkeit kollektiver (politischer) Modelle hängt aber ursächlich mit den individuellen Einstellungen (kultureller Habitus) zusammen.
- Gesundheit und Krankheit sind vor aller medizinischen Indikation kulturell definierte Größen des positiv oder negativ bewerteten Wohlbefindens. Die Habitate zu Gesundheit und Krankheit entstehen im kommunikativen Kontext von Familie, Milieu, Arbeitswelt, Medien, sie sind die Agenturen der Konstruktion des Gesundheitswissens bzw. Gesundheitsbewusstseins. Die Diskurse in diesen Lebenswelten definieren die inneren und äußeren Ordnungen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit.

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

- Davon hängt ab, wie Menschen mit ihren Gesundheitsressourcen umgehen (Lebensführung, Bewegung/Sport, soziale Kontakte, Energiebalance im Hinblick auf berufliche Herausforderungen, Verhältnisbestimmung von Beruf, Freizeit, Familie, kreative Prävention, spirituelle Ausrichtung) wie Patienten mit ihrer Krankheit umgehen (Prävention, Lebensführung etc).
- es ist mittlerweile und infolge der kritischen Reflexion der Moderne mit ihren linearen Kausalitätsmodellen längst gesetztes theoretisches wie praktisches Wissen, dass Naturgüter immer auch Kulturgüter sind und dass der kulturelle Umgang mit ihnen erst den Wert der natürlichen Ressource nachhaltig macht. Umwelt, Gesundheit, Energie sind in diesem Zusammenhang als Beispielthemen zu nennen, an denen sichtbar wird, dass sie als Güter immer kontextuell zu sehen sind und dass im Bezug auf sie Probleme niemals nur durch eine Disziplin zu formulieren, geschweige denn zu lösen sind.

In den letzten 20 Jahren vervielfachten sich die Ausgaben des österreichischen Gesundheitssystems, nicht nur bedingt durch das hochtechnologische und leistungsfähige Gesundheitswesen, sondern auch verursacht durch die immer älter werdende Bevölkerung und die sehr häufig vorkommenden chronisch degenerativen (Zivilisations- bzw. Wohlstands-)Erkrankungen.

Bei letzteren sind zum Beispiel die (auch in den Gesundheitszielen genannten) risikoverhaltensbedingten Herz- Kreislauferkrankungen zu nennen, die mit 48% heute die häufigste Todesursache darstellen.

Das zurzeit vorrangig auf Versorgung ausgerichtete österreichische Gesundheitssystem bietet kaum Anlaufstellen für den Aufbau von Gesundheitspotential. Die Ausgaben für Prävention, Gesundheitsförderung- und Kommunikation stiegen zwar in den letzten Jahren aufgrund der steigenden Gesamtkosten etwas an, der Anteil nahm jedoch nur unwesentlich zu. Somit werden

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

lediglich die „Ertrinkenden“ aus dem Wasser gezogen und wieder belebt. Kaum jemand geht aber den „wahrscheinlich gemeinsamen Ursachen für die vielen individuellen Unglücksfälle“ nach, um diese möglicherweise zu verringern oder abzustellen.

Übliche – bisher meist vergeblich durchgeführte Werbekampagnen bisheriger präventiver Angebote wie z. B. Entspannungs-, Ernährungs- oder Raucherentwöhnungskurse vermitteln zwar die entsprechenden Interventionsinhalte jedoch vorrangig über negative Gesundheitsappelle mit Schlagworten wie „Du darfst nicht“. Erreicht werden so im Durchschnitt gerade einmal 17% der Bevölkerung, vorwiegend Frauen mittleren Alters, die sich nachweislich bereits überwiegend gesundheitsrelevant verhalten.

Vorrangiges Ziel der zukünftigen politischen Arbeit sollte daher auch sein, herauszufinden, ob ein man die üblicherweise als „präventionsresistent“ geltenden sozialen Schichten zur aktiven Teilnahme motivieren kann und damit die Möglichkeit bietet, einen Beitrag zur Minderung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten.

Folgende Fragestellungen sollten dabei unter anderem eine wichtige Rolle spielen:

- Gelingt es bisher als „präventionsresistent geltende“ Personen generell zur Teilnahme an Gesundheitszielen und Programmen zu motivieren?
- Können durch eine zielgruppenspezifisch kommunizierte Kampagne „präventionsresistente“ Gruppierungen zur Teilnahme an präventiven und gesundheitskommunikativen Aktivitätsprogrammen motiviert werden?
- Können die „präventionsresistenten“ Personen auch längerfristig an das Bewegungsverhalten gebunden werden?

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

- Lassen sich Zusammenhänge zwischen der vertikalen (sozialen Schicht) und der horizontalen (dem Lebensstil an sich) Dimension sozialer Ungleichheit feststellen und welche Erkenntnisse lassen sich daraus für eine zielgruppenspezifische Kampagne ableiten?
- Inwieweit unterscheidet sich der Gesundheitsstatus und das gesundheitsorientierte Verhalten der einzelnen Personen sozialspezifisch?
- Verändert sich durch die Teilnahme an den Angeboten durch politisch motivierte Kampagnen der Gesundheitsstatus und das gesundheitsorientierte Verhalten der Teilnehmer über die Zeit hinweg?

Ableitend aus den resultierenden Ergebnissen können Rückschlüsse für die Gestaltung zielgruppenspezifischer Kampagnen und Angebote für bisher „präventionsresistente“ Personen, sozial Schwächere, chronisch Kranke uva. gezogen werden, um unter anderem auch der sozialen Disparität von Gesundheitschancen politisch wirksam entgegenzutreten zu können. Zu beachten dabei sind freilich die verschiedensten Ansätze, in welcher Form und welcher Richtung man sich an den Begriff „Gesundheit“ herantastet.

Das kann etwa sein:

- **Gesundheit als Denkposition**

Welche sind Denkpositionen, die Gesundheit als persönliches, soziales, kulturelles und wirtschaftliches Gut erörtern?

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl  
erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

- **Gesundheit als Beruf**

Welches sind die Berufe, die sich mit der Gesundheit des Menschen beschäftigen, um sie Sorge tragen, sie bewahren und wiederherstellen? Welches ist die Motivation in diesen Berufen? Inwiefern wird im Bildungsweg soziale Kompetenz und damit kommunikative Kompetenz erarbeitet? Welches ist das berufliche Selbstverständnis? Welche Grenzen setzen die Institutionen persönlichen Ambitionen das kommunikative Verhältnis zwischen den Ärzten, dasjenige zwischen Arzt und Patient, dem Arzt und dem Pflegepersonal fruchtbringender, d.h. gesundheitsfördernder zu gestalten? Gestaltung in einer über die „Berufssoziologische Analyse“ hinausgehenden Projektion.

- **Gesundheit als Organisation**

Welches sind die Gesundheitsorganisationen, die sich um die Gesundheit der Bürger kümmern? Wie ist die Kommunikation zwischen diesen organisiert? Gibt es Erfahrungsaustausch? Wenn ja, in welcher Form und in welchem Ausmaß. Spielt der Mensch noch die Hauptrolle, oder steht die Technik im Vordergrund. Welche Fehlerquellen ergeben sich daraus? Organisationstheoretische Analyse.

- **Gesundheit als Kultur**

Was sind unsere kulturtheoretischen Konzeptionen von Gesundheit? Wo sind die Alternativen zur Schulmedizin, welchen Stellenwert haben diese in unserer Kultur, auf welche Glaubensgrundlagen beruhen sie und welche zusätzlichen Bedürfnisse befriedigen sie? Welche Bereiche klammert die technisch- wissenschaftliche Betrachtungsweise von Krankheit und Gesundheit unserer Zivilisation aus? Welches Bild vom Körper beherrscht diese Sichtweisen?

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.



- **Gesundheit als Ethik**

Was versteht man als Ethik der Lebensführung? Welche Grundlagen besitzt sie und wie äußert sie sich?  
Was ist das „gute“ Leben?

- **Gesundheit als Erziehung**

Wie findet Gesundheitserziehung statt? Welche Rolle spielt sie im Erziehungsplan? Führt sie zu einem erhöhten Bewusstsein gegenüber der eigenen Gesundheit? Welche Rolle spielt Wissen in der Krankheitsprävention sein? Welche Erfolge zeigt die Gesundheitserziehung?

- **Gesundheit als Information**

Was sind „die Maßnahmen“ der öffentlichen Hand um Gesundheitsprävention zu kommunizieren?  
Wie gestaltet sich die Beratung in Gesundheitsfragen? Was sind die Anlaufstellen bei gesundheitlichen Fragestellungen?

- **Gesundheit als Ort**

Wie könnte man die „Kultur der Orte“ an denen Gesundheit erhalten und wiederhergestellt wird, beschreiben? Wie sieht die Ästhetik von Krankenhäusern, Arztpraxen, Sanatorien, Kurbädern, Apotheken aus? Wie könnte man die Umwelten von Gesundheit und Krankheit beschreiben und einordnen? Wie wirkt und welchen Stellenwert besitzt die Umgebung im Prozess des Gesundens?

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl  
erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

- **Gesundheit als Struktur**

Wie gestaltet sich die Versorgung des Patienten? Welche Strategie der Versorgung soll die Gesundheit der Bevölkerung gewährleisten? Wie sind die Versorgungsinstitutionen von Krankenhaus bis Apotheke verteilt? Vermittelt diese Verteilung Sicherheit?

- **Gesundheit als Lebenszustand**

Was sind die Lebenswelten des Kranken? Wie reagiert das soziale Umfeld auf eine Erkrankung? Welche Personen sind Kompetenzträger im Bekanntenkreis? Wie gestaltet sich der Wissenstransfer? Welche Rolle spielt die Lebensumwelt im Gesundungsprozess? Ist Kommunikation Hilfe zur Selbsthilfe?

- **Gesundheit als Dienstleistung**

Welchen Dienst versehen externe Versorgungsdienste am Patienten? Wie gestaltet sich das Zusammenspiel der verschiedenen Betreuungsdienste, wie beispielsweise Essen auf Räder, Hauskrankenpflege mit dem persönlichen Umfeld, wie gestaltet sich die Kommunikation mit dem Kranken? Was ist ihre Position zwischen Krankenhaus und Selbstversorgung und besitzen sie eine kommunikative Stellung zwischen diesen beiden Befindlichkeiten von Krankheit?

- **Gesundheit als Wissen**

Inwiefern haben sich die Kompetenzen zwischen Arzt und Patienten durch die breitere Streuung von gesellschaftlichem Wissen in der Gesellschaft verschoben? Wie kommt dieses Wissen zustande? Wie informiert sich der Mensch über Gesundheit? Gibt es Informationssysteme, welche ein partizipatives Wissensmanagement ermöglichen zu dem alle Involvierten Zugang haben? Anders gefragt. Gibt es die allumfassende Information und Kommunikation aller am Gesundheitsprozess Beteiligten? Eine

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

„Gesellschaftshistorische Betrachtung“ soll mithelfen, Erkenntnisse darüber zu liefern.

- **Gesundheit als Verantwortung**

Wie gestaltet sich die Verteilung von Verantwortung für die persönliche Gesundheit? Wer trägt die Verantwortung für Gesundheit? Wodurch entsteht diese Verantwortung?

- **Gesundheit als Arbeitsfaktor**

Kommuniziert die Arbeitswelt die gesundheitlichen Risiken? Gibt es Aufklärung? Wo liegt hier die Verantwortung und wie wird diese kommuniziert? Wie kommuniziert der Betrieb, dass er an der Gesundheit des Arbeiters interessiert ist? Welche Maßnahmen vertritt er und wie propagiert er sie?

Was ist der Faktor Gesundheit in der täglichen Arbeit wert und was ist die menschliche Arbeitskraft in den messbaren hard facts des „Human Resource Management“ und in den soft skills – der unberücksichtigten, unbezahlten und unbezahlbaren, zwischenmenschlichen Interaktionen wert?

- **Gesundheit als Frage des Geschlechts und Alters**

Wo liegen die Unterschiede in der Kommunikation von Krankheit und Gesundheit bei Frauen und Männern? Wie bei Kindern?

**Und hieraus lassen sich wiederum Bezugssysteme für den Begriff Gesundheit formulieren:**

Denn die Gesellschaft stellt in der heutigen Zeit ein Bezugssystem für den Begriff der Gesundheit dar, die auch für das Gesundheitssystem an sich und für legislative, als auch politische Regelungen steht.

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Danach ist Gesundheit ein Grundwert. Dieser ist zu bewahren, zu verbessern, wiederherzustellen und primärer Zweck unseres Gesundheitssystems. Als Leitbegriff rechtfertigt Gesundheit beinahe alles, was dafür getan und gefordert wird. Die Gefahren dieser Entwicklung zeigen sich hier aber im sog. „*Healthismus*“: Gesundheit wird hier unter dem Aspekt der Wertorientierung und der wirtschaftlichen Ausgaben betrachtet und „zur säkularen Heilssymbolik stilisiert“.

Das zweite Bezugssystem ist die betroffene Person selbst. Die subjektiven Bestimmungen von Gesundheit charakterisieren Gesundheit als Freisein von Beschwerden und Krankheit, als „Kapital“ oder „Ressource“, als Befähigung zur Bewältigung von Alltagsverpflichtungen und sozialem Austausch sowie als erfahrenes Gleichgewicht, als Wohlbefinden, Gefühl der Fitness und der Lebensfreude.

Die subjektiven Bestimmungen repräsentieren Konzepte, die sich an Fähigkeiten, Befindlichkeiten oder an Gesundheit als Voraussetzung orientieren. Diese Konzepte variieren je nach Lebensalter, Geschlecht, aber auch sozioökonomischer Lage und religiöser Orientierung.

Das dritte Bezugssystem stellen die Medizin und deren angrenzende Fachgebiete dar. Gesundheit wird hier als Erfüllung objektivierbarer Normen, physiologischer Regulation bzw. organischer Funktion verstanden, Krankheit als Abweichung davon.

Die WHO definiert Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“

Jedoch wird diese Definition und die Chancen der meisten Menschen deren Anspruch gerecht zu werden, angesichts ihrer realen Lebenslage, als zu utopisch kritisiert.

Nach meinem Verständnis sollte präventiv und kommunikativ motivierte Gesundheitsförderung vielmehr bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potentiale der Menschen und

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

auf allen gesellschaftlichen Ebenen und in allen Strukturebenen ansetzen. Gesundheitsförderung sollte auch darauf abzielen, bestehende soziale Ungleichheiten in der Gesundheits- und Lebenserwartung zu reduzieren und gleichermaßen physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu fördern. Gesundheit wird dabei nicht als vorrangiges Lebensziel, sondern als wesentlicher Bestandteil des Alltags, des individuellen, aber auch gesellschaftlichen Habitus verstanden.

Gesundheitsprotektive Maßnahmen finden hierbei in den Lebensbereichen statt, in denen die Menschen die meiste Zeit verbringen und durch deren Struktur die Gesundheit maßgeblich beeinflusst wird. Ein *Setting* kann somit das Bundesland, die Gemeinde oder die Stadt sein, aber auch zum Beispiel die Schule, in denen die Kinder über zehn Jahre den Großteil des Tages verbringen, oder der Arbeitsplatz. Aber auch Familien oder Vereine verfügen über spezifische soziale Gefüge und Organisationsstrukturen und bestimmen die Gesundheit, das Gesundheitsverständnis und -verhalten jedes Einzelnen mit.

Dieses Konzept sollte auch verstärkt bei uns wieder aufgegriffen werden, denn es kann ganz entscheidend zur Wiederbelebung der *Health-Studies* Forschung beitragen.

Die in dieser Forschung vorgesehenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung beziehen sich dabei auf die Bekämpfung von Gesundheitsrisiken und den Aufbau von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen von Individuen oder kollektiven Einheiten. Eine allein am Individuum orientierte Perspektive wird nicht zur Gesundheit und Gesundheitsförderung ausreichen, um „Gesundheit für alle“ zu erzielen, da Personen in schwierigen Lebensumständen nur begrenzte Wahlmöglichkeiten eines individuellen Lebensstils zur Verfügung haben.

Die psychologischen Konzepte zur Erklärung und Vorhersage des Gesundheitsverhaltens von Individuen bedürfen daher einer sozialwissenschaftlich -kommunikativen Erweiterung, die das Alltagsverhalten beschreibt.

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Ich stelle mir dabei ein Konzept vor, welches sich an der multidisziplinären Perspektive der *Health-Studies* Forschung orientiert und strukturelle (biologisch-materieller, gesellschaftlich-politischer Rahmen) und prozessuale (Handeln/Verhalten und soziale Konstruktion von Wirklichkeit) Komponenten mit einbezieht.

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung grenzen sich dabei theoretisch und praktisch nicht scharf von Präventionsmaßnahmen ab, wobei Prävention bedeutet, Krankheiten durch gezielte Aktivitäten zuvorkommen.

Ein Unterscheidungskriterium der beiden Begriffe bezieht sich hier vor allem auf die Interventionsebenen. Demnach sind Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (primordial) unspezifisch und richten sich an die gesamte Bevölkerung.

Als Aufgabe einer vorbeugenden und kommunikativen Gesundheitspolitik sollte neben der positiven Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens die Verringerung bzw. Beseitigung von Risikofaktoren gehören. Nur so besteht im Kontext einer Kosten-Nutzen-Analyse eine reale Chance, die steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen zu stoppen, die u. a. durch die zunehmende Anzahl von Erkrankungen und deren kurativer Versorgung verursacht werden.

### **Der „cultural turn“ zur Selbstbestimmung**

Insofern proklamiert schon die WHO-Charta 1986, dass in Zukunft innerhalb der Gesundheitspolitik das Ziel der Gesundheitsförderung als präventive und kommunikative Strategie an Bedeutung gewinnen und unter Berücksichtigung sozialer Bezüge „alle“ selbstbestimmend zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen soll.

Gesundheit wird dabei zunehmend zu einem Thema, dessen Problematik, aber auch dessen Lösungsressourcen – zusätzlich zur medizinischen Thematisierung und diese dann sogar übergreifend -

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

aus dem Sozial- und Kulturkontext geschöpft werden können. Der „cultural turn“ in der Thematisierung von Gesundheit zielt dabei auf Gesundheitskompetenz.

In diesem Kontext wird Gesundheit als (wissenschaftliche und praktische) Herausforderung von Lebenskultur und Lebenskompetenz gesehen und überschreibt auf diese Weise die (bisher vor allem rein medizinischen) Bemühungen um Körperkultur und Körperkompetenz. Dies verlangt aber auch eine neue strategische Ausrichtung von Wissen, Wissenschaft und Praxis bisher vernachlässigte Ressourcen der Kommunikation.

Zurzeit findet das Feld „Kommunikation“ nur minimalen und marginalen Niederschlag im Aus- und Fortbildungs- Schulungsangebot von fast allen Teilnehmern im Gesundheitssystem.

Dabei gehört gerade ein gesunder kommunikativer Lebensstil zu den Zielen einer modernen Gesellschaft. Denn damit wird die Lebensqualität verbessert und bestimmte Krankheiten vermieden. Wer sich gesund ernährt, viel bewegt, auch mal entspannt und z.B. auf das Rauchen verzichtet, bleibt eher gesund! Unterstützt werden müssen die eigenen Bemühungen der Gesunderhaltung durch gute Rahmenbedingungen, z.B. in der Schule, im Stadtteil oder am Arbeitsplatz.

Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, heißt in diesem gesundheitskommunikativen Zusammenhang:

- Gesundheit und Lebensqualität bewahren
- die Entstehung von Krankheiten verhindern
- Krankheiten frühzeitig erkennen
- die Bewältigung von Krankheiten fördern
- gesunde Lebensbedingungen schaffen

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

- Beschäftigungsfähigkeit erhalten
- vorzeitige krankheitsbedingte Verrentung verhindern
- Pflegebedürftigkeit verhindern bzw. hinauszögern.

Es wird erwartet, dass der Ausbau der Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskommunikation in unserem Gesundheitssystem schließlich auch zu einer Kostendämpfung (erwartet werden etwa 20 – 25%) beitragen kann – denn Krankheiten, die gar nicht erst entstehen, sind die beste Entlastung für das System.

Der Bereich Gesundheit als Ganzes zeigt sich heute dem Betrachter als fünf organisatorisch unterschiedlich strukturierte Orte des Entscheidens und Handelns, deren Verhältnis und Kommunikation zueinander durch spezifische Rollen und durch die Segmentierung und Verteilung von Kompetenzen strukturiert ist:

- Durch den Patienten, der gekennzeichnet ist durch die Rolle der Erwartung
- Durch den Arzt, der durch die Position der Autorität gekennzeichnet ist
- Durch den Apotheker, der gekennzeichnet ist durch Beratungs - Expertness
- Durch das Krankenhaus, das als komplexe Organisation gekennzeichnet ist
- Und durch die Pharmazeutische Industrie, die gekennzeichnet ist durch ökonomische Interessen.

In Zukunft sollte sich Gesundheitskommunikation in diesem System als jene Kompetenz zeigen, in dem Medizin, Pharma, Management, Technologie, Logistik und Patient zueinander in Entscheidung gebracht werden, um strukturellen oder situativen Kommunikationsfehlern vorzubeugen, oder sie für die dadurch negativ beeinflussten Teilnehmer zu verdeutlichen und letztendlich zu beseitigen.

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.



Denn durch sie wird der Teilnehmer im Gesundheitssystem jener Rolle enthoben, die er braucht, um sich als selbstverantwortlicher Teil und als mitverantwortlicher Faktor zur optimalen Ausschöpfung des vorhandenen Potentials zu verstehen – und zwar in drei Ebenen der integrierten Kooperation, nämlich

- Dem Austausch von Information und Erfahrung (Wissenskooperation)
- Dem Austausch von Kommunikation ( Vereinbarung von Deutung und Bedeutung),
- Und der Komplementarität des Handelns (Interaktion).

Der Schlüssel zu dieser Performance liegt in der Fähigkeit, Situationsforderungen adäquat zu verstehen, in der Bereitschaft sich darin auf andere Menschen (Patienten, MitarbeiterInnen) einzulassen und in der persönlichen Verantwortung für eine bewusst intendierte optimale Aktion.

Konkret geht es hier um eine präventiv entschiedene, in der Situation nicht mehr zu problematisierende Verbindung der verständlichen Vermittlung von Wissen, der fachgerechten Darstellung von Entscheidungen und der Bereitschaft zu effizienter und zugleich menschlich- empathischer Umgangsweise. Das ist in Summe der Inhalt von kommunikativer Kompetenz. Sie ist der Schlüssel für Vertrauensbildung, Profilbildung, therapeutische Qualität und organisatorische Effizienz.

Kommunikative Kompetenz ist, bezogen auf Gesundheitsberufe und auf die Arbeit in Krankenhäusern, ein Kompetenzprofil, das in vielen unterschiedlichen Situationen gefordert sowohl als persönliche Haltung wie als professioneller Habitus gefordert ist, z.B.:

- in Anamnese- und Aufnahmegesprächen mit Patienten (Administration, Pflegepersonal, Ärzte),
- in Diagnose-, Therapie- und Betreuungsgesprächen (Ärzte, Schwestern, Pflegepersonal)
- bei der ärztlichen Visite (Ärzte, Schwestern)

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

- bei Gesprächen mit Angehörigen in akuten wie in langfristigen Erkrankungsfällen (Ärzte, Schwestern Pflegepersonal),
- beim täglichen Consilium (Ärzte),
- bei Alltagsgesprächen mit Patienten (Pflegepersonal, Techn. Personal)
- bei Arbeitskonferenzen, Fallbesprechungen etc. (interne Organisation).

Verbesserungen sind notwendig und möglich. Sie sind aber nur im Rahmen eines integrierten Optimierungsprogramms nachhaltig (das heißt: auf Dauer und in ausreichender Tiefe) erzielbar. Persönliches Lernen muss also in ein Organisationslernprogramm eingebunden sein – und jede Initiative eines Organisationslernprogramms muss sachliche und kulturelle Relevanz für die Personen aufweisen.

Ein zentraler - und von mir sehr begrüßter - Trend geht in Richtung Integration der unterschiedlichen Ebenen der Gesundheitskommunikation: intrapersonal, interpersonal, Gruppen, Organisation, Community, makrosozial (inkl. Öffentliche Kommunikation).

Der Fokus muss dabei auf Weiterbildungseinrichtungen besonders im kommunikativen Bereich im Gesundheitswesen liegen, deren Flexibilität momentan besonders gefordert ist, da die Beschäftigten und Unternehmen im Gesundheitssektor unter folgenden Rahmenbedingungen agieren:

1. hoher Veränderungsdruck aufgrund sich verändernder gesetzlicher Rahmenbedingungen (Finanzierung, Strukturwandel, Qualitätssicherung, etc.).

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

2. demografische Entwicklung (z.B. rapide Zunahme dementiell veränderter, pflegebedürftiger Menschen)
3. arbeitsmarktpolitische Entwicklung (z.B. verstärkter Arbeitskräftebedarf bei zunehmendem Mangel an Arbeitskräften im Pflegebereich )
4. technische Entwicklung (z.B. IT gestützte Dokumentations- und Managementsysteme, Fortschritt in der Medizintechnik)
5. radikaler Kulturwandel, bei der die Verknüpfung caritativ – altruistischen Werthaltungen mit modernen Formen der Betriebsführung gelingen muss

Die Konzeption des 2003 erschienen "Handbooks of Health Communication" hat hier ein ermutigendes Zeichen gesetzt. Problematisch wäre es nämlich aus meiner Sicht, wenn der Überbegriff Gesundheitskommunikation mit Ausschließlichkeit auf Phänomene auf jeweils nur einer Ebene bezogen würde, etwa nur auf das ärztliche Gespräch, oder nur auf das Kommunikationsmanagement von Krankenhäusern, oder nur auf die Rolle von Kommunikation (bzw. Medien) in Gesundheitsvorsorgekampagnen, oder nur auf die Darstellung von Gesundheit/Krankheit in den Medien (Information und Unterhaltung) oder nur auf die Gesundheits- und Medizinpublizistik, oder nur auf die Pharma-Kommunikation. Die Liste der Aufzählungen ließe sich beliebig verlängern.

Von zentraler Wichtigkeit erscheint die Frage nach dem link zwischen Gesundheit und Kommunikation, die in der jetzigen Form unseres Gesundheitssystems noch weitgehend unbeantwortet bleibt. In den USA weiß man schon seit nunmehr knapp 20 Jahren um die gewichtige und nicht mehr zu wegzudenkende Bedeutung der präventiven Gesundheitskommunikation, was auch die Ausgaben im Gesundheitssystem und die Nachfrage nach rein - medizinischer Betreuung

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

wesentlich im Positiven beeinflusste, wie in unzähligen Artikeln des New England Journal of Medicine der Massachusetts Medical Society nachzulesen ist.

Wir dagegen operieren hier bis zum heutigen Tag vorzugsweise mit Vermutungen und Behauptungen, gelegentlich auch mit Wunschvorstellungen. Denn allein durch das "Pushen" der Verwendung des Begriffes "Gesundheitskommunikation" werden wir diese Verknüpfung mit dem Gesundheitssystem nicht herbeireden können. Unbestritten erscheint aber, dass die Nachhaltigkeit des Erfolges von Gesundheitskommunikation u.a. darin liegen wird, diesen link anspruchsvoll und konzeptuell ausdifferenziert zu etablieren, nicht zuletzt auch hinsichtlich der Qualität unserer Beziehungen zum medizinischen System.

Für Forschungs- und Weiterbildungseinrichtungen bedeutet dies sowohl inhaltlich wie didaktisch diesen Veränderungen begegnen zu müssen. Die Qualität dieses Wandels wird innovativ sein müssen, da sie sich organisational vollziehen muss. Die Organisation als Ganzes wird künftig kontinuierlich Veränderung in Bedarf, Angebot, Didaktik, Klientel etc. bewältigen müssen bzw. proaktiv als Chance nutzen.

Immer mehr Ärzte zum Beispiel, wünschen sich heute Trainings um ihre kommunikative Rolle zu verbessern. Immer wieder weisen Ärzte darauf hin, dass sie keine Übung in Gesprächsführung hätten. Es bedrückt sie, ohne dafür speziell ausgebildet zu sein, schwer kranken Patienten komplexe Informationen geben zu müssen in Bezug auf die Diagnose, die Notwendigkeit weiterer Tests und über belastende therapeutische Möglichkeiten.

Die Effektivität von solchen Kommunikationstrainings belegen bereits Erfahrungen vor allem in angelsächsischen Ländern. Praxisorientierte Modelle wurden u.a. von Lesley Fallowfield und Peter Maguire in England sowie von Walter F. Baile und Robert Buckman in den USA bzw. Kanada entwickelt und erfolgreich umgesetzt.

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Ausschlaggebend für den Erfolg und die hohe Akzeptanz dieser Trainingskonzepte ist ihre Orientierung an den spezifischen Problembereichen der Kommunikation mit Patienten. Sie fokussieren auf das Erlernen von „Skills“, von Fertigkeiten, Techniken und Fähigkeiten in der Kommunikation in praktischen Übungen mit professioneller Moderation.

Im Rahmen meines Forschungs- und Wissenschaftsauftrages habe ich schon an mehreren, qualifizierten, spezifischen und praxisnahen Kommunikationstrainings mitgearbeitet und einige selber geleitet, welche die Besonderheiten des Umgangs der Gesundheitsberufe untereinander, als auch im Besonderen mit den Patienten aus der Perspektive des Patienten ebenso wie aus der des Arztes berücksichtigen.

Um den Umgang von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitssystem gegenüber Patienten nachhaltig zu verbessern und um dieses auf einem Niveau zu stabilisieren, das den Erwartungen der Gesellschaft entspricht, muss man eine Reihe von Rahmenbedingungen mit bedenken:

- **Faktor Arbeits- und Situationsstress:**

Gesundheitsberufe in Krankenhäusern, Ambulanzen und ähnlichen Einrichtungen sind nicht nur tagtäglich von Leid umgeben, sondern auch ständig konfrontiert mit bisweilen schwierigen Patienten, ungeduldigen Verwandten, Notfallstress und überdies je nach Rolle und Position gefordert durch eine formal stark hierarchisierte Organisation und Verteilung von Kompetenzen, die nicht immer mit der persönlichen Kompetenzeinschätzung übereinstimmt.

Die beruflich geforderte Stresstabilität hängt eng mit den Möglichkeiten und Fähigkeiten, aber auch mit der Bereitschaft zur Kommunikation zusammen.

**Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs  
aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

- **Faktor internes Kommunikationsklima:**

Der freundliche und respektvolle Umgang mit Patienten ist dem Krankenhauspersonal nur dann auch ein persönliches Anliegen, wenn die organisationsinterne Kommunikationskultur, also der interne Umgang miteinander ebenso kollegial und respektvoll entwickelt ist, so dass die MitarbeiterInnen auf allen Ebenen sich mit der Organisation, ihren Erfolgen, und Problemen identifizieren.

Dies ist ein Thema der Personalführung, der Organisationskultur und des Organisationsklimas (Führungsklima).

- **Faktor Individualität:**

Die soziale und kommunikative Kompetenz von MitarbeiterInnen muss einerseits mit den jeweils spezifischen Aufgaben kompatibel sein. Ärzten werden im Umgang mit Patienten andere kommunikative und soziale Kompetenzen abverlangt als beispielsweise dem Verwaltungspersonal, andererseits gibt es eine persönlichkeitsabhängiges Grundprofil der Kommunikation, das man auch durch Schulungen nicht glatt schleifen, sondern im Sinne positiver Verhaltensmuster freilegen sollte. Das Ziel kann nicht heißen eine für alle gleiche technische Kosmetik des Verhaltens zu erreichen, sondern ein möglichst hohes Niveau von Authentizität und Individualität

- **Faktor emotionale Persönlichkeit:**

Kommunikation ist zwar lernbar, aber immer nur unter Bezug auf die jeweils eigene Identität, nicht als situationsunabhängige Technik, sondern als Sensibilität für die jeweils eigenen Fähigkeiten und Bereitschaften (z.B. emotionale und soziale Kompetenz) wie auch für die Situation (Erwartung) anderer.

**Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs  
aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

- **Faktor Lerngemeinschaft:**

Daher sind Kommunikationstrainings didaktisch so anzulegen, dass TeilnehmerInnen in der Lage sind eine Lerngemeinschaft zu bilden, die weitere Gruppen nach dem Seminar im Sinne gegenseitiger Aufmerksamkeit weiterführen. Dadurch kann ein Seminar Nachhaltigkeit erreichen.

- **Faktor Gruppendynamik:**

Deshalb ist es zu überlegen, auf welchem Level der Organisation man anfängt, ob man Gruppen homogen (z.b. nur Ärzte, nur technisch-administratives Personal etc.) oder durchmischt (verschiedene Berufsrichtungen, verschiedene levels oder verschiedene Krankenhäuser) zusammensetzt.

- **Faktor Qualitätsniveau:**

Aus all dem ergibt sich die Forderung nach differenzierter fundierter Qualität eines solchen Trainingsprogramms.

Es ist darauf zu achten, dass ein solches Trainingsprogramm nicht an Referenten oder Trainer zu übergeben, deren Erfahrung und Anspruch (Kompetenz) sich nur mit vordergründigen Benimm-Regeln für den Alltag im Krankenhaus begnügt.

Es braucht hier Trainer, die mit der spezifischen Problematik vertraut sind, die intellektuell mit dem Anspruch der Trainees (Ärzte, Pflegepersonal etc.) kompatibel sind, die die Anschlussproblematiken mit zu thematisieren in der Lage sind (Personalmanagement,

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Wissensmanagement, Betriebsklima etc.) und die sich in fachlich gut begründeten Methoden der Persönlichkeitsentwicklung für Erwachsene versiert, sowie wissenschaftlich miteinander vernetzt sind.

- **Faktor Nachhaltigkeit:**

Überdies wäre es in diesem Zusammenhang empfehlenswert, den gesamten Schulungsprozess so anzulegen, das er auch genutzt werden kann, um Kenntnisse über die „soft factors“ der beruflichen Arbeit im Krankenhaus zu sammeln, um diese dann in das primäre Ausbildungsprogramm (vor allem Ärzte, Pflegepersonal) und in ein allgemeines Konzept zur Gesundheitskommunikation einspeisen zu können.

Aber eine kommunikative Medizin weiß auch, dass es nicht um das Viel Reden gehen muss, sondern vielmehr um die psychische Präsenz, um die Aufmerksamkeit des Arztes: sie weiß, dass es um eine Heil stiftende kommunikative Beziehung gerade auch jenseits von Worten geht, dass es letztlich darum geht, dass ich im Arzt und durch den Arzt das Leiden des Patienten transformiert, verwandelt und dass - bevor dies geschieht - das Leiden, wie Karl Jaspers es formuliert, sich in den Arzt hinein fortpflanzen können muss, um solcher Art verwandelt werden zu können.

Eine kommunikative Medizin schließlich weiß um die innerste Kraft der kommunikativen Beziehung - nein, der kommunikativen Bindung zwischen Arzt und Patient: Weil auch der Arzt auf seine Weise verwundet ist und im Wissen oder Ahnen dieser inneren Verwundung dem "äußeren" Patienten ähnlich ist, besteht die tiefste Form der Bindung zwischen Arzt und Patient in einer Art "Solidarität der Verletzten", wie dies auch schon der Psychiater Peter Gattmann formuliert hat.

Um diese existenzielle Beziehung zwischen Arzt und Patient geht es - in ihr entscheidet sich die Chance und die Kraft Heil stiftender Kommunikation. Karl Jaspers hat dies so ausgedrückt: "Der Arzt ist weder Techniker noch Heiland, sonder Existenz für Existenz, vergängliches Menschenwesen mit dem

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.



Anderen, im Anderen und sich selbst die Würde und die Freiheit zum Sein bringend und als Maßstab anerkennend."

Das ist der - auch ethische - Anspruch. Die Realität jedoch ist anders: Anstelle einer kommunikativen Beziehung von Existenz zu Existenz dominieren die verschiedensten kommunikativen Entfremdungsformen bloß funktionaler Beziehungen. Und im leidenden Anderen wird alles andere zur Geltung gebracht als "Würde und Freiheit": Die medizinischen Heilsversprechen gehen einher mit Ritualen - auch kommunikativen Ritualen - der Entwürdigung und Unterwerfung des Leidenden unter das Interpretationsmonopol des medizinischen Systems. Anerkannt und mit Zuwendung belohnt wird die Unterwerfungsbereitschaft des Patienten - nicht sein Subjektsein.

In diesem Spannungsfeld erst gewinnt Kommunikation ihre eigentliche existenzielle Bedeutung: Kommunikation hat nämlich nur höchst oberflächlich betrachtet mit Reden, mit Austausch von Worten zu tun. Es geht um viel mehr: Ich werde ein Teil von Dir und Du wirst ein Teil von mir und insofern dies geschieht, geschieht Kommunikation auch als ein Vorgang wechselseitigen Handelns und Heilens.

So wird in dieser Betrachtungsweise Gesundheit heute zunehmend zu einem sozial – kommunikativen Konstrukt, das sich einerseits aus der Kommunikation heraus selbst definiert, über sie, und daher dementsprechend veränderlich – und auch problematisch ist.

Gesundheit (wie andere öffentliche Güter auch) ist ein Gut, dessen Qualität im hohem Maße von gesellschaftlichen bzw. öffentlich organisierten Rahmenbedingungen bestimmt wird. In diesem Sinne sind Ökonomie, Politik und Wissenschaft Sektoren, in denen sich ein öffentliches Gesundheitssystem entwickelt, institutionalisiert und etabliert hat: Dem persönlichen Gut Gesundheit begegnet der Mensch in organisierten Gesellschaften immer mehr (und mitunter immer ausschließlicher) als einem ihm selbst weitgehend aus der Hand genommenen, öffentlich-systemisch (wissenschaftlich, technisch, organisatorisch) verwalteter und komplex mit anderen Faktoren des organisierten Lebens (Bildung, Arbeit, Position, Gehalt, Familienumwelt etc.) verknüpfter Verweisung (Chance) auf Glück.

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Zwei Evaluierungspositionen stehen hierbei einander gegenüber: eine systemische und eine lebensweltliche. Durch die zunehmende Systemisierung wird Gesundheit zu einem Produkt des auf Erfolg ausgerichteten Begehrens, in dem Verfügbarkeit von Ware, Konsum und erreichbarer Status entscheiden. Die Position der sozialen / personalen Praxis (Lebenskompetenz, intrinsisch motivierte Auseinandersetzung, Kultur und Kommunikation) verkümmert in diesem Vergleich zu einem Evaluierungsfaktor, der für Anstrengung, Verzicht und Eigenbewegung steht.

Gesundheit ist ein soziales Konstrukt. Was wir für gesund erachten und wie wir es werten, wo, wie und warum uns dieses Gut wichtig ist, ist natürlich begründet, aber (kommunikations-) kulturell konfiguriert. Durch sie konstruieren wir Bedeutungszusammenhänge, in Zeichen, Symbolen und Gesten vergegenständlicht, lernen wir Gesundheit und Krankheit wie natürlich definierte und fest umrissene Objekte zu behandeln. Eine dogmatisierende Medizinauffassung tut das ihre dazu. Die soziale Dimension von Gesundheit/Krankheit haben wir – im Unterschied zur natürlichen/naturwissenschaftlichen aber noch nicht hinreichend organisiert und strukturiert. Aber ich denke wir sind – zumindest in Gedanken – schon auf dem richtigen Weg in eine ganzheitliche Gesundheit, in der der individuell betrachtete Patient wieder Mensch sein darf.

*Herzlichst*

*Dr. Harry Gangl*

### **Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

**Über den Autor: Mag. Dr. Harry Gangl**

Geboren: 1975 in St. Pölten

Im Mai 2004 begann Harry Gangl seine Tätigkeit im Bereich Gesundheit und Soziales an der NÖ Landesakademie.

Seit Mai 2005 ist er stellvertretender Leiter im Bereich Gesundheit und Soziales an der NÖ Landesakademie.

Er studierte an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien und schloss das Studium in Kombination mit Publizistik und Kommunikationswissenschaften, Politikwissenschaften und Geschichte mit ausgezeichnetem Studienerfolg zum Magister ab.

Nach dem Militärdienst im Militärkommando FM Hess St. Pölten im Bereich Öffentlichkeitsarbeit und Pressewesen promovierte Harry Gangl im Jahr 2003 „summa cum laude“ an der Universität Wien.

Schon während des Studiums war er unter seinem Mentor, O. Univ. Prof. Dr. Thomas Bauer, bei welchem er zur Zeit seine Habilitationsschrift verfasst, an der Universität Wien in zahlreichen Projekten in Europa, USA und Südamerika tätig.

Mit Studienaufenthalten in São Paulo an der Pontificia Universidade Catolica de São Paulo, an der Northwestern University / Evanston / Chicago / IL, USA, sowie an der Rettorato

Università degli Studi di Siena / Siena, Italien sammelte Gangl Erfahrung unter anderem in den Bereichen Direkt Marketing, Government & News Media und in der globalen Führungskommunikation.

Praktische Erfahrungen sammelte er neben dem Studium zunächst als freier Journalist, bevor er 1999 seine Karriere mit der Berufung in die Rechtsabteilung des Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr begann. Sein Wirken am Europaforum Wien im Bereich der EU – Osterweiterung, als auch eine Praktikantenstelle beim ORF - Niederösterreich im aktuellen Dienst und die Arbeit in der Hoheitsverwaltung am Magistrat St. Pölten runden sein bisheriges Berufsbild ab.

Harry Gangl ist verheiratet und Vater einer Tochter.

**Der sozial-kulturelle Kontext von Gesundheit als Lebenswissen im Gesundheitsdiskurs  
aus der Perspektive der Kommunikationswissenschaft**

Autor: Mag. Dr. Harry Gangl

erschienen: Juli 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.