

Gesundheitskommunikation und Geschichte: interdisziplinäre Perspektiven

Reifegerste, Doreen (Ed.); Sammer, Christian (Ed.)

Erstveröffentlichung / Primary Publication

Sammelwerk / collection

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Reifegerste, D., & Sammer, C. (Hrsg.). (2022). *Gesundheitskommunikation und Geschichte: interdisziplinäre Perspektiven*. Stuttgart: Deutsche Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft e.V. <https://doi.org/10.21241/ssoar.83092>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>



Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für
Publizistik und
Kommunikationswissenschaften (DGPuK)

Doreen Reifegerste / Christian Sammer (Hrsg.)

Gesundheitskommunikation und Geschichte
Interdisziplinäre Perspektiven

Deutsche Gesellschaft für Publizistik- und
Kommunikationswissenschaft e.V
Stuttgart
2022
doi: <https://doi.org/10.21241/ssoar.83092>

Inhaltsverzeichnis

Interdisziplinäre Perspektiven auf vergangene Gesundheitskommunikation <i>Doreen Reifegerste / Christian Sammer</i>	5
Das Gesundheitswesen im deutschsprachigen Raum der Frühen Neuzeit: eine Einführung <i>Sascha Salatowsky</i>	16
#Covid, Sanitary Report und Pesttraktate: Gesundheitskommunikation in Pandemiezeiten von „Corona“ zurück bis ins Mittelalter <i>Doreen Reifegerste, Anna Wagner</i>	31
Ein Quell des Wissens und innerer Bereicherung": Visuelle Gesundheitskommunikation in Fritz Kahns <i>Das Leben des Menschen</i> (1922–1931) <i>Patrick Rössler</i>	45
Kommunikation zur Bewegungsförderung: Normative Aspekte im 20. und 21. Jahrhundert <i>Annemarie Wiedicke</i>	62
„Gesund durch Bewegung“ versus „Schön durch Sport“: Appearance-Framing von Gesundheitsbotschaften in der Bewegungsförderung <i>Lena Lehrer</i>	74
Schönheitsideal schlank?! Das weibliche Körperideal und dessen mediale Darstellung im historischen Wandel <i>Anna-Maria Theres Schüttel</i>	91
Von Banting bis <i>The Biggest Loser</i> : Das (Re-)Framing der Verantwortung für Übergewicht vom 19. Jahrhundert bis heute <i>Linn Julia Temmann</i>	101
Zwischen Gesundheitsprävention und Absatzregulierung - Ernährungskommunikation im DDR-Fernsehen am Beispiel einer Ratgebersendung <i>Claudi Böttcher und Charmaine Voigt</i>	130
Botschaftsstrategien in der Gesundheitsaufklärung über Geschlechtskrankheiten im frühen 20. Jahrhundert <i>Mara Berlekamp</i>	147
GIB AIDS KEINE CHANCE in Ost und West: Ein Vergleich der Aufklärungsarbeit der BZgA und des DHMD über HIV und AIDS in den 1980er Jahren <i>Helene Baumbach</i>	181

Evaluation von Gesundheitskommunikationskampagnen am Beispiel der BZgA-Kampagnen zur HIV/AIDS-Prävention von 1987 bis 2017 <i>Helene Paschold</i>	200
Massenmediale STI-Präventionskommunikation der BZgA zwischen 2008 und 2018 <i>Sophia Schaller</i>	223
Sexualaufklärung an Schulen im 21. Jahrhundert <i>Vivien Kretschmer</i>	240
Propaganda für einen „gesunden Volkskörper“ im Nationalsozialismus <i>Eva Theresa Graf, Franziska Schiefeneder</i>	250
Aliens im Keller: eine embryologische Universitäts-Ausstellung als Medium für Fachwissenschaft, Weltanschauung und Sammlungsgeschichte <i>Michael Markert</i>	273
Medizingeschichte ausstellen in Echtzeit: Die Ingolstädter Maskentonne, die Pandemie und das Nicht-Wissen <i>Johanna Lessing</i>	289
Das Deutsche Hygiene-Museum in Dresden und seine Sammlung „Körperwissen“ <i>Susanne Roeßiger</i>	302
Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - Seit 1967 eine Fachbehörde für moderne Gesundheitskommunikation <i>Uta Schwarz</i>	309
Vom Radiobeitrag zum Podcast: eine Auswahl gesundheitsbezogener Hörformate seit 1979 <i>Jana Sandrock</i>	319
Deutsche Organspende-Kampagnen zwischen 1996 und 2016: eine empirisch-ethische Kontextanalyse <i>Solveig Hansen</i>	335

Interdisziplinäre Perspektiven auf vergangene Gesundheitskommunikation

Doreen Reifegerste, Christian Sammer

Universität Bielefeld, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Zusammenfassung

In dieser Einführung des Open-Access-Sammelbandes „Gesundheitskommunikation und Geschichte. Interdisziplinäre Perspektiven“ stellen wir die Beiträge und ihre verbindenden Elemente sowie die Zielstellungen des Sammelbandes vor. In diesem Band geht es darum zu überprüfen, ob man voneinander lernen kann: Der Band versammelt geschichts-, kultur- und kommunikationswissenschaftliche Zugänge auf die Historizität des Redens, Schreibens und Zeigens der Bedingungen von Gesundheit und Krankheit. Sein Ziel ist, im Zusammenklang seiner Artikel mögliche interdisziplinäre Perspektiven, Zugänge, Materialien und Methoden auszuloten. Wir wollen tastend erfragen, ob und inwieweit die gegenseitige Irritation, die interdisziplinäre Vorhaben auslösen, nicht nur verunsichert, sondern auch eine konstruktive Unruhe auslöst. Dafür bietet der Band verschiedene Zugangswege durch unterschiedliche Strukturierungsansätze an. Dementsprechend werden die Beiträge anhand der (1) Gesundheitsthemen, der (2) Chronologien sowie Kontinuitäten, Analogien und Brüchen, der (3) Kommunikationsformate und (4) der damit verbundenen Sammlungen bzw. Institutionen vorgestellt. Abschließend werden auch Hinweise zu den ergänzenden digitalen Materialien gegeben.

Keywords: Gesundheitskommunikation, Historizität, Geschichte

Summary

In this introduction to the open access anthology „Gesundheitskommunikation und Geschichte. Interdisziplinäre Perspektiven“ [„Health Communication and History. Interdisciplinary Perspectives“] we present the individual articles and their links as well as the goals of the anthology. The anthology strives to test, whether we can learn from each other. It brings together approaches from history, cultural studies, and communication studies to the historicity of talking, writing, and showing about health, disease and illness. Its goal is to explore possible interdisciplinary perspectives, approaches, materials, and methods. We want to inquire tentatively whether and to what extent the mutual irritation triggered by interdisciplinary projects not only unsettles, but also triggers a constructive restlessness. For this purpose, the volume offers various accesses through different structuring approaches. Accordingly, the contributions will be described in terms of (1) health themes, (2) chronologies as well as historical continuities, analogies, and ruptures, (3) communication formats, and (4) related collections or institutions. Finally, notes on supplementary digital materials are provided.

Keywords: Health Communication, Historicity, History

1 Einleitung

Zu den Bemühungen, Sinn in die „Corona-Krise“ zu bringen, gehörten auch Versuche der historischen Einordnung. Hier standen Behauptungen, dass es solche Zustände noch nie gegeben habe, Verweisen auf ähnliche Präventionsmaßnahmen entgegen, die schon in früheren Zeiten durch Cholera, Pest und die „Spanische Grippe“ ausgelöst wurden – politisiert in Christian Lindners pejorativer Aussage im April des Jahres 2020, die Pandemie werde mit Instrumenten aus dem Mittelalter bekämpft. Bereits ein oberflächlicher Blick in die Geschichte gibt dem FDP-Bundenvorsitzenden bis zur raschen Impfstoffentwicklung und der umfassenden Impfkampagne Recht. Seine abschätzigste Bewertung erweist sich jedoch als grundfalsch. Bereits in der von ihm so geschmähten Zeit, finden sich zur Epidemien„bekämpfung“ nicht unerfolgreiche, aufklärende Kommunikationsmaßnahmen, die Maßnahmen des Containments (Identifikation, Schutzbekleidung, Immunisierungsbemühungen, Quarantäne) begleiteten (siehe beispielsweise den Pestratgeber aus der Frühen Neuzeit mit dem Titel: *Consilium pestis prophylacticum. Rath oder Bericht was bei Pestseuche zu thun und zu lassen sey* von Thomas Reinesius, (1625); siehe hierzu den Beitrag von Salatosky in diesem Band). Und wie heute zeigten sich auch damals Verschärfungen sozialer Ungleichheit auf Basis allgemeiner Verunsicherung sowie Deutungsansätze (bzw. Verschwörungsideen) der Verharmlosung und Übertreibung, des Otherings, der Globalisierungskritik und des strafenden „Rückschlags“ der Natur (Rengeling, 2017). Des heutigen Bundesfinanzministers Griff in die Geschichte zu einer Zeit, als auch er keine alternativen Strategien und Taktiken für einen wirksamen Infektionsschutz anzubieten hatte – außer Digitalisierung zu fordern –, zeigt nicht nur, dass als Krisen gerahmte Phänomene und Zeiträume als ein Auseinanderdriften von Erfahrung und Erwartung gedeutet werden können (Koselleck, 1979). Wer weiß in Momenten der Krise schon, wie das Morgen aussieht. Er – und die ungleich höhere mediale Präsenz der Medizingeschichte während der Pandemie – legt aber auch nahe, dass genau in diesen Momenten einer unklaren Zukunft für Orientierung in der Gegenwart in die Vergangenheit geblickt wird. Die letzten Jahre der Pandemie und die Stellung der Geschichte darin stehen in Kontrast zu Lindners Gleichsetzung alter Instrumente mit einem ineffektiven Krisenmanagement. Im Gegenteil schien die Wiederherstellung des Vergangenen als die notwendige Maßnahme für eine erfolgreichen Zukunft nach der Pandemie – als Rückkehr in die Normalität.

Es zeigt sich also, wie nützlich es ist, sich auch in gegenwartsorientierten Forschungsfeldern mit dem Vergangenen zu beschäftigen, daran historische Perspektiven zu entwickeln und Aktuelles in seinem historischen Lichte zu sehen. Das heißt erstens aber nicht nur die Analogien zwischen Vergangenen und Gegenwärtigem zu sehen, sondern auch die Brüche, Abbrüche oder Wiederaufnahmen durch die Berücksichtigung der jeweils eigenen historischen Kontexte. Und zweitens betrifft das nicht nur das Themenfeld Infektion, Epidemie und Pandemie. Die Kommunikation über Gesundheitsthemen hat eine mehr oder weniger lange Geschichte, sei es beim Thema Sexualität und reproduktive Gesundheit, Ernährung, Sport und Bewegung, Organspende, Körperformen, Bevölkerungsgesundheit, Lebensstil, Onto- und Phylogenie des Menschen oder der Medialität und Institutionalisierung des Kommunizierens über Gesundheit und Krankheit selbst.

2 Zielstellung: Interdisziplinäre Unruhe

Mit diesem Band wollen wir Gesundheits(kommunikations)wissenschaftler*innen, Kulturwissenschaftler*innen, Mediziner*innen und Historiker*innen einladen, historische Blicke auf das Feld der Gesundheitskommunikation zu werfen oder kommunikationswissenschaftliche Zugänge für die Analyse historischer Konstellationen zu erproben. Durch die Verbindung der bislang weitgehend getrennten Forschungsfelder Gesundheitskommunikation, Kommunikations- und Medizingeschichte möchten wir den interdisziplinären Austausch fördern, und die jeweiligen Horizonte, Fragestellungen und Methoden erweitern.

Wir als Herausgebende stammen aus diesen beiden disziplinären Feldern. Doreen Reifegerste hat Kommunikationswissenschaft, Psychologie und Wirtschaftswissenschaften studiert und arbeitet als Professorin für Gesundheitskommunikation an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Christian Sammer studierte Neuere und Neueste Geschichte, Politikwissenschaften und Soziologie und arbeitet am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität Heidelberg. Zusammengebracht hat uns die gemeinsame Faszination für das Thema und die notwendige Offenheit, das Andere auszuprobieren. Daraus entstand der Wunsch, die vorhandenen Forschungsansätze sowie einige der vorhandenen Sammlungen der jeweils anderen Disziplin einfürend aufzuzeigen. Entsprechend haben wir Personen angesprochen, die sich

mit Phänomenen der Gesundheitskommunikation beschäftigen oder in Institutionen mit themenbezogenen Sammlungen arbeiten.

Bereits ganz am Anfang unseres Projektes stand eine Differenz: Historisches Material kann nicht nachträglich gemacht, sondern nur gefunden werden. Historische Studien analysieren über eine breite und tiefe Kontextualisierung überlieferte Quellen weitgehend hermeneutisch und fragen nach Ordnungen der Zeit – Kontinuitäten, Diskontinuitäten, Konvergenzen, Divergenzen, Epochengrenzen. (Gesundheits)Kommunikationswissenschaftliche Arbeiten fragen nach Akteur*innen, Inhalten, Medien, Empfänger und Wirkungen von Kommunikation und greifen dabei vorrangig auf quantitative und qualitative Methoden der empirischen Sozialforschung zurück (sie befragen, beobachten, experimentieren oder analysieren Inhalte). Für beide Seiten hat sich diese Annäherung als zugleich herausfordernd und (hoffentlich) fruchtbar erwiesen, vermeintlich selbstverständliche Begrifflichkeiten und Konzepte mussten beiderseits erklärt und hinterfragt werden.

Historische Gesundheitskommunikation ist komplex und empirisch vielfältig. Daher kann dieser Band weder den Anspruch der Vollständigkeit erheben, noch höchst differenzierte Beiträge mit neuen disziplinären „Entdeckungen“ liefern. Entstanden ist aus unserer Arbeit vielmehr eine einführende Zusammenstellung von Beiträgen zu vielen Gesundheitsthemen, Epochen und Kommunikationsformaten. Wir wollen damit vielseitige Zugänge auf einem verständlichen Niveau liefern, sodass jeweils keine Vorkenntnisse der anderen Disziplinen notwendig sind und viele Interessen angesprochen bzw. geweckt werden. Wir möchten damit einen Impuls für weitere interdisziplinäre Arbeit geben – nachhaltig gegenseitige Irritationen und Anschlussfähigkeiten herstellen. Gleichmaßen sollen die an Materialien der Gesundheitsaufklärung Arbeitenden mit aktuellen Interessen, Fragen und Methoden aus der Kommunikationswissenschaft konfrontiert wie umgekehrt, die junge Disziplin der Gesundheitskommunikation damit verwirrt werden, dass ihre Gegenstände eine historisch variable Praxis sind, die in der Moderne nur an Intensität zugenommen hat, aber nicht in dieser „erfunden“ wurde.

Das Urteil, inwiefern dieses Experiment geglückt ist, der Band dieses Ziel im Zusammenklang der einzelnen Artikel erreicht, bleibt den Leser*innen überlassen. Auch aus diesem Grund stehen alle Beiträge nicht nur den Forschenden, sondern auch den Lehrenden oder

der interessierten Öffentlichkeit frei zugänglich zur Verfügung. Wir sind überzeugt, dass sich in all diesen Bereichen das interdisziplinäre Unbehagen in eine konstruktive Unruhe wenden lässt. Beispielsweise können wir ethische Problemlagen vorausschauend – mit der nötigen Kontextsensibilität – erkennen und fundiert diskutieren (weil mögliche Folgen bereits historisch aufzeigbar sind und sich somit zukünftige Problemlagen durch den historischen Analogieschluss prognostizieren lassen können). Zudem können wir damit gesellschaftliche und politische Einflüsse im Verlauf detektieren oder theoretische Konzepte und Kommunikationsstrategien anhand historischer Fälle beurteilen.

Insbesondere mit den Beiträgen zur gesundheitsbezogenen Propaganda im Nationalsozialismus möchten wir vor den Gefahren und (nicht-)intendierten Effekten von Gesundheitskommunikation warnen. Denn was Gesundheit selbst ist, steht keineswegs überzeitlich fest. Gesundheit geht nicht auf im Gegenteil von Krankheit, sondern ist als Inbegriff des Idealen kontextabhängig und damit historisch kontingent (Canguilhem, 1974). Gesundheitskommunikation ist daher nicht per se gut, sondern bringt ein zentrales Element historisch wandelbarer subjektiver wie kollektiver Idealvorstellungen zum Ausdruck.

Darüber hinaus möchten wir deutlich machen, dass viele der aktuellen Diskussionen in der Gesundheitspolitik oder auch der Gesundheitskommunikationswissenschaft historische Vorläufer haben und zugleich in je eigenen historisch spezifischen Zusammenhängen stattfanden. Dies wird etwa an den Beiträgen zur Pandemiegeschichte deutlich (siehe hierzu die Beiträge von *Salatowsky* sowie *Reifegerste/Wagner* in diesem Band). Auch am Beispiel des Vergleichs der AIDS-Aufklärung in der DDR und der BDR (siehe hierzu den Beitrag von *Baumbach* in diesem Band) wird deutlich, welchen Einfluss politische Makrokontexte auf Gesundheitskampagnen hatten. Die Beiträge zum Fleischkonsum (siehe hierzu den Beitrag von *Böttcher/Voigt* in diesem Band) oder den geschlechtsbezogenen Rollenbildern (siehe hierzu die Beiträge von *Lehrer*, *Temmann* sowie *Schüttel* in diesem Band) zeigen eine dynamische Entwicklung auf, stärker geprägt von Diskontinuitäten denn Kontinuitäten.

3 Überblick über die Beiträge

Die Artikel im vorliegenden Sammelband lassen sich nach mehreren Kategorien strukturieren: Gesundheitsthemen, Epochen, Kommunikationsformate oder

Sammlungen bzw. Institutionen zum Thema Gesundheitskommunikation. Dementsprechend geben wir jeweils aus diesen verschiedenen Blickwinkeln einen kurzen Überblick über die Inhalte der Beiträge. Da die Beiträge häufig mehrere dieser Kategorien bedienen, werden wir sie auch mitunter mehrfach an der jeweiligen Stelle benennen, sodass unter Umständen auch auf Nebenschauplätze der Beiträge verwiesen wird. Wir möchten damit den unterschiedlichen interdisziplinären Strukturierungs- und Findungsstrategien gerecht werden, ohne alle möglichen abzudecken.

3.1 Themen

Seuchen (Pandemien)

Der Beitrag von [Sascha Salatowsky](#) beschreibt einige Facetten der „Medizin, Heilkunde und ärztliche[n] Praxis in der Frühen Neuzeit“ und geht dabei auf Pesttraktate ein, die er als Ratgeberliteratur einstuft. Insbesondere beleuchtet er die kommunikativen Spannungen in der konfliktreichen Beziehung zwischen studierten Ärzten auf der einen Seite und „Laienmedizinern“ auf der anderen Seite. Diese Konflikte bettet er in den Markt der Heilkundigen ein, der bei weitem nicht so exklusiv bevorteilend zugunsten der Universitätsmedizin war, wie wir das heute für selbstverständlich halten. Immerhin waren es die „Laienmediziner“, die die Mehrzahl der Behandlungen durchführten und entsprechend viel Erfahrungen sammelten.

Während der Beitrag von Sascha Salatowsky die Gesundheitskommunikation zu Pandemien in der Frühen Neuzeit fokussiert, wirft der Beitrag „#Covid, Sanitary Report und Pesttraktate“ von [Anna Wagner und Doreen Reifegerste](#) einen Blick auf die „Gesundheitskommunikation in Pandemiezeiten von ‚Corona‘ zurück bis ins Mittelalter“. In Anlehnung an die Lasswell-Formel liegt der Fokus hier intertemporal vergleichend auf den historischen Analogien und Unterschieden in der Pandemiekommunikation entlang der Differenzierung in Kommunikator*innen, Medieninhalte, Medien- und Kommunikationskanäle, Publika sowie Medienwirkungen.

[Johanna Lessing](#) vom Forschungskolleg „Wissen | Ausstellen“ der Universität Göttingen beschreibt schließlich in ihrem Beitrag zur „Ingolstädter Maskentonne“ die Herausforderungen, eine Ausstellung über eine Pandemie während der Pandemie zu erstellen. Sie beleuchtet dabei insbesondere die Potenziale und Grenzen von Objekten, unfertige und unabge-

schlossene Geschichten während ihres Verfassens erzählen zu lassen und räumlich zu inszenieren.

Sexualaufklärung

Wenige Bereiche menschlicher Lebenswelten sind so intensiv diskursiviert und analytisch als Epitome einer modernen Bio-Politik ausgeflaggt worden wie Sexualität – einer Macht „leben zu machen oder in den Tod zu stoßen“ (Foucault, 1983, S. 134). Für Foucault zeigte es sich im Sex, wie diese Macht funktionierte: In der gleichzeitigen Repression der Thematisierung von Sexualität, dem Sprechen über diese Unterdrückung und dem wissenschaftlich eingehegten Redens über Sex mit dem Ziel der Sorge und Förderung des Gattungskörpers entlang der Norm der Sexualität, die durch das dauernde Reden über Sex und dessen dispositiver Institutionalisierung zementiert wurde. Es überrascht daher kaum, dass sich in einem Sammelband, der sich die Frage nach der historischen Entwicklung und Historizität der Kommunikation von Gesundheit stellt, viele Beiträge finden, die sich mit der jüngeren Geschichte der Sexualaufklärung beschäftigen und diese so zu einem thematischen Schwerpunkt des Bandes machen.

Der Beitrag von [Mara Berlekamp](#) führt in die „Gesundheitsaufklärung über Geschlechtskrankheiten im frühen 20. Jahrhundert“ ein. Der Beitrag analysiert die damaligen Persuasionsstrategien und vergleicht sie mit Botschaftsstrategien aktueller Angebote zur Prävention sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten (STI) in Deutschland.

Der Beitrag von [Helene Paschold geb. Baumbach](#) zur Kampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“ vergleicht die Aufklärungsarbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Deutschen Hygiene-Museums über HIV und AIDS in den 1980er Jahren. Sie stellt dabei zahlreiche Gemeinsamkeiten der Kampagnen, aber auch – aufgrund der unterschiedlichen politischen Kontexte – wesentliche Unterschiede fest (z. B. in Bezug auf die angesprochenen Zielgruppen und die empfohlenen Maßnahmen). In einem zweiten Beitrag fokussiert [Helene Paschold](#) die Evaluationen der BZgA-Kampagnen zur HIV/AIDS-Prävention von 1987 bis 2017. Die Evaluationsstudien wurden mittels qualitativer und quantitativer Inhaltsanalysen untersucht, um zu prüfen, inwieweit sich an ihnen eine Weiterentwicklung der Aufklärungsarbeit und des Verständnisses für Kampagneneffekte nachzeichnen lassen.

[Sophia Schaller](#) betrachtet die „Massenmediale HIV- und STI-Präventionskommunikation der BZgA zwischen 2008 und 2018“ im vereinigten Deutschland. In ihrem Beitrag wird deutlich, dass veränderte Infektionsraten bei den sexuell übertragbaren Krankheiten dazu geführt haben, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ihre ursprüngliche Kampagne GIB AIDS KEINE CHANCE schrittweise zur STI-Kampagne LIEBESLEBEN entwickelt hat.

Der Beitrag von [Vivien Kretschmer](#) beschreibt schließlich die Sexuaufklärung, die ergänzend zu den Kampagnen der BZgA stattfindet. Sie beschreibt wie und wo „Sexuaufklärung an Schulen im 21. Jahrhundert“ durchgeführt wird. Dabei offenbart sich, wie unterschiedlich die Kommunikationsformate und die Bereitschaft zur Aufklärung in verschiedenen europäischen Ländern ist.

Bewegungsförderung und Ernährung

Ebenso wie die Sexuaufklärung ist auch die Kommunikation zur Bewegungsförderung deutlich von normativen Vorstellungen geprägt. Dies zeigt [Annemarie Wiedicke](#) anhand von Beispielen zur Bewegungsförderung aus der Zeit der NS-Diktatur sowie der DDR im intertemporalen Vergleich mit einer zeitgenössischen Gesundheitskampagne der BZgA. Hierbei arbeitet sie Unterschiede hinsichtlich der präventiven Subjektivierung von einem kollektiven hin zu einem individuellen Referenz- und Begründungsrahmen gesundheitskonformen Handelns heraus – mithilfe der Rhetorik des „Präventiven Selbst“ (Lengwiler & Madarász, 2010) plausibilisiert sie Verschiebungen in der rahmenden Bedeutungszuschreibung des Sports, der nicht nur als Bewährungsprobe körperlicher Leistungskraft präsentiert wurde, sondern auch als individuelles Vergnügen.

Unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit im Kontext der Bewegungsförderung werden auch im Beitrag von [Lena Lehrer](#) deutlich. Sie unterscheidet zwischen den Motiven Gesundheit und Schönheit, und zeigt unter anderem auf, wie sich diese – vor allem geschlechtsspezifisch eingesetzten – Frames historisch entwickelten und welche Auswirkungen ihre (mediale) Kommunikation bis heute mit sich bringt.

[Claudia Böttcher und Charmaine Voigt](#) fokussieren in ihrem Artikel weniger eine Anwendung des Analyse-rasters Framing im historischen Längsschnitt, sondern beschäftigen sich im historischen Querschnitt mit Ratgebersendungen im DDR-Fernsehen. Sie zeigen,

wie Ernährungsprävention als ein politisches Instrument verwendet wurde und verdeutlichen, wie die Versorgungssituation der DDR in den 1980er Jahren mit (nicht immer gesundheitsförderlichen) Ernährungsempfehlungen zusammenhing.

Körper- und Menschenbilder

Eine Vielzahl von Beiträgen widmen sich dem Themenkomplex der Körper- bzw. Menschenbilder, die zwar häufig mit der Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung zusammenhängen, aber doch breiter zu verstehen sind. Die Beiträge zeigen nämlich eindrücklich auf, wie medial vermittelte Körperbilder sowie die zugrundeliegende Anthropologien nicht nur die gesundheitsbezogenen Kommunikationsaktivitäten prägten und prägen, sondern sich letztlich damit auch vielfältige und unterschiedliche bis widersprüchliche politische und gesellschaftliche Maßnahmen legitimieren ließen.

Der Beitrag von [Linn Julia Temmann](#) über „Das (Re-)Framing der Verantwortung für Übergewicht“ setzt bereits 1863 beim Letter on Corpulence an, einem Diätatgeber von William Banting (1797–1878). Der Beitrag zeigt in einem weiten historischen Bogen, der bis zur Fernsehshow „The Biggest Loser“ reicht, wie Menschen mit einem hohen Körpergewicht in zahlreichen Medienformaten stigmatisiert wurden. Anhand des auch von ihr in Anschlag gebrachten Framingkonzepts werden sowohl die Ursachen der problematischen Deutungsmuster aufgezeigt als auch Möglichkeiten konstruktiver Umdeutungen.

[Anna-Maria Theres Schüttel](#) wendet sich dem „weiblichen Körperideal und dessen mediale[r] Darstellung im historischen Wandel“ zu. Sie zeigt am Beispiel von zwei Werbeanzeigen aus bundesrepublikanischen Medien aus den Jahren 1967 und 2016 auf, wie sich der schlanke Körper zum Idealbild für Frauen in allen Altersgruppen etablierte. Zugleich bettet sie diese exemplarischen Anzeigen ein in die Geschichte der Personenwage, ein Objekttyp der konstatierten Subjektivierung von Gewichts- und damit Körperkontrolle.

Im Beitrag von [Patrick Rössler](#) über das fünfbandige Werk „Das Leben des Menschen“ steht zwar die Auseinandersetzung mit dem zugrundeliegenden Körperbild nicht im Zentrum der Betrachtung. Dennoch wird im Beitrag (bereits aufgrund der Abbildungen) deutlich, welch „sezierenden Blick in das Individuum“ der Mediziner Fritz Kahn mitsamt seiner Illustrator*innen in seinen Bänden warf. Die Ablaufdiagramme und

visuellen Maschinenanalogien beruhen auf Vorstellungen eines klaren Ursache-Wirkungsprinzips und reproduzierten das populäre Bild eines zentral gesteuerten, reparierbaren, ersetzbaren, allen voran aber eines in seiner Arbeitsteilung hochkomplexen und normativ eindeutigen Körpers. Zirkuläre, emotionale, systemische Prozesse oder die Varianz einer Normalverteilung des Körpers und seiner Funktionen blieben dagegen unsichtbar. In der Zeit der Weimarer Republik repräsentierten Kahns populäre Bilder, entgegen des bestehenden heutigen Geschichtsbildes der Dauerkrise, Vorstellungen eines technisch-modernistischen Optimismus und machten metaphorisch die Biologie und Physiologie menschlicher Körper populär – als Palast des Zusammenspiels industrieförmiger Arbeitsteilung.

Der Beitrag über die „Propaganda für einen ‚gesunden Volkskörper‘ im Nationalsozialismus“ wechselt wieder das Register und blickt auf die Vorstellungen des kollektiven Körpers im Nationalsozialismus. [Eva Theresa Graf und Franziska Schiefeneder](#) beleuchten, in welchen Kommunikationsmaßnahmen der „arische“ Körper gleichsam als Ideal des „neuen Menschen“ und einer aus ihm bestehenden Volksgemeinschaft verwendet wurde. Sie gehen darüber hinaus auch darauf ein, wie diese Vorstellung rhetorisch verwendet wurde, um den Ausschluss und schließlich die Ermordung derjenigen zu rechtfertigen, die als nicht passend in dieses individuelle wie kollektive Körperbild ausgemacht wurden.

Ethische Herausforderungen

Zwei Beiträge widmen sich ethischen Grenzthemen zum Beginn und Ende des Lebens, wenngleich aus zwei unterschiedlichen Blickrichtungen.

Die humanembriologische Dokumentationssammlung Erich Blechschmidts behandelt [Michael Markert](#). Aus einem Forschungsprojekt zur Provenienz der dort gesammelten Schnittpräparate menschlicher Embryonen hervorgehend, schildert Markert die möglichen Sichtweisen auf die Ausstellung der auf Basis dieser Präparate erstellten Modelle im Keller des Anatomischen Instituts der Universität Göttingen. Er sensibilisiert damit nicht nur die Leser*innen für die Ambiguitäten und Deutungsüberschüsse dinghafter Kommunikationsmedien und ihrer Verbindungen im Raum, sondern auch für die besonderen Bedarfe einer historischen Kontextualisierung und ethischen Kommentierung eben dieser.

In ähnlicher Weise zeigt auch der Beitrag von [Solveig Lena Hansen](#), dass Plakate zur Organspende im zeitlichen Verlauf deutliche Bezüge zu den jeweiligen Moralvorstellungen besitzen und die Kommunikationsstrategien nicht ohne diesen gesellschaftlichen Kontext (und damit verbundene Zielstellungen der Kampagnen) verstanden werden können.

3.2 Zeiten und Räume

Die Beiträge des Sammelbandes decken durch punktuelle Tiefenbohrung und intertemporale Vergleiche Gesundheitskommunikation in der Neuzeit mit deutlichem Schwerpunkt auf der Zeitgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts ab – ohne auch nur den leisesten Anspruch auf Repräsentativität zu erheben. Das wäre alleine schon aufgrund des starken Fokus auf Deutschland mehr als vermessen. Ganz im Gegenteil geht es um (bekannte) Beispiele, die Potenziale historischen Materials in Verbindung mit kommunikationswissenschaftlichen Methoden und Ordnungskonventionen, und bisweilen auch vice versa, luzide beleuchten und die Chancen wie Grenzen eines solchen interdisziplinären Grenzübertretts erkennen lassen. Aus historischer Sicht heraus macht es daher an dieser Stelle wenig Sinn, eine genauere Periodisierung, sprich abgrenzender Zuordnung, der Beiträge vorzunehmen. Geweckt werden soll aber die Neugierde der Leser*innen zu entdecken, dass die Medialität von Gesundheitskommunikation bereits in der Vergangenheit vielschichtig war und dass Gesundheitskommunikation als Phänomen eine lange Geschichte hat, die weit über die Erfindung des Begriffs Kommunikation und dessen Bedeutungskonkretisierung im Zuge einer wissenschaftlichen Disziplinierung hinausragt. Ebenfalls soll die Sensibilität dafür erhöht werden, dass auch historisches Kommunikationsmaterial Adressaten, Anspracheweisen, Botschaftsstrategien, Kanäle und Rahmungen besaßen.

3.3 Kommunikationsformate

Ein historischer Blick trifft auf mehrere Prozesse des Medienwandels – auf Medien, die heute vergessen sind, aber zu bestimmten Momenten in der Geschichte Massenmedien waren; manche, die wiederum eine Renaissance erleben; und wiederum einige, die genuin jüngeren Datums sind. Ebenso muss ein historiografisches Blicken auf Vergangenes im Hinterkopf behalten werden. Historiografisches Erkennen beruht weniger auf Ähnlichkeit als auf Fremdheit. Historische Gegenstände sind uns zuerst fremd, sie sind aufgrund ihrer vergangenen Kontexte anders als die Gegenwart –

selbst wenn sie uns bekannt erscheinen sollten. Histiografie bedeutet daher, Fremdes verständlich zu machen und zu erklären, ohne seine Fremdheit zu verzerren. Der Begriff „Kampagne“ impliziert beispielsweise ein Konzept des zweckrationalen, strategischen Einsatzes, das selbst nicht überzeitlich konstant ist. Die Geschichte der Gesundheitskommunikation zu betrachten muss daher dazu führen, ein breites Repertoire an Formaten mit Sensibilität für historischen Wandel, oder genauer, historischer Andersartigkeit, einzuschließen, genauso wie historisches Material mit aktuellen kommunikationswissenschaftlichen Fragestellungen und Methoden anzugehen (die andere Perspektive). Diese vielfältigen Formate lassen sich verschiedenen Kategorien zuordnen.

Formatemix (in Kommunikationskampagnen)

Eine Reihe von Beiträgen beschäftigen sich mit Kommunikationskampagnen, die sich wiederum einem Mix an Kommunikationsformaten bedienen, um ihre Ziele zu erreichen (siehe hierzu die Beiträge von *Baumbach* sowie *Schaller* in diesem Band).

Hervorzuheben als besonderes Medienformat der Kampagnen ist beispielsweise eine Diaserie (eine „Lichtbilderreihe“ auf Glasplattenpositive), ein beliebtes, weil mobiles, leicht verwendbares und einfach zu kommerzialisierendes visuelles Format bereits im frühen 20. Jahrhundert. Im Beitrag von *Helene Baumbach* zur Kampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“ kam diese in der Aufklärungsarbeit des Deutschen Hygienemuseum über HIV und AIDS noch in den 1980er Jahren zum Einsatz.

Außerdem wird die Personenwaage als Selbstvermessungsinstrument im Beitrag von *Anna-Maria Theres Schüttel* über „Das weibliche Körperideal und dessen mediale Darstellung im historischen Wandel“ vorgestellt. Sie zeigt an diesem Objekttypus, wie die Praktik des Selbstabgleichens mit der Norm (die heute alltäglich mit Apps geschehen kann) wechselwirkend mit der Verbreitung des vorherrschenden Körperideals zusammenhing.

Printmedien

In unterschiedlichen Beiträgen ist das Printmedium Buch thematisiert. Im Beitrag von *Sascha Salatowsky* finden sich Informationen zur Ratgeberliteratur in der Frühen Neuzeit und zur visuellen Darstellung durch aufwendig gestaltete Kupferstiche – beides Indizien für die gehobene soziale Lage der anvisierten Rezipienten.

Der Beitrag von *Patrick Rössler* geht intensiv auf die Strategien der visuellen Gesundheitskommunikation in Fritz Kahns fünfbandigen Werk „Das Leben der Menschen“ ein. Dabei stehen nicht nur die Vermarktungsstrategien zur Verbreitung von Büchern, sondern vor allem die visuelle Wissenschaftspopularisierung in über 1.000 Abbildungen im Zentrum der Betrachtung – ebenfalls ein Hinweis auf die intrinsische Multimedialität des Buchs.

Schulbücher finden besondere Erwähnung im Beitrag von *Eva Theresa Graf* und *Franziska Schiefeneder* zur „Propaganda für einen ‚gesunden Volkskörper‘ im Nationalsozialismus“. Gerade dieses Medium eignet sich aufgrund seiner didaktischen Spezifität hervorragend, um (den historischen Wandel oder die historische Kontextualität von) Adressierungsformen und Aufbereitungsstrategien von Gesundheitswissen im weiteren Sinne zu analysieren. Dort wurden Lesetexte, Rechenaufgaben und Lerninhalte im Biologieunterricht verwendet, um Schüler*innen rassenhygienische Vorstellungen zu vermitteln.

Rundfunk- und Fernsehformate

Im Beitrag von *Claudia Böttcher* und *Charmaine Voigt* über Ratgebersendungen im DDR-Fernsehen wird deutlich, wie gewinnbringend die Analyse visueller Unterhaltungsformate sein kann, die häufig aufgrund von forschungsökonomischen Überlegungen oder übersehener Relevanz unbeachtet bleiben. Ihre Analyse zeigt, dass in Fernsehformaten unterschiedliche Rationalitäten prägnant und zeithistorisch spezifisch in einem Medium der Wissenspopularisierung zusammenkamen und visuellen Ausdruck fanden (Bonah & Laukötter, 2020).

Auch der Beitrag von *Linn Julia Temmann* geht vor allem auf Ratgeberformate und Unterhaltungssendungen ein, um zu zeigen, wie diese, in ihrer Medienwirkung oft unterschätzten Kommunikationsformate zur Kultivierung diskriminierender Einstellungen beitragen konnten – auch, wenn sie vielleicht mit den besten gesundheitsförderlichen Intentionen entwickelt worden waren.

Der Beitrag von [Jana Sandrock](#) macht quasi als Prämisse des Artikels von Linn Julia Temmann deutlich, wie sehr Unterhaltung auch in „Hörmedien“ mit humorvollen Podcasts und Radiospots einen Beitrag zur Gesundheitsaufklärung leisten kann. Unterhaltung, so der Befund dieser drei Artikel zusammengenommen, stellt demnach eine bisweilen zu

Unrecht unterschätzte Strategie der Gesundheitskommunikation dar, unabhängig davon, ob ihre Effekte erwünscht waren.

Soziale Medien

Ein Blick auf die sozialen Medien findet sich vor allem in dem Beitrag „#Covid, Sanitary Report und Pesttraktate“ von *Anna Wagner und Doreen Reifegerste*. Hier zeigt sich, dass soziale Medien nun (im Vergleich zu früheren Pandemien) eine schnellere und breitere Verbreitung von Mis- und Desinformationen ermöglichen, aber eben auch konstruktiv für die Pandemieprävention verwendet werden können.

Interpersonale Präsenzformate

Der Beitrag von *Vivien Kretschmer* zur „Sexualaufklärung an Schulen im 21. Jahrhundert“ macht deutlich, dass in diesem Setting vor allem interaktive Lernformate zielführend sind. Deutlich wird aber auch, dass die Kommunikatoren besondere Kompetenzen wie Empathiefähigkeit für die Vermittlung der sensiblen Themen mitbringen sollten.

Analoge und digitale Ausstellungsformate

Ausstellungen sind per se hybride und polyvalente Ensembles oder Grenzobjekte im Kontinuum der Wissenspopularisierung (Star & Griesemer, 1989); (Nikolow, 2014). So werden im Beitrag von *Michael Markert* die histologischen Schnittserien sowie Kunststoffmodelle menschlicher Embryonen thematisiert, die im zweiten Fall Eingang fanden in eine Ausstellung, die keine Ausstellung sein soll. Die Schnittserien, die Grundlage der Modelle hingegen, werden erst gar nicht öffentlich gemacht, ihre Existenz und Geschichte damit aus der Sichtbarkeit gedrängt. In der Frage, wie diese Sichtbarkeiten und Unsichtbarkeiten heute gleichermaßen thematisiert werden können, ohne den Anstoß der Debatte zu vernichten – die aufgestellten Modelle – wird deutlich, wie ein sehr anschauliches Medium Anstoß für eine intensive Auseinandersetzung sein kann.

Ebenso blickt auch *Johanna Lessing* auf die Chancen und Risiken, die mit Objekten wie Maskentonnen oder Nachrichtenschreddern in Ausstellungen verbunden sind, mit denen die Ungewissheit des Pandemieverlaufs – die rasche Entwertung und Umdeutung vermeintlicher Gewissheiten oder schiere Unklarheiten – vermittelt werden sollten. In ihrem Beitrag berichtet sie darüber hinaus von Erfahrungen mit den Objektge-

schichten der digitalen Galerie „[Covid-19 & History](#)“, welche aber auch deutlich machen, welche Chancen digitale Formate für die Reichweite von Museen und Sammlungen bieten, wenn die Geschichten, für die die Objekte in der Sammlung zeugen können, digital gestellt werden.

Das zeigen auch die online bereitgestellten Sammlungen des Deutschen Hygiene-Museums, die im Beitrag von *Susanne Roeßiger* vorgestellt werden.

3.4 Institutionen mit Sammlungen

Den Blick weniger auf konkrete Themen und Themenfelder als auf die Infrastrukturen in der Geschichte der Gesundheitskommunikation werfen die Beiträge von *Susanne Roeßiger* und *Uta Schwarz*. Während *Susanne Roeßiger* eine bedeutsame Mediensammlung historischer Gesundheitskommunikation in Deutschland, nämlich die des Deutschen Hygiene-Museums Dresden vorstellt, präsentiert *Uta Schwarz* die zentrale staatliche Institution der Gesundheitsaufklärung – die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Die beiden Artikel geben einen kurzen Einblick in die historischen Bestände zweier Akteure auf dem Feld der Gesundheitskommunikation, die für historiografisches Arbeiten von hoher Bedeutung sind. Historiker*innen können im Regelfall (Interviews im Rahmen von Oral-History ausgenommen) nur bearbeiten, was überliefert ist und sie durch präzise analytische Fragestellungen und bisweilen auch kreativem Um-die-Ecke-Denken zum Sprechen bringen. Und so schade es ist, und so intensiv man das Vorgefundene kritisch auf seine Aussagefähigkeit prüft und kontextualisiert, nicht alle Fragestellungen sind mit den zugänglichen Quellen zu bearbeiten. Quellen formulieren quasi einen Vorbehalt, sie haben ein Vetorecht für alle Fragestellungen, Thesen und Begründungen. Je weiter man übrigens in die Vergangenheit zurückgeht, so eine der Faustregeln, die durch andere Faktoren auch durchaus aufgehoben werden kann, desto schwieriger wird die Überlieferungslage verwendbarer Quellen. Nicht jede Zeit ist so leicht zu rekonstruieren wie die massenmedial dauerberichterstattete zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts. Historiografisch arbeitende Forscher*innen sind insofern immer auch ein Stück weit Forschungsreisende – in die Vergangenheit, aber auch konkret in Bibliotheken, Sammlungen, Forschungsinstitute und Archive. Einen allgemeinen Überblick über die entsprechende (medizinhistorische) Infrastruktur kann man beispielsweise auf den Seiten des [Fachverbands Medizingeschichte](#) einholen.

In unserem Band werden das Deutsche Hygiene-Museum Dresden und die Bundeszentrale in ihrer Unterschiedlichkeit kurz vorgestellt. Diese besteht vorrangig darin, dass die bundesunmittelbare Behörde keinen Sammlungs- und historischen Forschungsauftrag besitzt. Der Artikel von *Johanna Lessing* gibt ebenfalls einen solchen Einblick – wenn auch indirekt, steht das von ihr exemplarisch präsentierte [Deutsche Medizinhistorische Museum Ingolstadt](#) für die weiteren [Medizinhistorischen Museen in Berlin](#) (Charité) und [Hamburg](#) (UKE). Erwähnung finden soll aber auch die Forschungsbibliothek Gotha (siehe hierzu auch den Beitrag von *Salatowsky* in diesem Band), die ebenfalls Einblicke in die vergangene Gesundheitskommunikation bietet. Für den internationalen Kontext stellt die [Wellcome Collection](#) einen unschätzbaren Fundus bereit.

4 Ergänzende digitale Materialien Learning Snacks

Für das Rahmenprogramm der Jahrestagung der Fachgruppe Gesundheitskommunikation 2020 „Nicht-intendierte Effekte in der Gesundheitskommunikation“ wurden sogenannte [Learning Snacks](#) zu den Themen Nationalsozialismus, Sexuaufklärung, Pandemie, Ernährung, Körperbilder erstellt, die auf einigen Beiträgen des Bandes beruhen. Ziel war es, den Teilnehmenden die Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitskommunikation aus einer historischen Perspektive spielerisch ins Bewusstsein zu rufen. Learning Snacks entsprechen einem klassischen Wissensquiz mit der Aufforderung aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten die richtige auszuwählen. Sie ermöglichen, Bilder und Links einzustellen, sofortiges Feedback zu geben und den eigenen „Score“ mit dem Durchschnitt der erreichten Punktstände aller „Spielenden“ abzugleichen. Sie sind kostenfrei zugänglich und bauen auf einer etablierten E-Learning-Plattform auf. Insbesondere mit den Beiträgen zur gesundheitsbezogenen Propaganda im Nationalsozialismus von *Eva Theresa Graf* und *Franziska Schiefeneder* und *Annemarie Wiedicke* mit der Zielstellung „Gesunderhaltung des Volkskörpers“ lässt sich eindrücklich zeigen, dass Gesundheitskommunikation eine kulturell variable und damit auch (gesellschafts-)politische Tätigkeit mit historischer Tiefe ist. Dass in der Zeit des Nationalsozialismus die Zustimmung zur Euthanasie ein intenderter Effekt der Gesundheitskommunikation war, zeigt die Risiken von Gesundheitskommunikation auf, die auch über die Propagierung der damals vorherrschenden körperlichen und kollektiven Normativität hinaus negative Wirkungen (wie Stigmatisierung und Schuldgefühle) hatte.

Darüber hinaus liefern auch die Sexuaufklärung zu Beginn des 20. Jahrhunderts oder die Geschlechterstereotype in der Gesundheitsaufklärung der Nachkriegszeit wichtige Beispiele für nicht-intendierte Effekte von Gesundheitskampagnen.

Die Learning Snacks ermöglichen einen interaktiven und unterhaltsamen Einstieg in verschiedene Themenbereiche des Bandes, ohne vertiefte Kenntnisse der Teilnehmenden vorauszusetzen. Nicht unerwähnt soll aber hier der wissenschaftstheoretische Einwand bleiben, dass Learning-Snacks in der Form des Wissensquiz ein Zerrbild wissenschaftlicher Wissenskonstruktion autoritativ vorgeben, in dem sich ein geordnetes Wissen apodiktisch präsentiert, anstatt die Konstruiertheit jeglichen Wissens aufzuzeigen (damit ist nicht Relativität, sondern Kulturalität, Materialität und Sozialität wissenschaftlicher Wissensordnungen gemeint) (Rheinberger, 1997).

5 Ergebnisse und Ausblick

Eine abschließende Zusammenfassung der Erkenntnisse und Befunde des Sammelbandes ist hier nicht zu erwarten, auch weil wir viele weitere Beiträge hätten einschließen können. Die nunmehr vorliegenden sind ein Einblick und eine Einladung in bzw. zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit; sie sind zu verstehen als Anstoß dazu, obwohl wir wissen und obwohl die Beiträge auch zeigen, dass kommunikationswissenschaftliche und geschichtswissenschaftliche Frageweisen, Methoden, Wissensordnungen und technische Objekte andere sind. Historiker*innen neigen dazu, zeitlich horizontal, kontextualisierend, theoretisch und methodisch synkretistisch zu arbeiten. Kommunikationswissenschaftler*innen tendieren eher zur (bestenfalls theoriefundierten) gegenwartsbezogenen empirischen Forschung (immer dem neusten Medientrend hinterherhechelnd). Ist dies auch unterschiedlich, der Gegenstand, das epistemische Objekt, muss es nicht sein. Und ist auch hier das Erkenntnisinteresse von Historiker*innen bei weitem schwächer in die Zukunft gerichtet, so können sie mit ihrer Perspektive vielleicht doch auch verständlich machen, dass Menschen früher schon über Gesundheit und Krankheit redeten, die Geschichte also Erkenntnisse, Abgrenzungsfolien oder Alternativen für die Gegenwart bereithält – uns an Anderes erinnert und uns verständlich macht.

6 Danksagungen

Bedanken möchten wir uns nicht nur bei den Autor*innen für ihren Einsatz und ihr Engagement, sondern auch für die Geduld und Nachsicht, die mit uns bisweilen nötig war. Ein Dank geht auch an die Personen, ohne die der Sammelband in dieser Form nicht möglich gewesen wäre: Unterstützt wurde die Erstellung der Beiträge sowie der ergänzenden Materialien wesentlich durch die Studierenden im Master Gesundheitskommunikation der Universität Erfurt und des Bachelorstudiengangs Health Communication der Universität Bielefeld. Besonders bedanken möchten wir uns bei Mara Berlekamp, Kim Wendt, Lisa Ludorf und Robin Wolf.

Rengeling, D. (2017). *Vom geduldigen Ausharren zur all- umfassenden Prävention: Grippe-Pandemien im Spiegel von Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit*. Nomos Verlag.

Rheinberger, H.-J. (1997). Von der Zelle zum Gen. Repräsentationen in der Molekularbiologie. In H.-J. Rheinberger, B. Wahrig-Schmidt, & M. Hagner (Eds.), *Räume des Wissens. Repräsentation, Codierung, Spur* (pp. 265–279). Akademie Verlag.

Star, S. L., & Griesemer, J. R. (1989). Institutional Ecology, ‚Translations‘ and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley’s Museum of Vertebrate Zoology, 1907–1939. *Social Studies of Science*, 19, 387–420.

Quellen und Literatur

Bonah, C., & Laukötter, A. (2020). *Body, Capital and Screens: Visual Media and the Healthy Self in the 20th Century*. Amsterdam University Press. <https://doi.org/10.1515/9789048540310>

Canguilhem, G. (1974). *Das Normale und das Pathologische*. Hanser.

Foucault, M. (1983). *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit I*. Suhrkamp.

Koselleck, R. (1979). *Vergangene Zukunft. Zur Semantik geschichtlicher Zeiten*. Suhrkamp.

Lengwiler, M., & Madarász, J. (Eds.). (2010). *Das präventive Selbst: Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*. transcript Verlag.

Nikolow, S. (2014). Wissenschaft, Öffentlichkeit und die Rolle der Medien: Problematik, Konzepte und Forschungsfragen. In S. Brandt, C.-I. Klein, N. Kopp, S. Paletschek, L. Prüll, & O. Schütze (Eds.), *Wissenschaftsgeschichte. Universität, Wissenschaft und Öffentlichkeit in Westdeutschland (1945 bis ca. 1970)* (S. 39–57). Steiner.

Reinesius, T. (1625). *Consilium pestis prophylacticum. Rath oder Bericht was bei Pestseuche zu thun und zu lassen sey*.

Das Gesundheitswesen im deutschsprachigen Raum der Frühen Neuzeit: eine Einführung

Sascha Salatowsky

Universität Erfurt

Zusammenfassung

Im Beitrag beschreibe ich ausgewählte Aspekte des Gesundheitswesens im deutschsprachigen Raum der Frühen Neuzeit. Dabei spielen obrigkeitliche Verordnungen zur Regelung des Gesundheitswesens ebenso eine wichtige Rolle wie die verschiedenen Akteure in einer überwiegend ländlich und ständisch geprägten Gesellschaft. Auf die stationären Gesundheitseinrichtungen der Hospitäler, Apotheken und Heilbäder aufbauend entwickelte sich ein ausdifferenziertes Gesundheitssystem, das unter hygienisch und medizinisch schwierigen Bedingungen ein hohes Vertrauen der Bevölkerung genoss. Ein Großteil der Behandlungen wurde von praktisch ausgebildeten Barbieren, Badern, Wundärzten, „Kräuterhexen“, Hebammen und Chirurgen vor Ort erbracht. Die gelehrten Mediziner waren dagegen fernab an den wenigen Universitäten in der Lehre für den akademischen Nachwuchs tätig oder praktizierten in den größeren Städten. Sie repräsentierten das Gelehrtenwissen und veröffentlichten in hoher Zahl ihre überwiegend in lateinischer Sprache verfassten Schriften. Eine Ausnahme hiervon bildeten die sogenannten Pesttraktate, die den Bewohnern in deutscher Sprache Handlungsanleitungen an die Hand gaben, wie man sich vor den Seuchen schützen könne.

Keywords: Gesundheitswesen, Frühe Neuzeit, Schulmedizin, Heilkunde, ärztliche Praxis, Obrigkeit

Summary

In this article, I will describe selected aspects of health care in the German-speaking world of the early modern period. In this context, governmental decrees regulating health care play a prominent role, as do the various actors in a predominantly rural and estates-based society. Building on the inpatient health care facilities of hospitals, pharmacies and spas, a differentiated health care system developed that enjoyed a high level of trust among the population under hygienically and medically difficult conditions. A large part of the medical care was provided by practically trained barbers, bathers, wound physicians, “herb witches,” midwives and surgeons on site. The learned physicians, on the other hand, were far away at the few universities teaching the next generation of academics or practicing in the larger cities. They represented the scholarly knowledge and published their writings in large numbers, mostly in Latin. An exception to this were the so-called plague treatises, which provided the inhabitants with instructions in German on how to protect themselves from the plagues.

Keywords: Public health, early modern period, orthodox medicine, lay medicine, medical practice, authority

1 Einleitung

Die gegenwärtige Covid-19-Pandemie ist ein gutes Beispiel dafür, wie in außergewöhnlichen Zeiten das Gesundheitssystem auf eine harte Probe gestellt wird (siehe den Beitrag von [Reifegerste/Wagner](#) in diesem Band). Weltweit gibt es viele Tote und Kranke zu beklagen. Die Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen arbeiten am Limit. Das öffentliche und private Leben wird in einer noch vor Kurzem nicht vorstellbaren Weise immer wieder zum Stillstand gebracht (Lockdown). Auf allen Ebenen – in Medizin, Wissenschaft, Politik, Verwaltung, Polizei, Medien und Öffentlichkeit – werden Maßnahmen diskutiert, von der Regierung verkündet, von der Verwaltung und den Bürgerinnen und Bürgern umgesetzt, von Gerichten geprüft etc. Trotz eines umfassenden bio- und molekular-medizinischen Wissens und trotz aller technischen und kommunikativen Möglichkeiten trifft uns weltweit eine Pandemie, die wir offensichtlich nur schwer beherrschen können.

Im Wissen um diese Vulnerabilität unseres eigenen Gesundheitssystems soll hier ein Blick auf die Frühe Neuzeit geworfen werden, die unter viel schwierigeren medizinischen, wirtschaftlichen und politisch-gesellschaftlichen Bedingungen ähnliche oder weit gravierendere Pandemien erlitten hat. Davon zeugen zeitgenössische Berichte über die Pest, die zum Teil verheerende Folgen für die Bevölkerung hatte. Sterblichkeitsraten von über 50 Prozent waren keine Seltenheit (Bergdolt, 2017, 2019). Zu dieser Quote trug vor allem bei, dass ein Wissen um die Übertragungswege dieser Infektionskrankheit nicht vorhanden war. Daher waren die Möglichkeiten einer wirksamen medizinischen Behandlung sehr beschränkt. Die Heilung geschah mehr oder weniger zufällig. Wer überlebte, wusste nicht, warum er überlebt hatte. Die weltliche Obrigkeit – Könige, Fürsten, Herzöge oder Stadträte – reagierten mit Verboten und teilweise drastischen Maßnahmen, die kaum Rücksicht auf die Rechte des Einzelnen nahmen. Häuser wurden zugemauert, um die Erkrankten zu separieren, Dörfer von Soldaten abgeriegelt, um die weitere Ausbreitung der Krankheit zu unterbinden.

Doch wie heute wäre es einseitig, die damalige Heilkunde und ärztliche Praxis allein an diesem Ausnahmezustand zu messen. Vielmehr ist ein Blick in die Breite nötig, um einen angemesseneren Einblick in die Situation der Zeit zu gewinnen. Die Medizin entsprach den zeitgenössischen Vorstellungen von

Wissenschaft. Sie war eine an der Universität beheimatete obere Fakultät. Ihre Heilmethoden galten als in sich schlüssig, so dass sie das in sie gesetzte Vertrauen durch viele günstige Heilungsverläufe immer wieder rechtfertigen konnte. Sie bot Zuflucht und Stütze für Erkrankte. Die Mediziner verfügten über ein hohes Ansehen in der Gesellschaft, galten als „Götter in Weiß“. Sie übernahmen nicht etwa blind das überlieferte Wissen, sondern prüften und experimentierten selbst, entdeckten den menschlichen Körper neu und erweiterten damit das Wissen in der Anatomie (Carlino, 1999; Cunningham, 1997), verbesserten die Diagnostik durch das systematische Auswerten von Fallbeschreibungen (Stolberg, 2007, 2021) und das Anlegen von Patientenakten (Duden, 1987). Überhaupt rückte die ärztliche Praxis in den Mittelpunkt des medizinischen Interesses (Schlegelmilch, 2018). Nur gelegentlich kam es zur Abkehr von dieser Art von Schulmedizin, so bei Paracelsus, der ein ganz neues Verständnis von Gesundheit und Krankheit entwickelte (Bondio, 2011; Schipperges, 1991). Nicht zu unterschätzen sind auch die Entwicklungen im administrativen Bereich. Die Obrigkeit erkannte, dass die Gesundheitsfürsorge eine ihrer zentralen gesellschaftlichen Aufgaben sei, die einer umfassenden Regelung und Betreuung bedürfe. Damit ist knapp umrissen, was nachfolgend in den sieben Kapiteln vorgestellt werden soll.

2 Regelungen der Obrigkeit im Gesundheitsbereich

Die Kommunikation der Obrigkeit mit ihrer Bevölkerung war in der Frühen Neuzeit kein leichtes Unterfangen (Wilke, 2000). Ihr fehlten nachhaltige Strukturen vor Ort und in der Breite, mit denen sie die gesamte Bevölkerung hätte erreichen können. Tägliche Zeitungen waren noch weitgehend unbekannt. Flugblätter, Einblattdrucke und Aushänge hatten nur eine geringe Breitenwirkung. Zugleich stand eine hohe Analphabetenrate einer Lektüre derartiger Medien im Weg. Und selbst wenn man lesen konnte, verstand man die mit lateinischen Begriffen durchsetzte und aus langen Sätzen gebildete Verwaltungssprache nicht ohne Weiteres. Die Vor-Ort-Kommunikation über die Ärzte, Apotheker, Laienmediziner oder offiziellen Vertreter war daher oftmals der einzige erfolgversprechende Weg für die Obrigkeit, um Bekanntmachungen an die Bevölkerung zu bringen. Zugleich erkannte sie, dass in der Heilkunde und medizinischen Praxis Regelungsbedarf bestand, etwa um die Qualität der Behandlung sicherzustellen, Zuständigkeiten festzulegen, Studiengänge und Ausbildungen zu regeln und Preise für

medizinische Behandlungen oder Medikamente festzusetzen.

Als ein Beispiel für derartige Regelungen, wie sie in vielen Regionen Europas getroffen und veröffentlicht worden sind, kann die "Ordnung, wie es in den [...] Landen mit den Apothecken zu halten" dienen. Sie wurde 1607 von den beiden Herzögen Johann Casimir von Sachsen-Coburg (1564–1633) und Johann Ernst von Sachsen-Eisenach (1566–1638) für ihre Thüringer Herrschaftsgebiete erlassen. Typisch für die Frühe Neuzeit, das als ein konfessionelles Zeitalter tief von der christlichen Religion und ihrer Frömmigkeit durchdrungen war, beginnt die Verordnung mit dem Hinweis, dass Gott die Medizin gemäß der alttestamentlichen Bibelstelle Sirach 38,1 erschaffen und zum legitimen Gebrauch bestimmt habe. Die Regelungen betrafen vor allem die Aufgaben des Apothekers (wie die Bereitstellung der Ausgangsstoffe und die Herstellung von Arzneien), die Höhe seiner Vergütungen, seine Einbindung in die öffentliche Gesundheitspflege und seine moralischen Verpflichtungen. So wurde er sowohl an die Schweigepflicht erinnert als auch daran, den Armen zu helfen. Selbst eine kostenfreie Abgabe von Arzneien wurde von der Obrigkeit im Zweifel erwartet. Auch hatte der Apotheker die Patienten und Patientinnen über die Wirkungen von Arzneien aufzuklären.

Ein zweites Beispiel bietet das 1653 und in überarbeiteter Fassung 1657 von Herzog Ernst I. von Sachsen-Gotha (1601–1675) erlassene Patent und Mandat für die im Fürstentum tätigen „Land-Medicos, Wund-Ärzte/ Balbirer/ und andere der Wund-Artzney erfahrene“ einschließlich einer Tax-Ordnung der Gebühren. 1694 erneuerte sein Enkel Herzog Friedrich II. (1676–1732) diese Verordnung unter dem barocken Titel: „Fürstliche Sächsische Verordnung/ nach welcher in dem Fürstenthum Gotha die Medici, ingleichen die Apotheker und deren Provisores, Gesellen und Lehrlingen; nichts weniger die Laboranten/ Oculisten/ Stein- und Bruchschneider/ barbierer/ Feldscherer/ Bader und Hebammen; wie auch Würtzkrahmer und andere darinn benannte Personen/ sich zu achten haben. Worbey zugleich die Tax-Ordnung vor die Medicos, Apotheker und Barbierer sich befinden.“ Der Herzog begründete diese Überarbeitung und Aktualisierung damit, dass „hin und wieder nicht nur Storger [sc. Landstreicher]/ Quacksalber und Landfahrer sich eingefunden/ welche durch Verkaufung vieler fälschlich gerühmten Artzney-Mittel nicht geringes Unheil angerichtet/ sondern auch Hirten/ Schäfer und andere Personen/ zu merklichen Schaden

und Nachtheil der Unterthanen/ innerlicher Curen sich angemasset und unterfangen“ (Fürstliche Sächsische Verordnung, 1697, S. A2v) haben. Die Verordnung lässt erkennen, dass die Laienmedizin von der Bevölkerung immer noch dankbar nachgefragt wurde. Sie war in der Regel überhaupt die einzige Möglichkeit einer heilkundlichen Behandlung, denn den Besuch eines universitär ausgebildeten Arztes konnten sich viele Menschen – trotz entsprechender Vorgaben hinsichtlich der Vergütung von Seiten der Obrigkeit – nicht leisten. Die Obrigkeit wollte daher sicherstellen, dass die nur schwer zu regulierende Laienmedizin, die ja wesentlich auf Hausmitteln und überlieferten Erfahrungen beruhte, nicht von Scharlatanen und Quacksalbern unterwandert würde, die ihre Patient*innen falsch behandeln könnten.

Die Verordnung regelte detailliert die Aufgaben der Ärzte, Apotheker und ihrer Lehrlinge, der Wundärzte, Barbieri, Bader, Hebammen, Augenärzte, Chirurgen, Zahnbrecher, „Kräuterweiber“ und Würzkrämer. Zu den vorrangigsten Pflichten der bestellten Ärzte gehörten die Behandlung aller Kranken, „wes Standes und Würden sie auch seyn“ (Fürstliche Sächsische Verordnung, 1697, S. A3r), sowie die Aufsicht über die Apotheken. Die Mediziner sollten ferner für eine angemessene Behandlung von Verwundeten oder Schwangeren durch Chirurgen und Hebammen sorgen und bei notwendigen Leichensektionen ihr medizinisches Urteil schriftlich fixieren. Nicht ohne Grund erfolgte schließlich der Hinweis, dass die Ärzte bei grassierenden Seuchen nicht ohne Genehmigung außer Landes reisen durften. Die Verordnung erinnerte die Apotheker an ihre Verschwiegenheitspflicht. Selbst die Gesellen und Lehrlinge sollten über bestimmte Krankheiten nicht informiert werden. Den Wundärzten, Barbieren, Badern, Steinschneidern und Zahnbrechern wurde zur Auflage gemacht, sich von den bestellten Ärzten hinsichtlich ihrer Kenntnisse prüfen zu lassen. Ein Zeugnis sollte die Prüfung dokumentieren. Nicht geduldet wurden dagegen Marktschreier und Kräuterweiber wegen ihrer fehlenden Ausbildung (Fürstliche Sächsische Verordnung, 1697, S. C1v) und der Gefahr einer falschen oder nutzlosen Behandlung. Interessant ist ferner der Hinweis, dass alle am Gesundheitswesen Beteiligte sich während der Arbeitszeit des Alkoholgenusses enthalten sollten, „damit sie ohne zitternde Glieder die Patienten bedienen können“ (Fürstliche Sächsische Verordnung, 1697, S. B3r). Hier wurde an das hohe, seit der Antike überlieferte ärztliche Berufsethos appelliert, das eine Minderleistung wegen eigener charakterlicher Schwächen für inakzeptabel hielt.

Hierzu passt auch, dass die Verordnung das Verfahren bei ärztlichen Behandlungsfehlern regelte, „so aus Frevel und Muthwillen geschehen/ und mannichmahl vertuschet werden wollen“ (Fürstliche Sächsische Verordnung, 1697, S. B3r). Hier sollte rechtzeitig die Obrigkeit eingeschaltet werden. Den Barbieren und Badern wurde die Behandlung von (Brand-)Wunden, Geschwüren, Verrenkungen der Gelenke, Arm- und Beinbrüchen, Krebs-Scharten etc. genehmigt. Untersagt wurde ihnen dagegen die Anwendung von inneren Kuren (Gurgel-Wasser etc.) sowie die Verabreichung von Arzneimitteln, vor allem von gefährlichen und schädlichen Reinigungsmitteln wie Antomonium (Brechmittel) und Quecksilber oder von Opiaten. Der Aderlass sollte nur dann durchgeführt werden, wenn die Patienten blutreich und bei Kräften waren. Bei hitzigen Fiebern, Masern oder Pocken sollte er ganz unterbleiben. Auch die Hebammen hatten sich gemäß dieser Verordnung einer ärztlichen Prüfung zu unterziehen. Bei schwierigen Geburten war ein Arzt zu Hilfe zu ziehen, Wunder-Geburten waren ebenso anzuzeigen wie Schwangerschaftsabbrüche von „verdächtigen Weibern oder Huren“ (Fürstliche Sächsische Verordnungen, 1697, S. B4v).

Die Vergütungsliste für die Ärzte und Bader gibt einen interessanten Einblick in die Art der Tätigkeiten. So erhielt der Arzt für den ersten Krankenbesuch bei einem gewöhnlichen Fall sechs Groschen, bei chronischen Krankheiten zwölf Groschen. Bei ansteckenden Krankheiten unterschied die Verordnung zwischen der Behandlung von vermögenden Personen (zwölf Groschen) und allen anderen (acht Groschen). Die Öffnung eines Leichnams wurde mit zwei Talern vergütet. Ein Wundarzt erhielt für die Behandlung eines Beinbruchs oberhalb des Knies sechs bis acht Taler, bei Verrenkungen des Knies drei Taler. Die Behandlung von Pestilenz-Beulen erbrachte zwei bis fünf Taler, die Sektion eines Leichnams einen Taler. Die Verordnung endete mit den Eides-Formeln für die Apotheker, Chirurgen und Hebammen (Fürstliche Sächsische Verordnung, 1697, S. C2v–D2r). Mit diesen Verordnungen wurden die Grundlagen gelegt für immer ausdifferenziertere Regelungen des Gesundheitswesens, die die Qualität der medizinischen Behandlungen sicherstellen sollten.

3 Stationäre Hospitäler, Apotheken und Heilbäder

Seit dem frühen Mittelalter waren vor allem Klöster, aber auch Stifte Träger von Hospitälern, die als soziale und medizinische Einrichtungen Arme, Obdachlose, Kranke, Alte, Witwen, Waisen, Schwangere, Siechen,

körperlich wie geistig Behinderte, Pilger und Fremde betreuten. Man unterschied hierbei zwischen Versorgungsstationen für vornehme Reisende (*Domus hospitalis*), solche für Arme, Kranke und Pilger (*Hospitale pauperum*) sowie dem eigenen Klosterkrankenhaus für die Brüder und Schwestern (*Infirmaria*). Daneben gab es auch Ritter- und Spitalorden wie jene der Johanniter, Deutschherren und Lazariter.

Über die Intensität und Qualität der medizinischen Behandlung in diesen Einrichtungen lassen sich kaum sichere Aussagen treffen. Vermutlich fand diese nur auf einem sehr basalen Niveau statt. Ziel dieser Hospitäler war zunächst die Sorge um das geistige Heil, die Spende von Trost, und erst in zweiter Linie die medizinische Behandlung von Krankheiten. Für das 14. und 15. Jahrhundert ist der Beginn einer „Hospitalverbürgerlichung“ (Mandry, 2018, S. 61) anzusetzen mit der Folge, dass die Obrigkeiten – wohl zunächst vor allem in größeren Städten – Hospitäler aus der kirchlichen Trägerschaft übernahmen oder selbst neue begründeten und unterhielten.

Ein Beispiel für eine solche städtische Übernahme ist das Hospital Mariae Magdalenaee in Gotha. Es wurde 1223 durch die Landgräfin Elisabeth von Thüringen (1207–1231) und ihrem Gemahl Ludwig IV. (1200–1227) begründet und befand sich zu dieser Zeit am Rande der Stadt. Das Gebäude wurde wenig später den Lazariten, einem Kirchenorden, mit der Auflage übertragen, dort kranke und arme Menschen zu pflegen. Bald wurde eine Kapelle eingerichtet. 1489 gelangte das Hospital in den Besitz des Johanniterordens. Erst mit der Einführung der Reformation in Gotha änderten sich die Besitzverhältnisse in der Stadt. 1525 wurde das Hospital dem Stadtrat Gothas übergeben. 1716 erfolgte ein vom damaligen Herzog Friedrich II. von Sachsen-Gotha-Altenburg (1676–1732) finanzierter kompletter Neubau des Gebäudes mit einer Hospitalkirche. Leider geben die bei Friedrich Rudolphi in der Schrift *Gotha diplomatica* (1717) gedruckten Verordnungen keinen Einblick in die Art der medizinischen Behandlung vor Ort. Seelsorge dürfte aber auch hier einen ganz entscheidenden Faktor gespielt haben. Ein guter Pfarrer besuchte seine Gemeindemitglieder auch in schwierigen Zeiten im Hospital und kam auch dann, wenn der Tod anstand.

Die Apotheke etablierte sich im Verlauf des frühen Mittelalters als Bezeichnung desjenigen Ortes, an dem „Drogen“, Gewürze und Kräuter für heilkundliche

Zwecke hergestellt, gemischt und verkauft wurden. Der Apotheker war ein Handwerker, d. h. er hatte nicht studiert, war jedoch oft gebildet. Auf diesem Feld waren ferner heilkundige Mönche und die sogenannten Kräuterhexen tätig, die ihre eigenen Kräutergärten anlegten und sich ein mitunter tiefes Wissen von der Wirksamkeit der Pflanzen erwarben. Sie verkauften ihre Kräuter bzw. gaben sie kostenfrei ab. Hier bestand eine gewisse Konkurrenz auf dem Gesundheitsmarkt.

Bereits im 13. Jahrhundert wurde von dem Stauferkaiser Friedrich II. (1194–1250) die erste umfassende medizinisch-politische Gesetzgebung Europas erlassen, die u. a. die Trennung der Berufe Arzt und Apotheker regelte. Ärzte sollten die Herstellung der Arzneien in den Apotheken überwachen. Die Arzneimittelpreise wurden behördlich festgesetzt und die Gründung von Apotheken reglementiert. Der Apotheker hatte wie der Arzt einen Eid zu leisten. Als die ältesten Apotheken in Deutschland gelten die Einrichtungen in Trier (1241), Riga (1357) und Reval (1421). In Gotha erhielt der Apotheker Matthias Döhnel (1545–1608) 1578 ein herzogliches *Privilegium exclusivum*. Mit der Einrichtung des Herzogtums Sachsen-Gotha im Jahre 1640 wurde auch ein Privileg für die Hof-Apotheke erlassen, das 1673 für die bereits länger bestehende Apotheke von Johann Ernst Freund erneuert wurde. Die Apotheke war der bevorzugte Ort der Herstellung von Arzneimitteln, ja, Ort der Medizin überhaupt, wo man über Krankheiten und Möglichkeiten ihrer Behandlung sprach (siehe Abbildung 1).



Abbildung 1. Innenansicht einer Apotheke mit Straßenverkauf (Florin, 1702, S.72).

Der wichtigste Raum der Apotheke war die Offizin (lat. Werkstatt), der Arbeitsplatz und zugleich Verkaufsraum. Dem Patienten wurde sein Medikament

durch das Fenster gereicht. Ein Betreten des Raumes, in dem es nach allerlei Kräutern roch und ein Teil der Stoffe, Gewürze und Drogen sowie Gerätschaften gelagert wurden, war in der Regel nicht vorgesehen. Ein großer Recepturtisch mit Kästen und Schüben diente für die Herstellung der Arzneien. Hier wurde geschnitten, gestampft und zerbröseln. Mit den teils repräsentativen Standwaagen kontrollierte man die richtigen Mischungsverhältnisse und die Gesamtmenge. Schälchen, Mörser und Gewichte waren stets bei der Hand ebenso die Aufbewahrungsgefäße: Schachteln, Büchsen, Töpfe, Kannen, Krüge, Vasen, Flaschen und Gläser. Als Schmuck der Offizin hing oft ein Krokodil an der Decke. Wie auch Gürteltiere, Schildkröten-schalen, verschiedene Arten von Hörnern, Schlangen, Klauen von Elchen, Straußeneier, Korallen, Elfenbein und Kokosnüsse galten Krokodile in der Frühen Neuzeit aufgrund ihrer Exotik und Seltenheit als besonders heilkräftig. Selbst Mumienteile waren in den „Kunst- und Wunderkammern“ der Apotheker zu sehen und wurden ebenfalls zu Heilmitteln verarbeitet.

Als großes Geheimnis galt der Apothekenschatz, die sogenannte *materia medica*. Hierunter sind nicht nur die Heilpflanzen mit ihren Bestandteilen und Früchten zu verstehen, sondern auch Wasser, Salze, Öle, Erze und Mineralien wie das Arsenmineral Auripigmen, Gold, Quecksilber, Schwefel und Zinnober, Rohstoffe wie Erden, Steine und Edelsteine (Saphir, Smaragd, Perlen), tierische Bestandteile wie Knochen, Haut und Fett. Hinzu kamen alchemische Mittel, die aus „synthetischen“ Prozessen, Destillationen etc. gewonnen wurden. Jeder Apotheker experimentierte mit den *Simplicia*, den einfachen Ausgangsstoffen, um *Composita* herzustellen. Als Wunder- und Universalmittel galt Theriak, das seit der Antike, genauer seit König Mithridates VI. (ca. 134–63 v. Chr.), be- und seit 1546 als „offizielles“ Arzneimittel anerkannt worden war. Es bestand aus vielen Dutzend verschiedenen Substanzen mit genauen Gewichtungen, die von den Apothekern und Ärzten wie ein Schatz gehütet wurden. Ärzte wie Christian Franz Paullini (1643–1712) beschrieben ferner die sogenannten Dreckapotheke für den Hausgebrauch, bei der die Behandlung mit den menschlichen Exkrementen Kot und Urin, aber auch mit Tauben-, Mäuse und Hasendreck durchgeführt werden sollte (Paullini, 1697). Wie verbreitet diese Anwendungen waren, lässt sich nicht mehr feststellen.

Seit der Antike sind die heilenden Kräfte von Wasser- und Trinkkuren, heißen und kalten Quellen sowie mineralischen Bädern bekannt. Die Hausväterliteratur

der Frühen Neuzeit, eine Art *Reader's Digest* zur Unterrichtung der Hausväter über alle Bereiche des täglichen Lebens, berichtete hierüber ausführlich und benannte die Wirkungen der verschiedenen Bäder (v. Hohberg, 1701): Solebäder wirken gegen Gicht, kalte und feuchte Glieder, Unfruchtbarkeit, Bauchschmerzen und Steinleiden. Schwefelwasser hilft gegen Aussatz, Krätze, Magen- und Leberbeschwerden. Eisenhaltige Wasser werden gegen feuchte und hitzige Krankheiten, Podagra (Fußgicht), Koliken und Wassersucht eingesetzt. Bei den Trinkkuren kam dem Sauerbrunnen eine besondere Bedeutung zu. Die Kraft des Wassers wird zum Öffnen und Reinigen bzw. Schweißtreiben verwendet. Der Brunnen verhütet Spulwürmer (Wurminfektion im Darmbereich), mildert Schmerzen wie Sodbrennen und lindert Koliken bei Nieren- und Blasensteinen.

4 Akteure des Gesundheitswesens

Die Heilkunde und ärztliche Praxis lag in der größtenteils ländlich und ständisch strukturierten Gesellschaft der Frühen Neuzeit überwiegend in der Hand von ortsansässigen bzw. fahrenden Laienmedizinern und Handwerkern, also von Barbieren, Badern, Wundärzten, „Kräuterhexen“ oder Chirurgen. Die gelehrten Mediziner lehrten dagegen an den Universitäten, dienten als Leibärzte an den Höfen oder bei Adligen, behandelten gutsituierte Bürgerliche, Händler oder Kaufleute in den größeren Städten. Im Verlauf des 17. Jahrhunderts stieg zwar die Zahl der studierten Stadt- und Landärzte sprunghaft an, dies änderte jedoch zunächst nichts an der Dominanz der Handwerker. Der Weg bis zur Akademisierung bzw. zur Einrichtung einer durch die Obrigkeit festgelegten Ausbildung im Gesundheitswesen war noch weit. Dies geschah flächendeckend erst im 19. Jahrhundert (Jütte, 2014, S. 19).

Auf dem Gesundheitsmarkt gab es eine Vielzahl von Angeboten. Man wetteiferte um die Kundschaft, verteilte Flugblätter mit Sensationsmeldungen von spektakulären Heilungen, nutzte die Mundpropaganda, um sich als erfolgreichen Heiler bzw. erfolgreiche Heilerin zu präsentieren. Für die Kranke bzw. den Kranken war es freilich schwer, sich hier einen eigenen Einblick zu verschaffen. Die erste heilkundliche Behandlung fand in der Regel innerhalb des eigenen Hauses statt. Erst wenn die eigenen Hausmittel keinen Erfolg hatten, holte man fremde Hilfe von den Wundärzten, Barbieren, Badern, Steinschneidern, Zahnbrechern oder Kräuterhexen. Je nach Qualifikation behandelten sie Erkältungen, Durchfälle,

Knochenbrüche, (Schuss-)Wunden, Geschwüre und andere äußerlich erkennbare Erkrankungen, zogen Zähne oder entfernten Steine. Selbst Amputationen führten besonders geschickte Chirurgen wie Hans von Gersdorff (1455–1520) oder Johannes Scultetus (1595–1645) durch (Panse, 2012; Schlegelmilch, 2018). Viele Praktiker verfügten darüber hinaus über ein umfassendes Wissen für die Herstellung von Medikamenten. Andere bedienten sich wiederum magischer Heilverfahren mit Handauflegen, Amuletten, Beschwörungen und besonders hergestellter Arzneien. Die Akzeptanz derartiger Maßnahmen hing in der breiten Bevölkerung von verschiedenen Faktoren ab. Auch war der Aberglaube noch stark verbreitet und gelegentlich half ein umlaufendes Gerücht.

Hebammen waren die einzigen offiziell am Gesundheitsmarkt tätigen Frauen. Die Geburt war in der Frühen Neuzeit ein ausgesprochen intimer Akt zwischen Gebärender und Hebamme, an der Männer in der Regel nicht teilnahmen. Erst wenn schwerwiegendere Eingriffe nötig waren, wurde der Arzt herbeigerufen (siehe Abbildung 2).



Abbildung 2. Ein Kaiserschnitt mit pastoralem Beistand (Scultetus, 1666).

Die Hebamme war gleichsam „Ärztin“ und Vertraute der Gebärenden. Sie erwarb im Laufe ihrer Tätigkeit nicht nur unschätzbare praktische Erfahrungen, sondern besaß auch Kenntnisse der weiblichen Anatomie. In ihrer Selbstbildung wurde sie durch entsprechende Lehrbücher in deutscher Sprache unterstützt, so z. B. durch die Schrift *Ein schön lustig Trostbüchle von den empfangnissen und geburt der menschen* von 1554 des Schweizer Chirurgen Jacob Ruf (um 1505–1558). Er beschrieb dort gemäß dem damaligen Kenntnisstand die Entwicklung des Embryos, die freilich als ein großes Geheimnis

erschien – dies umso mehr, als der Blick ins Innere des weiblichen Körpers während der Schwangerschaft vollkommen verschlossen blieb. Immerhin skizzierte Ruf die Anatomie des weiblichen Körpers, lieferte praktische Anleitungen zur Durchführung einer Geburt, beschrieb den Gebrauch der Instrumente, gab Hinweise auf die Behandlung von typischen Frauenkrankheiten und erörterte die Fortpflanzungsfähigkeit von Mann und Frau. Die Geburtshilfe war einer der wenigen Bereiche direkter Kommunikation zwischen studierten Medizinern und Hebammen im Sinne einer gemeinsamen Aus- und Fortbildung, bei der auch die Frauen ihre Erfahrungen einbringen konnten. Es ist sogar wahrscheinlich, dass ihre Kenntnisse bei der Gestaltung von Gebärstühlen berücksichtigt wurden. Fest steht jedenfalls, dass die Geburt nicht liegend, sondern sitzend erfolgte (siehe Abbildung 3).

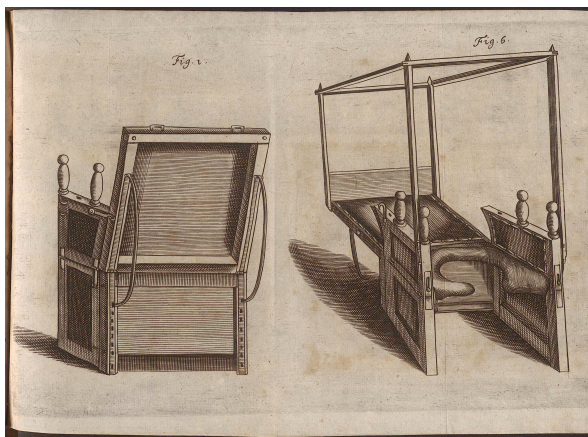


Abbildung 3. Modell eines Gebärstuhls (Solingen, 1693, S. 575).

Ein wichtiger Akteur sollte abschließend Erwähnung finden, auch wenn er nicht ein direkter Teil des Gesundheitsmarktes war, nämlich die Geistlichkeit, also der protestantische Pfarrer, der katholische Prediger bzw. die (Ordens-)Angehörigen der Hospitäler. Der Geistliche war durch sein Amt für das Seelenheil der Frauen, Männer und Kinder verantwortlich. Es ging um ein frommes Leben und Sterben in Christus, verbunden mit der Hoffnung auf eine Unsterblichkeit der Seele und die Auferstehung des Körpers. Die Sorge um sich selbst, um die körperliche und geistige Gesundheit, um die Nächsten und Freunde war stark ausgeprägt, befördert durch die ständige Nähe des Todes, der nicht nur zu Seuchenzeiten seinen Tribut forderte. Die Kindersterblichkeit war hoch, viele Frauen verstarben im Wochenbett, kaum jemand erreichte ein höheres Lebensalter. Im besten Falle entsprach dem körperlichen Wohlergehen

eine geistige Gesundheit, die im rechten Gottvertrauen bestand. Denn Gott, so glaubte man damals, schlägt und heilt die körperlichen und geistigen Wunden. Der Geistliche war oft am Krankenbett, auch zusammen mit dem behandelnden Arzt (siehe Abbildung 2). Er war seelsorgerisch tätig, spendete Trost, bereitete die Erkrankten auf den Tod vor, betete mit ihnen, reichte die Krankensakramente und nahm die letzte Ölung vor. Er verstand sich in diesem Sinne als Seelenarzt. Christus wurde als *Christus medicus* verstanden (Salatowsky, 2019; Steiger, 2005) und die Theologie wurde zur *Theologia medica catechetica* oder zur „geistlichen Krankenkur“, wie ein Titel des Lübecker Superintendenten August Pfeiffer (1640–1698) lautete.

5 Die gelehrten Mediziner

Seit Jahrhunderten war die gelehrte Schulmedizin, die neben der Jurisprudenz und Theologie zu den drei oberen Fakultäten gehörte, fest in den Händen der Professoren an den Universitäten. Zugang erhielt man zu diesen Fakultäten erst nach Abschluss eines Studiums der Philosophie (Magister Artium), die die methodische und begriffliche Grundlage des damaligen aristotelisch geprägten Wissens bildete. Die ersten Universitäten entstanden im mittelalterlichen Italien. Über die Jahrhunderte entwickelten sich die Curricula, die in ganz Europa für vergleichbare Studienbedingungen sorgten. Die italienischen Universitäten waren hierbei Trendsetter bis weit in die Renaissance hinein (Grendler, 2002). Dies gilt auch für die Medizin, die in Italien, vor allem im 15. und 16. Jahrhundert bedeutende Entwicklungen erlebte (Eckart, 2017, S. 74–99). Die Bewahrung des antiken griechisch-römischen Wissens der Medizin (Renaissance im Sinne von Wiedergeburt) und die Erneuerung dieses Wissens (durch Autopsie, eigene Untersuchungen und Experimente) sind hierbei zwei Seiten ein und derselben Medaille.

Die Wiederentdeckung der antiken Medizin führte zu einer ausgeprägten Buchgelehrsamkeit. In den Schriften, vor allem der als Autoritäten geltenden Ärzte Hippokrates (um 460–370) und Galen (129–199), fand man die wesentlichen Grundsätze, Begriffe und Erklärungen der Physiologie und Krankheitslehre beschrieben. Diese Schriften wurden in der Renaissance erstmals im griechischen Original zugänglich gemacht. Dies führte zu einer enormen Wissensvermehrung, zumal man auch die Schriften aus der persisch-arabischen Welt neu zugänglich machte. Dieses Buchwissen manifestierte sich in voluminösen Werken, die zum einen dem Austausch zwischen den

Gelehrten dienten, zum andern aber auch der Ausbildung der Studenten. Da sie ganz überwiegend in lateinischer Sprache verfasst worden sind, blieben die Laien von dieser Art des Diskurses ausgeschlossen.

Beispielhaft sei hier auf die „Opera omnia in sex tomos divisa“ („Die in sechs Bände eingeteilten gesammelten Werke“) des Wittenberger Mediziners Daniel Sennert (1572–1637) verwiesen, die auf vielen tausend Seiten im Folioformat das Wissen der Zeit zusammenführten. Sie erlebten von 1641 bis 1676 in mehreren europäischen Ländern mindestens fünf Auflagen, was die Bedeutung dieses Werkes unterstreicht. Die darin enthaltenen „Institutionum medicinae libri V“ („Fünf Bücher Einführungen in die Medizin“) – erstmals 1611 veröffentlicht – umfassen die Physiologie, Pathologie, Semiotik (Lehre von den Symptomen oder Krankheitszeichen), Diätetik (Lehre von der gesundheitsfördernden Lebensgestaltung) und Therapeutik (Heilmittel, Reinigung etc.) und behandeln damit die gesamte Bandbreite des damaligen klassisch-medizinischen Wissens (Salatowsky & Stolberg, 2019, S. 101). Die Medizin wird als Kunst (*ars*) und nicht als Wissenschaft (*scientia*) verstanden, da sie praktisch orientiert ist und auf die Bewahrung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit abzielt.

Dergleichen Werke waren öfter mit zum Teil aufwendig gestalteten Kupferstichen versehen, die das Wissen visualisierten und somit auch eine andere Form der Vermittlung und Kommunikation zwischen Lehrer und Schüler ermöglichten. So lassen sich aus dem Kupfertitel der „Epitome institutionum medicarum“ („Auszug aus der medizinischen Unterrichtung“) – erstmals 1663 veröffentlicht – des Jenaer Mediziners Gottfried Möbius (1611–1664) Grundzüge des medizinischen Programms erkennen (siehe Abbildung 4).

Die beiden Personifikationen der *Experientia* (Erfahrung) und *Ratio* (Vernunft) verdeutlichen die beiden Prinzipien der Medizin. Mit der Erfahrung beginnt jede Kunst (*experientia artem inchoavit*), mit der Vernunft jede Aufklärung und Kenntnis (*Ratio facem allucet*). Die männliche Personifikation der *Experientia* hält in der rechten Hand den Asklepios-Stab als Attribut des Mediziners und in der linken Hand eine (verwelkte?) Blume. Ob sie hier als ein Symbol für Krankheit und Vergänglichkeit steht oder die Botanik symbolisiert, lässt sich nicht entscheiden. Der zu den Füßen der Personifikation liegende Hirsch – von einem Pfeil getroffen – repräsentiert Langlebigkeit und Unsterblichkeit. Die weibliche Personifikation der *Ratio* trägt in der rechten Hand eine

Waage als Zeichen, Wahres und Falsches messen zu können (Dialektik als Teil der Freien Künste), und in der linken Hand eine brennende Fackel als Zeichen des Lichts göttlicher Wahrheit. Oberhalb der beiden Personifikationen werden die beiden wichtigsten Disziplinen der Medizin dargestellt: Oben links die Anatomie (als rechtes Auge des Mediziners beschrieben) mit der Darstellung eines geöffneten Leichnams und oben rechts die Astrologie (als linkes Auge bezeichnet) mit der Abbildung eines Sternenhimmels. Während die Anatomie die notwendigen Kenntnisse über den Aufbau des menschlichen Körpers vermittelt, beschreibt die Astrologie die Wirkungen der Sterne und Planeten auf den menschlichen Körper. Grundgelegt ist die Medizin freilich in Gott. Die Inschrift des mit Efeu umrankten Obelisken „Deo Duce Comite Labore“ verweist auf ihn als Lenker und Begleiter aller Mühen im Leben und bei der Arbeit. Gott ist es auch, der von Möbius „allgemeiner Ursprung der Medizin“ (1663, S. 1) genannt wird, schuf er doch mit der Erde zugleich auch die Medizin.

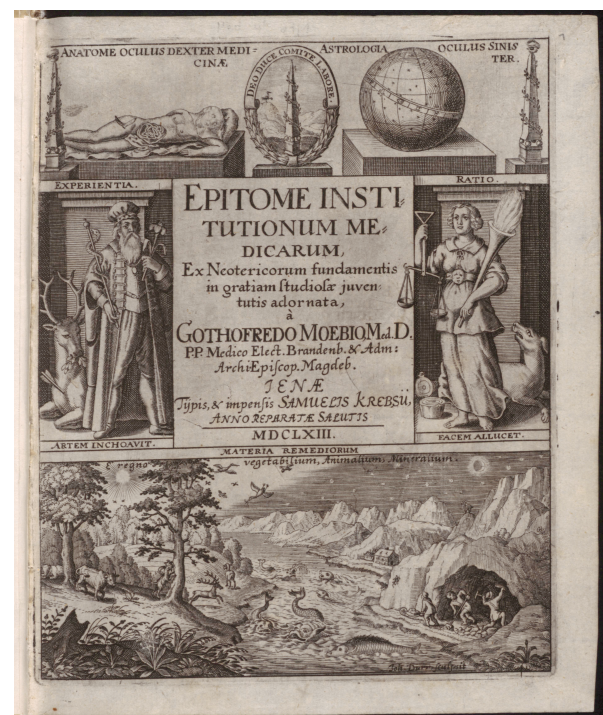


Abbildung 4. Wesen und Umfang der Medizin (Möbius, 1663).

Im unteren Teil des Kupferstichs sind die pflanzlichen, tierischen und mineralischen Heilmittel dargestellt, die der Mediziner für seine Arbeit benötigt. Vor allem eine Kenntnis der Botanik war von herausragender Bedeutung, bestanden doch die Heilmittel zum größten Teil aus Kräutern. Die Botanik erlebte seit dem 16. Jahr-

hundert eine neue Blüte, wie die zahlreichen Kräuterbücher – z. B. von Leonhart Fuchs (1501–1566) – und Herbarien mit getrockneten Pflanzen – z. B. von Caspar Ratzenberger (1533–1603) – belegen (Kusukawa, 2011, S. 98–176). Eine Kenntnis der Wirksamkeit von Heilpflanzen war hierbei nicht aus Büchern allein zu gewinnen; vielmehr mussten eigene Erfahrungen hinzukommen. Nicht ohne Grund entstanden an den Universitäten zahlreiche botanische Gärten (z. B. 1580 in Leipzig, 1586 in Jena), in denen die Studenten an den lebenden Pflanzen unterrichtet wurden und Studien betreiben konnten.

Visualisierungen wie jene von Möbius dienten vor allem pädagogisch-didaktischen Zwecken: Sie vermittelten auf diese Weise ein Wissen, das man sich so leichter und besser merken konnte. Auch konnten Sachverhalte dargestellt werden, die man nicht ohne weiteres mit eigenen Augen sehen konnte. Berühmt hierfür sind die bildlichen Darstellungen des in Brüssel geborenen Anatoms Andreas Vesalius (1514–1564), der seit 1537 in Italien wirkte (Cunningham, 1997). Diese Darstellungen waren das Ergebnis seiner Sektionen, mit denen er das anatomische Wissen seiner Zeit revolutionierte. Er repräsentiert damit bis heute die Erneuerung der Medizin der Renaissance, die wesentlich auf die oben benannte Empirie, die persönliche Beobachtung gründete. Das Titelblatt seines Hauptwerks „De humani corporis fabrica libri VII“ („Sieben Bücher über den Aufbau des menschlichen Körpers“) zeigt ihn mitten in einer Sektion, wobei seine nach rechts gedrehten Augen direkt mit dem Leser seiner Schrift kommunizieren (Margócsy, 2018). Seine Sektionen, die er wie auch andernorts aufgrund kirchlicher Vorgaben nur ausnahmsweise an Leichnamen (meistens zum Tode verurteilte Verbrecher) durchführen konnte, waren in Padua ein gesellschaftliches und auch kommunikatives Ereignis: Sie beschränkten sich nicht nur auf die gelehrten Ärzte und Chirurgen, für die genaue anatomische Kenntnisse bei der Wundbehandlung und bei Operationen unverzichtbar waren, sondern interessierten auch die Obrigkeiten, Honoratioren und gutsituierten Bürger*innen. Als Ergebnis seiner Untersuchungen ließ Vesalius nach seinen Vorgaben spektakuläre Visualisierungen anfertigen, die eine bis dahin unerreichte Präzision in der Darstellung des menschlichen Körpers boten (siehe Abbildung 5) und die sein Wissen um die Welt trugen. Vesalius sorgte auf diese Weise mit dafür, dass die Anatomie ein wichtiger Teil des Medizin-Studiums wurde. Erst sie machte den angehenden Mediziner „sehend“.



Abbildung 5. Der Muskelmann (Vesalius, 1555, S.218).

6 Das Arzt-Patienten-Verhältnis

Die Arzt-Patienten-Kommunikation spielte in der Frühen Neuzeit eine wichtige Rolle für das Vertrauensverhältnis zwischen beiden Seiten. Dabei war es üblich, dass der Arzt (hier im weiten Sinne verstanden einschließlich der Chirurgen, Barbieri etc.) den Patient bzw. die Patientin zu Hause aufsuchte, denn stationäre Arztpraxen existierten noch nicht. Der Arzt war also Gast im Haus. Oftmals ergab es sich, dass die Behandlung aufgrund der häuslichen Situation einen sehr familiären oder persönlichen Charakter bekam. Belegt ist dies bei den Leibärzten der Könige und Herzöge, die manches Mal zugleich Berater waren. Vielleicht mehr als heute war der Arzt darauf angewiesen, dass der Patient ihm sein Leiden genau schilderte (Stolberg, 2003). Wo tat es weh? Wie

äußerten sich die Schmerzen? Wie lange lag das Krankheitsbild schon vor? Diese Asymmetrie im Wissen stellte Arzt und Patient*in auf Augenhöhe. Da es eine Patientenakte noch nicht gab und Laborbefunde und Visualisierungstechniken noch nicht zur Verfügung standen, waren die Ärzte auf die besondere Kooperation der Patienten angewiesen. Erst am Ende des 17. Jahrhunderts begannen Ärzte, sich eigene Patientenakten anzulegen. Einer der ersten war der Eisenacher Arzt Johann Storch (1681–1751), der sich insbesondere den Frauenkrankheiten widmete und hierzu einige Schriften mit Fallbeschreibungen veröffentlichte (Duden, 1987). Dergleichen Akten ermöglichten es dem Arzt, Krankheiten bei ein und derselben Patientin über längere Zeiträume zu verfolgen, ihre Charakteristika zu erkennen und Analogien herzustellen.

Viele Patienten und Patientinnen wandten sich auch schriftlich an einen Arzt, der dann aus der Ferne Diagnosen stellte. Oft wurden ihm hierfür Urinproben übersandt. Überhaupt war die Harnschau (siehe Abbildung 6) bis weit ins 17. Jahrhundert hinein das mit Abstand wichtigste Diagnoseverfahren (Stolberg, 2009). Es bestand die Erwartung, und der Arzt wurde entsprechend ausgebildet, aus dem Geruch, der Farbe, der Konsistenz, dem Niederschlag des Harns die Ursache des Leidens zu erkennen und eine wirksame Behandlung zu verordnen (Aderlass, Kuren, Schwitzen, Erbrechen, Heilmittel etc.) bzw. selbst durchzuführen. Später geriet die Harnschau unter scharfe Kritik. Nun hieß es, dass es unmöglich sei, am Harn alle Krankheiten zu diagnostizieren. Freilich war die tradierte Überzeugung von Arzt und Patient*in so stark, dass die Harnschau lange ihre zentrale Funktion in der Diagnostik behielt.

Für das Arzt-Patienten-Verhältnis war es von großer Bedeutung, dass der Arzt eine möglichst persönliche, auf die jeweilige körperliche Verfasstheit zugeschnittene Behandlung durchführte. Der Patient sollte den Eindruck erhalten, dass es um sein spezifisches Leiden ging. Eine standardisierte Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst gab es daher nur sehr beschränkt. Blieb der Erfolg aus, gab es scharfe Kritik.

Bei der Behandlung stützten sich die Ärzte und Laienmediziner (wie die Kräuterhexen) vor allem auf mehr oder weniger ausgefeilte Mischungen verschiedener, meist pflanzlicher Stoffe. Entsprechend ausführlich gestalteten sich ihre Rezepte, die sich zusammen mit den Anweisungen zur Dosierung der einzelnen Bestandteile, zur Zubereitung und zur

Verabreichung manchmal über mehrere Seiten hinziehen konnten. Rezepte von bewährten, erfolgreich am Patienten eingesetzten Arzneien waren ein wichtiges Kapital. Schon die Medizinstudenten notierten eifrig jene Rezepte, die ihnen ihre Professoren mit auf den Weg gaben. Manche von ihnen schrieben sogar heimlich Apothekerbücher ab, in denen die Rezepte erfahrener Ärzte verzeichnet waren. Praktizierende Ärzte legten nicht selten eigene Sammlungen von *Experimenta* an, von Rezepten zu Arzneimittel-mischungen, die sich in der eigenen Praxiserfahrung oder der anderer Ärzte bewährt hatten. Ihre Wirksamkeit bei unterschiedlichen Krankheiten und Patienten unterschiedlichen Alters, Geschlechts und Allgemeinzustands ließ sich jedoch aus dem Wissen über die Heilwirkungen einzelner Pflanzen, wie es in zeitgenössischen Kräuterbüchern vermittelt wurde, nur beschränkt ableiten. Nur die Erfahrung am Krankenbett zeigte, ob die verordneten Arzneien tatsächlich die erhofften Wirkungen hatten. Die Kunst der Herstellung von Arzneimitteln bildete neben der Anatomie und der Botanik das dritte medizinische Feld, in dem seit dem 16. Jahrhundert die empirische Erfahrung und Forschung eine größere Bedeutung gewann.



Abbildung 6. Harnschau am Krankenbett (Thieme, 1682, S. 1663).

7 Die Ratgeberliteratur

Neben der persönlichen Kommunikation zwischen Arzt und Patient bzw. Patientin entwickelte sich in Deutschland seit dem 16. Jahrhundert eine Ratgeberliteratur in „einfacher Sprache“. In gewisser Weise handelte es sich um eine Art Volksaufklärung, sollte dem Lesepublikum, Männer wie Frauen, doch ein Mittel an die Hand gegeben werden, selbst Verantwortung für die eigene Lebensführung und die Behandlung von Krankheiten zu übernehmen. So hat der aus Thüringen stammende Martin Pansa (1580–1626), der heute als Reformator des Apothekenwesens, früher Arbeitsmediziner und verantwortungsvoller Sozialmediziner gewürdigt wird, mehrere Schriften in deutscher Sprache zu Zipperlein (1613), Nieren- und Blasensteinen (1615), Fieber (1618), Schwindsucht (1618) und schließlich 1625 einen „Köstliche(n) und heilsame(n) Extract der ganzen Artzneykunst“ veröffentlicht. Sie wurden bis zum Ende des 17. Jahrhunderts immer wieder neu aufgelegt. Dies spricht für einen gewissen Erfolg seiner Werke am Buchmarkt, auch wenn Aussagen über die Reichweite und den Leserkreis nur schwer getroffen werden können. Ziel dieser und ähnlicher Schriften, zu denen auch die erwähnte Hausväterliteratur zu zählen ist, war es, ein professionelles Wissen in die breite Bevölkerung zu vermitteln. Pansa zielte ausdrücklich auf den „mündigen“ Bürger ab, der sich nicht blind auf seinen Arzt verlassen, sondern ein bewusstes Leben führen, auf seine Gesundheit achten sowie Körper und Seele im Einklang halten sollte.

Dieses Ziel stand auch hinter den zahlreichen Pestratgebern, deren Anzahl im 16. und 17. Jahrhundert allein im deutschsprachigen Raum in die Tausende gehen dürfte. Wo immer die Gefahr einer Seuche drohte, erschienen Druckschriften in deutscher Sprache, um auch Laien Erklärungen und praktische Handlungsanleitungen an die Hand zu geben. Wie groß hierbei die Diskrepanz zwischen den Hoffnungen auf Heilung, die durch die Traktate geweckt wurden, und den Enttäuschungen derjenigen gewesen sein muss, die ihre Familie trotz aller Vorsichtsmaßnahmen zu Grabe tragen mussten, liegt auf der Hand. Es verwundert daher nicht, dass der Beruf des Arztes in diesen Zeiten mancherlei Kritik unterlag. Gleichwohl haben viele Ärzte ihr Leben riskiert, indem sie nicht flohen, sondern vor Ort ihre Behandlungen durchführten. Einer von ihnen war Thomas Reinesius (1587–1667), der 1618 einen Ruf nach Gera als Inspektor und Professor des Gymnasiums annahm, wo er wenig später auch gräflich-reußischer Leibarzt wurde. 1627 wechselte

Reinesius als herzoglich-sächsischer Leibarzt und Stadtphysicus nach Altenburg. In beiden Städten erlebte er heftige Pestepidemien. Er sah es daher als seine medizinische Pflicht an, nicht nur vor Ort zu helfen, sondern auch Ratgeber zu veröffentlichen, in denen er seine Erfahrungen in der Behandlung derartiger Seuchen und Empfehlungen für die Vorbeugung mitteilen wollte. Diese beiden in deutscher Sprache verfassten Berichte und Ratgeber bieten einen eindringlichen Einblick in den Umgang mit dieser Seuche.

Es entspricht dieser Zeit, dass auch Reinesius diese „erschreckliche Pestilenz“ als eine Strafe Gottes ansah, der damit die Sünden der Menschen bestrafe. Wahre Buße, andächtige Gebete und ein christlicher, gottseliger Lebenswandel seien die allein angemessenen Handlungen, um Gott Milde zu stimmen und seine Gnade zu erhoffen. Doch diese Haltung darf, so betonte auch Reinesius, nicht dazu führen, dass man die ja ebenfalls von Gott gereichten Heilmittel verachten dürfe. Ganz im Gegenteil. Seine Pestratgeber dienten genau diesem Zweck.

Als Ursache der Pest, wie man aus dem *Consilium pestis prophylacticum. Rath oder Bericht was bei Pestseuche zu thun und zu lassen sey* (Reinesius, 1625) entnehmen kann, benannte er zum einen eine innerliche Verderbung des Leibes durch natürliche Feuchtigkeit (ganz im Sinne der klassischen Humoralpathologie) und zum andern beschrieb Reinesius eine äußerliche Ansteckung, die von „vergifteter böser Luft herrühre und erhalten“ (S. 5) werde. Das die Pest durch Körperkontakt übertragen wurde, war seit langem bekannt und führte bereits im Mittelalter zur Einrichtung der Quarantäne, die wie heute, als ein Mittel zur Unterbrechung von „Infektionsketten“ diene. Um die innerliche „Verderbung“ des Leibes zu kurieren, empfahl Reinesius gemäß den üblichen Behandlungsmethoden der Zeit die vollkommene Entleerung und Reinigung des Leibes durch abführende Mittel. Erbrechen, Aderlass und Schwitzen waren für diese „evakuierenden Maßnahmen“ die gängigen Instrumente. Eine Maßhaltung des Lebens sollte hinzukommen, die der Erhaltung des Leibes diene. Als dritter Punkt wurde die Behandlung mit natürlichen Heilkräutern beschrieben, die durchaus in der Lage seien, dem Gift der Seuche Einhalt zu gebieten. Die Empfehlung lautet dann konkret wie folgt:

„Innerlich bewahret für [vor] des Pestilenzischen Giffts Anfall: Elßnischer wurtzeln/ Hertz oder

Hirtzwurz/ cervaria al. meum genant/ Entzian/ Liebstöckel/ Veielwurtz/ Angelick/ Zitwer/ Sterlucy/ Bibenel- unnd Schwalbenwurtz/ zuvor in Essig geweicht/ unnd wiederumb getrücknet/ (dieweil sonst leichtlich Kopffweh davon entstehet) stetiges gekewet/ oder Citronenschalen/ Meister- und Eberwurtz: Ander Gewürtz/ sonderlich Nägelein zukäwen ist gefehrlich/ dieweil sie/ wie die Gelehrten darvon halten/ den Gifft nach sich ziehen“ (Reinesius, 1625, S. 24).

All dies sind gängige Kräuter, die damals in den Haushalten vorhanden waren und deren Anwendungen man in den Kräuterbüchern nachlesen konnte. Oftmals verfügten auch die sogenannten Kräuterhexen über ein sehr gutes Wissen hinsichtlich der Mischung derartiger Kräuter und ihrer Heilanwendungen. Nachfolgend beschrieb Reinesius die „Küchenmedizin“ der „Vermögenden“, die „alle Morgen mit Rosenwasser und Pestilentz/ Theriack/ oder RautenEssig/ beydes gleich viel zusammen gemischt“ (S. 24) (*Consilium pestis prophylacticum*) gurgeln sollen. Theriack, ein medizinisches Gebräu aus verschiedenen Zutaten, galt zu dieser Zeit als Allheilmittel.

Für wichtiger als diese innere Behandlung der Krankheit hielt Reinesius jedoch das „Social Distancing“. Denn die äußerliche Ansteckung bezeichnete er als „fast die eigentlichste ursach jetzo grassirender Seuchen“ (1625, S. 33). Und genau wie heute sah er die Aufgabe der Obrigkeit darin, die körperliche Distanz durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen und die Aufgabe jedes Einzelnen darin, diesen Anordnungen zu befolgen. Reinesius selbst überlebte gleich mehrere Pestepidemien. Ob dies seinem medizinischen Können zuzuschreiben ist oder Glück, muss hier nicht entschieden werden.

Hinweise: Der Beitrag basiert auf den Beiträgen und Beschreibungen des Ausstellungskatalogs „Eine göttliche Kunst. Medizin und Krankheit und der Frühen Neuzeit“ (Gotha, 2019). Teile des siebten Kapitels erschien 2020 als Blog-Beitrag der Forschungsbibliothek Gotha. Die Forschungsbibliothek Gotha (<https://blog-fbg.uni-erfurt.de/>) als ehemalige Hofbibliothek des Herzogtums Sachsen-Gotha verfügt über einen reichen Bestand an Literatur zur theoretischen und praktischen Medizin der Frühen Neuzeit. Dazu gehören Handschriften von Gelehrten (wie Manuskripte, Korrespondenzen, Vorlesungsmitschriften, Herbarien etc.) und Drucke in allen Formaten und zu allen Themenfeldern (Anatomie,

Botanik, Pharmazie, Astrologie, Chirurgie, Geburtshilfe, Seuchen etc.). Ich bedanke mich bei der Bibliothek sehr herzlich für die Genehmigung zum Abdruck der Abbildungen.

Quellen

Florin, F. P. (1702). *Oeconomus prudens et legales. Oder Allgemeiner Klug- und Rechts-verständiger Hausvatter. Theil eins.*

Fürstliche Sächsische Verordnung (1694). *Fürstliche Sächsische Verordnung/ nach welcher in dem Fürstenthum Gotha die Medici, ingleichen die Apothecker und deren Provisores, Gesellen und Lehrlingen; nichts weniger die Laboranten/ Oculisten/ Stein- und Bruchschneider/ barbierer/ Feldscherer/ Bader und Hebammen; wie auch Würtzkrahermer und andere darinn benannte Personen/ sich zu achten haben. Worbey zugleich die Tax-Ordnung vor die Medicos, Apothecker und Barbierer sich befinden.* <https://gdz.sub.uni-goettingen.de/id/PPN755448472>.

Fuchs, L. (1543). *New Kreüterbuch.*

Hohberg, W. H. v. (1701). *Georgica Curiosa Aucta: Oder: Des auf alle in Teutschland übliche Land- und Haus-Wirthschafften gerichteten, hin und wieder mit vielen untermengten raren Erfindungen und Experimenten versehenen [...] Adelichen Land- und Feld-Lebens. Anderer Theil.*

Möbius, G. (1663). *Epitome institutionum medicarum.*

Paullini, Ch. F. (1697). *Neu-Vermehrte/ Heilsame Dreck-Apotheke: Wie nemlich mit Koth und Urin Fast alle/ ja auch die schwerste/ giftigste Kranckheiten/ und bezauberte Schaden ... curiret worden; Durch und durch mit allerhand curieusen/ so nütz- als ergetzlichen Historien und Anmerckungen/ auch andern Feinen Denckwürdigkeiten.*

Pansa, M. (1625). *Köstlicher und heilsamer Extract der gantzen Artzneykunst/ darinnen kürztlich die Ursachen des langen und kurtzen Lebens/ und allerhand Krankheiten menschlichen Leibes beschrieben.*

Pfeifer, A. (1693). *Theologia Medica Catechetica, oder Geistliche Krancken-Cur: darinnen so wohl Pathologia Sacra, oder der Bericht von den geistl. Seelen-Kranckheiten/ i. e. Sünden und Lastern/ nach den zehn*

Geboten/ als Therapeutica Sacra, die Anordnung und Mittel der geistlichen Gesundheit [...] vorgestellt wird.

Ratzenberger, C. (1598). *Herbarium vivum. Lebendig Kreuterbuch alles gewechs, Beume, Stauden.*

Renovirte und confirmirte Ordnung (1607). *Der Durchläuchtigen Hochgebornen Fürsten und Herren/ Herrn Johann Casimirs/ Unnd Herrn Johann Ernstens/ Gebrüdere/ Hertzogen zu Sachssen/ Landgrafen in Thüringen ... Renovirte und confirmirte Ordnung/ Wie es in Il.FF.GG. Landen mit den Apothecken zu halten.*

Reinesius, T. (1625). *Consilium pestis prophylacticum. Rath oder Bericht was bei Pestseuche zu thun und zu lassen sey.*

Reinesius, T. (1681). *Gründlicher Bericht von Art und Eigenschafft der ietzo vagirenden Sterbens-Seuche.*

Rudolphi, F. (1717). *Gotha diplomatica. Dritter Theil Fürstlicher Sachsen-Gothaischen Historischen Beschreibung.*

Ruf, J. (1554). *Ein schön lustig Trostbüchle von den empfangknussen und geburt der menschen [...] und eigentlichem bericht der Hebam[m]en.*

Sennert, D. (1676). *Opera omnia in sex tomos divisa.*

Solingen, C. (1693). *Hand-Griffe der Wund-Artzney.* Frankfurt/Oder. FB Gotha, Med. 4° 99/1 (3), Fig. 1 und 6 (nach S. 575).

Scultetus, J. (1666). *Wund-Artzneyisches Zeug-Hauß.* Frankfurt am Main. FB Gotha, Med 4° 46/4 (2), tab. XLII.

Thieme, J. C. (1682). *Haus- Feld- Arzney- Koch-Kunst und Wunder-Buch.* Nürnberg. FB Gotha, Math 4° 460/6 (7-20), S. 1663.

Vesalius, A. (1555). *De humani corporis fabrica libri VII.* Basel. FB Gotha, Druck 2° 194, S. 218.

Forschungsliteratur:

Bergdolt, K. (2017). *Die Pest. Geschichte des Schwarzen Todes.* C.H. Beck. Auflage 3.

Bergdolt, K. (2019). Die Pest im 16. und 17.

Jahrhundert. In Sascha Salatowsky und Michael Stolberg (Eds.), *Eine göttliche Kunst. Medizin und Krankheit und der Frühen Neuzeit*, 24–35. Veröffentlichungen der Forschungsbibliothek Gotha, Band 55.

Bondio, M. G. (2011). Die Fehler und Irrtümer der Ärzte – Paracelsus' Kritik und ihr medizinethisches Potenzial. In Albrecht Classen (ed.), *Religion und Gesundheit: der heilkundliche Diskurs im 16. Jahrhundert*, 215–230. De Gruyter.

Carlino, A. (1999). *Books of the Body. Anatomical Ritual and Renaissance Learning.* University of Chicago Press.

Cunningham, A. (1997). *The Anatomical Renaissance. The Resurrection of the Anatomical Projects of the Ancients.* Routledge.

Duden, B. (1987). *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730.* Klett-Cotta.

Eckart, W. U. (2017). *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin.* Springer. Auflage 8.

Gaul, V. (2004). Kommunikation zur Zeit der Pest. Das Herzogtum Holstein-Gottorf in den Jahren 1709–1713. In Otto Ulbricht (ed.), *Die leidige Seuche. Pest-Fälle in der Frühen Neuzeit*, 258–294. Böhlau.

Grendler, P. (2002). *The universities of the Italian Renaissance.* Johns Hopkins University Press.

Jütte, R. (2014). *Über Krankheit und Gesundheit in der Frühen Neuzeit.* W. Kohlhammer.

Kusukawa, S. (2012). *Picturing the Book of Nature. Image, Text, and Argument in Sixteenth-Century Human Anatomy and Medical Botany.* University of Chicago Press.

Margócsy, D. (2018). *The Fabrica of Andreas Vesalius. A worldwide descriptive census, ownership, and annotations of the 1543 and 1555 editions.* Brill.

Mandry, J. (2018). *Armenfürsorge, Hospitäler und Bettel in Thüringen in Spätmittelalter und Reformation (1300–1600).* Böhlau.

Mandry, J. (2019). Der Umgang mit ansteckenden Krankheiten und Gesundheitsrisiken im

- spätmittelalterlich-frühneuzeitlichen Thüringen. In Sascha Salatowsky und Michael Stolberg (eds.), *Eine göttliche Kunst. Medizin und Krankheit und der Frühen Neuzeit*, 36–47. Veröffentlichungen der Forschungsbibliothek Gotha, Band 55.
- Panse, M. (2012). *Hans von Gersdorffs „Feldbuch der Wundarznei“. Produktion, Präsentation und Rezeption von Wissen*. Reichert.
- Reifegerste, D. und Wagner, A. (2021). #Covid, Sanitary Report und Pesttraktate: Gesundheitskommunikation in Pandemiezeiten von „Corona“ zurück bis ins Mittelalter. In Doreen Reifegerste und Christian Sammer (eds.), *Gesundheitskommunikation und Geschichte: interdisziplinäre Perspektiven*. <https://doi.org/10.21241/ssoar.73679>.
- Salatowsky, S. und Stolberg, M. (2019). *Eine göttliche Kunst. Medizin und Krankheit in der Frühen Neuzeit*.
- Salatowsky, S. (2019). Wer heilt mich? Konzepte von Gesundheit und Krankheit in der Frühen Neuzeit. In Sascha Salatowsky und Michael Stolberg (eds.), *Eine göttliche Kunst. Medizin und Krankheit und der Frühen Neuzeit*, 13–23.
- Schipperges, H. (1991). Paracelsus (1494–1541). In Dietrich von Engelhardt und Fritz Hartmann (eds.), *Klassiker der Medizin. Erster Band. Von Hippokrates bis Christoph Wilhelm Hufeland*. C.H. Beck.
- Schlegelmilch, S. (2018). *Ärztliche Praxis und sozialer Raum im 17. Jahrhundert. Johannes Magirus (1615–1698)*. Böhlau.
- Schlegelmilch, S. (2019). Das Selbstbewusstsein der Chirurgen – Tobias Geigers Traktat *Discursus Medicus et Politicus* (1656). In Maricarla Gadebusch Bondio, Christian Kaiser und Manuel Förg (eds.), *Menschennatur in Zeiten des Umbruchs. Das Ideal des ‚politischen‘ Arztes in der Frühen Neuzeit*, 141–175. De Gruyter Oldenbourg.
- Steiger, A. (2005). *Medizinische Theologie. Christus Medicus und Theologia medicinalis bei Martin Luther und im Luthertum des Barock. Mit Edition dreier Quellentexte*. Brill.
- Stolberg, M. (2003). *Homo patiens. Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit*. Böhlau.
- Stolberg, M. (2007). Formen und Funktionen ärztlicher Fallberichte in der Frühen Neuzeit (1500–1800). In Johannes Süßmann, Susanne Scholz, Gisela Engel (eds.), *Fallstudien: Theorie – Geschichte – Methode*, 81–95. Trafo.
- Stolberg, M. (2009). *Die Harnschau. Eine Kultur- und Alltagsgeschichte*. Böhlau.
- Stolberg, M. (2021). *Gelehrte Medizin und ärztlicher Alltag in der Renaissance*. De Gruyter.
- Wilke, J. (2008). *Grundzüge der Medien- und Kommunikationsgeschichte*. Böhlau. Auflage 2.

#Covid, Sanitary Report und Pesttraktate: Gesundheitskommunikation in Pandemiezeiten von „Corona“ zurück bis ins Mittelalter

Doreen Reifegerste, Anna Wagner

Universität Bielefeld

Zusammenfassung

*(Globale) Pandemien stellen das Gesundheitshandeln und die Gesundheitskommunikation von Gesellschaften seit jeher vor enorme Herausforderungen. Obgleich sich Pandemien im Laufe der Geschichte stark unterschieden haben und sich in divergierenden historischen Kontexten ereigneten, so ähnelt sich dennoch der Umgang mit und die Kommunikation zu pandemischen Krisen zu unterschiedlichen historischen Zeitpunkten. In diesem Beitrag blicken wir auf die Gesundheitskommunikation rund um pandemische Krisen in verschiedenen Epochen und unterschiedlichen Medien- und Kommunikationslandschaften und fokussieren auf die historischen Gemeinsamkeiten der Pandemiekommunikation. Auf Basis einer inhaltlichen Strukturierung und in Anlehnung an die Lasswell-Formel arbeiten wir dabei die historischen Analogien der Pandemiekommunikation mit Blick auf die Kommunikator*innen, Medieninhalte, Medien- und Kommunikationskanäle, das Publikum sowie deren Medienwirkungen heraus und identifizieren spezifische überzeitliche Phänomene und Muster der pandemischen Kommunikation.*

Keywords: Pandemie; Gesundheitskommunikation; Medienwandel; Kommunikationsgeschichte; Gesundheitsinformationen

Summary

(Global) pandemics have always posed enormous challenges to societies' health actions and health communication. Although pandemics have varied greatly throughout history and have occurred in divergent historical contexts, the way pandemic crises have been handled and communicated at different historical stages is nevertheless similar. In this chapter, we look at health communication about pandemic crises in different eras and within different media and communication landscapes and focus on the historical commonalities of pandemic communication. On the basis of a content-based structuring and following Lasswell's formula, we delineate the historical analogies of pandemic communication with regard to communicators, media content, media and communication channels, the audience as well as media effects, and identify specific overarching phenomena and patterns of pandemic communication.

Keywords: pandemic; health communication; media change; communication history; health information

1 Einleitung

Pandemien bedeuten, dass sich Infektionskrankheiten global, eher plötzlich und unkontrolliert ausbreiten und die Gesundheit sehr vieler Menschen bedrohen. Infektionskrankheiten können dabei sehr unterschiedliche Verbreitungswege und Auswirkungen haben. Während die Pest im Mittelalter etwa 50 Millionen Menschen tötete und damit 30 bis 50 Prozent der Bevölkerung Europas (DeWitte, 2014), sind Stand April 2021 über 140 Millionen Menschen weltweit positiv auf SARS-CoV-2 getestet worden; mehr als 3 Millionen Menschen davon sind gestorben (World Health Organization, 2021). Ebenso waren die Cholera (im 19. Jahrhundert mit 1,5 Millionen Opfern), die Spanische Grippe (zu Beginn des 20. Jahrhundert mit über 50 Millionen Opfern), Ebola, HIV/AIDS, SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), MERS (Middle East Respiratory Syndrome) oder die Schweinegrippe (am Ende des 20. Jahrhunderts) Epidemien, die sich überregional verbreitet haben (CDC, 2019; DeWitte, 2014).

Obgleich diese Pandemien in unterschiedlichen historischen Epochen, unter unterschiedlichen Bedingungen und mit unterschiedlich gravierenden Folgen auftraten, erscheinen die Anforderungen an die Gesundheitskommunikation während einer pandemischen Krise über die Zeiten und Kommunikationstechnologien hinweg prinzipiell nicht unähnlich. Da es sich bei einer Pandemie um eine nur im Kollektiv zu bewältigende Krise handelt, ist eine Kommunikation, die zur Compliance der Gemeinschaft führt, von Seiten der Regierenden essentiell (Gozzi et al., 2020; Lu, 2014). Gleichzeitig ist die Bevölkerung in solchen Zeiten verunsichert. Es gibt somit einen hohen Bedarf an Informationen über die Bewältigung der pandemischen Infektionen bzw. Erkrankungen. Darüber hinaus existieren verschiedene Formen der interpersonalen und medialen Kommunikation rund um eine pandemische Krise.

In diesem Beitrag fokussieren wir auf die historischen Analogien und Gemeinsamkeiten der Kommunikation in Pandemiezeiten und blicken damit cursorisch auf die pandemische Gesundheitskommunikation in den verschiedenen Epochen und ganz unterschiedlichen Medienwelten. Wir vollziehen damit also eine kommunikationswissenschaftliche Rückschau, die von einem heutigen Blickwinkel in der Vergangenheit nach historischen Analogien sucht. Ziel ist es dabei explizit nicht, die Geschichte der Pandemie und der

pandemischen (Medien-)Kommunikation historisch-geografisch aufzuarbeiten und chronologisch korrekt darzustellen. Vielmehr sollen gezielt jene Aspekte herausgegriffen und detaillierter betrachtet werden, die aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive Konstanten der historischen (Medien-)Kommunikation identifizierbar machen und sich auch in der heutigen Pandemiekommunikation (teilweise) wiederfinden lassen. Hierzu orientiert sich unser Beitrag an dem 1948 veröffentlichte Vorschlag zur Segmentierung eines Kommunikationsprozesses von Harold Lasswell: *Wer sagt Was in welchem Kanal zu Wem mit welchem Effekt?*. Obgleich die Lasswell-Formel mit Blick auf gegenwärtige (digitale) Medienumgebungen kritisiert oder zumindest aktualisiert werden kann, sind ihre Segmente mit grundlegenden Fragen der Kommunikations- und Medienwissenschaft verknüpft und dienen auch heute noch zur Gliederung kommunikationswissenschaftlicher Forschungsgebiete: *Wer* (Kommunikatorforschung) sagt *Was* (Medieninhaltsforschung)? In welchem *Kanal* (Medienforschung)? Zu *Wem* (Publikums- bzw. Rezeptions- und Nutzungsforschung)? und mit welchem *Effekt* (Medienwirkungsforschung)?

Indem wir die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Zeiten und Pandemien auf der Basis einer inhaltlichen Strukturierung herausarbeiten, lassen sich kommunikationswissenschaftlich relevante Fragen und Untersuchungsansätze für die weitere Forschung auch mit Blick auf die aktuelle Pandemiekommunikation identifizieren. Der Beitrag sensibilisiert dabei nicht nur für historische Parallelen und kommunikative Kontinuitäten von Pandemien. Es lassen sich trotz der historisch höchst unterschiedlichen Kontexte aus ihm auch Implikationen für die Umsetzung aktueller Pandemie-kommunikation bzw. den Umgang mit (Medien-)Kommunikation rund um Pandemien im Allgemeinen ableiten.

2 Kommunikator*innen in Pandemiezeiten

Kommunikator*innen sind im engeren Sinne Personen, „die – in welcher Form auch immer – an der Produktion und Publikation von Medieninhalten beteiligt sind“ (Pürer, 2014, S. 110). Hierunter fallen nicht nur Journalist*innen, sondern auch Medienschaffende wie Rechercheur*innen, Drucker*innen, Webmaster*innen oder Lektor*innen sowie Public-Relations-Manager*innen von Organisationen, die an der Herstellung, Organisation und Verbreitung publizistischer Aussagen mitwirken. Zu Kommu-

nikator*innen zählen zudem Personen, die zwar keine professionellen Medienschaffenden sind, die sich aber dennoch verschiedener Kommunikationsmöglichkeiten bedienen, um ihre Aussagen in die Öffentlichkeit oder in Teilöffentlichkeiten zu transportieren. Dies sind z. B. Bürgerjournalist*innen, Blogger*innen, Wissenschaftler*innen und weitere Akteur*innen (Pürer, 2014). In Pandemiezeiten sind dies also all jene Personen oder Gruppen, die an der pandemiebezogenen publizistischen Aussagenproduktion zentral oder peripher mitwirken. Im Kontext dieses Beitrages lässt sich der Begriff der Kommunikator*innen entsprechend auch um Regierungsverantwortliche und Politiker*innen erweitern, die Medieninhalte zwar nicht selbst produzieren, aber zumindest teilweise für die strategische Pandemie-Kommunikation verantwortlich zeichnen (Chen et al., 2020; Hart et al., 2020).

Im Verlauf der Geschichte der Pandemien haben ganz unterschiedliche Stimmen die Gesundheitskommunikation zu pandemischen Krisen geprägt bzw. dominiert. Bereits bei der Pest tauchten verschiedene Autoritäten auf, die über die Ursachen und Präventionsmöglichkeiten der Seuche kommunizierten. Allen voran waren dies Ärzte, die die meisten Publikationen dazu beisteuerten. Allein in den ersten Jahren nach 1348 sind etwa 25 Pesttraktate von Ärzten überliefert (siehe dazu auch den Beitrag von Salatowsky in diesem Band), bis ins 18. Jahrhundert hinein wurden hunderte solcher Gesundheitsregimen (regimen sanitatis) veröffentlicht (Bergdolt, 2006). Ein anschauliches Beispiel stammt vom Arzt Thomas Reinesius, der in seinem Ratgeber zur Pest „Consilium pestis prophylacticum. Rath oder Bericht was bei Pestseuche zu thun und zu lassen sey“ (Reinesius, 1625, S.5) verschiedene Maßnahmen zur Prävention der Pest empfiehlt (Salatowsky, 2020).

Neben den Medizinem, beteiligten sich immer wieder auch kirchliche Vertreter an der Pandemie-kommunikation. So verfassten Kirchen-männer zahlreiche Pesttraktate, wie Konrad von Megenberg, ein Priester in Regensburg, der die sieben freien Künste in Paris studiert hatte und 1349 eine Abhandlung über die Zusammenhänge von Erdbeben und Pestepidemien verfasste (Bergdolt, 2006). Vorrangig wurde Gott für die Ausbreitung der Erkrankung verantwortlich gemacht. Dennoch informierten Stadtobergkeiten, Geistliche und Ärzte die Bevölkerung über Schutzmaßnahmen wie Kontaktbeschränkungen, da sie beobachtet hatten, dass Nähe zu den Pestkranken ein möglicher Ansteckungsfaktor

war. Obgleich kirchliche Instanzen in weitgehend säkularen Gesellschaften insgesamt an Einfluss verloren haben, zeigte sich auch in der Ebolaepidemie in Afrika im 21. Jhd., also 750 Jahre später, dass Kirchenvertreter noch immer wichtige Multiplikatoren für die Vermittlung und Verbreitung von Präventionsmaßnahmen sein können (Marshall, 2017). Auch wenn die Kirchenvertreter heute eine andere Rolle in ganz unterschiedlichen kulturellen Kontexten innehaben als jene im europäischen Mittelalter, so können sie doch beide als Autoritäten betrachtet werden, die von einer höheren Instanz legitimiert und an einer pandemischen Kommunikation beteiligt sind.

Zudem trugen Wissenschaftler*innen aus unterschiedlichen Berufszweigen dazu bei, dass Untersuchungen über die Ursachen für die Infektionskrankheiten an die Öffentlichkeit gelangten. So betonte der Beamte Edwin Chadwick 1842 in seinem „Report on the sanitary condition of the labouring population of Great Britain“, dass Cholera vor allem durch das mangelhafte Abwassersystem und somit strukturelle Probleme verursacht wurde (Hanley, 2002). Allerdings reagierten die publizistischen Medien nicht nur unterstützend auf seinen Bericht, sondern kritisierten seine (aus den Erkenntnissen abgeleiteten) Forderungen nach Verhältnisprävention. Die *Times* schrieb in einer Ausgabe: „We prefer to take our chance with cholera than be bullied into health. There is nothing a man hates so much as being cleansed against his will or having his floor swept, his hall whitewashed, his dung heaps cleared away and his thatch forced to give way to slate.“ (1854, o.S.). Zweifel an seinen Vermutungen äußerten zudem die Journalist*innen in der Zeitschrift *The Economist*. Dort stand zu lesen: "all the supposed causes of cholera [...], are still in existence, the disease has happily disappeared." (*The Economist*, 27.10.1842, S. 1190). Unter anderem aufgrund dieser Kritik der Medien verzögerte sich die (partielle) Umsetzung von Chadwick's Forderungen im Public Health Act noch bis 1848 (Fee & Brown, 2005).

Wie das genannte Beispiel zeigt, ist die Rolle von Journalist*innen in der pandemiebezogenen Kommunikation historisch betrachtet ambivalent gewesen. Immer wieder sind publizistische Medien und die dahinterstehenden Akteur*innen – oft auch politisch kontrolliert und zensuriert – als Leugner*innen oder Zweifelnde in Erscheinung getreten (Michels, 2010). Gleichzeitig fungierten sie immer wieder aber auch als kritische Stimmen im Diskurs. Springt man von der Mitte des 19.

Jahrhunderts in die Gegenwart, so fällt auf, dass Berichte von Medienschaffenden über soziale Missstände in Sammelunterkünften, baulichen Mängeln in Wohnkomplexen oder Arbeitsbedingungen in Tierproduktion, politische und strukturelle Präventionsmaßnahmen von COVID-19 durchaus anstoßen konnten (Ulrichs et al., 2020). Allerdings tragen dieselben Journalist*innen möglicherweise mit ihrer Berichterstattung auch zur Pandemiemüdigkeit bei, da sie zur Reichweitenoptimierung und Klickzahlerhöhung überzogen berichten und unbegründet Ängste schüren (Schäfer, 2020).

Die Rolle von staatlichen Behörden und Politiker*innen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlichen Ländern und Organisationen ist kommunikationswissenschaftlich ambivalent zu sehen. Der Einfluss staatlicher Institutionen kann die Verbreitung eines Virus auch negativ beeinflussen, nämlich dann, wenn eine solche Kommunikation ausbleibt, Panik schürt oder ganz allgemein misslingt. So reagierte zum Beispiel die Regierung von Guangdong in China auf den Ausbruch von SARS im März 2003 vor allem mit Verleugnung und Schweigen (Huang, 2013). Darüber hinaus führte die fragmentierte und schlechte Koordination der Provinzregierung dazu, dass es keine einheitliche Vorgehensweise gab, als die Epidemie ausbrach. Erst als die Krankheit im Mai 2003 Hong Kong erreichte, begannen Wissenschaftler*innen das Virus zu identifizieren und eine Impfung zu entwickeln (Hung, 2003). Aus der SARS-Krise hat die Chinesische Regierung somit gelernt, so konstatiert zumindest Huang (2013), dass entsprechende Ausbrüche nicht länger als Staatsgeheimnis betrachtet werden sollten (Vemula & Gavaravarapu, 2017). Allerdings wird in der aktuellen Corona-Pandemie deutlich, dass in China vor allem Bürgerjournalist*innen über die Ausbreitung des Virus berichteten. Diese erfahren zudem Repressalien für ihre Berichte auf YouTube, so dass eher von einem Bestreben nach Geheimhaltung ausgegangen werden kann (Shen, 2020).

Die problematischen Folgen des Verschweigens sind vergleichbar mit dem Ischgl-Vorfall zu Beginn der COVID-19-Pandemie, wo auch die Angst der Behörden vor Bekanntgabe der Infektionen dazu führte, dass sich das Virus ausbreiten konnte (Lorenz & Somavilla, 2020). Hingegen konnte ein letzter epidemischer Ausbruch der Pocken im Sauerland 1970 durch das schnelle Handeln der Behörden rasch eingedämmt werden (Thießen, 2017). Die beiden Ereignisse zeigen dabei auch, dass ein schnelles

Eingreifen und eine effiziente Kommunikation auch maßgeblich von den vorliegenden Erkenntnissen und Wissensbeständen zu Ansteckungswegen und Eindämmungsmaßnahmen abhängen: So konnten die Behörden im Falle der gut erforschten Pockenerkrankung sehr viel evidenzbasierter agieren und kommunizieren als im Falle der COVID-19 Pandemie, bei der zu Beginn weder entsprechendes Wissen zu Übertragungs- und Präventionsmaßnahmen vorlag noch weiterreichende Maßnahmen wie Impfungen möglich waren.

Gleichzeitig kann aber auch das Misstrauen gegenüber Autoritäten und die daraus entstehende Verbreitung von Fehlinformationen ein wichtiger Grund für eine sich fortsetzende Ausbreitung von Erkrankungen sein. So glaubten viele Menschen im Kongo, dass Ebola eine Verschwörung sei, mit der andere Länder das kongolesische Volk auslöschen wollen und sie vergiftet würden. Sie misstrauten den öffentlichen Behörden und hielten sich nicht an deren Empfehlungen, so dass sich das Virus vermehrt ausbreiten konnte (Conniff & Reineberger, 2020). Ein Effekt, der sich in ähnlicher Weise auch im Anschluss an die Querdenken-Demonstrationen in Deutschland im Herbst 2020 zeigte, wo das Virus verstärkt in Regionen mit Teilnehmenden der Demonstrationen ausbrach, die sich somit als Superspreading-Events entpuppten (Lange & Monscheuer, 2021).

Letztlich ist die Frage der Kommunikator*innen in der Pandemiekommunikation somit auch eine Diskussion darüber, welche Stimmen im Diskurs über Pandemien auftauchen und welche nicht und wie welche Stimmen dabei legitimiert und welche diskreditiert werden. So kann man im Zeitverlauf beobachten, dass Kirchenvertreter immer seltener und Wissenschaftler*innen immer stärker am Diskurs beteiligt werden. Dennoch existieren heutzutage nicht nur politische oder wissenschaftliche, sondern auch mediale Ein- und Ausschlusslogiken. Beispielsweise werden Frauen zwar zunehmend als Expertinnen angehört, waren aber im Corona-Diskurs immer noch seltener vertreten als Männer (Prommer & Stüwe, 2020).

Die COVID-19 Pandemie macht aber auch einmal mehr deutlich, dass es gerade in der Krisenkommunikation und bei geteilter Verantwortung für die verschiedenen Maßnahmen einer klaren, d. h. abgestimmten und nachvollziehbaren, Kommunikation bedarf. So fordert das Kompetenznetz Public Health zu COVID-19 von den politisch Verantwortlichen: „ein

gemeinsames, wissenschaftlich begründetes Vorgehen der Bundesländer zu COVID-19, bei dem die Maßnahmen zum Infektionsschutz immer wieder nachvollziehbar gegen deren Folgeschäden abgewogen werden“ sowie „eine transparente Begründung von regional unterschiedlichen Vorgehensweisen, um dem Eindruck von Beliebigkeit entgegenzuwirken und die hohe Motivation der Bürgerinnen und Bürgern zu unterstützen.“ (Kompetenznetz Public Health COVID-19, 2020)

Dies macht einmal mehr deutlich, dass es nicht reicht Kranke zu behandeln oder die Ursachen der Krankheit zu ermitteln, sondern dass auch die Kommunikation darüber und die Schulung des medizinischen Personals wesentliche Komponenten einer Präventionsstrategie für Pandemien sind (Conniff & Reineberger, 2020). Gleichzeitig gestaltet sich die staatliche Pandemiekommunikation im vielstimmigen gesellschaftlichen Diskurs in Zeiten der Digitalisierung und angesichts des rezenten Öffentlichkeits- und Medienwandel herausfordernd – nicht zuletzt, da sich, wie später noch ausgeführt wird, die Mediennutzung der Bürger*innen in besonderem Maße ausdifferenziert und individualisiert hat.

3 Medieninhalte

Neben den Kommunikator*innen sind die jeweils produzierten (und manchmal konkurrierenden) Inhalte und Botschaften sowie deren Form und Gestaltung im Laufe der Pandemiegeschichte von besonderer Bedeutung gewesen. Je nach verfügbaren Kommunikationstechnologien und Produktionsmöglichkeiten zirkulierten in den verschiedenen Epochen eine Vielzahl an pandemiebezogenen Medieninhalten aus den unterschiedlichsten Quellen und von unterschiedlichen Akteur*innen und Kommunikator*innen produziert und verbreitet. Hierzu gehören u. a. medizinische Bücher, Ratgeber, Handreichungen, Broschüren bis hin zum Rundfunk, Internetseiten und Sozialen Medien. Bei diesen Inhalten handelt es sich zuvorderst um jene, die auf die Gefahren und Risiken der Pandemie hinweisen, sowie Handlungsanweisungen und Gegenmaßnahmen aufzeigen (Taha et al., 2013). Bei Infektionskrankheiten sind dies die Verbreitungswege und spezifischen Betroffenengruppen sowie die daraus resultierenden Schutzmaßnahmen als Präventions- und Handlungsmöglichkeiten. In Bezug auf die Erkrankten sind zusätzlich Symptome und Behandlung prominent in Medieninhalten dargestellt, wobei sich das Wissen um diese im Verlauf der Pandemiegeschichte und der

medizinischen Forschung wesentlich verändert hat – und selten unkontrovers war/ist.

Frühe Beispiele für Medieninhalte, die Risiken und Schutzmaßnahmen nach damaligem Wissensstand aufzeigten und in der Verbreitung von Informationen und der Anwendung von Gegenmaßnahmen durchaus Einfluss nehmen konnten, finden sich zu Zeiten der Pest. Eine Inhaltsanalyse der (von den damaligen Medizinern veröffentlichten) Pesttraktate zeigt, dass die Pest vor allem „humoral-pathologisch“ erklärt wurde. Megenberg beschrieb, dass die Krankheit von der verunreinigten Luft sowie der Demoralisierung verursacht werde (Bergdolt, 2006). Dementsprechend ist die Pest in der Bibel auch als eine der zehn Plagen aufgeführt, die Gott gesandt hatte, um die Ägypter*innen zu bestrafen. Daneben bestand als Erklärungsansatz auch die Miasmentheorie aus der Antike, die bis ins 18. Jahrhundert an den Universitäten gelehrt wurde. Das holistische und durch die antiken Autoritäten geadelte Modell ging davon aus, dass die Disbalance innerhalb des Körpers – bspw. ein Überschuss an Hitze und Feuchtigkeit – und von Körper und Umwelt eine Gefahr für die Gesundheit bedeutete und bspw. innere Fäulnis auslöse (Bergdolt, 2006).

Dieser Erklärungsansatz findet sich auch für Ruhr und Typhus in den „Observations on the diseases of the Army“ von 1752 von John Pringle, einem britischen Arzt, der gleichzeitig Dozent für Moral- und Naturphilosophie war. Sein Buch wurde auch als Hygieneevangelium bezeichnet und war in der gesamten britischen Armee verbreitet. Aufgrund einer holistischen Krankheitsätiologie forderte er, beim Militär Latrinen, gut belüftete Quartiere und Feldlager mit ausreichend Abstand zwischen Patienten einzurichten, die vom Hospital zu trennen seien. Die entsprechenden Maßnahmen wurden nach ihrer erfolgreichen Anwendung beim Militär auch für die öffentliche Gesundheit in den Städten angewendet (Conniff & Reineberger, 2020).

Ein weiteres Beispiel für Empfehlungen von Präventionsmaßnahmen ist das Pestratgeberbuch von Reinesius (1625). Er führt sowohl interne Vergiftung als auch externe Infektion als möglichen Ursachen an (Reinesius 1625). Da schon bekannt war, dass die Krankheit durch Kontakt mit Personen und Gegenständen übertragen wird, war die Quarantäne eine seit dem 14. Jahrhundert in den verschiedenen Medienformaten empfohlene Präventionsmaßnahme. Um die innere Vergiftung zu behandeln, empfahl

Reinesius (1625) die üblichen Behandlungsmethoden der Zeit. Diese waren: die vollkommene Entleerung und Reinigung des Leibes, abführende Mittel, Erbrechen, Aderlass und Schwitzen – Maßnahmen, um die Balance der Säfte wiederherzustellen. Entsprechend sollte dazu auch die Maßhaltung des Lebens kommen. Als dritter Punkt wurde die Behandlung mit natürlichen Heilkräutern beschrieben, die durchaus in der Lage seien, dem Gift der Seuche Einhalt zu gebieten (Salatowsky, 2020).

Pandemiebekämpfung hatte und hat viel mit kommunikativ hergestellten Problemwahrnehmungen, zirkulierenden Handlungsoptionen und Entscheidungen unter Unsicherheiten zu tun. Auch in der Corona-Pandemie fanden sich zahlreiche spekulative und desinformierende Aussagen. Beispielhaft für derartige Medieninhalte seien die „Fake News“ von Trump, Impfgegner*innen und Corona-Leugner*innen genannt, die für die Entstehung des Virus verschiedene Entitäten (wie Bill Gates, die Chinesische Regierung, etc.) verantwortlich machen oder Präventionsmaßnahmen ablehnen. Eine weitere Form der Ursachenspekulation ist die Verantwortungszuschreibung für die Verbreitung an bestimmte Bevölkerungsgruppen – das sogenannte Oothering. Bei der Pest waren dies Juden (Bergdolt, 2006). Allerdings erkennt bereits Megendorf, dass es sich hierbei um einen falschen Vorwurf handelte, da es eher unwahrscheinlich war, dass die jüdische Bevölkerung sich selbst vergiftete (Conniff & Reineberger, 2020). Ähnliche Muster lassen sich auch bei der Darstellung von AIDS finden, die im Westen der 80er Jahre hauptsächlich als Problem sexuell „devianter“ Bevölkerungsgruppen attribuiert wurden und in Folge zu deren Ausgrenzung und Stigmatisierung führte, während die Sowjetunion die Verantwortung für die Verbreitung der USA zuschrieb (Selvage & Nehring, 2020).

An Botschaftsstrategien finden sich vor allem Furcht- und Ekelappelle (Hastall, 2010), um vor den negativen Auswirkungen der Infektionskrankheiten zu warnen. So beschrieb etwa Edward Chadwick in seinem Sanitary Report zu den Choleraursachen detailliert (ekel- und furchterregend) die katastrophalen hygienischen Zustände in den Arbeiterwohnungen in England im 17. Jahrhundert. Er beschrieb etwa „stagnant puddles here and there, with their foetid exhalations, causeways broken and dangerous, ash-places choked up with filth, and excrementitious deposits on all sides“ (S.123). Furcht und Ekel in Medieninhalten scheinen damit zum einen wichtig für

die Aktivierung der Bevölkerung, aber auch wesentliche Impulsgeber für politische und strukturelle Maßnahmen. Dass Letzteres immer noch relevant ist, zeigen nicht nur die beschriebenen Umstände in der Tierproduktion in Deutschland, sondern auch die Infrastruktur in Haiti oder in den Mega Cities in Asien, Afrika oder Lateinamerika, wo etwa das schlechte Abwassersystem und das durch Fäkalien verunreinigte Trinkwasser wesentliche Gründe für die Verbreitung der Cholera sind.

Gleichzeitig wurden auch Statistiken zur Generierung von Evidenzstärke (Kessler, 2016) und Fallbeispiele zur Erhöhung der Identifikation mit den Betroffenen (Peter, 2019) eingesetzt. So verwendete Chadwick in der Gesundheitsberichterstattung Bevölkerungsdaten über die Krankheitsverbreitung in verschiedenen Regionen und Stadtteilen und setzte diese mit Karten über die Wasserversorgung und -entsorgung in Verbindung. Mit dieser Form der medizinischen Topografie zeigte er die Zusammenhänge zwischen Krankheit und Lebensumständen auf und konnte damit die Verbreitungswege der Cholera anschaulich demonstrieren. Letztlich zeigt sich in allen Pandemiemedieninhalten, dass die Verständlichkeit der Botschaften einen hohen Stellenwert hat. Mitunter ist dafür auch der Einsatz von visueller Kommunikation notwendig, insbesondere dann, wenn die Bevölkerung nicht lesen kann (Salatowsky, 2020). Diese können auch zur anschaulichen – und damit auch Erklärungen und Handlungsanweisungen insinuerenden – Vermittlung der Folgen von Erkrankungen eingesetzt werden (Reifegerste & Kessler, 2021).

4 Medien- und Kommunikationskanäle

Informationen zu Pandemien und effektiven Gegenmaßnahmen, Meinungen und Appelle wurden von verschiedenen Kommunikator*innen durch die pandemische Geschichte hindurch über ganz verschiedene Kanäle verbreitet. Ausgerichtet war diese Kommunikation in der Regel an den zur jeweiligen Zeit etablierten und gängigen Kommunikationswegen und Medien(technologien). So wurden zumeist die Kanäle gewählt, die große Teile der Bevölkerung möglichst schnell und effizient erreichen und im Idealfall auch von bestimmten (Nicht-)Handlungen überzeugen würden (Gozzi et al., 2020). Insbesondere Regierungsverantwortliche und andere politische Akteure sind und waren zur Eindämmung der Pandemien darauf angewiesen, jene Kommunikationswege zu bespielen, die es erlaubten, Informationen schnellstmöglich zu transportieren. Zu Zeiten des

Schwarzen Todes stellten mündliche Kommunikationswege, Briefe und Printerzeugnisse wie die erwähnten Pestbücher, die effizientesten Informationskanäle dar. Ein frühes Beispiel für die Informationsdissemination zu einer Pandemie vermittelt medialer Kanäle beschreibt Georg Modestin (2016) für die Zeiten der Pest um das Jahr 1348 herum: So fungierte beispielsweise die Stadt Straßburg „als überregionales Nachrichtenzentrum (...), das gerade in Krisenzeiten eine weitgespannte Kommunikationstätigkeit entwickelte“ (S. 290) und mittels zahlreicher Briefe und Missive (d. h. offizieller Schreiben) Erkundigungen über pandemische Entwicklungen einholte und versandte. Medien der interpersonalen Kommunikation prägten den pandemiebezogenen Informationsfluss im Mittelalter.

Im Laufe der Geschichte der Pandemien wurden diese interpersonalen Kommunikationswege weniger zentral für die Dissemination von Informationen; stattdessen etablierten sich zunehmend regionale und überregionale Massenmedien, beginnend mit Zeitungen, später auch Radio, Fernsehen und schließlich das Internet als dominante Informationsquellen. Die jeweils "neuen" Kommunikations- und Medienkanäle ersetzen die jeweils "alten" jedoch nicht. Mit der Ausdifferenzierung von Medienlandschaften im historischen Verlauf kamen vielmehr neue Informationsquellen und Kommunikationskanäle hinzu und verschoben Nutzung sowie Zuschreibungen von Effizienz. Im 19. und frühen 20. Jahrhundert waren Zeitungen die dominierenden massenmedialen Kommunikationswege, in denen auch divergierende Ansichten zu Pandemien geäußert wurden. So wurde in den 1830er Jahren beispielsweise in der Zeitungsberichterstattung zur Cholera bereits über die Sinnhaftigkeit von Maßnahmen der Eindämmung wie z. B. der Quarantäne debattiert (Knöll, 2016).

Während der Spanischen Grippe (1918ff.) spielte die massenmediale Öffentlichkeit bei der Informationsvermittlung insbesondere in Form von Zeitungen eine noch größere Rolle. Hierbei kursierten zunächst gegenteilige Mitteilungen, die entweder über eine rätselhafte Erkrankung spekulierten oder die Spanische Grippe als Influenza erklärten; später – aber immer noch in der Anfangsphase der Pandemie 1918 – hielten sich die der Zensur unterliegenden Zeitungen unisono an die Vorgaben des Reichsgesundheitsrats, von einer vergleichsweise harmlosen Influenza zu berichten, um Beunruhigung in der Bevölkerung zu vermeiden (Michels, 2010), bevor schließlich die Realität der

vielen Toten auch die in den Zeitungen vorherrschenden Verharmlosungen verdrängten. Obgleich sich im Laufe der Pandemiegeschichte andere Massenmedien (wie Radio und Fernsehen) zu den Zeitungen hinzugesellten und sich die Zeitungslandschaft selbst entscheidend transformierte, sind Zeitungen und Zeitschriften auch heute noch für die Verbreitung pandemiebezogener Informationen relevant und nach wie vor von kommunikationswissenschaftlichem Interesse bei der Erforschung der Informationsweitergabe während Pandemien (siehe z. B. die Analyse von Nwakpu et al. 2020 zur Berichterstattung über die COVID-19 Pandemie in Nigeria).

Im Zuge der fortschreitenden Mediatisierung und Digitalisierung, also der zunehmenden Durchdringung von Gesellschaften mit (digitaler) Medienkommunikation (siehe Birkner 2019 für einen Überblick), und dem damit einhergehenden Öffentlichkeitswandel sind im 21. Jahrhundert nicht nur weitere Kommunikationskanäle und vielfältige Informationsquellen hinzugekommen. Es haben sich damit auch die Bedingungen der Pandemiekommunikation grundlegend transformiert. Hierfür entscheidend ist auch die weiter unten noch näher erläuterte, individualisierte Mediennutzung der Bürger*innen, die sich in einer regelrechten Informationsflut – u. a. im Kontext der COVID-19 Pandemie auch als „infodemic“ (World Health Organization, 2021) bezeichnet – zurechtfinden müssen. Neben den traditionellen Massenmedien wie Zeitungen, Radio oder Fernsehen sind in modernen Pandemien Soziale Medien zentrale Kanäle der Kommunikation. Obgleich insbesondere Soziale Medien und die dort besonders präsenten Alternativmedien in Zusammenhang mit „Fake News“ und pandemischen Verschwörungstheorien gebracht werden (Allington et al., 2020), zeigt die Pandemiegeschichte, dass dieses Phänomen historische Analogien hat (Wagner und Reifegerste, im Druck).

Neben medialen Verbreitungswegen fungierten in der Geschichte der Pandemie immer auch zentrale Personen in formell oder informell verantwortlichen Positionen als Informationsquellen und Multiplikator*innen. Die interpersonale Kommunikation rund um pandemische Ereignisse, die mündliche Weitergabe von Informationen sowie die Mund-zu-Mund-Propaganda sind und waren bedeutende Faktoren und Kommunikationskanäle bei der Dissemination von Informationen, aber auch bei deren (nachträglicher) Einordnung und Bewertung. Hierzu

gehört auch die interpersonale Kommunikation über Medieninhalte, die verschiedenste Themen und Outcomes zur Folge haben können, wie unsere eigene Studie während der COVID-19 Pandemie illustriert (Wagner & Reifegerste, 2021). Dies wird beispielsweise auch in einer weiteren Studie deutlich, die sich mit dem Einfluss religiöser Anführer*innen auf hygienekonforme Beerdigungspraktiken während des Ebola-Ausbruchs in Sierra Leone in den Jahren 2014 bis 2016 befasste (Lyons et al., 2020).

5 Publikum

In einer pandemischen Krise ist eine schnelle Reaktion auf die Ausbreitung einer Krankheit gefordert, um schlimmere Entwicklungen abzuwenden. Entsprechend ist, wie mehrfach erwähnt, ein schneller Informationsfluss sowie eine Sensibilisierung und Aktivierung möglichst der ganzen Bevölkerung entscheidend für die Bewältigung der Pandemie (Gozzi et al., 2020; Lu, 2014). Hierzu gehört es auch, insbesondere zu Beginn einer Pandemie, die Risikowahrnehmung in der gesamten Bevölkerung zu steigern und ein angemessenes Level an Furcht zu evozieren (Wagner & Reifegerste, im Druck). Obgleich möglichst alle Bürger*innen erreicht werden sollen, gibt und gab es in der Pandemie-Kommunikation keine One-Size-Fits-All Lösung. Vielmehr mussten und müssen, wie auch aus anderen Bereichen der Gesundheitskommunikation bekannt (Reifegerste, 2012), zielgruppenspezifische Ansprachen erfolgen. Während Kommunikator*innen, Inhalte und Kommunikationskanäle von Pandemien in der historischen Betrachtung größere Aufmerksamkeit erlangt haben, ist über das Publikum weniger bekannt. Dies gilt für die historische Beschäftigung mit dem Publikum als Ganzes (Birkner et al., 2020) und ist im Falle der Pandemie mutmaßlich auch auf das Fehlen historischer Quellen zur alltäglichen Kommunikation und Rezeption zurückzuführen.

Es finden sich aber sehr vereinzelt Hinweise auf eine zielgruppenspezifische Ansprache bzw. spezifische Informationsflüsse in der Bevölkerung. So war es beispielsweise zu Zeiten der Pest von besonderer Bedeutung, durch Visualisierungen auch jene Bürger*innen notwendige Informationen zu vermitteln, die des Lesens nicht mächtig waren (Salatowsky, 2020). Darüber hinaus ist herausgearbeitet worden, dass u. a. im Mittelalter pandemiebezogene Informationen mittels „Hörensagen“ (Modestin, 2016, S. 292) verbreitet wurden und damit die Nähe zu Informations-Multiplikatoren bzw. informierten

Akteuren entscheidend dafür war, wer wie gut informiert war (siehe dazu auch den Beitrag von Salatowsky in diesem Band).

Mit der nachhaltigen Etablierung von Massenmedien ist die Mediennutzung der Zielgruppen in den Vordergrund der Pandemiekommunikation gerückt. So sind als Begleiterscheinung des jüngsten (digitalen) Medienwandels die Medienrepertoires der Bürger*innen in nie dagewesenem Maße als individualisiert beschrieben worden. Wie die Mediennutzung findet entsprechend auch die Zuwendung zu pandemiebezogenen Inhalten individuell, crossmedial und als Ergebnis eines mehr oder weniger zielgerichteten Auswahlprozesses statt. Angesichts der zahllosen Medienangebote steht die zentrale, (über-)staatliche Pandemiekommunikation vor Herausforderungen, wenn es gilt, die breite Bevölkerung zu erreichen. Zentral ist es in der sogenannten „high choice media environment“ (Prior, 2005) dabei, die Aufmerksamkeit der Rezipient*innen für die Informationen zu erregen, damit diese unter einer Vielzahl von konkurrierenden Inhalten überhaupt wahrgenommen werden. Obgleich der*die Einzelne mit einer Vielzahl von Inhalten rund um Pandemien konfrontiert ist, zeigt sich auch, dass das Publikum in Zeiten der Krise und Unsicherheit aber durchaus auf traditionelle Massenmedien und etablierte "Qualitätsmedien" zurückgreift. Dies belegen Befunde zur ersten COVID-19 Welle zwischen März und Juni 2020, die zeigen, dass die Mehrheit der deutschen Bevölkerung pandemiebezogene Informationen in Massenmedien suchten (Betsch et al., 2020; Viehmann, et al., 2020).

Wie das Publikum schließlich mit den vorgefundenen (Medien-)Inhalten umgeht bzw. welche Schlüsse es aus diesen zieht, ist entscheidend für die Bewältigung von Pandemien. Dabei zeigt sich historisch wie heute, dass unterschiedliche Personengruppen verschieden auf Medieninhalte zu Pandemien reagieren und mit der damit verbundenen Furcht unterschiedlich adaptiv umgehen. In der Forschung zu (post)modernen Pandemien hat sich gezeigt, dass das Maß an Furcht, das bezüglich der Pandemie empfunden wird, und damit die Reaktionen auf die Pandemie-kommunikation, von bestimmten Persönlichkeitseigenschaften abhängt. So neigen einige Personen besonders zur Informations-vermeidung als Strategie, um mit einem Überfluss an furcht-evozierenden Inhalte umzugehen (Case et al., 2005). Zudem ist die Mediennutzung ein entscheidender Prädiktor für die Reaktionen auf die jüngste Pandemie. So konnte für

den Fall der COVID-19 Pandemie gezeigt werden, dass Mediennutzer*innen, die sich vorrangig aus Sozialen Medien informieren, vermehrt unter erhöhter Furcht und sogar Angststörungen und Depressionen litten (Bendau et al., 2020).

6 Medienwirkungen

Wie Medieninhalte bzw. publizierte Aussagen zur Pandemie und zu geeigneten Gegenmaßnahmen wirken, ist der relevanteste Aspekt im Kommunikationsprozess, wenn man sich für die Rolle von Kommunikation bei der Entwicklung, Eindämmung oder Befeurung von Pandemien interessiert. Um diese Wirkungen mit Blick auf die Geschichte der Pandemien zu beschreiben, haben wir im Kontext der Furcht in Pandemien an anderer Stelle zwischen adaptiven und maladaptiven Wirkungen unterschieden (Wagner & Reifegerste, im Druck). Adaptive Wirkungen sind jene, die zur Bekämpfung und Eindämmung von Pandemien beitragen, während maladaptive Wirkungen dadurch gekennzeichnet sind, dass sie kontraproduktiv bei der Pandemieprävention sind, etwa weil sie vom Ergreifen der Gegenmaßnahmen abbringen oder destruktive Konsequenzen für das gesellschaftliche Miteinander mit sich bringen.

Adaptive Wirkungen von (Medien-)Kommunikation sind dann zu beobachten, wenn es gelingt, Informationen verständlich zu vermitteln und über Präventionsmaßnahmen aufzuklären (Lu, 2014). Als Beispiel für adaptive Wirkungen sind neben vielen anderen die Folgen der Regierungskommunikation des Vereinigten Königreichs zur H1N1 Pandemie im Mai 2009 zu nennen, die durch die Aussendung von Informationsbroschüren schnell und erfolgreich über zu ergreifende Schutzmaßnahmen informierte (Rubin et al., 2010). Auch das beschriebene Beispiel des letzten Pockenausbruchs im Sauerland 1970 zeigt, welche positiven Wirkungen schnelle und besonnene Kommunikation der Behörden haben kann (Thießen, 2017).

Maladaptive Wirkungen der Pandemiekommunikation ziehen sich aber ebenfalls durch die Geschichte der pandemischen Krisen. Sie bestehen auf gesellschaftlicher wie individueller Ebene aus der Verschleppung wirksamer Maßnahmen durch deren Infragestellen bzw. das Anzweifeln der Pandemie als Ganzes – oder aber durch das, wie im Falle der SARS-Pandemie in China, vorherrschende Schweigen und Vertuschen. Zu diesem Teilaspekt gehören die bereits

genannten Beispiele des von diversen Zeitungen betriebenen Anzweifeln von Maßnahmen wie der Quarantäne in den 1830er und 1840er Jahren während eines Cholera-Ausbruchs, die Verzögerung der von Chadwick erhobenen Forderungen oder die Leugnung und Verharmlosung der Spanischen Grippe durch deutsche Medien.

In all diesen Fällen hatte die Berichterstattung nachweislich zur Folge, dass die sich ausbreitende Krankheit nicht frühzeitig bekämpft werden konnte. Andererseits hat eine Dramatisierung der Lage, sensationalistische Berichterstattung und damit das Schüren von Panik immer wieder auch zu Überreaktionen der Bevölkerung geführt. Dies war beispielsweise zu Beginn der HIV/AIDS-Pandemie in den 1980er Jahren der Fall, die in den Massenmedien als über die Maßen dramatisch und verheerend dargestellt wurde (Altheide, 1997) und damit Unsicherheit in der Bevölkerung hervorrief. Damit verbunden haben Medien und pandemiebezogene Inhalte auch immer wieder zur Verbreitung von Verschwörungstheorien beigetragen, die zu Gewaltausbrüchen und Massenansammlungen führten. Als ein Beispiel sind hier die Liverpooler Straßenaufstände aus dem Jahr 1832 als Reaktion auf Verschwörungstheorien zur Cholera-Pandemien zu nennen, im Rahmen derer Ärzt*innen für den Ausbruch der Pandemie verantwortlich gemacht und attackiert wurden (Gill et al., 2001). Darüber hinaus führten Verschwörungstheorien und die Suche nach einem Sündenbock, wie sie von politischen Akteur*innen und Medien gleichermaßen verschiedentlich betrieben worden sind, immer wieder zur Diskriminierung, Ausgrenzung und zu Hetze gegen Minderheiten. So wie die Juden beschuldigt wurden, sie hätten absichtlich Brunnen vergiftet und so die Pandemie ausgelöst (Cohn, 2012), wurden während der H1N1-Pandemie Mexikaner*innen und Latinos in den USA als Träger*innen des Virus diskreditiert (McCauley et al., 2013); und in der westlichen Welt wurde insbesondere in den Anfängen der COVID-19-Pandemie durch spezifische Framings insinuiert, Asiat*innen hätten das "Chinesische Virus" eingeschleppt (Devakumar et al., 2020). Diese Verschwörungstheorien wurden insbesondere in Sozialen Medien und Alternativmedien befeuert und wirkten entsprechend auch auf deren Nutzer*innen besonders intensiv (Allington et al., 2020).

Ob verschiedene Formen der (medialen) Kommunikation adaptive und maladaptive Folgen hervorbringen, lässt sich nicht von vornherein

voraussagen und ist von vielen Faktoren abhängig. So können zum Beispiel grundsätzlich recht ähnliche Inhalte, die sich nur in ihrem Framing oder der Kommunikator*in unterscheiden, mit ganz unterschiedlichen Wirkungen verbunden sein (Gozzi et al., 2020). Gleichzeitig können sogar dieselben pandemiebezogenen Inhalte bei unterschiedlichen Personen(gruppen) verschiedene Wirkungen hervorrufen und unterschiedliche Implikation für den Umgang dieser Menschen mit den alltäglichen Herausforderungen der Pandemie haben. Als Faustregel kann auf individueller Ebene aber festgehalten werden, dass im Sinne der Furchtappelltheorien ein ausbalanciertes Level an Furcht und Handlungsempfehlung sinnvoll wäre (Witte, 1992), die für die Gefahren der Pandemie sensibilisiert, aber auch effektive Gegenstrategien aufzeigt.

7 Fazit

Obleich Pandemien unterschiedlichster Tragweite zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Historie grassierten, lassen sich doch einige historische Parallelen in der Gesundheitskommunikation von Pesttraktaten über Hygieneberichte (wie dem Sanitary Report) bis hin zu Covidnachrichten in Sozialen Medien identifizieren. In diesem Beitrag haben wir versucht, diese aufzuzeigen, indem wir Schlaglichter auf die Kommunikator*innen, die Medieninhalte, die Kommunikations- und Medienkanäle, das Publikum sowie die Medienwirkungen in der Pandemiegeschichte von der Pest bis zu COVID-19 geworfen haben. Besonderheiten ergaben sich natürlich jeweils aus den jeweiligen gesellschaftlichen und medientechnologischen Entwicklungen oder den spezifischen Merkmalen der Infektionskrankheiten. Diese Spezifika betreffen etwa die Verbreitungswege, typische Betroffene, den Verlauf einer Pandemie oder die Mortalitätsraten. Aber Phänomene wie zögernde Behörden, die zentrale Rolle von Autoritäten, die Gefahr von Falschnachrichten und Verschwörungstheorien sind vielleicht häufiger und relevanter als die Kommunikationsmanager*innen in akuten Krisen wahrnehmen. Zudem entstehen viele Kommunikationshandlungen aus dem Spannungsfeld von Furcht und gesellschaftlichem Zusammenhalt heraus. Vielleicht kann die Wahrnehmung dieser Parallelen und ihrer Zusammenhänge dabei helfen Strategien zu entwickeln, die nicht nur adaptive Wirkungen stärken, sondern auch maladaptiven Wirkungen der Kommunikation in Pandemiezeiten vorbeugen.

Literaturverzeichnis

- Allington, D., Duffy, B., Wessely, S., Dhavan, N., & Rubin, J. (2020). Health-protective behaviour, social media usage and conspiracy belief during the COVID-19 public health emergency. *Psychological Medicine*, 1–7. <https://doi.org/10.1017/S003329172000224X>
- Altheide, D. L. (1997). The News Media, the Problem Frame, and the Production of Fear. *The Sociological Quarterly*, 38(4), 647–668.
- Bendau, A., Petzold, M. B., Pyrkosch, L., Mascarell Maricic, L., Betzler, F., Rogoll, J., Große, J., Ströhle, A., & Plag, J. (2020). Associations between COVID-19 related media consumption and symptoms of anxiety, depression and COVID-19 related fear in the general population in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01171-6>
- Bergdolt, K. (2006). *Die Pest: Geschichte des schwarzen Todes*. CH Beck.
- Betsch, C., Korn, L., Felgendreff, L., Eitze, S., Schmid, P., Sprengholz, P., Wieler, L., Schmich, P., Stollorz, V., Ramharter, M., Bosnjak, M., Omer, S. B., Thaiss, H., Bock, F. de, Rüden, U. von, Lämmlein, G., & Ahrens, P. A. (2020). *German COVID-19 Snapshot Monitoring* (COSMO). <https://doi.org/10.23668/PSYCHARCHIVES.2875>
- Birkner, T. (2019). *Medialisierung und Mediatisierung* (2. Aufl.). Nomos.
- Birkner, T., Merziger, P., & Schwarzenegger, C. (2020). *Historische Medienwirkungsforschung. Ansätze, Methoden und Quellen*. Halem Verlag.
- Case, D. O., Andrews, J. E., Johnson, J. D., & Allard, S. L. (2005). Avoiding versus seeking: The relationship of information seeking to avoidance, blunting, coping, dissonance, and related concepts. *Journal of the Medical Library Association*, 93(3), 353–362.
- CDC Centers for Disease Control and Prevention (2019). *1918 Pandemic (H1N1 virus)*. <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-pandemic-h1n1.html>

- Chen, Q., Min, C., Zhang, W., Wang, G., Ma, X., & Evans, R. (2020). Unpacking the black box: How to promote citizen engagement through government social media during the COVID-19 crisis. *Computers in Human Behavior*, 110, Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106380>
- Cohn, S. K. (2012). Pandemics: Waves of disease, waves of hate from the Plague of Athens to A.I.D.S. *Historical Journal (Cambridge, England)*, 85(230), 535–555.
- Conniff, R., & Reineberger, S. (2020). Pandemien und was sie uns lehren. *National Geographic*(8), 41–77.
- Devakumar, D., Shannon, G., Bhopal, S. S., & Abubakar, I. (2020). Racism and discrimination in COVID-19 responses. *The Lancet*, 395(10231), 1194. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30792-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30792-3)
- DeWitte, S. N. (2014). Mortality risk and survival in the aftermath of the medieval Black Death. *PLoS ONE*, 9(5), e96513. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096513>
- Falade, B. A., & Coultas, C. J. (2017). Scientific and non-scientific information in the uptake of health information: The case of Ebola. *South African Journal of Science*, 113(7/8).
- Fee, E., & Brown, T. M. (2005). The public health act of 1848. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 866–867.
- Gill, G., Burrell, S., & Brown, J. (2001). Fear and frustration—the Liverpool cholera riots of 1832. *The Lancet*, 358(9277), 233–237.
- Gozzi, N., Tizzani, M., Starnini, M., Ciulla, F., Paolotti, D., Panisson, A., & Perra, N. (2020). Collective response to the media coverage of the COVID-19 pandemic on Reddit and Wikipedia: Mixed-methods analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(10), e21597.
- Hanley, J. (2002). Edwin Chadwick and the Poverty of Statistics. *Medical History*, 46, 21–40.
- Hart, P. S., Chinn, S., & Soroka, S. (2020). Politicization and Polarization in COVID-19 News Coverage. *Science Communication*, 42(5), 679–697.
- Hastall, M. R. (2010). Furchtappelle im Gesundheitsmarketing. In S. Hoffmann & S. Müller (Hrsg.), *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention* (S. 201–214). Huber Verlag.
- Huang, Y. (2013). *Governing health in contemporary China*. Routledge.
- Hung, L. S. (2003). The SARS epidemic in Hong Kong: What lessons have we learned? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(8), 374–378.
- Kessler, S. H. (2016). *Das ist doch evident! Eine Analyse dargestellter Evidenzframes und deren Wirkung am Beispiel von TV-Wissenschaftsbeiträgen*. Nomos.
- Knöll, S. (2016). Seuche und Totentanz: Rezeption und Fortschreibung eines Topos im 19. Jahrhundert. In J. Vögele, S. Knöll, & T. Noack (Hrsg.), *Edition Centaurus – Neuere Medizin- und Wissenschaftsgeschichte. Epidemien und Pandemien in historischer Perspektive* (S. 213–220). Springer.
- Kompetenznetz Public Health COVID-19. (2020, June 18). *Vom zentralen zum dezentralen Infektionsschutz? Klare Kommunikation, Kompetenzvermittlung und geteilte Verantwortung*. https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Stellungnahmen_PDF/Stellungnahme_Fachgesellschaften_aus_dem_Kompetenznetz_Public_Health_zu_COVID-19.pdf
- Lange, M., & Monscheuer, O. (2021) *Spreading the Disease: Protest in times of pandemics*. ZEW-Centre for European Economic Research Discussion Paper. No. 21-009, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3787921>
- Lorenz, L., & Somavilla, F. (2020). *Ischgl-Kommission belastet Kanzler Kurz und lokale Behörden. Der Standard*. <https://www.derstandard.de/story/2000120858908/ischgl-kommission-attestiert-folgenschwere-fehlerschaetzungen>
- Lu, S. (2014). An epidemic of fear. *American Psychological Association*, 46(3), 46.
- Lyons, P., Winters, M., Zeebari, Z., Schmidt-Hellerau, K., Sengeh, P., Jalloh, M. B., Jalloh, M. F., & Nordenstedt, H. (2020). Quantifying the Impact of Engaging Religious Leaders to Promote Safe Burial Practices During the 2014-2016 Ebola Outbreak in Sierra Leone. *SSRN Electronic Journal*. Advance online publication. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3578749>
- Marshall, K. (2017). Roles of religious actors in the

- West African Ebola response. *Development in Practice*, 27(5), 622–633.
- McCauley, M., Minsky, S., & Viswanath, K. (2013). The H1N1 pandemic: Media frames, stigmatization and coping. *BMC Public Health*, 13, 1116. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1116>
- Michels, E. (2010). Die Spanische Grippe 1918/19. Verlauf, Folgen und Deutungen in Deutschland im Kontext des Ersten Weltkriegs. *Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte*, 58(1), 1–33.
- Modestin, G. (2016). Von der fama communis zur 'forensischen Evidenz': Der Vorwurf der Brunnenvergiftung während der Pestjahre 1348-1350 im Spiegel der zeitgenössischen Chronik Heinrichs von Diessenhofen. In J. Vögele, S. Knöll, & T. Noack (Hrsg.), *Edition Centaurus – Neuere Medizin- und Wissenschaftsgeschichte. Epidemien und Pandemien in historischer Perspektive* (S. 287–303). Springer.
- Nwakpu, E. S., Ezema, V. O., & Ogbodo, J. N. (2020). Nigeria media framing of coronavirus pandemic and audience response. *Health Promotion Perspectives*, 10(3), 192–199.
- Peter, C. (2019). Fallbeispiele in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*. Springer.
- Prior, M. (2005). News vs. Entertainment: How Increasing Media Choice Widens Gaps in Political Knowledge and Turnout. *American Journal of Political Science*, 49(3), 577–592.
- Prommer, E., & Stüwe, J. (2020). *Wer wird gefragt? Geschlechterverteilung in der Corona-Berichterstattung*. https://www.phf.uni-rostock.de/storages/uni-rostock/AIle_PHF/PHF/Aktuelles/2020/05/MaLisaStudie_Corona-Berichterstattung_Mai_2020.pdf
- Pürer, H. (2014). *Publizistik- und Kommunikationswissenschaft* (2. Aufl.). UVK-Verl.-Ges.
- Reifegerste, D. (2012). *Zielgruppenspezifische Präventionsbotschaften: Implikationen evolutionärer Motive jugendlichen Risikoverhaltens*. Nomos.
- Reifegerste, D., & Kessler, S. H. (2021). Visuelle Evidenzen aus historischer Perspektive: Politische Instrumentalisierungswissenschaftlicher Erkenntnisse in Gesundheitsausstellungen. In Birkner, T., Fähnrich, B., Scheu, A., Schwarzenegger, C. (Hrsg.), *Wissenschaftskommunikation und Kommunikationsgeschichte: Umbrüche, Transformationen, Kontinuitäten.: Jahrestagung der Fachgruppen Wissenschaftskommunikation und Kommunikationsgeschichte der DGPK 2020*. DGPK.
- Reinesius, T. (1625). *Consilium pestis prophylacticum. Rath oder Bericht was bei Pestseuche zu thun und zu lassen sey. Gera*.
- Rubin, G. J., Potts, H. W. W., & Michie, S. (2010). The impact of communications about swine flu (influenza A H1N1v) on public responses to the outbreak: Results from 36 national telephone surveys in the UK. *Health Technology Assessment*, 14(34), 183–266.
- Ruhrmann, G., & Guenther, L. (2014). Medienberichterstattung über Gesundheitsrisiken. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 184–194). Huber Verlag.
- Salatowsky, S. (2020). *Was tun bei der Pest? Thomas Reinesius (1587-1667) gibt Ratschläge*. Blogbeitrag am 02. Juni 2020 in Notizen aus dem Gothaer Bibliotheksturm, Folge 8, <https://blog-fbg.uni-erfurt.de/2020/06/notizen-aus-dem-gothaer-bibliotheksturm-folge-8/>
- Schäfer, M. (2020). „Letztendlich nur für Auflage?“ Corona und die Verantwortung der Medien. *Communicatio Socialis*, 53(3), 308–323.
- Selvage, Douglas; Nehring, Christopher (2020): *Die AIDS-Verschwörung. Das Ministerium für Staatssicherheit und die AIDS-Desinformationskampagne des KGB*. Berlin: Bundesbeauftragter f. d. Unterlagen d. Staatssicherheitsdienstes d. ehem. DDR.
- Shen, Q. (2020). China, Corona und Demokratie: Wie können die Chinesen mündig werden? *Cicero-Magazin Für Politische Kultur*. Gastbeitrag vom 15. Dezember 2020, <https://www.cicero.de/aussenpolitik/china-demokratie-oeffentlichkeit-corona-autoritarismus-westen>
- Taha, S. A., Matheson, K., & Anisman, H. (2013). The

2009 H1N1 influenza pandemic: the role of threat, coping, and media trust on vaccination intentions in Canada. *Journal of Health Communication*, 18(3), 278–290.

Thießen, M. (2017). *Immunisierte Gesellschaft: Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert*. V&R Academic: Band 225. Vandenhoeck & Ruprecht.

Ulrichs, T., Schultz, T., Korte, K.-R., Kölbl, R., Engels, D., Iskan, P., Hauser, T., Spars, G., & Winkler, D. (2020). *Corona in Deutschland: Die Folgen für Wirtschaft, Gesellschaft und Politik*. Kohlhammer Verlag.

Vemula, R. K., & Gavaravarapu, S. M. (2017). *Health Communication in the Changing Media Landscape: Perspectives from Developing Countries*. *Global Transformations in Media and Communication Research - A Palgrave and IAMCR Series*. Springer International Publishing.

Viehmann, C., Ziegele, M., & Quiring, O. (2020). *Informationsnutzung in der Corona-Krise. Report zu ersten Befunden aus zwei Erhebungswellen*. <https://www.kowi.ifp.uni-mainz.de/aktuelle-projekte/informationsnutzung-in-der-corona-krise/>

Wagner, A. J. M. & Reifegerste, D. (Juli 2021). *Communicating about media content in the COVID-19 pandemic: Communication partners, functions, and transformations*. IAMCR Conference, Nairobi/digital.

Wagner, A. J. M., & Reifegerste, D. (im Druck). From Black Death to COVID-19: The mediated dissemination of fear in pandemic times. In N. Ribeiro & C. Schwarzenegger (Hrsg.), *Media and the dissemination of fear: Pandemics, wars and political intimidation*. Palgrave.

Witte, K. (1992). Putting the Fear back into Fear Appeals: The Extended Parallel Process Model. *Communication Monographs*, 59, 329–349.

World Health Organization (2021). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>

„Ein Quell des Wissens und innerer Bereicherung“: Visuelle Gesundheitskommunikation in Fritz Kahns Das Leben des Menschen (1922–1931)

Patrick Rössler

Universität Erfurt

Zusammenfassung

In seinem fünfbändigen Werk "Das Leben des Menschen" erklärte der Mediziner Fritz Kahn (1888–1968) der bildungshungrigen Mittelschicht der Weimarer Republik die Anatomie, Biologie, Physiologie und Entwicklungsgeschichte des Menschen. Zwischen 1922 und 1931 veröffentlicht, gilt seine enzyklopädische Gesamtdarstellung heute als eine der Meisterleistungen populärer Wissenschaftsvermittlung und – wegen der weit über 1.000 Abbildungen auf Tafeln – als ein Meilenstein der visuellen Kommunikation. Der Beitrag untersucht die Visualisierungsstrategien des Werkes und seine Vermittlungswege, auch im Hinblick auf aktuelle Ansätze der Gesundheitskommunikation.

Keywords: Gesundheitsaufklärung, Visuelle Kommunikation, Popularisierung von Wissen, Fritz Kahn, Analogien

Summary

In his five-volume work "Das Leben des Menschen (The Life of Man)", the physician Fritz Kahn (1888-1968) explained human anatomy, biology, physiology and the history of human development to a middle class of the Weimar Republic that was longing for education. Published between 1922 and 1931, his encyclopedic compendium is today considered one of the masterpieces of popular science and - because of the well over 1,000 illustrations on plates - a milestone of visual communication. The article examines the visualization strategies of the work and its ways of distribution, also with regard to current approaches to health communication.

Keywords: Health education, Visual communication, Popularization of knowledge, Fritz Kahn, analogies

1 Einleitung

Das Auge eine Kamera, das Ohr ein Schalltrichter, der Mund ein Lautsprecher – solcherlei Analogien zwischen Mensch und Maschine sind längst in unser bilderkulturelles Repertoire eingezogen. Eine visuelle Allegorie der 1920er Jahre zeigt den Körper des legendären „rasenden Reporters“ Egon Erwin Kisch dementsprechend als Fotomontage aus allerlei Gerätschaften der modernen Zivilisation (Abbildung 1a). Ursprünglich war die Abbildung Teil einer Serie von Fotomontagen anlässlich des Films *Berlin. Die Sinfonie der Großstadt* (D 1927; vgl. ausf. Rössler 2017a, S. 247). Allerdings liegt der Darstellung zumindest in einem Punkt ein grundsätzliches Missverständnis zugrunde. Das dekorative Hörrohr, welches am Kameragehäuse angebracht ist, ähnelt weniger einem der damals gebräuchlichen Schallfänger als einem Grammophon-Lautsprecher. Dieser diente allerdings zur Abgabe des Tons – und nicht zu dessen Aufnahme.



Abbildung 1a: Sinneswahrnehmung als Allegorie in der Kunst (1926; Fotomontage von Umbo [Otto Umbehrl])

Etwa zur selben Zeit erschien mit dem *Menschen als Industriepalast* (Abbildung 1b) die zweite, heute fest in der Bildsprache der Populärkultur etablierte technikmetaphorische Visualisierung (Doudova et al. 2017: 63) des menschlichen Körpers. Hier ist (direkt hinter dem Kamera-Auge) der Hörvorgang korrekter über ein spinnennetzförmiges Drahtgeflecht als eine Art akustisches Radar abgebildet, das Töne als Wellen empfängt, die ein winziger Homunkulus über ein kleines Schaltbrett an die „Nervenzentrale“ weiterleitet.

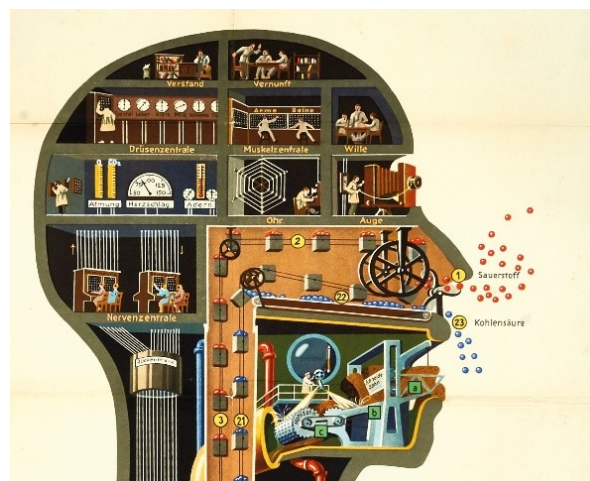


Abbildung 1b: Sinneswahrnehmung als Allegorie in populärer Gesundheitsaufklärung (1927; Faltplakat von Fritz Schüler für Fritz Kahn, Ausschnitte)

Diese didaktische Aufbereitung der Vorgänge im menschlichen Körper anhand von vergleichbaren Funktionalitäten aus der Welt der Technik war nur eine Strategie, mit deren Hilfe der Mediziner und praktizierende Arzt Fritz Kahn (1888–1968) in seinem Werk *Das Leben des Menschen* der bildungshungrigen Mittelschicht der Weimarer Republik die „Anatomie, Biologie, Physiologie und Entwicklungsgeschichte des Menschen“ erklären wollte. Zwischen 1922 und 1931 bei der Franckh'schen Verlagshandlung Stuttgart veröffentlicht, gilt seine fünfbändige enzyklopädische Gesamtdarstellung heute als eine der Meisterleistungen populärer Wissenschaftsvermittlung und – wegen der weit über 1.000 Abbildungen auf Tafeln – als ein Meilenstein der visuellen Kommunikation in der Epoche des „Iconic Turn“ jener Jahre.

Das kiloschwere Mammutwerk war bereits Gegenstand einer Analyse der verwinkelten Editionsgeschichte dieses Bestsellers (hier u. i. F. Rössler 2018a). Die Produktion und synchrone Zirkulation seiner Bilder in unterschiedlichen politischen Regimen nach 1933 ist ebenfalls genauer untersucht worden (Eilers 2015). Ergänzend hierzu sei im Folgenden näher auf den Stellenwert eingegangen, den das Werk aus Sicht der Gesundheitskommunikation für die visuelle Vermittlung gesundheitsbezogener Inhalte besaß. Im Mittelpunkt stehen daher die unterschiedlichen Bildtypen, die dem Arzt Kahn zur Veranschaulichung der medizinischen Zusammenhänge dienten. Gerade diese wurden in jüngerer Zeit wiederentdeckt und in verschiedenen Ausstellungen, insbesondere aber auch weit verbreiteten Publikationen (Debschitz &

Debschitz 2009, 2013; Sappol 2017) und einer Animation (<http://www.industriepalast.com>; Henning Lederer, 2010) vorgestellt.

2 Fortsetzungswerk zur Gesundheitsaufklärung

Das *Leben des Menschen* könnte man aus heutiger Sicht als obsoletes Medium der Gesundheitsaufklärung beschreiben. Denn wie beispielsweise der Blick in das aktuelle Handbuch der Gesundheitskommunikation (Rossmann & Hastall 2019) zeigt, geht es unter dem Stichwort „Medienkanäle“ gegenwärtig vor allem um Online-Communities und Videoplattformen im Internet, um Social Media, Serious Games und mobile Endgeräte – eine Welt also, in der gedruckte Medien gar nicht mehr vorkommen. Allerdings lassen sich aus der Vermarktungsstrategie des Werkes wichtige Erkenntnisse über die Verbreitungswege der Gesundheitskommunikation ableiten, die sich auch im Zuge digitaler Medien wiederfinden. Der Arzt und die Ärztin interessieren primär im Dialog mit den Patient*innen, weniger als Kommunikator*in im klassischen Sinn: Das persönliche Mitteilungsbedürfnis eines einzelnen Individuums tritt meist zurück hinter die Kommunikation mit der Bevölkerung durch Kampagnen unterschiedlicher Stakeholder (Ausnahmen sind Mediziner wie Eckart von Hirschhausen oder Johannes Wimmer).

Die ursprünglich bis spätestens zum Ende des Jahres 1913 vereinbarte Ablieferung des Manuskripts verzögerte sich mehrfach, während das Werk selbst stetig answoll. Der endgültige Originalvertrag vom 20. Februar 1921 konturiert die Edition, die schließlich in fünf wie folgt abgeteilten Einzelbänden erschien (Abbildung 2): Band I über die Physik und Chemie des Lebens, Plasma, Zelle und Keimzellen (272 Seiten, 1922) / Band II zu den Themen Knochen, Muskeln, Herz und Blut (364 Seiten, 1924) / Band III zu Atmung, Verdauung, Stoffwechsel, Ernährung (364 Seiten, 1926) / Band IV über Nervensystem, Gehirn und die Sinnesorgane (335 Seiten, 1929) / Band V über das Auge, die Geschlechtsorgane, Alter und Sterben (267 Seiten, 1931). Das Gesamtwerk erstreckte sich schließlich über 1.600 Seiten mit weit über 1.000 Textbildern, dazu 143 großenteils mehrfarbige Tafeln und als gefaltete Beilage unter anderem der eingangs erwähnte Farboffsetdruck *Der Mensch als Industriepalast* (s.u.; für eine detaillierte Editions-geschichte vgl. Rössler 2018a, S. 30–35).

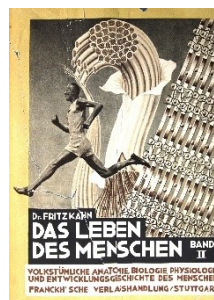


Abbildung 2: Die fünf Bände *Das Leben des Menschen*; Schutzumschläge der letzten Auslieferung ab 1929 (Umschläge I bis IV: Roman Rehn; V: unbekannt)

Auch wenn laut Borck (2009, S. 13) „nur wenige populärwissenschaftliche Bücher des 20. Jahrhunderts einen so hohen Verbreitungsgrad erzielten“ wie *Das Leben der Menschen*, sollte daraus keineswegs kurzschlussartig abgeleitet werden, dass damit zwingend auch ein Kommunikationserfolg in weite Bevölkerungskreise erzielt worden wäre. Konkrete Auflagenzahlen finden sich zwar weder in den Büchern noch in den Herstellungsunterlagen, aber anhand der Kahn gewährten Tantiemen (vgl. den Briefwechsel vom Mai 1931 im Verlagsarchiv) lässt sich sicher sagen, dass alleine im Deutschen Reich mindestens 5.000 Exemplare, mit ziemlicher Sicherheit aber sogar 10.000 und weit mehr Exemplare seines „volkstümlichen Medizinlexikons“ abgesetzt wurden. Diese für Sachliteratur durchaus bemerkenswerte Auflage blieb unter Meinungsführenden im Bereich der Gesundheitserziehung nicht wirkungslos, wie auch die Empfehlung der Reihe und ihrer Tafeln für den Schulunterricht nahelegt.

Die von Friedrich Gottlob Franckh (1802–1845) 1822 gegründete, traditionsreiche Franckh'sche Verlagshandlung war durch die Kooperation mit der 1902 gegründeten Gesellschaft der Naturfreunde und die beliebte Zeitschrift *Kosmos. Handweiser für Naturfreunde* (ab 1904) zu einem Marktführer im Segment der populären Wissensvermittlung avanciert. Durch preiswerte Drucktechniken war nun das Laienpublikum zu einem potenziellen Markt für entsprechende Produkte geworden. Zeitschriften wie *Mikrokosmos* (für die Fans des gerade in Mode gekommenen Mikroskopierens; ab 1907), *Mußestunden* (Naturwissenschaft und Technik für Jugendliche, ab 1909), *Technische Monatshefte Technik für Alle* (derselbe Mix, an ein erwachsenes Publikum gerichtet; ab 1910) oder *Radio für Alle* (praktische Hinweise für Rundfunkamateure; ab 1924) komplettierten das Verlagsportfolio und machten das Stuttgarter Verlagshaus zu einem der auflagenstärksten Häuser im Public-Interest-Bereich, das die Popularisierung des technisch-naturwissenschaftlichen Wissens im 20. Jahrhundert wesentlich vorangetrieben hat (Franckh'sche Verlagshandlung 1986). In der eigenen Wahrnehmung zählte Fritz Kahns *Das Leben des Menschen* damals zu den wichtigsten Verlagswerken, wie es 1928 in einem im Archiv abgelegten Werbeblatt des Hauses hieß.

Der Verlag versuchte intensiv, durch unterschiedliche Verbreitungsarten möglichst allen Publikumsschichten einen Zugang zu dieser Ressource zu eröffnen. So erfolgte die Abgabe u. a. in einzelnen Lieferungen –

pro Buch etwa ein Dutzend, die zu einem Stückpreis von 1 RM in selbstgewählten Intervallen bezogen werden konnten. Dieser heute kaum mehr verbreitete Vertriebsweg sollte durch die Stückelung der Anschaffungskosten auch weniger vermögenden Schichten den Zugang zur Gesundheitsaufklärung erleichtern. Dies mag bereits als Ausdruck einer „Demokratisierung des Wissens“ gelten, lange bevor dieses Schlagwort durch die Verbreitung des Internet und seiner kostenlosen Enzyklopädie *Wikipedia* geprägt wurde (Merz 2019), steht aber allen voran für die Einbettung Kahns Werk in die „Volksbildungsbewegung“ der 1920er Jahre. Bei einem durchschnittlichen Bruttomonatsverdienst von etwa 200 RM Ende der 1920er Jahre (vgl. Statistisches Bundesamt 2020) war die Anschaffung eines kompletten Satzes von *Das Leben des Menschen* letzten Endes aber dennoch eine erhebliche Investition – für die Buchausgabe im Umfang der Kaufkraft eines halben Monatslohns. Die einzelnen Bände wurden, je nach Ausstattung in Ganz- oder Halbleinen im Pappschuber, für um die 18 RM abgegeben (Franckh'sche Verlagshandlung 1932). Zudem konnten alle fünf Bände auch als Abonnement zur Fortsetzung oder (ab 1931 nach Abschluss der Reihe) als komplettes Set erworben werden, wobei bei jedem Erwerbmodell eine Ratenzahlung möglich war (ausf. Rössler 2018a, S. 26–30).

Das Leben des Menschen wäre in seinen verschiedenen Ausgaben bzw. Auslieferungsformen kaum denkbar ohne den unermüdlichen Schaffensdrang seines Autors Dr. Fritz Kahn. Denn es entfaltete seine Wirkung maßgeblich durch seine Darbietung als Druckwerk, da es im Bücherschrank des Bildungsbürgertums zu einem Statement oder Statussymbol (im Sinne des „Impression Management“) wurde. „Das Wissen um den eigenen Körper gehört zur unerläßlichen Bildung des modernen Menschen“, heißt es dementsprechend in einer im Stuttgarter Verlagsarchiv erhaltenen gebliebenen, undatierten Werbeschrift für das Werk. Ähnlich der beliebten Konversationslexika von Brockhaus bis Meyers, die sich um einen Kanon des Wissens bemühten (Spree 2000), wies es seine Eigentümer als aufgeklärte und interessierte Zeitgenossen aus. Darüber, inwieweit es seinen Käufern tatsächlich als „Ein Quell des Wissens und innerer Bereicherung“ (so der Slogan auf einem Einlegeblatt zum 5. Band von 1931) diene, kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. Allerdings zeugen die zahlreichen bis heute erhaltenen Buchfolgen, oft in druckfrischem Zustand und kaum benutzt, zuweilen ungeöffnet, von einer bestenfalls sporadischen

Nutzung. Aufgrund der solchen Nachschlagewerken von ihren Käufern (auch wegen ihres Preises) zugeschriebenen Wertigkeit wurden die Bücher wohl meist pfleglich behandelt und über die Generationen weitergegeben – als „Besitz fürs Leben“, wie es 1933 sogar in dem zeitgenössischen Werbeprospekt „Das Buch über Dich“ des Verlages hieß.

Daneben bemühte sich der Verlag auch um eine Vermarktung seines Vorzeigeprojektes im Ausland, 1926 waren bereits die Verwertungsrechte in skandinavischen Sprachen und finnisch an den Stockholmer Verlag Bonnier verkauft. Insgesamt war die Resonanz aber insbesondere in den englischsprachigen Ländern (wo keine Ausgabe zustande kam) enttäuschend, wie der Verlag am 9. Juni 1926 in einem Schreiben an den Autor mitteilt: „Am schlimmsten ist es mit England und Amerika. Die Leute sind zu prüde. Wenn man ihnen auch sagt, sie könnten die Bilder, die ihnen nicht passen, weglassen und den Text durchsehen lassen, sie schicken nach kurzer Zeit die Bücher zurück. [...] andererseits ist es doch besser, wir verkaufen vorher die Rechte, als dass die Leute uns vorher nachahmen und Ihre Ideen ausschachten.“ Dabei bezog sich diese Rückmeldung alleine auf die ersten beiden Bände – die Abhandlungen zum „Geschlechtsleben“, die angesichts der erwartbar hohen Resonanz dieses Themas im Mittelpunkt des fünften, das ursprüngliche Abonnement erweiternden Bandes standen, waren hier noch gar nicht enthalten.

Die Veröffentlichung zog sich dabei über annähernd eine Dekade hin: Als Sohn des jüdischen Arztes und Schriftstellers Arthur Kahn 1888 in Halle/Saale geboren, studierte Fritz Kahn zwischen 1907 und 1912 Medizin in Berlin. Schon ab 1910 verfasste er populärwissenschaftliche Artikel für überregionale Feuilletons, bevor er seine nebenberufliche Tätigkeit als Sachbuchautor intensivierte, parallel zu seiner 1913 erfolgten Anstellung als Gynäkologe an einem Krankenhaus in Berlin-Lankwitz. Die Pläne für die Herausgabe einer Gesamtdarstellung der menschlichen Physis reichen in den Verlagsdokumenten zurück bis zum 2. September 1912, als Fritz Kahn einen ersten Werkvertrag mit der Franckh'schen Verlagshandlung in Stuttgart über ein Manuskript zum Thema „Die Biologie des Menschen“ schloss, das – so wörtlich – „unter Berücksichtigung der allerneuesten wissenschaftlichen Literatur und Erfahrungen in einer allgemein verständlichen, gediegenen und fesselnden, für einen weiten Leserkreis bestimmten Form den Stoff der Allgemeinheit zugänglich machen“ sollte.

Diese Gegenstandsbeschreibung passte gut zum wachsenden gesellschaftlichen Interesse an Gesundheitsaufklärung, wie sie nicht nur die massive Proliferation populärwissenschaftlicher Medien, wie die Hygiene-Ausstellungen jener Zeit, sondern auch die Institutionalisierung des Dresdner Hygiene-Museums belegen (Weinert 2017; Christian Sammer in diesem Band).

3 Die Visualisierung von Mensch und Gesundheit

Das Leben des Menschen präsentierte sich in seiner Bildsprache nicht als homogenes Ganzes (wie für die illustrierten Werke jener Epoche üblich), sondern wies ein großes Spektrum an Bildtypen auf. Die Gründe hierfür sind so simpel wie plausibel: Erstens umfasste der zu illustrierende Gegenstand ein breites Spektrum unterschiedlichster Motive. Zweitens wandelte sich der Zeitgeschmack über das Entstehungsjahrzehnt gerade im Bereich der Kunst und der Gebrauchsgrafik stark, ebenso wie die Vermittlungsanliegen des Verfassers. Damit verbunden haben drittens auch über die Jahre hinweg vermutlich über 25 Illustrator*innen mit Fritz Kahn zusammengearbeitet, die alle ihren individuellen Stil einbrachten.

Obwohl das Originalmanuskript von *Das Leben des Menschen* ebenso wie die meisten Bildentwürfe im Zweiten Weltkrieg verloren gingen, lässt sich der Entstehungsprozess der Bilder anhand anderer Überlieferungen rekonstruieren (Eilers 2015, S. 14–17). Demnach diente oft eine händische Skizze Kahns als Ausgangspunkt, ausgeführt auf Planungsbögen aus Pergamentpapier, deren Elemente Kahn in einer nächsten Version zusammenfügte und mit einem handschriftlichen Erklärungstext versah. Diese Komponenten wurden anschließend von einem Illustrator als Reinzeichnung ausgeführt und von Kahn später ins Manuskript eingefügt. Die Zeichner*innen mussten sich jeweils selbst in die betreffende Thematik und ihre wissenschaftlichen Hintergründe einlesen. Mitunter verlangte Kahn die mehrfache Überarbeitung eines Motivs, bis es seinen Vorstellungen entsprach (Doudova 2017). „Kahn geht es um die Prinzipien hinter den Phänomenen. Um das Wesen der Dinge sichtbar zu machen, nutzt er vor allem Sprach- und Bild-Analogien. In Bildern kann er Gleichzeitigkeiten, Wechselbezüge und Unschärfen zeigen, die dem ganzheitlichen Erleben näher sind als lineare, analytische Vermittlungsformen. Fritz Kahn denkt und spricht in Bildern“ (Debschitz & Debschitz 2009, S. 38).

Einerseits war Kahn also – auch wenn er die Visualisierungen nicht persönlich ausführte – für deren Konzeption verantwortlich. Die jeweiligen Künstler zeichneten sie in seinem Auftrag, nach seinen Vorstellungen und unter seiner Anleitung. Andererseits beanspruchten diese Illustrator*innen durchaus eine künstlerische Urheberschaft für ihre Bilder, wie die spätere Schilderung des Zeichners Roman Rechn in einem Brief an den Verlag vom 5. Juni 1936 belegt: „Dr. Kahn gab uns lediglich das Thema und stand uns als scharfer Kritiker zur Seite oder gegen uns. Er war ja gar nicht in der Lage, auch nur die primitivste Skizze zu Papier zu bringen; als spitzer Analytiker in seiner Kritik zwang er uns gerade dadurch zu nie rastender Tätigkeit des Geistes. Nicht die Ausführung einer Zeichnung dauerte daher oft wochenlang, sondern die Durcharbeit immer neuer Ideen zu einem Problem.“ Ungeachtet der Bedeutung seiner Illustratoren für das Gesamtwerk und deren Signaturen in den jeweiligen Bildwerken nahm Auftraggeber Kahn diese Bildleistungen konsequent für sich und seine Verwertungsabsichten in Anspruch. Sie wurden ihm in der öffentlichen Rezeption zugeschrieben und vom Verlag, der dafür im Mai 1931 von den Bildurhebern einen Urheberrechtsverzicht einforderte, auch nach 1933 weiter verwertet. Nachfolgend (s. auch Sappol 2017, S. 71–72) werden in der Tradition einer bildtypologischen Methode (Grittmann 2019) beispielhaft einzelne Abbildungen herausgegriffen und in diesen Kontexten verortet. Dies geschieht exemplarisch für den gesamten Korpus der mehr als 1.000 Abbildungen in den fünf Bänden, um typische Visualisierungsformen aufzuzeigen.

Die ersten beiden Bände waren noch stark von anatomischen Zeichnern wie *Arthur Schmitson* (1857–?) und deren figurativem Ansatz in naturalistischer Genauigkeit geprägt (siehe Abbildung 3). Auf seine realistischen Darstellungen der Mikrowelt mit Elementen des Jugendstils bezog sich vermutlich primär ein Rezensent im U.S.-amerikanischen *Quarterly Review of Biology*, als er konstatierte, „das bemerkenswerteste an dieser Publikation sind ihre 461 gut gedruckten Illustrationen, viele davon äußerst fantasievoll und die meisten in seltenem Maße lehrreich“ (zit. n. Borck 2009, S. 15). Ähnlich dekorativ trug der Gebrauchsgrafiker *Alwin Freund-Beliani* (aktiv ca. 1922–1936) Motive in Anlehnung an Scherenschnitttechniken bei. Als einzige Frau in Kahns Team wirkte *Toni N. Haken* (1897–1981; die spätere Gattin des Bauhaus-Studenten und Malers Eberhard Schrammen, vgl. Doudova 2017, S. 111).

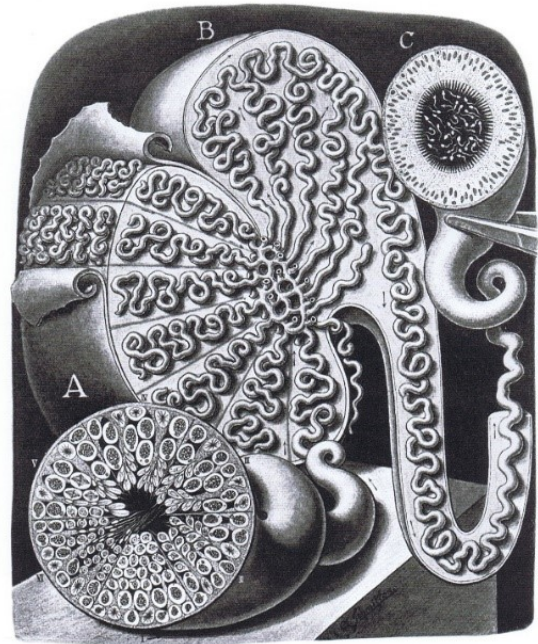


Abbildung 3: *Der Hoden, geöffnet und schematisiert* (DLDM I, Tafel 14; Arthur Schmitson)

Aber auch schon in diesen Bänden finden sich erste Beispiele für jene makrosoziologische Perspektive, die im Sinne einer modernen Informationsgrafik statistische Zusammenhänge in Piktogrammen ähnliche Verdichtungen übersetzte. Beispielhaft hierfür mag die Illustration der Beziehungen zwischen dem Wohnsitz und der Körpergröße der Völker gelten (siehe Abbildung 4), in der einzelne Repräsentanten aus 14 Regionen, vom Skandinavier bis zu den „Buschmännern“ Afrikas, mit ihren jeweiligen Durchschnittsgrößen auf einer Erdhalbkugel angeordnet sind. Urheber war der Kunst- und Miniaturmaler *Georg Helbig*, der als belastbares „Arbeitspferd“ des Verlages galt. Über seine Lebensdaten ist leider nichts weiter bekannt. Auch die Vergleiche des jährlichen Durchschnittsverbrauchs von Tabak und Kaffee in verschiedenen Ländern (siehe Abbildung 5), visualisiert durch den späteren Schullehrer *Ewald Streletzki* (1899–1969), folgten dieser durch die berühmte Wiener Schule der Bildstatistik nach Otto Neurath (Doudova et al., 2017) inspirierten Form der Mengen- und Proportionalbeziehungen.

Populärwissenschaft markiert (Schirmacher 2008). Hier lassen sich im Werk Kahns zwei ineinander übergehende Strategien identifizieren – die Übertragung alltäglicher Motive auf medizinische Aufklärung und die Erklärung von Physiologie durch technische Analogien. Zwei Beispiele für dieses Prinzip, nämlich bekannte Alltagsphänomene als kognitive Anker zu verwenden, um medizinische Aufklärung anhand technischer Vorgänge zu betreiben, beziehen sich auf die Kraftübertragung im Automobil und den Aufbau einer Thermosflasche. Unter dem überraschenden Titel „Auto und Ohr sind übereinstimmend“ nutzt ein unbekannter Zeichner eine simple visuelle Analogie in den Querschnitten eines PKW-Getriebes und des Gehörgangs, um die Transmissionsprozesse des Schalls im menschlichen Hörorgan zu verdeutlichen (siehe Abbildung 7).

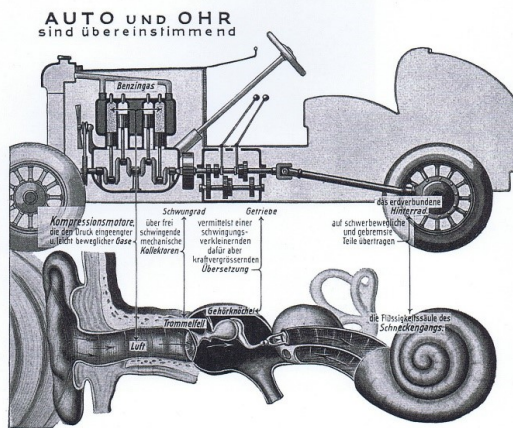


Abbildung 7: Übereinstimmung zwischen dem Aufbau von Ohr und Autoantrieb (DLDM IV, S. 307)

Auffallend sind hier die Gegenüberstellung von Schneckenkang und Hinterrad bzw. der Rolle des Luftdrucks im Schalltrichter und des Gasdrucks im Kompressionsmotor. Die Parallelführung von Wärmeschutz im mehrschichtigen Aufbau einer Thermosflasche und den diversen Lagen menschlicher Bekleidung (siehe Abbildung 8) sollte auch farblich veranschaulichen, wie der Körper im Zusammenspiel von Reflektion, Isolation und Wärmeaufnahme seine Temperatur durch möglichst geringe Energiezufuhr aufrecht erhalten kann. Häufig stammten solche Motive von dem Zeichner Roman Rechn (Eilers 2015, S. 11–13), darunter auch die grafisch exzellent ausgearbeitete Erklärung zum Netzhautbild des Auges, dessen Zellenmosaik er mit dem Raster bei einer Autotypie verglich (siehe Abbildung 9).

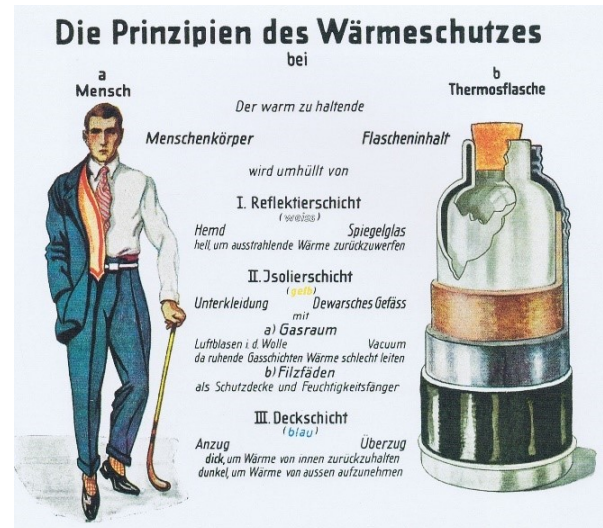


Abbildung 8: Die Prinzipien des Wärmeschutzes bei Mensch und Thermosflasche (DLDM III, Tafel 25)

Zu den beiden letzten Bänden von *Das Leben des Menschen* lieferte Rechn rund 30 Illustrationen; zumeist Collagen, filmähnliche Bildsequenzen, Bild-in-Bild-Kompositionen und ästhetische Wissenschaftsillustrationen, sowie, besonders prominent, die Motive für die Schutzumschläge der Bände I bis IV in der Auflage ab 1929 (siehe Abbildung 2a–d).

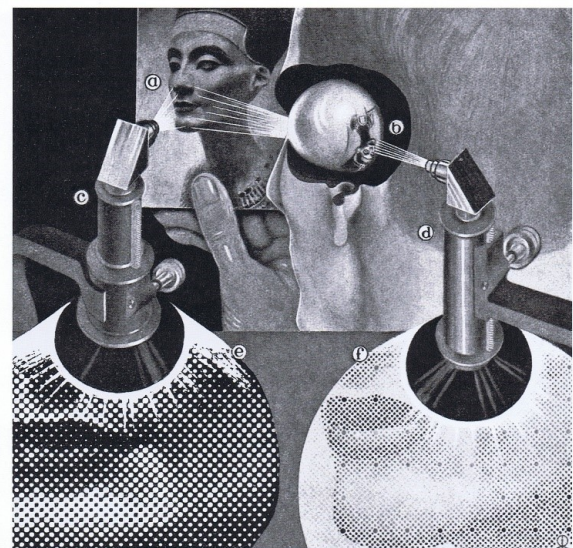


Abbildung 9: Übereinstimmung zwischen Autotypie und Netzhautbild (DLDM V, S. 53; Roman Rechn)

Ob auch eine weitere Massenmedien-Analogie – die Weiterleitung von Empfindungen durch die Nervenbahnen als Radioleitung in einem Hochhaus mit Empfangszentrale in den oberen Stockwerken (siehe

Abbildung 10) – von ihm stammt, ist nicht geklärt. „Ihre besondere Zuspitzung erfuhr Kahns Bildsprache bei der Darstellung der Sinnesfunktionen. Hier zeigte er neueste Kommunikationstechnik wie Telefon, Radio oder Film und buchstabierte jene funktionale Identität von Sinnesorganen und Medientechniken vor, die der kanadische Medientheoretiker Marshall McLuhan Jahrzehnte später popularisierte“ (Borck 2009, S. 16–17).

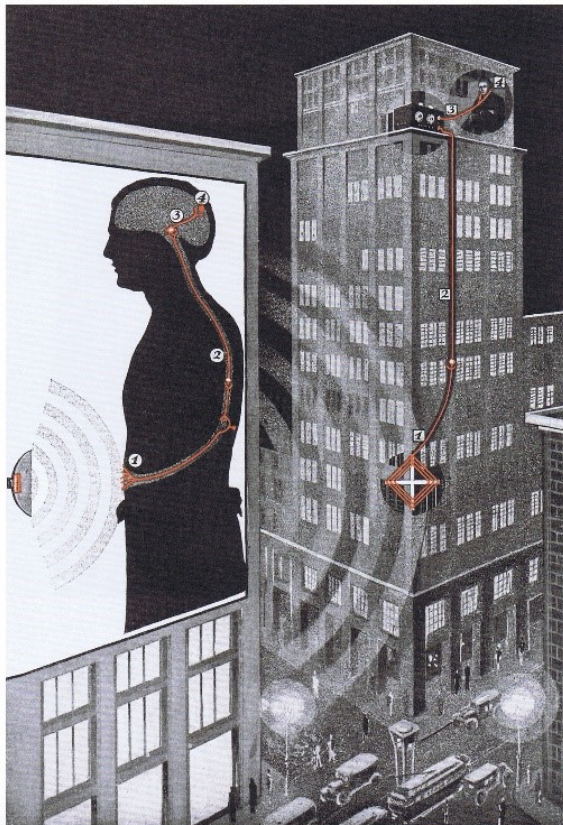


Abbildung 10: Die Empfindungsbahn gleicht einer Radioleitung (DLDM IV, Tafel 7)

4 Bildtypus Mensch-Maschine-Analogie

Als Höhepunkt der Strategie, Analogien aus dem (technisierten) Alltag (der Hochmoderne) zur Visualisierung zu verwenden, kann sicherlich das farbige Faltposter *Der Mensch als Industriepalast* (siehe Abbildung 11) im Format 47,5 x 95 cm gelten, das ab 1926 mit einem 12-seitigen Erklärungsheft sowohl den Lieferungs- als auch den Buchausgaben von *Das Leben des Menschen* beiliegte. Außerdem wurde eine verkleinerte Ausgabe (28,5 x 60 cm) als einleitende Illustrationstafel in den Band V des Jugendjahrbuchs *Durch die weite Welt* (1927) eingeklebt.

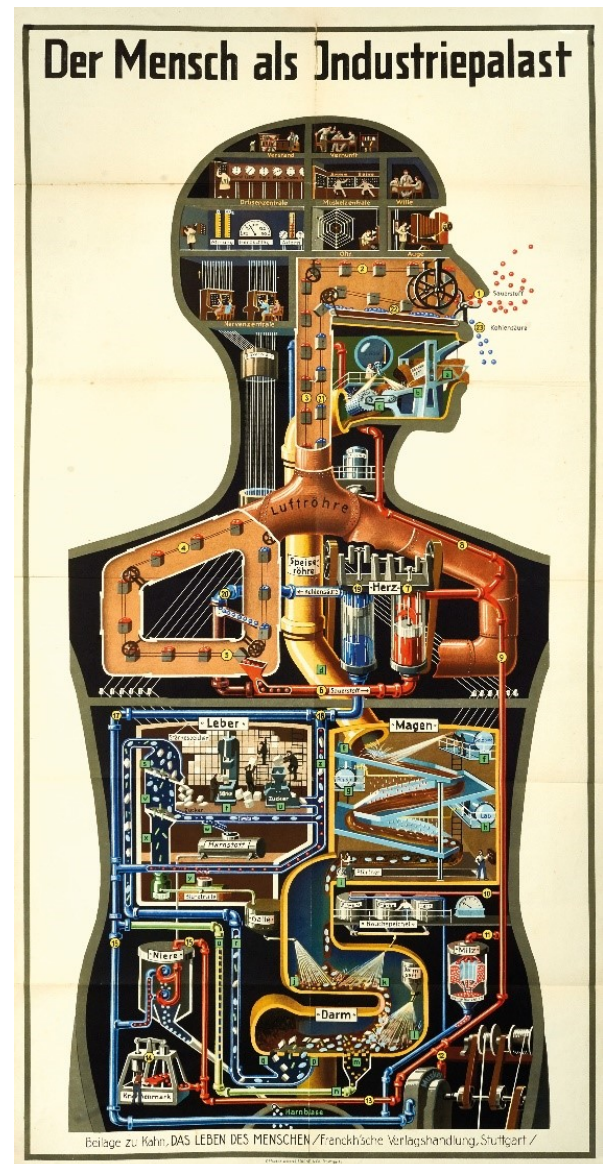


Abbildung 11: *Der Mensch als Industriepalast*, Version A.1 – enthalten in Lieferungs Ausgabe 33/34 (1926) von *Das Leben des Menschen* (Gestalter: Fritz Schüler)

Separatdrucke wurden als Wandtafeln für den Schulunterricht vertrieben. Kürzlich ist im Handel eine Variante mit eingedruckter Werbebotschaft für das Abendländische Kräuterhaus von Paul Mühlhan in Pullach aufgetaucht (Jeschke & van Vliet, Auktion 132, Juli 2020), was darauf schließen lässt, dass der Verlag das Motiv auch als Merchandise zur Verfügung gestellt hat. Verschiedene Übersetzungen in andere Sprachen (darunter englisch, französisch und sogar arabisch) sind bekannt. Dieses Motiv der Gesundheitsaufklärung zirkulierte in der illustrierten Massenpresse jener Zeit (siehe Abbildung 12), was ihm zusätzliche öffentliche Verbreitung sicherte.

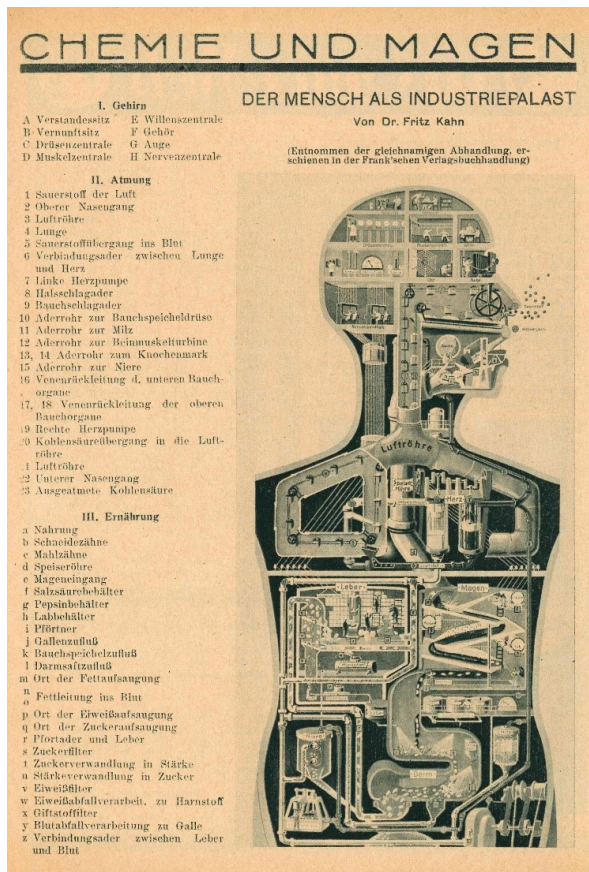


Abbildung 12: Zeitgenössischer Abdruck von *Der Mensch als Industriepalast* (in: *Magazin für Alle* Nr. 3, 1928, S. 77)

Die mindestens fünf gestalterisch verschiedenen Fassungen des originalen Plakats (vgl. Rössler 2018a) gelten aufgrund ihrer ikonischen Qualitäten heute als bedeutsames Zeitzeugnis von kulturhistorischem Wert. Der Design-Historiker Steven Heller wies in diesem Zusammenhang auf das Renommee hin, das Kahn unter Bauhaus-Angehörigen wie dem Direktor Walter Gropius und Herbert Bayer, selbst Pionier des Grafik-Designs und später als renommierter Werbegrafiker im Reich, genoss. Er betont diese Verknüpfung mit den künstlerischen Bewegungen der Klassischen Moderne, wenn er den *Industriepalast* als „präzise wie ein Dalí und ironisch wie ein Duchamp“ (Heller 2013, S. 11–12) bezeichnet. Eine Fotografie aus dem Jahr 1931 dokumentiert sogar Gala und Salvador Dalí in ihrem Haus in Portlligat, in dem das Plakat in der französischen Version an der Wand hing (vgl. <https://www.fritz-kahn.com/de/industriepalast-im-hause-dali/>).

Kahn und seine Illustrator*innen zeigten hier den menschlichen Körper als einen Ort permanenter Arbeit, der analog zu einer Maschine funktioniert –

eine Metaphorik, die den Menschen in der Epoche der Industrialisierung aus ihrer Lebenswelt vertraut war, und zudem auf eine lange Tradition kultur- und geistesgeschichtlicher Vorläufer aufbaute. „Kahns Bild treibt auf die Spitze, was im 19. Jahrhundert mit seiner rasanten Technikentwicklung immer wieder bemerkt wurde: dass zwischen den Bau- und Funktionsprinzipien des menschlichen Körpers und technischen Erfindungen erstaunliche Parallelen bestehen“ (Borck 2009, S. 11). Insbesondere der Chirurg Carl Ludwig Schleich (1859–1922) hatte in seinen Schriften zuvor bereits eine Reise durch den menschlichen Körper als einen technisch organisierten Organismus imaginiert, allerdings unter Verwendung rein sprachlicher Metaphern (Stiegler 2016: 266–67). Bezüge bestehen auch zur Lehre der Organprojektion von Ernst Kapp (1877), aber bei Kahn „wurden nicht einfach irgendwelche Apparate zu einem Menschen-Roboter zusammengesetzt, vielmehr veranschaulicht jedes technische Gerät auf seine Weise präzise das normalerweise an diesem Ort vorhandene Organ“ (Debschitz & Debschitz 2009, S. 10–11).

Im *Menschen als Industriepalast* besitzt aber jedes Organ seinen kleinen Avatar, lange vor der Wiederbelebung dieses Begriffes im Kontext der virtuellen Welten: Spezialisierte Homunculi verkörpern (im wahrsten Sinne des Wortes) als Humanoide die Organe, Muskeln und Nerven, die dem Betrachter in ihrer anthropomorphen Form (und als Arrangements der Mensch-Maschinen-Interaktion eben nicht nur technizistisch) auch besser verständlich werden (Heller 2013, S. 12). Jahre später sollten ähnliche Visualisierungen die französische Zeichentrickserie *Il était une fois... la Vie* (dt.: Es war einmal... das Leben) kennzeichnen, in der Jugendliche bei einer Reise durch den Körper ähnliche Homunculi antreffen, und die bis heute international auf Streamingdiensten vermarktet wird (<http://www.hellomaestro.de/das-leben>). Dabei wurde bereits an anderer Stelle auf einen gewissen Erklärungswiderspruch hingewiesen, wenn in einer Art infinitem Regress dort, wo eigentlich Mechanik gefordert ist, doch wieder kleine Männchen mit all ihren Irrationalitäten wirken, deren Funktionsweise ja gerade durch das Gesamtschaubild erklärt werden sollte: „Doch diese Bildsprache hat auch ihre Schwächen: [...] Was kann überhaupt eine Erklärung leisten, die an entscheidender Stelle in die Welt der Automaten wieder winzige Verwaltungsangestellte und Techniker einführen muss, die genau das vollbringen, was eigentlich die Technik erklären sollte?“ (Borck 2009, S. 17). Und so begreift man die Mensch-Maschine wohl zutreffender als einen Sozialkörper, der

technisch organisiert ist (für weiterführende Gedanken hierzu vgl. Stiegler 2016, S. 273), in dem die Homunculi aber – ähnlich der Industriearbeiter am Fließband, deren Zwänge Charles Chaplin in seinem Film *Moderne Zeiten* ein unvergessliches Denkmal gesetzt hat – in ein festes Korsett der Interaktion gezwungen sind.

Kahn hatte diese Idee der Homunkuli im Menschenkörper bereits zuvor eingesetzt. Schon im zweiten Band von *Das Leben des Menschen* verglich er auf einer Tafel die Muskel- und Klingelleitung im Profil des menschlichen Oberkörpers (siehe Abbildung 13) mit der Übertragungsleistung der Nervenbahnen, die schlussendlich für die Ausführung von Bewegungen verantwortlich sind. „Schon das einfache Benützen einer Klingel eignet sich als perfekte Vorlage, um die wechselseitige Spiegelung von biologischem Vorbild und technischem Abbild einzuführen“ (Borck 2009, S. 12).



Abbildung 13: Muskel- und Klingelleitung in ihrer Übereinstimmung (DLDM II, Tafel 17; G. Edelstein)

Kleine Männchen sitzen auch an den Schaltstellen, als

es um die *Biologie des Bratenduftes* geht (siehe Abbildung 14) – winzige Operateure dienen als Agenten der Vermittlung physiologischen Wissens, wenn Sie an den Steuerzentren für Erinnerung und Reflexe, Geruchswahrnehmung und Speichelfluss jene Reaktionen auslösen, die hier auf ‚volkstümliche Weise‘ einen komplexen physiologisch-organischen Prozess veranschaulichen.

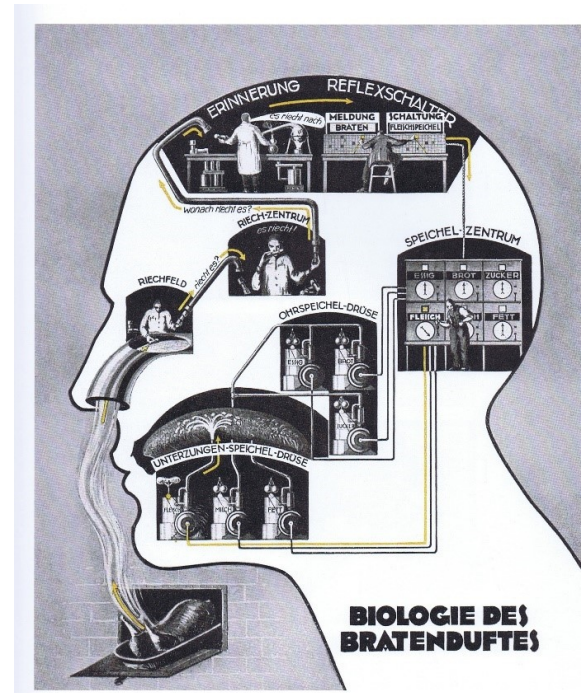


Abbildung 14: Hirnvorgänge zwischen Geruchsempfindung und reflektorischem Speichelfluss (DLDM III, Tafel 15)

Die erste Fassung des Wandbildes *Der Mensch als Industriepalast* setzte der im russischen St. Petersburg geborene Architekt Fritz Schüler (1887–1954) für Kahn um. Zwischen 1925 und 1933 arbeitete er nebenberuflich auch mit Fritz Kahn zusammen, wobei um die 30 weitere Illustrationen für die Bände III bis V von *Das Leben des Menschen* entstanden. Seine Spezialität waren neben den Mensch-Maschine-Analogien auch Großstadt- und Industrie-Szenarien. Ab 1934 war Schüler, Mitglied der NSDAP und der Reichskammer der Bildenden Künste, als Ausstellungsarchitekt bei den Reichselektrowerken unter Vertrag. Mit der Komplettierung des Gesamtwerks 1931 erhielt Ottomar Trester, der sich genauso um die Mensch-Maschine-Analogien verdient gemacht hatte (s.o.), den Auftrag für die Überarbeitung des ursprünglichen Plakatdesigns, das in einer zweiten Fassung dem veränderten Zeitgeist angepasst werden sollte, wie aus einem Brief des Verlags an Kahn vom

19. Februar 1937 hervorgeht. Wenn *Der Mensch als Industriepalast* heute stilistisch gerne in die Tradition der Neuen Sachlichkeit eingeordnet wird, so ist zumeist diese Trester-Variante gemeint, die das ursprüngliche Formenrepertoire von allerlei Zierrat bereinigte, manche Analogie den modernen technischen Entwicklungen anpasste und insgesamt zu einer klareren und überzeugenderen Darstellung fand (vgl. Rössler 2018b, S. 139).

5 Fritz Kahn im Diskurs seiner Epoche

Als Pioniertat der Gesundheitsaufklärung repräsentiert Fritz Kahns *Das Leben des Menschen* ein aussagekräftiges Fallbeispiel im Schnittfeld von gleich drei thematischen Zugängen zu unserer Disziplin – Mediengeschichte, visuelle Kommunikation und insbesondere einer Gesundheitsaufklärung, die sich durch Verständlichkeit um das Erreichen eines Massenpublikums bemüht. In der *Berliner Illustrierten Zeitung* (BIZ), mit phasenweise bis zu 2 Millionen gedruckten Exemplaren das meistgelesene bebilderte Wochenblatt seiner Zeit (Rössler 2017b), leistete er quasi nebenbei auch noch einen Beitrag zum Verständniskommunikationspsychologischer Prozesse: In einer weiteren Analogie verdeutlichte er den Weg von der kognitive Verarbeitung eines Bildreizes (hier: ein Schlüssel) bis zur sprachlichen Wiedergabe des dazugehörigen Begriffs (siehe Abbildung 15).

Eine Kamera bannt das gesehene Objekt auf einen Film, der wiederum in das Hirn projiziert und auf dessen Rinde als Symbol erkannt wird, was den kleinen Organisten veranlasst, auf seinem Pfeifenensemble das zugehörige Klanggebilde zu formen. „Und wenn wir im Kino vor der Leinwand sitzen,“ so Borck (2009, S. 12), „nimmt unsere Augenkamera Bilder auf, die sie über eine Verarbeitungsstation im Hirnstamm zum Sehzentrum im Hinterkopf leitet. Von dort werden sie in höhere Sehzentren projiziert, damit weiter frontal gelegene Zentren sie entziffern und an das Sprachzentrum einen Impuls zur Steuerung des Kehlkopfes geben können.“ Allerdings, so Borck (2009, S. 17) weiter, „verrät Kahns Gehirnkino vermutlich mehr über die damalige Konjunktur der UFA als über die Vorgänge im Gehirn.“

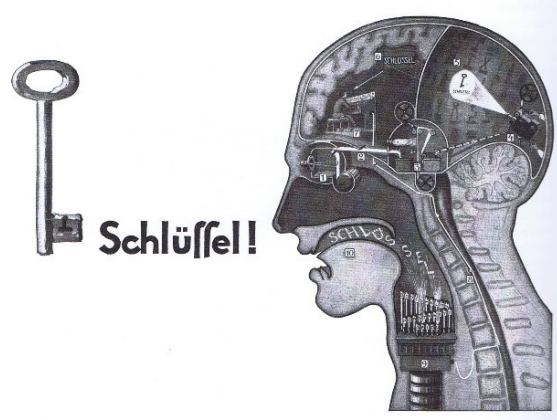


Abbildung 15: Kognitiver Verarbeitungsprozess beim Betrachten eines Schlüssels (Illustration zu Fritz Kahn: „Es ist ein Wunder, dass wir länger als zwei Minuten leben“; in *Berliner Illustrierte Zeitung* v. 31. Oktober 1926, S. 1468; Gestalter: Fritz Schüler)

Wie sehr Fritz Kahn sich selbst als populärer Volksaufklärer gesehen haben mag, illustriert ein anderes Schaubild aus dem beliebten Magazin *UHU*, das wie die *BIZ* in hoher Auflage im Ullstein Verlag erschien (siehe Abbildung 16): Dort nimmt er die Position von gleich allen seinen Homunkuli ein, wenn er in kleinen Fotoporträts die wichtigsten Hirntätigkeiten pantomimisch verkörpert, von A (wie Augenbewegung) bis Z (wie Zahlenlesen).

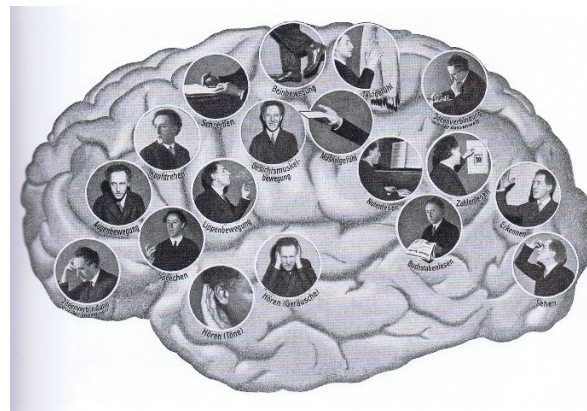


Abbildung 16: Fritz Kahn demonstriert die Hirnrindenleistungen (DLDM IV, S. 203; wieder abgedruckt in *UHU*, August 1928, S. 34/35)

Fritz Kahn war zu dieser Zeit bereits eine einflussreiche Figur im intellektuellen Diskurs der Weimarer Republik. Sein gesellschaftspolitisches Engagement hatte er durch die Gründung einer jüdisch-humanistischen Loge und die Übernahme des Vorsizes der Jüdischen Altershilfe verstärkt, ab 1925 fungierte er als Herausgeber der politischen Aufklärungsschrift

Sammelblätter jüdischen Wissens und als Redakteur der *Encyclopaedia Judaica*. Ein persönliches Anliegen war ihm schon zuvor die Edition des Übersichtswerks *Die Juden als Rasse und Kulturvolk* (Welt-Verlag, Berlin 1920) gewesen, mit dem er auf den spürbar verstärkten Antisemitismus nach dem Ersten Weltkrieg reagierte. An den auch für die historische Gesundheitskommunikation relevanten Ausstellungen *GeSoLei* in Düsseldorf und *Die Ernährung* in Berlin wirkte er als wissenschaftlicher Berater mit, ohne dass sich sein spezifischer Beitrag hierzu heute noch rekonstruieren ließe.

In der NS-Diktatur geriet auch Fritz Kahn als prominenter jüdischer Intellektueller ins Fadenkreuz der Machthaber. Bereits 1933 wurde sein *Leben des Menschen* in den Verlagsankündigungen für das Weihnachtsgeschäft nicht mehr geführt. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Gestapo bereits die Restexemplare aus dem Verlagshaus in Stuttgart beschlagnahmt. Der weitere Umgang des Verlags mit den Rechten am Werk Kahns und seiner Illustrator*innen; der Versuch, Texte und Bilder zu separieren und letztere mit einem anderen Manuskript anonym wieder zu publizieren; aber genauso die daraus resultierenden Konflikte zwischen Kahn und seinem früheren Verleger über Tantiemen und Urheberrechte könnten als Lehrstück für die schwierigen Bedingungen kultureller Arbeit in einem repressiven System dienen – zugleich aber auch den Mythos von der Unschuld der Bilder entlarven (vgl. Eilers 2015, S. 19–24; Doudova 2018, S. 112–114). Hier ist nicht der Raum, um all dies näher auszuführen, aber sein Schicksal teilte Fritz Kahn dabei mit anderen Intellektuellen wie z. B. Otto Neurath, dem Begründer der Wiener Bildstatistik, dessen Lebenswerk durch die Fährnisse von Verfolgung, Flucht und Exil ebenfalls bedroht war (Cartwright 1996).

In seinem Essay hat Steven Heller (2013, S.12) Fritz Kahn gemeinsam mit Otto Neurath in einem Atemzug als die großen Volksbildner der Zwischenkriegszeit benannt, die mit ihren Zugängen letztlich zwei Seiten derselben Medaille repräsentieren. Ihre Positionen eröffneten in der Zusammenschau einen neuen Blick auf den Menschen mit zwei diametral entgegengesetzten Fluchtpunkten: den Menschen als Teil gesellschaftlicher Organismen, aber auch als Bündel biologischer Prozesse. Sowohl auf einer Makroebene – wie funktioniert das menschliche Zusammenleben in einer Gesellschaft? – als auch auf einer Mikroebene – wie funktioniert der menschliche Körper mit seinen einzelnen Organen? – befriedigten Neurath, Kahn und ihre jeweiligen Illustrierteams

das steigende Informationsbedürfnis einer wachsenden bürgerlichen Öffentlichkeit. Aber was in Neuraths Konzept der *Isotype* seine kleinen Menschenbilder in Piktogramm-ähnlichen Grafiken als Zählseinheiten für soziale Gegebenheiten waren, die er zu Massen aggregierte (Gruppen, Nationen, Völker, Religionen), wurde bei Fritz Kahn zum sezierenden Blick in das Individuum. Als mechanistisch aufbereitetes Prozessdiagramm setzen seine Fabriken im transparenten Körper dem *Menschen als Industriepalast* ein bis heute faszinierendes Denkmal (Doudova et al. 2018).

Auch Bernd Stiegler (2016, S. 265-284; 2017) hat Kahn und Neurath bereits als Pioniere des modernen Informationsdesigns in Beziehung gesetzt. Obwohl sie sich – trotz eines ähnlichen Wirkungskreises und manch biografischer Parallele – vermutlich nie begegnet sind, stehen sie als Erklärer und Aufklärer im Zusammenklang für den multiperspektivischen Aufbruch in eine moderne Wissensgesellschaft, die sich für ein Erkenntnisspektrum von der kleinsten Zelle bis zum größten Menschenkonglomerat interessiert. Aber selbst in Kahns mechanistischer Metapher vom ‚Industriepalast‘ braucht es immer wieder den Homunculus, der die Handlungen ausführt – er präsentiert eben keine voll automatisierte Welt und die Entscheidungen treffen keine Algorithmen, sondern kleine Menschen an den Schaltstellen, auch wenn ihr Wirkungskreis durch die Einbettung in das große Ganze begrenzt ist. Vielleicht ist es auch gerade diese implizite Versöhnung von Mensch und Technik in der Moderne des 20. Jahrhunderts, die zur ungebrochenen Faszination von Kahns Schaubildern beiträgt. Man mag sich mit Borck (2009, S. 199) fragen, „wenn erst alle Fabrikarbeitsplätze so rein, rational, geordnet und sauber wären wie auf dem Plakat bereits dargestellt, und wenn wir Menschen dank weiterer medientechnischer Revolutionen auch noch die letzten Geheimnisse ergründet hätten, würden wir dann selbst zu Maschinen? – Nein, wir blieben die Arbeiter im großen Industriepalast des Volkskörpers, den unser Staat in der Gesamtheit seiner Individuen darstellt. Aber Kino und Radio beglückten uns endlich doppelt, weil hier Unterhaltung mit den Mitteln unserer eigenen Sinnesphysiologie gelänge.“

Kahns Ausweisung 1933 durch das NS-Regime folgte die Emigration nach Palästina; in Deutschland wurden seine Werke in den Folgejahren polizeilich beschlagnahmt und verboten, darunter auch *Das Leben des Menschen*. Über Palästina, Frankreich und Spanien gelang ihm, auch dank der Fürsprache von Albert

Einstein und mit Hilfe des Emergency Rescue Committees, 1940/41 die Ausreise in die USA, wo er allerdings kaum Publikationsmöglichkeiten für seine Arbeiten erschließen konnte. Zwar kompilierte er 1939/40 (als Nachverwertung des *Lebens des Menschen*) eine zweibändige Ausgabe unter dem Titel *Der Mensch gesund und krank* (Zürich: Albert Müller Verlag; US-Ausgabe *Man in Structure and Function*, Bde. I-II; New York: Alfred Knopf, 1943), aber die Resonanz blieb überschaubar. Obwohl nach wie vor das „Geschichtenerzählen [...] Kahns Talent und Überlebensstrategie“ war, was in seiner Vielseitigkeit an anderer Stelle ausführlicher erläutert ist (Debschitz & Debschitz 2009, S. 24), sollte er damit nie mehr an die Erfolge seiner Zwischenkriegspublikationen anknüpfen können. 1956 kehrte Kahn schließlich nach Europa zurück; zunächst in die Schweiz, bevor er 1960 nach Dänemark übersiedelte und 1968 nach langer Krankheit in einer Kurklinik in Locarno verstarb. Es bleibt sein Verdienst, die überholte populäre Anatomie des 19. Jahrhunderts mit ihrem Hang zum Sensationalismus durch eine technisierte Perspektive wiederbelebt zu haben – und auch die moderne Wissenschaft als Teil jener Moderne begriffen zu haben, zu deren Visualität seine konzeptuelle, die heutige Infografik vorwegnehmende Illustrationsweise ihren Beitrag geleistet hat (Sappol 2017, S. XIV).

6 Kahn als Agitator und Visionär

Der Schriftsteller Alfred Döblin bezeichnete *Das Leben des Menschen* in einer wohlwollenden zeitgenössischen Rezension zu Recht als „originelle Durchföhlung und Darstellung“ biologischen Wissens (zit. nach Debschitz & Debschitz 2013, S. 26). Ohne dem widersprechen zu wollen, wäre aus heutiger Sicht aber ebenso zu fragen, ob Kahns Maschinenanalogie durch die Mechanisierung aller Vorgänge nicht auch unerwünschte Nebeneffekte zeitigen könnte – so etwa die Vorstellung, dass nach einem Ursache-Wirkungsprinzip alles im Körper reparierbar und ersetzbar ist? Emotionale Prozesse und psychologische Mechanismen finden in der Mensch-Maschine keinen rechten Platz; statt dessen kultiviert sie die Vorstellung, dass man sich bei Beschädigungen und Verschleiß aus einem Ersatzteillager bedienen und das Notwendige austauschen könnte, um dann wieder zu „funktionieren“. Dies blendet nicht nur alles Psychosomatische aus, sondern kann falsche Erwartungen an die Medizin nähren, die eben mehr ist als eine bloße „Werkstatt“, und auch das permanente Self-Tracking von Performanzwerten ähnelt bloß dem Blick auf die Messinstrumente in Kahns

Maschinenraum.

Wie *Das Leben des Menschen* Aufklärung und Unterhaltung verschränkt, antizipierte allerdings nicht die heutigen ‚Entertainment-Education‘-Konzepte, denn Kahns Narration verblieb im Duktus der Belehrung, ohne diese in eine *fiktionales* Narrativ einzubetten, wie das manche Filmproduktionen der Zeit (z. B. *Die Ehe nach Van de Velde*, 1928/29) bereits taten. Aber mit der Entscheidung, dem Leben des Menschen eine 3D-Brille aus Karton mit farbigen Cellophan-Folien beizugeben, um die Tafeln zum ‚Plastischen Sehen‘ in Band V zum Leben zu erwecken, war er auf der Höhe seiner Zeit, denn die Bereitstellung solch simpler Raumbrillen griff nicht nur einen damaligen Trend in der populären Wissenschaftsvermittlung auf, sondern ahmte auch die räumlichen Vermittlungsstrategien in den Gesundheitsausstellungen nach.

Der Blick in aktuelle Initiativen wie den [Nationalen Aktionsplan zur Gesundheitskompetenz](#) und die [Leitlinie Gesundheitsinformationen](#) zeigt nachdrücklich, wie die Vermittlung von Gesundheitswissen durch Visualisierung und bezahlbare Verbreitungswege nach Kahns Vorbild befördert werden kann. Auch das Format der Faktenboxen, aufgelegt etwa durch die [AOK](#) als allgemeine Gesundheitsorientierung oder das Robert-Koch-Institut zum [Thema COVID-19-Schutzimpfung](#), tragen zur Popularisierung von Gesundheitswissen bei und leisten eine anschauliche Statistikerläuterung.

Dass Kahns Mammutwerk aus den 1920er Jahren auch heute noch in der Lage ist, aktuelle Diskussionen zu stimulieren, sei abschließend an zwei Fallbeispielen verdeutlicht: (1) Wenn er Fritz Schüler die Zahl der Bakterien in der Großstadtluft über den Tag hinweg darstellen lässt (siehe Abbildung 17), dann föhlen wir uns heute unweigerlich an die bedrohlichen Szenarien in der Corona-Krise erinnert. „Man erkennt die außerordentliche Bedeutung der Straßenbesprengung für die Entstaubung und Entkeimung der Luft und die gesundheitlichen Gefahren aller großen Menschenanhäufungen,“ heißt es bei Kahn – als Gefahrenherde gelten die Ansammlungen im „Café am Abend“ und besonders die Menschenmassen, die sich sonntags im Bahnhof drängen.

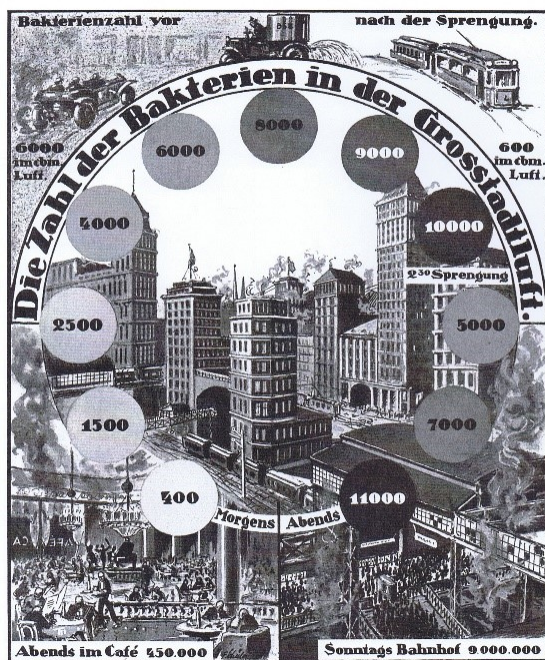


Abbildung 17: Zahl der Bakterien in der Grosstadtluft (DLDM III, S. 71; Fritz Schüler)

(2) Und eine erste Vision von den Verheißungen der Telemedizin erschien mit dem „Arzt der Zukunft“ schon 1924 (siehe Abbildung 18): „Doktor Futurus kontrolliert vor dem Schlafengehen den Zustand seiner Patienten mit Hilfe der elektrischen Fernübertragung von Röntgenbild, Atemkurve, Elektrokardiogramm, Blutdruck, Temperatur und Herzton“, so der Begleittext. Auch wenn man in diesem Bild die totale Entfremdung des Arztes von der Lebenswelt seiner Patient*innen (Borck 2009, S. 18) beklagen mag – ohne die kommunikativen Umwälzungen durch das Internet auch nur im entferntesten ahnen zu können, begeisterte Fritz Kahn sich bereits vor fast einhundert Jahren für die enge Überwachung der Gesundheit seiner Patient*innen, in einer Art medikalisiertem Risikofaktorenmodell (Franzkowiak 2018) avant la lettre. Egal wie realistisch diese Prognose damals technologisch war, so spricht aus ihr doch die Fürsorge des Arztes, in einer Zeit mit einem noch weit geringeren Niveau medizinischer Versorgung als heute permanent für seine Patient*innen da sein zu können.

Mein Dank gilt Thilo und Uta von Debschitz, die mir die großzügige Genehmigung erteilt haben, in diesem Beitrag Abbildungen aus dem Werk von Fritz Kahn zu reproduzieren. Auf ihrer [Website](#) finden sich zahlreiche weitere biografische Informationen rund um Kahn und sein Werk.

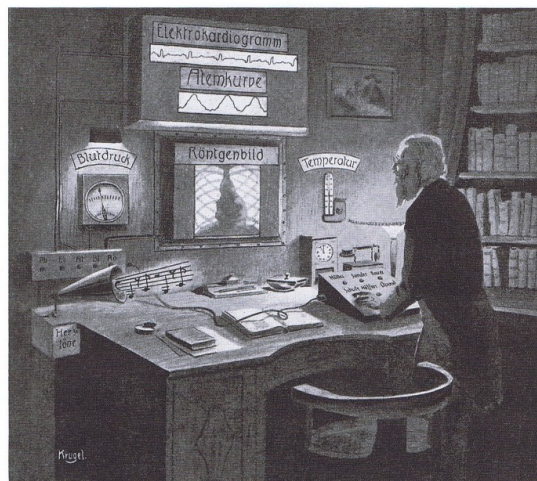


Abbildung 18: Der Arzt der Zukunft (DLDM II, S. 274; Arno Krugel. Veränderter Wiederabdruck in Berliner Illustrierte Zeitung vom 7. Juni 1925, S. 733–734)

Literaturverzeichnis

Alle zitierten Korrespondenzen oder Werbemittel entstammen dem Schriftgutarchiv der Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co. KG, Stuttgart, Vertragsakten Fritz Kahn bzw. Belegsammlung Kahn. Ich danke Frau Elke Rutschmann für ihre vorbildliche Betreuung und Unterstützung bei meinen Recherchen.

Borck, C. (2009): Humanist und technischer Aufklärer. In: Debschitz, U. & T. von (Hg.): *Fritz Kahn. Man Machine / Maschine Mensch*. Wien: Springer, S. 8–19.

Cartwright, N. (1996): *Otto Neurath. Philosophy between Science and Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.

Debschitz, U. von; Debschitz, T. von (2009): *Fritz Kahn. Man Machine / Maschine Mensch*. Wien: Springer.

Debschitz, U. von; Debschitz, T. von (2013): *Fritz Kahn*. Köln: Taschen.

Doudova, H. (2017): Fritz Kahn. Ein „Creative Director“ der künstlerisch-wissenschaftlichen Illustration. H.D. im Gespräch mit Uta von Debschitz. In: Dies./Jacobs, Stephanie/Rössler, Patrick (Hg.): *Bildfabriken. Infografik 1920-1945. Fritz Kahn, Otto*

- Neurath et al. Leipzig: Spector Books, S. 105–114.
- Doudova, H.; Jacobs, S.; Rössler, P. (Hg.) (2017): *Bildfabriken. Infografik 1920–1945. Fritz Kahn, Otto Neurath et al.* Leipzig: Spector Books.
- Eilers, M. (2015): Fritz Kahns *Das Leben des Menschen*. Zur Produktion und Transkription eines populären Werks. In: *NTM. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin* 23, Nr. 1/2, S. 1–31.
- Franckh'sche Verlagshandlung W. Keller & Co. (1932): Liste der neuen geschützten Ladenpreise. In: *Börsenblatt für den deutschen Buchhandel*, Nr. 20 vom 5. Januar.
- Franckh'sche Verlagshandlung W. Keller & Co.; Kosmos Verlag Stuttgart (Hg.) (1986): *Ein altes Verlagshaus mit jungem Geist*. Stuttgart: Eigenverlag.
- Franzkowiak, P. (2018): Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: *BZgA-Leitbegriffe*; doi: [10.17623/BZGA:224-i102-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i102-2.0).
- Grittmann, E. (2019): Methoden der Medienbildanalyse in der Visuellen Kommunikationsforschung. In: Lobinger, Katharina (Hg.): *Handbuch Visuelle Kommunikationsforschung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 527–546.
- Heller, S. (2013): Die Fabriken des menschlichen Körpers. In: Debschitz, U. & T. von (Hg.): *Fritz Kahn*. Köln: Taschen, S. 10–13.
- McLuhan, M. (1964): *Understanding Media: The Extensions of Man*. New York: McGraw-Hill.
- Merz, M. (2019): *Die Wikipedia-Community. Typologie der Autorinnen und Autoren der freien Online-Enzyklopädie*. Wiesbaden: Springer VS.
- Rössler, P. (2017a): *Filmfieber. Deutsche Kinopublizistik 1917–1937*. Erfurt: Universität Erfurt.
- Rössler, Patrick (2017b): Avantgarde: anderswo. Die *Berliner Illustrierte Zeitung* und ihre Schwestern – von der Allgegenwart der Fotografie. In: Stiftung Deutsches Historisches Museum / Axel Springer Syndication (Hrsg.): *Die Erfindung der Pressefotografie. Aus der Sammlung Ullstein 1894–1945*. Berlin: Hatje Cantz, S. 38–49.
- Rössler, P. (2018a): „Das Buch über Dich“. Zur Editions-geschichte von Fritz Kahns ‚Das Leben des Menschen‘. In: *Aus dem Antiquariat (N. F. 16)*, Nr. 1, S. 18–36.
- Rössler, P. (2018b): *Neue Typographien. 100 Jahre funktionales Grafikdesign in Deutschland*. Göttingen: Wallstein.
- Rossmann, C.; Hastall, M. (Hg.) (2019): *Handbuch der Gesundheitskommunikation. Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*. Wiesbaden: Springer VS.
- Sappol, M. (2017): *Body Modern. Fritz Kahn, Scientific Illustration, and the Homuncular Subject*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Schirmmacher, A. (2008): Nach der Popularisierung. Zur Relation von Wissenschaft und Öffentlichkeit im 20. Jahrhundert. In: *Geschichte und Gesellschaft* 34, Nr. 1, S. 73–95.
- Spree, U. (2000): *Das Streben nach Wissen. Eine vergleichende Gattungsgeschichte der populären Enzyklopädie in Deutschland und Großbritannien im 19. Jahrhundert*. Tübingen: Niemeyer.
- Statistisches Bundesamt (2020): Durchschnittliche Bruttonomatsverdienste. Online unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Verdienste-Verdienstunterschiede/Tabellen/liste-bruttonomatsverdienste.html> (zugegriffen 18.8.2020).
- Stiegler, B. (2016): *Der montierte Mensch*. Paderborn: Wilhelm Fink.
- Stiegler, B. (2017): Das Zeitalter des Auges. Fritz Kahn und Otto Neurath. In: Doudova, Helena/Jacobs, Stephanie/Rössler, Patrick (Hg.): *Bildfabriken. Infografik 1920–1945. Fritz Kahn, Otto Neurath et al.* Leipzig: Spector Books, S. 43–48.
- Vogel, K.; Wingender, C. (2000): „... deren Besuch sich daher unter allen Umständen lohnt.“ Die I. Internationale Hygiene-Ausstellung 1911. In: *Dresdner Hefte*, Nr. 63, S. 44–52.
- Weinert, S. (2017): *Der Körper im Blick. Gesundheitsausstellungen vom späten Kaiserreich bis zum Nationalsozialismus*. Berlin/Boston: De Gruyter Oldenburg.

Kommunikation zur Bewegungsförderung: Normative Aspekte im 20. und 21. Jahrhundert

Annemarie Wiedicke

Universität Erfurt

Zusammenfassung

Bewegung und Sport unterliegen normativen Vorstellungen: Sie repräsentieren Ideale und Fähigkeiten weit über das eigentliche Sporttreiben hinaus. Durchtrainierte Körper stehen für Gesundheit und Leistungsfähigkeit im privaten und beruflichen Alltag, aber auch für Erfolg, Potenz und Kampfbereitschaft. Vor diesem Hintergrund analysiert der vorliegende Beitrag exemplarisch verschiedene historische Beispiele strategischer Kommunikation zur Bewegungsförderung aus der Zeit der NS-Diktatur sowie der DDR. Kontrastierend wird eine zeitgenössische Gesundheitskampagne der BZgA vorgestellt. Dies geschieht mit Blick auf die normativen Aspekte von Kommunikation in unterschiedlichen politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Anhand der betrachteten Beispiele zeigt sich insbesondere der Wandel von einer kollektivistischen zur einer individualistischen Leitnorm. Des Weiteren wird eine Veränderung des Verständnisses von Gesundheit deutlich, welches der Kommunikation zugrunde liegt. Die Thematik bietet dabei eine Vielzahl von Möglichkeiten für Anschlussbetrachtungen: So könnte bspw. mittels einer systematischen, standardisierten Bildinhaltsanalyse ermittelt werden, ob der Zweite Weltkrieg mit einem Bruch in der Kommunikation des NS-Regimes zur Bewegungsförderung einherging. Weiterhin wäre ein Vergleich der normativen Prämissen der Kommunikation zwischen der BRD und der DDR denkbar.

Keywords: Strategische Kommunikation, Propaganda, Bewegung, Prävention, soziale Normen

Summary

Physical activity and sport are subject to normative concepts: They represent ideals and abilities far beyond the actual activity. Slim and fit bodies represent health and performance as well as success, potency and willingness to fight. Against this background, this article analyses historical examples of strategic communication for the promotion of physical activity of two different eras: the German Nazi dictatorship and the GDR. In contrast, a contemporary health campaign of the BZgA is presented. The analysis focuses on the normative aspects of communication in various political and social conditions. The examples illustrate in particular the change from a collectivist to an individualistic norm set. Furthermore, a change in the understanding of health becomes apparent. The topic offers a variety of possibilities for follow-up observations: For example, a systematic, standardized image content analysis could be used to determine whether World War II was accompanied by a major change in the Nazi regime's communication on the promotion of physical activity. Furthermore, a comparison of the normative premises of communication between the FRG and the GDR would be conceivable.

Keywords: strategic communication, propaganda, physical activity, prevention, social norms

1 Einleitung

Durchtrainierte Körper, wie sie uns heute zahlreich bspw. in der Werbung oder auch in sozialen Medien unter den Hashtags #fitspiration oder #fitspo (Tiggemann & Zaccardo, 2018) begegnen, sind stark normativ besetzt. Sie bündeln „verschiedene, sich teilweise überlagernde Kräfte, Fähigkeiten und Ideale, die weit über das Sporttreiben hinausweisen“ (Martschukat, 2019, S. 8). Hierzu zählen nicht nur Gesundheit und Leistungsfähigkeit im beruflichen und privaten Alltag, sondern auch Erfolg, Kampfbereitschaft, Potenz sowie ein normschönes Äußeres (Martschukat, 2017, 2019). Gleiches gilt für Bewegung und Sport als Mittel, um dieses Körperideal zu erreichen (Martschukat, 2019).

Dies ist jedoch kein neues Phänomen. Der vorliegende Beitrag setzt sich daher vor dem Hintergrund des Wechsels politischer Systeme und gesellschaftlicher Werte mit den normativen Aspekten von Bewegung und Sport im 20. und 21. Jahrhundert auseinander. Der Fokus liegt dabei auf der strategischen Gesundheitskommunikation zur Bewegungsförderung (siehe ergänzend zum Framing der Bewegungsförderung den Beitrag von Lena Lehrer in diesem Band).

Bewegung bezeichnet in diesem Zusammenhang „(körperliche) Aktivitäten [...], die eine Steigerung des Energieumsatzes – unter Einsatz von Muskelkraft – zur Folge haben“ (Geuter & Holleder, 2012, S. 9). Sport als Begriff ist nicht synonym zu dieser Definition von Bewegung zu verstehen, sondern bezieht sich nach dem heutigen Verständnis der Sportwissenschaft eher auf eine weitaus stärkere Belastung der Muskelkraft (Hollmann & Strüder, 2009). Bei Sport handelt es sich also immer um eine Form der Bewegung, aber nicht jede Bewegung zählt als Sport. Insbesondere im historischen Kontext treten zusätzlich weitere, zum Teil veraltete oder inzwischen negativ konnotierte Begrifflichkeiten (bspw. „Leibesübungen“) auf, mit denen bestimmte Formen körperlicher Aktivität adressiert werden.

Bei strategischer Kommunikation wiederum handelt es sich im Allgemeinen um ein kommunikatives Instrument, welches der Umsetzung spezifischer Organisationsinteressen dient (Röttger, Gehrau, & Preusse, 2013). Strategische Gesundheitskommunikation im Besonderen zielt zumeist auf eine Änderung des Gesundheitsverhaltens oder

gesundheitsbezogener Einstellungen ab (Reifegerste & Ort, 2018). Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden in diesem Beitrag sowohl Botschaften, die zu körperlicher Aktivität aufrufen, als auch Botschaften, die die Rezipierenden zum Sporttreiben aktivieren sollen, als strategische Gesundheitskommunikation zur Bewegungsförderung gewertet.

Auf dieser Grundlage gehe ich im Folgenden der Frage nach, inwiefern die Kommunikation zur Bewegungsförderung das normative Verständnis von Bewegung innerhalb eines bestimmten politischen Systems widerspiegelt. Zu diesem Zweck werden exemplarisch die Diktatur des Nationalsozialismus (NS-Diktatur) von 1933 bis 1945, die Zeit des Bestehens der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) von 1949 bis 1990 sowie aktuelle Diskurse beleuchtet.

Zu Beginn werden der ideologische Hintergrund sowie die Implementierung der „Nationalsozialistischen Leibeserziehung“ erörtert. Dabei werden normative Implikationen anhand zweier konkreter Beispiele der Kommunikation zur Bewegungsförderung aufgezeigt. Kontrastierend wird im Anschluss die „sozialistische Körperkultur“ der DDR vorgestellt. Im Mittelpunkt stehen dabei ihre Rolle im Herrschaftssystem sowie ihre institutionelle Verwirklichung. Auch in diesem Zusammenhang werden spezifische Beispiele aufgerufen, mittels derer die normativen Aspekte der Gesundheitskommunikation zur Bewegungsförderung in der DDR skizziert werden. Ein weiteres Kapitel widmet sich dem derzeitigen politischen und gesellschaftlichen Kontext der Bewegungsförderung in Deutschland. Vor diesem Hintergrund wird eine aktuelle Gesundheitskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) näher beleuchtet.

Abschließend werden übergreifende Betrachtungen gezogen und Implikationen für die weitere Forschung vorgestellt.

2 Bewegung in der NS Diktatur

Dieses Kapitel analysiert im Folgenden Ziele, Mittel und Kommunikation der „Nationalsozialistischen Leibeserziehung“ (für weitere Details zur Gesundheitskommunikation in der NS-Zeit siehe den Beitrag von Graf und Schiefeneder in diesem Band).

Ideologischer Hintergrund

Das „Erziehungsprogramm“ (Bernett, Teichler, & Bahro, 2008, S. 25) Adolf Hitlers, welches er u.a. in „Mein Kampf“ präsentierte (Krüger, 2005), zeichnete den „gesunden, sieghaften Kraftmenschen“ (Bernett et al., 2008, S. 25) als Ideal. Das „Heranzüchten kerngesunder Körper“ (Hitler, 1933, zitiert nach Bernett et al., 2008, S. 30) sollte zu einem neuen sog. „Menschentyp“ führen, welcher in der Lage sein sollte, andere „Völker“ [1] zu unterwerfen (Krüger, 2005). Die Kraft, welche es durch Sport und Bewegung zu erlangen galt, umfasste sowohl die Kraft des Individuums, als auch die der gesamten „Volksgemeinschaft“ (Becker & Schäfer, 2016).

So beschrieb bspw. Bruno Malitz, nationalsozialistischer Sportideologe und NSDAP-Kreisleiter von Görlitz, die Bedeutung des Sports wie folgt: „Will [...] der neue Mensch, Nachkommen züchten, die im Kampf des Lebens fest und gesund sind, so muss er selber gesund sein und fest. [...] Dadurch gewinnen Leibesübungen und Sport in der nationalsozialistischen Weltanschauung einen ungeheuren Raum. Sie sind nicht mehr das pazifistische Mittel der Volksversöhnung, sondern in der Hauptsache der Kronzeuge der Volkskraft.“ (Malitz 1936, zitiert nach Bernett et al., 2008, S. 30).

Dabei muss das Konzept der „Nationalsozialistischen Leibeserziehung“ zwangsläufig vor dem Hintergrund der nationalsozialistischen Weltanschauung und damit auch der Eugenik, der NS-Geschlechterordnung und der Absicht der Kriegsführung betrachtet werden (Becker & Schäfer, 2016). So lassen sich die Prinzipien der „Nationalsozialistischen Leibeserziehung“ auch als „Volk, Wehr, Rasse und Führertum“ (Krüger, 2005, S. 157) zusammenfassen. Letztlich waren gesunde und sportliche „Deutsche“ in der nationalsozialistischen Weltanschauung das Zeichen eines wehrhaften Staates.

Die angeführten Prinzipien der „Leibeserziehung“ galten sowohl für Männer, als auch für Frauen (Krüger, 2005) – weitere Geschlechter wurden in der NS-Weltanschauung nicht berücksichtigt. Dennoch sollte sich die „Leibeserziehung“ an den jeweiligen „geschlechtsgebundenen Aufgaben“ (Münch, 1935 zitiert nach Bernett et al., 2008, S. 116) orientieren – bei Männern betraf dies vor allem ihre Rolle als Kämpfer, bei Frauen wiederum die der (zukünftigen) Mutter (Bernett et al., 2008).

Inwiefern sich diese normativen Aspekte von Bewegung und Sport im Nationalsozialismus in der

Kommunikation niederschlagen, soll im Folgenden an einem konkreten Kommunikationsbeispiel aufgezeigt werden. Exemplarisch wurde hierfür ein Plakat ausgewählt, welches insbesondere die Rolle der Bewegung für die Frau in der NS-Diktatur herausstreicht. Dieses Plakat wurde ursprünglich für die Reichswerbewoche 1934 in Berlin gedruckt und findet sich im Bestand des [Deutschen Historischen Museums](#) Berlin.

Das Plakat zeigt eine Frau und insgesamt drei Kinder, zwei Jungen und ein Mädchen. Jede der abgebildeten Personen ist hochgewachsen und schlank, mit heller Haut und hellen Haaren; keine weist (sichtbare) körperliche Einschränkungen auf. Das Foto der Vier bedeckt die obere Hälfte des Plakates. Die Personen wirken fröhlich, sie laufen nebeneinander, Hand in Hand, an der Küste entlang. Im Hintergrund ist das Meer zu sehen. Unter dem Bild befindet sich die Formulierung „Gesunde Frauen durch Leibesübungen“ in Fraktur-Schrift, die Formulierung nimmt etwa ein Viertel des Plakates ein. Das restliche Viertel des Plakates wird schließlich von einer kleineren, anders formatierten Schrift („Reichswerbewoche vom 7.–13. Oktober 1934“) sowie der Abbildung eines Hakenkreuzes eingenommen.

Das Plakat vermittelte den Betrachtenden vermutlich einen Zusammenhang zwischen der sportlichen Betätigung einer Frau und ihrer Fähigkeit, viele gesunde Kinder zur Welt zu bringen. Die „gesunde“ Frau ist jene, die zur Fortpflanzung fähig ist und somit ihren Teil zur „Volksgemeinschaft“ beiträgt; die Durchführung von „Leibesübungen“ als Sport wiederum sichert ihre Gesundheit. Das Plakat popularisierte somit nicht nur Vorstellungen von individueller Gesundheit, sondern auch solche kollektiver (nationalsozialistischer) Sozialordnung. Die Zielgruppe dieser strategischen Gesundheitsbotschaft kann nicht eindeutig nachvollzogen werden, da weder Informationen über die Auftraggeber noch genaue Angaben zum Veröffentlichungsort vorliegen. Es ist allerdings davon auszugehen, dass sie sich an eine breite Masse richtete – schließlich wurde als Kommunikationskanal das damals wichtige Massenmedium Plakat (Sauer, 2007) gewählt. Die Aufschrift lässt zudem darauf schließen, dass die Botschaft insbesondere Frauen ansprechen sollte, da sie direkt adressiert wurden.

Das gewählte Beispiel weist, neben der Rolle der gesunden Frau als Mutter, noch auf einen weiteren Aspekt der nationalsozialistischen Weltanschauung hin:

das Ideal des „nordischen Menschen“ (Mehl, 1941, zitiert nach Bernett et al., 2008, S. 66). Um eine „Volksgemeinschaft“ (Wildt, 2012) zu errichten, welche dieses Ideal verkörperte, wurden in der NS-Diktatur systematisch Menschen jüdischen Glaubens, homosexuelle Personen, Sinti und Roma, politische Gegner*innen sowie Menschen mit geistlichen, seelischen und körperlichen Behinderungen („Aktion T4“) verfolgt und vernichtet.

Alle anderen hingegen – all jene, die als Teil der „Volksgemeinschaft“ betrachtet wurden – sollten auf unterschiedliche Weise systematisch sportlich aktiviert werden (Hachtmann, 2016). Eine besondere Rolle kam dabei der NS-Organisation „Kraft durch Freude“ (KdF) und dem Aufbau eines den Massen zugänglichen „Breitensports“ zu. Dies wird im folgenden Abschnitt näher ausgeführt.

Sport in der NS-Organisation Kraft durch Freude

Infolge der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten im Januar 1933 wurden Staat und Gesellschaft grundlegend umgebaut, die parlamentarische Demokratie aufgelöst und die Herrschaft der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei (NSDAP) unter der Führung Adolf Hitlers aufgebaut. Organisationen wie Gewerkschaften wurden aufgelöst (Wildt, 2012). An ihre Stelle traten NS-Massenorganisationen mit deren Hilfe die nationalsozialistische Weltanschauung auch in die Freizeit der Bürger*innen einsickern sollte (Hachtmann, 2016; Wildt, 2012).

Die NS-Organisation KdF war Teil der „Deutschen Arbeitsfront“ (DAF), welche bereits im Mai 1933 gegründet wurde, um jene Arbeiter*innen, die zuvor in den Gewerkschaften organisiert waren, aufzufangen (Wildt, 2012). Dabei handelte es sich keineswegs um eine Gewerkschaft, die sich der Vertretung der Interessen der Arbeitnehmer widmete, sondern vielmehr um eine „nationalsozialistische Erziehungsbehörde gegenüber der Arbeitnehmerschaft“ (Hachtmann, 2016, S. 29). Die DAF war die mit Abstand mitgliederstärkste NS-Massenorganisation: Zu Beginn des Jahres 1934 umfasst sie neun Millionen und im Sommer 1942 25,2 Millionen Mitglieder (Hachtmann, 2016). Die KdF bildete als Unterorganisation der DAF deren Freizeit- und Urlaubsorganisation. Sie zählte zu den beliebtesten Parteigliederungen (Bernett et al., 2008). Ihre vornehmlichen Ziele bestanden in der „weltanschaulich-politisch-kulturellen“ [Hervorhebung im

Original] Erziehung, der Formung eines arisch-kultischen Stils ebenso sehr wie der *Erholung* und damit der rein *körperlichen Befähigung* zur Mehrarbeit [...] endlich aber auch der Umwandung bestehender *Gesellschaftsformen und Normen* [Hervorhebungen im Original], die noch aus der vernationalsozialistischen Zeit in unsere Epoche heranragen“ (Selzner, 1942, zitiert nach Bernett et al., 2008, S. 285).

Die aktive Gestaltung der Freizeit diente den Nationalsozialisten als politisches Mittel zum Erhalt ihres Regimes (Bernett, 2017). Neben kulturellen Angeboten und touristischen Ausflügen wie bspw. Urlaubsfahrten (Jüllig, 2015), setzte KdF dabei vor allem auf außerbetriebliche Sportkurse. Diese waren für alle Mitglieder der DAF und deren Familien leicht zugänglich. Im Anschluss an den Erwerb einer KdF-Jahreskarte für 30 Pfennig (eine erschwingliche Summe), konnte jeder der offenen Kurse problemlos besucht werden (Hachtmann, 2016). Die Sportkurse richteten sich an alle Altersklassen und erfreuten sich großer Beliebtheit. Bereits im Jahr 1934 beteiligten sich 663.000 Männer, Frauen, Jugendliche und Kinder an den verschiedenen Kursen, 1937 waren es schließlich mehr als acht Millionen (Hachtmann, 2016). Prinzipiell waren jedoch Personen, die in der NS-Ideologie nicht als Teil der „Volksgemeinschaft“ angesehen wurden, sei es aus rassistischen oder politischen Motiven, von all diesen Angeboten ausgeschlossen (Hachtmann, 2016). Das Kursangebot umfasste u.a. Gymnastik, Leichtathletik, Tanz, Schwimmen, Skifahren und Reiten, wie verschiedene Plakate im Bestand des Bundesarchivs zeigen. Diese Plakate können als strategische Gesundheitskommunikation zur Bewegungsförderung angesehen werden, da sie zu sportlicher Aktivität aufriefen.

Eines dieser Plakate, mit welchen KdF für ihre Sportangebote warb, soll im Folgenden genauer betrachtet und unter Berücksichtigung der normativen Implikationen der KdF-Kommunikation zur Bewegungsförderung analysiert werden. Das Plakat stammt aus dem Jahr 1935 und wurde von H. A. Braun und Co. in Berlin gedruckt; sein Originaltitel lautete „Leibesübungen mit Kraft durch Freude“. Das Plakat kann in der [Bilddatenbank des Bundesarchivs](#) eingesehen werden (Signatur: Plak 003-018-003).

Im Mittelpunkt des Plakates steht ein junger Mann, dessen Äußeres dem nationalsozialistischen Männer-Ideal entspricht. Er hält einen Medizinball in beiden Händen, offenbar zum Wurf ansetzend, sein Bizeps zeichnet sich deutlich ab. Er wirkt fröhlich und so, als

hätte er Spaß. Im Hintergrund wehen drei Hakenkreuz-Flaggen. Die Aufschrift des Plakates lautet „Leibesübungen mit Kraft durch Freude“.

Sport, welcher im Kontext von KdF betrieben wurde, fand gleichzeitig im Kontext der NS-Ideologie und der Politik der Nationalsozialisten statt. Dieser Eindruck wird dadurch verstärkt, dass das Plakat mit dem Hakenkreuz eines der zentralen Symbole der Nationalsozialisten abbildet. Der hoch gehaltene Medizinball sowie der Bizeps des Sportlers weisen auf dessen Kraft als zentrales Motiv hin – Sport dient folglich vor allem dem Gewinn von Kraft. Dies bedeutet, dass die abgebildete Aktivität weniger die Kraft des Einzelnen widerspiegelt, sondern vielmehr als Ausdruck der Leistungsbereitschaft und Wehrfähigkeit der „Volksgemeinschaft“ anzusehen ist. Die Zielgruppe erscheint, im Vergleich zum ersten Beispiel, weniger klar. Zwar ist aufgrund des gewählten Kommunikationskanals ebenfalls davon auszugehen, dass eine breite Masse angesprochen werden sollte (Sauer, 2007). Allerdings zeigt das Plakat, anders als andere KdF-Aushänge, die im digitalen Bildarchiv des Bundes abgerufen werden können, ausschließlich einen Mann. Die tatsächlichen Sportangebote richteten sich hingegen zumeist an Männer und Frauen. Auch die angesprochene Altersgruppe bleibt unklar, da die Kurse allen Altersklassen offenstanden. Sicher ist hingegen, dass das Plakat nur jene ansprechen sollte, welche als Teil der „Volksgemeinschaft“ betrachtet wurden.

Die zwei dargestellten Beispiele zeigen exemplarisch, dass strategische Botschaften zur Bewegungsförderung in der NS-Diktatur zentrale Elemente der nationalsozialistischen Weltanschauung hervorhoben und auf diese Weise auf Legitimationseffekte für das Regime abzielten. Dies gilt u.a. mit Blick auf die vorgegebenen Rollen der Geschlechter, die sich in den ausgewählten Plakaten widerspiegeln: Der starke, sportliche und somit wehrhafte Mann wird der bewegungsfreudigen, gesunden Mutter gegenübergestellt.

Mit Kriegsende endete die NS-Diktatur, die politische Ideologisierung des Sportes jedoch nicht. Das folgende Kapitel widmet sich daher der Bedeutung des Sportes in der DDR und zeigt an ausgewählten Beispielen strategischer Kommunikation zur Bewegungsförderung deren normative Ebene auf.

3 Die sozialistische Körperkultur der DDR

Sport kam in der DDR eine staatstragende Rolle zu. Das folgende Teilkapitel widmet sich der dahinterstehenden Ideologie sowie der organisatorischen Umsetzung.

Idee und Organisation

1945 wurde das ehemalige Deutsche Reich zunächst in vier verschiedene Besatzungszonen – amerikanisch, britisch, französisch und sowjetisch – aufgeteilt. Am 07. Oktober 1949 wurde auf dem Gebiet der sowjetischen Besatzungszone die DDR gegründet, unmittelbar nach der Staatsgründung ging die Parteiführung der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands (SED) dazu über, die Gesellschaft nach ihren Vorstellungen umzubauen (Malycha, 2011). Bei der SED handelte es sich um die Staatspartei der DDR; welche in der SBZ im Jahr 1946 durch den Zusammenschluss der KPD und SPD (gegen deren teilweise deutlichen Widerstand und unter dem Druck der Besatzungsmacht) gegründet wurde (Schubert & Klein, 2018). Die DDR wird auch als SED-Diktatur bezeichnet (z. B. Krüger, 2005, S. 188–189).

Dem Sport kam beim Umbau der Gesellschaft eine entscheidende Rolle zu; wobei die Prämisse der „sozialistischen Körperkultur“ für die gesamte Gesellschaft der DDR „Jedermann an jedem Ort – jede Woche mehrmals Sport“ lautete (Ulbricht, 1968, S. 10).

Ganz praktisch bedeutete dies, dass die körperliche Ertüchtigung durch Sport in der DDR außergewöhnlich stark gefördert wurde. Sie galt als wichtiges Mittel der „Kulturrevolution“ und wurde als bedeutsam für das Wohlbefinden und den Gesunderhalt der Bevölkerung angesehen. Schließlich war sie als wichtiges Präventionsmaß zentraler Bestandteil der Wirtschaftspolitik des Staates – die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sollte hochgehalten, die Gesundheitskosten verringert werden (Krüger, 2005; Süß, 1998; Ulbricht, 1968).

Die Förderung des Sportes und der Bewegung seitens des SED-Regimes verfolgte also nicht nur das Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und zu erhalten, sondern war auch elementarer Bestandteil der angestrebten sozialistischen Umgestaltung des gesellschaftlichen Zusammenlebens unter der Betonung von Leistungsfähigkeit und der Rolle des Kollektivs.

Das folgende Beispiel strategischer Gesundheitskommunikation zur Bewegungsförderung verdeutlicht

dies. Es handelt sich um ein Faltblatt aus dem Jahr 1982, herausgegeben vom „Kabinett für Gesundheitserziehung des Rates der Stadt Dresden, Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen“ (abrufbar als DHMD 1998/28 in der Online-Sammlung des [Deutschen Hygiene Museums Dresden](#)). Das Faltblatt mit dem Titel „Risikofaktor Bewegungsarmut“ benennt einerseits die Risiken von Bewegungsmangel und verweist auf die Vorteile regelmäßiger körperlicher Aktivität, darunter die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes. Andererseits empfiehlt es „Alle Formen körperlicher Konditionierung kontinuierlich in die Freizeit- und Wochenendgestaltung der Familien bzw. Kollektive einzuordnen“ oder auch „Sport treiben in Sportgemeinschaften oder anderen Gruppen“. Individuelles gesundheitsförderndes Verhalten – mehr Bewegung im Alltag – wurde folglich direkt mit einer Orientierung hin zum Kollektiv verknüpft, bspw. durch die Beteiligung an einer Sportgemeinschaft.

Diese Sportgemeinschaften – wie Sport und Bewegung generell – waren staatlich organisiert, denn auch „im Bereich des Sports durfte die Vorherrschaft der SED nicht infrage gestellt werden“ (Krüger, 2005, S. 191). Die Sportpolitik unterstand direkt der SED (Bernett, 1994). Noch vor der Staatsgründung wurde der Deutsche Sportausschuss (DSA) eingesetzt (Krüger, 2005). 1952 wurde dieser als höchste Instanz des DDR-Sports durch das „Staatliche Komitee für Körperkultur und Sport“ abgelöst. Dieses Komitee bildete die höchste Instanz aller sportlichen Bereiche, darunter auch die der schulischen Bildung. Sein Präsident war auch Mitglied des Zentralkomitees der SED (Bernett, 1994).

Im Jahr 1957 wurde schließlich der Deutsche Turn- und Sportbund (DTSB, später DTSB der DDR) ins Leben gerufen (Bernett, 1994; Krüger, 2005), mit dem Ziel „alle Turner und Sportler der Deutschen Demokratischen Republik beim weiteren Aufbau des Sozialismus in einer einheitlichen Organisation zu vereinen [...]. Der Deutsche Turn- und Sportbund [...] sieht seine vornehmste Aufgabe darin, unsere gesamte Bevölkerung, vor allem die Jugend, für Körperkultur und Sport zu gewinnen [...], um damit den Aufbau unserer sozialistischen Gesellschaftsordnung verwirklichen zu helfen“ (Theorie und Praxis der Körperkultur, 1957, zitiert nach Bernett, 1994, S. 144).

Der DTSB als sozialistische Massenorganisation sicherte nun die Kontrolle durch die SED und fasste alle Aspekte des Sports in der DDR unter seinem Dach

zusammen. Letztlich wurde alles offizielle sportliche Geschehen „zentralistisch und von oben verordnet, geplant und kontrolliert“ (Krüger, 2005, S. 194). So traten bspw. anstelle dezentraler kommunaler Sportvereine die sog. Betriebssportgemeinschaften (BSG). Diesen kam bei der „Entwicklung des Volkssportes“ (Beier, 1956, zitiert nach Bernett, 1994, S. 67) eine besondere Bedeutung zu. Wer als erwachsene Person in der DDR Sport treiben wollte, war zumeist gezwungen, dies in einer BSG zu tun. Individueller Freizeitsport wurde nicht gefördert. So wurden auch Massensportveranstaltungen wie Läufe seitens der Partei organisiert, darunter auch der „Berliner Friedenslauf“. Eigeninitiativen von Bürger*innen, zu denen u.a. die Organisation des Thüringer Rennsteiglaufes zählte, wurden nicht begrüßt, jedoch geduldet (Krüger, 2005).

Insbesondere die Jugend sollte für Körperkultur und Sport gewonnen werden. Das kommende Unterkapitel liefert einen Überblick darüber, wie sich dies konkret zeigte.

Jugendsport und sozialistische Körperkultur

Die Bedeutung von Körperkultur und Sport für Kinder und Jugendliche wurde in Gesetzen und Anordnungen festgehalten (Bernett, 1994). So wurde festgelegt, dass alle Kinder bis zu ihrem 14. Lebensjahr das Schwimmen zu erlernen hatten oder auch, dass jährlich Schulmeisterschaften durchzuführen seien. Weiterhin sollte der Erwerb des Sportabzeichens der DDR (ausgestellt vom DTSB) systematisch für alle Kinder und Jugendlichen organisiert werden (Gesetz über die Teilnahme der Jugend am Kampf um den umfassenden Aufbau des Sozialismus, 1964, §27, zitiert nach Bernett, 1994, S. 50). Damit war die Bewegungsförderung bereits im Kindes- und Jugendalter fest mit der sozialistischen Ideologie verknüpft.

Auch dies soll exemplarisch anhand eines Kommunikationsbeispiels illustriert werden, genau genommen einer Informationsbroschüre zum Erwerb des Sportabzeichens aus dem Jahr 1985. Diese findet sich in der Online-Sammlung des [DDR-Museums](#) in Berlin. Links oben auf dem Dokument findet sich in großer Schrift der Slogan „Dein Herz dem Sport“. Darunter ist ein stilisiertes, freundlich lächelndes Herz abgebildet. Unter diesem Herz sind der Appell „Erwirb das Sportabzeichen der DDR!“, eine Abbildung des Sportabzeichens sowie dessen Motto: „Bereit zur Arbeit und zur Verteidigung der Heimat“ abgedruckt.

Weiterhin ruft die Broschüre die Rezipierenden dazu auf, die Bedingungen für das Sportabzeichen an ihrer Schule zu erfüllen. Darüber hinaus befinden sich verschiedene Grafiken und Logos auf der Broschüre. Alle Zeichnungen und Buchstaben sind in einem hellen Grün gehalten.

Das gewählte Beispiel präsentiert somit ein Sportabzeichen, das möglichst alle Kinder und Jugendlichen erwerben sollten, als ein Mittel der „Verteidigung der Arbeit“ bzw. der „Verteidigung der Heimat“ und weist somit ganz klar auf die militärische Rahmung des Kinder- und Jugendsports in der DDR hin. Dabei rückt die Schule als Akteur in den Mittelpunkt, denn dort sollten die für das Sportabzeichen notwendigen Prüfungen abgelegt werden. Insgesamt kam der Institution Schule, vor allem dem Schulsport, eine wichtige Rolle für die „sozialistische Erziehung und Bildung der gesamten Jugend“ (Ulbricht, 1968, S. 8) zu (Krüger, 2005). Dies äußerte sich in einer disziplinierten bis militärisch strengen Durchführung des Sportunterrichtes (Krüger, 2005), wobei hohe Leistungen erzielt werden sollten, vor allem aber „größere Ausdauer, Gewandtheit, Kraft und Schnelligkeit“ (Bruger, 1968, S. 51), wie ein Direktor einer weiterführenden Schule 1968 formulierte.

Wehrsport und Wehrunterricht waren ebenfalls Teil der sportlichen schulischen Ausbildung. Ihr primäres Ziel bestand darin „für die physische Fitness der potenziellen Landesverteidiger zu sorgen und die Jugend an militärische Formen zu gewöhnen“ (Krüger, 2005, S. 196). So kamen bspw. ab der ersten Klasse die bei der Nationalen Volksarmee (NVA) gängigen Ordnungsformen im Sportunterricht zum Tragen, oder es wurde der „Granatenweitwurf“ geübt (Krüger, 2005).

Nicht zuletzt bildete der Schulsport auch den Rahmen für die Leistungssichtung der Kinder und Jugendlichen (Krüger, 2005). Schüler*innen mit besonderer Leistungsfähigkeit wurde bspw. geraten, sich frühzeitig zu spezialisieren – mit dem Leistungssport als gesetztem Ziel (Bruger, 1968). Solche Talente kamen zunächst in Trainingszentren, aus welchen die talentiertesten für die Kinder- und Jugendsportschulen (KJS) ausgewählt wurden. Dies traf auf etwa 2.500 Kinder jährlich zu, welche an den KJS anschließend einem strengen sportlichen und ideologischen Drill unterworfen wurden (Krüger, 2005).

Sport und der damit verbundene Aufbau einer

„sozialistischen Körperkultur“ wurde in der DDR als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen (Kind, 1968) und zentralistisch von der Parteiführung durchgesetzt und gefördert (Bernett, 1994; Krüger, 2005). Die Vorteile für die individuelle Gesundheit, die sich aus regelmäßiger körperlicher Aktivität ergeben – bspw. ein verringertes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen – wurden dabei bedacht und auch kommuniziert, wie das als Beispiel angeführte Faltblatt zum „Risikofaktor Bewegungsarmut“ zeigt. Gleichzeitig wird die kollektivistische Orientierung der Bewegungsförderung deutlich. Des Weiteren zeigte die Informationsbroschüre zum Sportabzeichen normative Implikationen der Gesundheitskommunikation in der DDR, die deutlich über den Gesunderhalt bzw. die Gesundheitsförderung hinausgingen.

Während die Bewegungsförderung in der NS-Diktatur, aber auch in der DDR durch eine kollektivistische Leitnorm gekennzeichnet war, werden inzwischen eher Hedonismus und Eigenverantwortung betont, wenn es darum geht, Menschen zu mehr Bewegung zu aktivieren. Dies geschieht auch im Zeichen des Neoliberalismus – Bewegung und Sport werden mitunter, wie viele andere Aspekte des menschlichen Lebens, als eine Form des Wettbewerbs verstanden (Martschukat, 2019). Der Erfolg von Fitnessstudios, Tracking-Apps oder auch sozialer Netzwerke wie Instagram als Plattform voller Vergleichsmöglichkeiten (#fitspo) unterstreicht dies (Martschukat, 2019; Tiggemann & Zaccardo, 2018).

Die Förderung der eigenverantwortlichen Sorge um die eigene Leistungsfähigkeit durch regelmäßige körperliche Aktivität bildet jedoch gleichzeitig auch eine wichtige Strategie der Gesundheitsprävention. Deren Ziel besteht letztlich in der Kostenreduktion im Gesundheitssystem durch verringerte Krankheitsinzidenzen (Rütten & Pfeifer, 2016; Walter, 2004). Vor diesem Hintergrund setzt sich das folgende Kapitel mit einer aktuellen Kampagne der BZgA zur Bewegungsförderung auseinander.

4 Die eigenverantwortliche Gesundheitsförderung

Seit Mitte der 1970er Jahre ist das deutsche Gesundheitssystem zunehmend durch eine Kostendämpfungspolitik gekennzeichnet (Henke, 1992; Nadolny, 2008; Schulz & Hartung, 2014). Unter dem Stichwort „Eigenverantwortung“ werden dabei nicht nur autonome Entscheidungen des Individuums bezüglich des eigenen Gesundheitsverhaltens diskutiert, sondern auch die Einschränkung der Finanzierung von

medizinischen Leistungen (Schaefer & Weißbach, 2012).

Eine zentrale Rolle in dem Versuch, Kosten zu reduzieren, spielt die Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten, wie bspw. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Adipositas oder auch Typ-2-Diabetes. Dabei handelt es sich jeweils um Erkrankungen, die nicht nur eine enorme Belastung für die Betroffenen zur Folge haben, sondern durch die hohe Prävalenz auch eine starke politische und ökonomische Herausforderung für die Solidargemeinschaft darstellen (Cavill, Kahlmeier, Racioppi, & WHO, 2010). Hierbei kommt der Bewegung eine wichtige Rolle für die Gesundheitsprävention als Teil einer nationalen Gesundheitsstrategie zu (BZgA, Rütten, & Pfeifer, 2016; Rütten & Abu-Omar, 2003).

Exemplarisch hält die Gesundheitskampagne „Zeit für Bewegung“ der BZgA unter dem Motto „Übergewicht vorbeugen“ in diesem Zusammenhang Kinder und Jugendliche zu mehr Bewegung im Alltag an. Einen Überblick über die gesamte Kampagne liefert die [Kampagnen-Website](#). Die Kampagne adressiert sowohl Kinder und Jugendliche, als auch deren Eltern. Neben der Website bietet die BZgA weitere Materialien zur Kampagne an, darunter bspw. Broschüren, Themenblätter, Unterrichtsmaterialien und Poster, die u.a. von Arztpraxen, Kindergärten oder Schulen angefordert werden können.

Eines der Poster zeigt einen Vater, der auf dem Rücken liegt und mit ausgestreckten Armen seine etwa vier Jahre alte Tochter hochhält. Das Kind lacht, es sieht sehr glücklich und ausgelassen aus. Unter der Fotografie, die etwa zwei Drittel des Posters einnimmt, findet sich in verschiedenen Farben die Aufschrift „Wir sind Spaß-ATHLETEN [Hervorhebung im Original] Und ihr?“, darunter steht in einer kleineren Schrift „Bewegung tut gut. Dem Körper und der Seele! Für Kinder, Jugendliche und auch für Erwachsene wird regelmäßige Bewegung empfohlen.“ Des Weiteren finden sich auf dem Poster das Logo der Kampagne, das der BZgA sowie der Link zur Kampagnen-Website.

Das Plakat rückt das Wohlbefinden sowie die psychische und physische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als Ziel von Bewegung in den Mittelpunkt. Zudem hebt es hervor, dass Bewegung Spaß macht. Weiterhin verweist es implizit auf die Verantwortung der Eltern für die Gesundheitsförderung ihrer Kinder. Die Gesundheitskommunikation zur Bewegungsförderung

fokussiert in diesem Fall also vor allem auf das individuelle Wohlergehen und die positiven Gesundheitsfolgen von Bewegung. Gleichzeitig klingen mit der Betonung des Spaßes an der Bewegung auch hedonistische Sentimente an.

Hier zeigt sich deutlich der Wandel der Normen, die in der Kommunikation zur Bewegungsförderung mitschwingen: Anstelle einer kollektiv organisierten sportlichen Aktivität tritt nun die körperliche Aktivität, welche individuell gestaltet werden kann und anstatt der Betonung kollektiver Leistungsbereitschaft stehen psychisches und physisches Wohlbefinden im Fokus.

5 Resümee

Die Kommunikation zur Bewegungsförderung hat sich im Laufe der Zeit und mit dem Wechsel politischer Systeme entscheidend gewandelt. Zu den wichtigsten Veränderungen zählen die Abkehr von der politisch-militärischen Orientierung sowie eine Veränderung der der Kommunikation zugrunde liegenden Leitnorm von einer kollektivistischen hin zu einer individualistischen. Trotz dieses Wertewandels und der Betonung der gesundheitlichen Eigenverantwortung, nicht nur in der strategischen Gesundheitskommunikation, sondern bspw. auch in der medialen Berichterstattung (Dobrick & Reifegerste, 2015), basiert die Gesundheitsversorgung noch immer auf dem Solidaritätsprinzip und der Solidargemeinschaft („Principle of Solidarity,” 2008). Dabei streicht die heutige strategische Kommunikation zur Bewegungsförderung auch den hedonistischen Nutzen von Bewegung für die Rezipierenden heraus.

Diese Veränderungen werden beim Vergleich des ersten und des letzten Kommunikationsbeispiels im Beitrag besonders klar: Obwohl in beiden Fällen Elternteil und Kind(er) abgebildet werden, unterscheiden sich Botschaft und Bildsprache deutlich: Das Beispiel aus dem NS-Kontext hebt vor allem die Bedeutung von Bewegung für die Reproduktionsfähigkeit hervor, indem es eine Frau und ihre vielen Kinder abbildet und dabei auf die gesundheitsfördernde Wirkung von „Leibesübungen“ verweist – wobei gesund bei den Nationalsozialisten vor allem „erbgesund“ bedeutete (Proctor, 1999). Zudem adressiert es die Frauen nicht direkt, sondern trifft nur die generelle Aussage „Gesunde Frauen durch Leibesübungen“. Das Beispiel aus der aktuellen Gesundheitskampagne hingegen stellt den Spaß an der Bewegung sowie deren positive Wirkung auf die psychische und physische Gesundheit in den

Mittelpunkt, die Formulierung auf dem Plakat „Und ihr?“ spricht die Rezipierenden direkt an und adressiert sie somit persönlich: nicht als Teil eines Systems, sondern als Einzelperson. Das zugrunde liegende Verständnis von Gesundheit ist hier allumfassender und schließt bspw. das individuelle Wohlbefinden mit ein.

Diese Thematik bietet eine Vielzahl von Möglichkeiten für Anschlussbetrachtungen. Die Visuelle Kommunikationsforschung bspw. bedient sich unterschiedlicher Methoden aus verschiedenen Disziplinen, welche im vorliegenden Kontext zur Anwendung kommen könnten. Dazu zählen u.a. ikonografisch-ikonologisch orientierte Verfahren, semiotisch orientierte Ansätze, aber auch standardisierte Verfahren (Grittmann, 2019). Diese standardisierten Verfahren könnten eine systematische Analyse einer größeren Zahl von Beispielen aus den jeweiligen Epochen ermöglichen und so die Grundlage für einen ausführlichen Vergleich schaffen.

Einzelne Forschungsfragen könnten bspw. untersuchen, ob der Zweite Weltkrieg (1938 – 1945) mit einem Bruch in der Kommunikation des NS-Regimes zur Bewegungsförderung einherging oder inwiefern sich angesichts des langen Bestehens der DDR die Kommunikation im Zeitverlauf verändert hat. Weiterhin wäre ein Vergleich zwischen zwei zeitgleich bestehenden Systemen – dem der DDR und dem der BRD – möglich.

Fußnote

¹ Die Begriffe „Volk“ bzw. „Völker“ beziehen sich in der rassistischen Ideologie der NS-Diktatur auf eine bestimmte Gruppe von Menschen, die durch Rassifizierung gegenüber anderen Gruppen von Menschen abgewertet werden (IDA e.V., 2020; Puschner, 2016). Die Verwendung des Begriffes im Text erfolgt daher vor dem Hintergrund des geschichtlichen Kontextes. Die Autorin distanziert sich deutlich von diesen Begriffen.

Literaturverzeichnis

Becker, F. & Schäfer, R. (2016). Einleitung. In F. Becker & R. Schäfer (Hrsg.), *Sport und Nationalsozialismus* (S. 9–26). Göttingen: Wallstein Verlag.

Beier, W. (1956). *Bilder und Dokumente aus der deutschen Turn- und Sportgeschichte*. Berlin: Staatliches

Komitee für Körperkultur und Sport.

Bernett, H. (1994). *Körperkultur und Sport in der DDR: Dokumentation eines geschlossenen Systems*. Schorndorf: Hofmann.

Bernett, H. (2017). *Sport und Schulsport in der NS-Diktatur*. Paderborn: Ferdinand Schöningh.

Bernett, H., Teichler, H. J., & Bahro, B. (2008). *Nationalsozialistische Leibeserziehung: Eine Dokumentation ihrer Theorie und Organisation*. Schorndorf: Hofmann.

Bruger, F.-K. (1968). In der Schule die physischen Grundeigenschaften ausbilden. In Der Staatsrat der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.), *Körperkultur und Sport bei der Gestaltung des entwickelten gesellschaftlichen Systems des Sozialismus: Materialien der 11. Sitzung des Staatsrates der DDR vom 20. September 1968* (S. 51–54). DDR: Staatsverlag der Deutschen Demokratischen Republik.

BZgA, Rütten, A. & Pfeifer, K. (Hrsg.) (2016). *Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Forschung Praxis Der Gesundheitsförderung*. Köln: BZgA.

Cavill, N., Kahlmeier, S., Racioppi, F. & WHO (2010). *Bewegung und Gesundheit in Europa: Erkenntnisse für das Handeln*. Wien: WHO.

Dobrick, F. M. & Reifegerste, D. (2015). Das Framing von Eigenverantwortung in der deutschen Presseberichterstattung zu gesundheitspolitischen Entscheidungen. In M. Schäfer, O. Quiring, C. Rossmann, M. R. Hastall, & E. Baumann (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation im gesellschaftlichen Wandel* (S. 37–48). Baden-Baden: Nomos. <https://doi.org/10.5771/9783845264677-37>

Geuter, G. & Holleder, A. (2012). *Bewegungsförderung und Gesundheit - eine Einführung*. In G. Geuter & A. Holleder (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S. 9–20). Bern: Verlag Hans Huber.

Grittmann, E. (2019). Methoden der Medienbildanalyse in der Visuellen Kommunikationsforschung. In K. Lobinger (Hrsg.), *Springer Reference Sozialwissenschaften. Handbuch Visuelle Kommunikationsforschung* (S. 527–546). Wiesbaden: Springer VS.

- Hachtmann, R. (2016). "Bäuche wegmassieren" und "überflüssiges Fett in unserem Vole beseitigen": Der kommunale Breitensport der NS-Gemeinschaft "Kraft durch Freude". In F. Becker & R. Schäfer (Hrsg.), *Sport und Nationalsozialismus* (S. 27–66). Göttingen: Wallstein Verlag.
- Henke, K.-D. (1992). Gesundheitswesen zwischen Wachstumsdynamik und Kostendämpfung. *Wirtschaftsdienst*, 72(8), 415–420.
- Hitler, A. (1933). *Mein Kampf* (21. Aufl.). München: Zentralverlag der NSDAP.
- Hollmann, W. & Strüder, H. K. (2009). *Sportmedizin: Grundlagen für körperliche Aktivität, Training und Präventivmedizin*. Stuttgart: Schattauer.
- IDA e.V. (24.07.2020). Glossar: Rassifizierung. Verfügbar unter: https://www.idaev.de/researchtools/glossar/glossar-detail/?tx_dpnglossary_glossarydetail%5Bterm%5D=168&tx_dpnglossary_glossarydetail%5Baction%5D=show&tx_dpnglossary_glossarydetail%5Bcontroller%5D=Term&cHash=ffd4cd0410adc7a7083eb2ba74e165d6 [15.10.2020]
- Jüllig, C. (2015). Die NS-Gemeinschaft "Kraft durch Freude" (KdF). Verfügbar unter: <https://www.dhm.de/lemo/kapitel/ns-regime/ns-organisationen/kraft-durch-freude.html> [15.10.2020]
- Kind, F. (1968). Die Entwicklung von Körperkultur und Sport - gesamtgesellschaftliches Anliegen. In Der Staatsrat der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.), *Körperkultur und Sport bei der Gestaltung des entwickelten gesellschaftlichen Systems des Sozialismus: Materialien der 11. Sitzung des Staatsrates der DDR vom 20. September 1968* (S. 45–50). DDR: Staatsverlag der Deutschen Demokratischen Republik.
- Krüger, M. (2005). *Einführung in die Geschichte der Leibeserziehung und des Sports: Teil 3: Leibesübungen im 20. Jahrhundert. Sport für alle*. Schorndorf: Hofmann.
- Malycha, A. (2011). Der Ausbau des neuen Systems (1949 bis 1961). Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/izpb/48519/der-ausbau-des-neuen-systems-1949-bis-1961> [15.10.2020]
- Martschukat, J. (2017). Fitness und Fatness: Über Körper und Ausnahmezustände in der Zeitgeschichte. In H. Ahlheim (Hrsg.), *Veröffentlichungen des zeitgeschichtlichen Arbeitskreises Niedersachsen: Vol. 32. Gewalt, Zurichtung, Befreiung?: Individuelle »Ausnahmezustände« im 20. Jahrhundert* (S. 186–199). Göttingen: Wallstein Verlag.
- Martschukat, J. (2019). *Das Zeitalter der Fitness: Wie der Körper zum Zeichen für Erfolg und Leistung wurde*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Mehl, E. (1941). Leibesübungen als Lebensform des nordischen Menschen. *Volk Und Leibesübung*, 7, 185–197.
- Münch, K. (Hrsg.) (1935). *Deutschkunde über Volk, Staat, Leibesübungen* (5. Aufl.). Berlin: Limpert.
- Nadolny, H. (2008). Deutschland ist äußerst erfolgreich bei der Kostendämpfung im Gesundheitssystem. *Forum Psychotherapeutische Praxis*, 8(2), 84–86.
- Principle of Solidarity (2008). In W. Kirch (Hrsg.), *Encyclopedia of Public Health* (S. 1157). Dordrecht: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-5614-7_2784
- Proctor, R. N. (1999). *Blitzkrieg gegen den Krebs: Gesundheit und Propaganda im Dritten Reich*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Puschner, U. (2016). Die völkische Bewegung. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/politik/extremismus/rechtsextremismus/230022/die-voelkische-bewegung> [15.10.2020]
- Reifegerste, D., & Ort, A. (2018). *Gesundheitskommunikation. Studienkurs Medien & Kommunikation*. Baden-Baden: Nomos.
- Röttger, U., Gehrau, V., & Preusse, J. (2013). Strategische Kommunikation: Umriss und Perspektiven eines Forschungsfeldes. In U. Röttger, V. Gehrau, & J. Preusse (Hrsg.), *Strategische Kommunikation: Umriss und Perspektiven eines Forschungsfeldes* (S. 9–20). Wiesbaden: Springer.
- Rütten, A. & Abu-Omar, K. (2003). Prävention durch Bewegung: Zur Evidenzbasierung von Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität. *Zeitschrift Für Gesundheitswissenschaften*, 11(3), 229–246.
- Rütten, A. & Pfeifer, K. (2016). Einleitung. *Forschung Praxis der Gesundheitsförderung* (3), 10–16.

- Sauer, M. (2007). Historische Plakate. Bilder in Geschichte und Politik. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/gesellschaft/medien-und-sport/bilder-in-geschichte-und-politik/73211/historische-plakate?p=0> [15.10.2020]
- Schaefer, C. & Weißbach, L. (2012). Das Gesundheitssystem braucht mehr Eigenverantwortung. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 106(3), 199–204. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2012.03.019>
- Schubert, K. & Klein, M. (2018). Sozialistische Einheitspartei Deutschlands (SED). Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/politiklexikon/18236/sozialistische-einheitspartei-deutschlands-sed> [15.10.2020]
- Schulz, P. J. & Hartung, U. (2014). Trends und Perspektiven der Gesundheitskommunikation. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 20–33). Bern: Verlag Hans Huber.
- Selzner, C. (1942). Die deutsche Arbeitsfront: Idee und Gestalt. In P. Meier-Benneckenstein (Hrsg.), *Das Dritte Reich im Aufbau*. Berlin: Junker und Dünnhaupt.
- Süß, W. (1998). Gesundheitspolitik. In H. G. Hockerts (Hrsg.), *Schriftenreihe der Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte: Vol. 76. Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit: NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich* (S. 55–100). Oldenburg: De Gruyter.
- Tiggemann, M. & Zaccardo, M. (2018). 'strong is the new skinny': A content analysis of #fitspiration images on Instagram. *Journal of Health Psychology*, 23(8), 1003–1011. <https://doi.org/10.1177/1359105316639436>
- Ulbricht, W. (1968). Körperkultur und Sport sind mit der Entwicklung des gesellschaftlichen Systems des Sozialismus untrennbar verbunden: Eröffnungsansprache des Vorsitzenden des Staatsrates der Deutschen Demokratischen Republik, Walter Ulbricht, auf der 11. Sitzung des Staatsrates am 20. September 1968. In Der Staatsrat der Deutschen Demokratischen Republik (Hrsg.), *Körperkultur und Sport bei der Gestaltung des entwickelten gesellschaftlichen Systems des Sozialismus: Materialien der 11. Sitzung des Staatsrates der DDR vom 20. September 1968* (S. 7–15). DDR: Staatsverlag der Deutschen Demokratischen Republik.
- Walter, J. (2004). Verhaltensprävention: ein Weg zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen? *Wirtschaftsdienst*, 84(11). Verfügbar unter: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/42387/1/472985965.pdf> [15.10.2020]
- Wildt, M. (2012). „Volksgemeinschaft“. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/izpb/137211/volksgemeinschaft> [15.10.2020]

„Gesund durch Bewegung“ versus „Schön durch Sport“: Appearance-Framing von Gesundheitsbotschaften in der Bewegungsförderung

Lena Lehrer

Universität Erfurt

Zusammenfassung

Die positiven psychischen Effekte von Bewegung treten am ehesten dann auf, wenn gesundheitliche Aspekte das stärkste Motiv darstellen. Gleichzeitig lassen sich diese Effekte jedoch am seltensten bei jungen Frauen beobachten. Eine mögliche Erklärung liegt in der erhöhten Relevanz der Attraktivität als Motiv zur sportlichen Betätigung unter Frauen, wobei die Gesundheitsförderung selbst dann in den Hintergrund rückt. Der vorliegende Beitrag fasst den aktuellen Stand der Forschung zu diesem Zusammenhang zusammen. Es werden insbesondere die Verknüpfung von Gesundheit und Attraktivität sowie die Verwendung von Appearance-Frames in der Bewegungsförderung thematisiert und beispielhaft auf deren Einsatz ab der Mitte des 20. Jahrhunderts eingegangen. Dabei werden zunächst die geläufigsten Motive von Bewegung sowie mögliche Folgen dargestellt, wobei zum Verständnis die Objektivierungstheorie von Fredrickson und Roberts (1997) herangezogen wird. Die Erkenntnisse zur Kommunikation in diesem Kontext deuten insgesamt darauf hin, dass das Framing der Bewegungsförderung Einfluss auf ihre Auswirkungen nehmen kann.

Keywords: Gesundheitskommunikation, Bewegungsförderung, Framing, Appearance-Frames, Health-Frames, Gender

Summary

The positive psychological effects of exercise are most likely to occur when health aspects are the strongest motivation. However, these effects are most rarely observed in young women. One possible explanation can be found in the increased relevance of attractiveness for females, whereby health itself is not always recognized as a positive outcome of exercise. This article summarizes the current state of research on this connection and in particular on the use of the most common frames in promoting physical exercise. First, the most common motivation for exercise and their possible consequences are discussed. Furthermore, the gender-specific differences with a focus on beauty are explained. For a better understanding, the objectification theory of Fredrickson and Roberts (1997) is used. Lastly, after the communication part has been dealt with, implications for practice are derived.

Keywords: health communication, promoting physical exercise, framing, appearance frames, health frames, gender

1 Einleitung

Gesundheit, Entspannung, ein verlängertes Leben – die positiven Effekte regelmäßiger Bewegung sind schon lange bekannt. Bewegung hat nicht nur einen förderlichen Einfluss auf die Muskulatur, das Herz-Kreislaufsystem und den Körper als Ganzes, sondern beugt auch chronischen Krankheiten vor (Brown, Mishra, Lee, & Bauman, 2000; Haskell et al., 2007). Körperliche Betätigung mindert Stress und hebt die Stimmung (Cooney et al., 2013). Außerdem sorgt sie für ein höheres Selbstwert- und Körperwertgefühl (Spence, McGannon, & Poon, 2005). Trotzdem betreiben nur 14 Prozent der Deutschen mehrmals pro Woche Sport (Statista, 2018a).

So klar, wie die gesundheitsförderlichen Effekte von Bewegung sind, so explizit bemühen sich verschiedenste Akteur*innen, Bewegung in der Lebenswelt zu fördern. Der Begriff Bewegungsförderung bezeichnet dabei die gezielte Steigerung regelmäßiger körperlicher Betätigung (Geuter & Holleder, 2012). Dabei werden unterschiedliche Argumente verwendet, die wiederum in verschiedene Kontexte gesetzt werden können, um ihre Relevanz zu unterstreichen. In diesem Fall kann zwischen gesundheitlichen und optischen Argumenten unterschieden werden. Anhand potentieller Headlines wie „15 Übungen für einen starken Rücken“ versus „15 Übungen für einen schönen Po“ wird die Differenz zwischen gesundheitlichen Argumenten und solchen der körperlichen Attraktivität deutlich. Dieses Vorgehen wird in der Medienwissenschaft als Framing bezeichnet und im späteren Verlauf der vorliegenden Arbeit genauer beleuchtet. Diese beiden kommunikativen Herangehensweisen sind nicht unbegründet, denn wenn Menschen zu ihren Motiven für Sport befragt werden, sind die Antworten vielfältig. Zwar betreiben gut zwei Drittel der aktiven Deutschen Sport, um gesund zu bleiben, aber immerhin ein Drittel führt auch den ästhetischen Aspekt an. Dabei unterscheiden sich die Antworten zwischen Männern und Frauen merklich – Frauen ist ihre Erscheinung wichtiger (Statista, 2018b).

Nun könnte man der Heuristik glauben: „Es ist doch aber egal, wieso man sich bewegt, solange man überhaupt etwas tut!“ Aber stimmt das? Für Einzelpersonen mag das zutreffen, aber Studienergebnisse weisen darauf hin, dass schon das Ziel des Trainings einen direkten Einfluss auf die Teilnahme an Aktivitäten (Deci & Ryan, 1985), aber auch auf das

Wohlbefinden der Teilnehmenden (Vansteenkiste, Soenens, & Duriez, 2008) hat. Je nach Motivation für körperliche Betätigung können dabei negative Folgen in Erscheinung treten, die nicht unberücksichtigt bleiben sollten, unter anderem ein verschlechtertes Körperbild und ungesunde Verhaltensweisen (Panão & Carraça, 2019). Die genannten positiven psychischen Effekte sind am seltensten bei jungen Frauen zu finden. Eine mögliche Erklärung liegt im beobachteten Unterschied der Geschlechter, in dem die visuelle Attraktivität von Frauen als wichtiger gerahmt wird das Motiv der Gesundheitsförderung (Tiggemann & Williamson, 2000).

Die vorliegende Arbeit nimmt sich diesem Zusammenhang auf Basis des aktuellen Forschungsstandes an und versucht diesen mit Überlegungen aus der Framing-Theorie zu erweitern. Diese setzt sich mit verschiedenen Rahmungen eines Themas auseinander (Goffman, 1974). Dabei wird zunächst auf die geläufigsten Motive von Bewegung und insbesondere das der Attraktivität eingegangen. Dabei spielt besonders die tatsächliche, aber auch die medial abgebildete Verbindung zur Gesundheit eine Rolle. Im Zuge dessen werden die geschlechterspezifisch unterschiedlichen Anforderungen dargestellt, die schon in der Objektifizierungstheorie von Fredrickson und Roberts (1997) als Problem erkannt und dargestellt wurden. Deshalb wird diese Theorie zum besseren Verständnis der Thematik herangezogen. Anschließend wird die Kommunikationsseite beleuchtet – zunächst für das Motiv der Attraktivität in der Gesundheitskommunikation insgesamt und anschließend im Kontext des Framing-Ansatzes thematisiert. Darauf aufbauend werden die möglichen Auswirkungen der verschiedenen Deutungsraster für Bewegung dargelegt und daraus praktische Implikationen abgeleitet. Am Ende wird ein kurzer Ausblick auf mögliche Forschungslücken gegeben, die es zukünftig zu schließen gilt.

2 Attraktivität als Motiv für Gesundheitsförderung

Die meisten Menschen, die einen gesunden Lebensstil verfolgen, tun dies aus einer bewussten Absicht heraus. Die Gründe Sport zu treiben reichen von der Förderung der eigenen Gesundheit über Körperformung und Gewichtsreduktion bis hin zur Pflege sozialer Kontakte (Statista, 2018a). Eine vereinfachte Einteilung dieser Bandbreite an Motiven kann anhand der Selbstbestimmungstheorie nachvollzogen werden, die verschiedene Arten von Motivation mit menschlichen

Grundbedürfnissen in Bezug setzt (Deci & Ryan, 2000). Für das vorliegende Thema ist dabei die Unterscheidung in intrinsische und extrinsische Motivation von Bedeutung (Sebire, Standage, & Vansteenkiste, 2009). Sebire et al. (2009) ordnen dabei unter anderem fähigkeits- und gesundheitsbezogene Ziele der intrinsischen Motivation zu, wohingegen die Suche nach sozialer Anerkennung und die Verbesserung der Erscheinung, beispielsweise Gewichtsverlust oder Körperformung, als extrinsisch bezeichnet werden (Vansteenkiste et al., 2008).

Die Verbindung von Attraktivität und Gesundheit

Schönheit und Schlankheit können als Unterpunkte der physischen Attraktivität gesehen werden (Grammer et al., 2003). Man geht davon aus, dass die Fokussierung auf Schönheit schon seit Urzeiten in verschiedenen Kulturen zelebriert wurde. Trotz theoretischer gesetzlicher Gleichstellung gibt es außerdem Hinweise darauf, dass Menschen abhängig von ihrer Attraktivität im sozialen und beruflichen Alltag unterschiedlich behandelt werden (Grammer et al., 2003). Trifft dies zu, so kann ein ansprechendes Äußeres entscheidend zu einem glücklichen Leben beitragen und kann deshalb als erstrebenswertes Gut betrachtet werden.

Eine Erklärung deutet diesen Zusammenhang evolutionsphysiologisch: So wird beispielsweise die Symmetrie eines Körpers als Ausdruck davon interpretiert, wie wahrscheinlich er von Parasiten befallen ist, da diese ein gleichmäßiges Wachstum stören können (Møller, 1997), und somit die Fortpflanzung gefährden. Fällt dieser Konnex heute unter (westlichen) Hygienebedingungen weg, so wird der Grad der körperlichen Asymmetrie noch für die Attraktivität einer Person als relevant eingestuft. Und auch im Kriterium des Übergewichts wird die Evolution als Agens ausgemacht, gesundheitliche Überlegungen mit ästhetischem Empfinden verschmolzen zu haben (Schienkiewitz, Mensink, Kuhnert, & Lange, 2017). Wo hingegen diese Erklärung nicht überzeugt ist nicht nur dabei, den historischen Wandel und die kulturellen Spezifika zu erklären, sondern auch den geschlechterspezifischen Unterschied in der Askription von ästhetischen Normen zu erklären.

Der Ursprung geschlechterspezifischer Ansprüche

Zur effizienten und vereinfachten Bewertung von Situationen greifen Menschen in der Regel auf Kategorien zurück, statt jede Information völlig neu zu

interpretieren. Dabei werden unter anderem gelernte Rollen und Normen herangezogen (Durkheim, 2007). Das biologische Geschlecht ist eine meist sichtbare Variable, anhand derer sich Personen auf simple Art und Weise kategorisieren lassen. Kinder lernen schon früh, zwischen den Geschlechtern männlich und weiblich zu unterscheiden (Bem, 1981).

Die Entstehung eines geschlechterspezifischen Selbst- und Fremdbildes beginnt also schon im Kindesalter und wird sowohl durch soziale Instanzen als auch durch Medien beeinflusst (Dill & Thill, 2007). Kinder suchen dabei teils aktiv nach Informationen über ihr Geschlecht, um anschließend „geschlechterkonform“ zu handeln (Wood & Egaly, 2002). Dieses Verhalten ergibt gemeinsam mit der Identität das soziale Geschlecht, das auch als Gender bezeichnet wird (West & Zimmermann, 1987). Die klassischen Rollenklischees „typisch Mann“ und „typisch Frau“ scheinen sich in den letzten Jahrzehnten zunehmend aufzulösen (Diekmann, Goodfriend & Goodwin, 2004; Donnelly & Twenge, 2016). Dennoch sind gesellschaftlich weiterhin große Unterschiede in den Attraktivitätsansprüchen der beiden Geschlechter vorzufinden (Döring, 2013).

Das vielerorts vorherrschende Schlankheitsideal ist für Frauen sozial akzeptierter und der Druck, diesem zu entsprechen, stärker ausgeprägt. In einer Befragung von 1986 gaben 30 Prozent der Männer an, nicht mit ihrem Gewicht zufrieden zu sein, bei den Frauen waren es 50 Prozent (Hatfield & Sprecher, 1986). Die Prozentzahl an Männern ist bis heute zwar leicht gestiegen, die Diskrepanz zwischen den Geschlechtern besteht jedoch noch immer (Smith & Zagorsky, 2018). Dabei erscheint dies gerade für das weibliche Geschlecht wenig sinnvoll, da eine größere Körperfülle bei Frauen grundsätzlich eine erhöhte Fruchtbarkeit signalisiert (Grammer, 1995). Untersuchungen deuten allerdings darauf hin, dass die Wertschätzung eines hohen Körperfettanteils bei Frauen je nach Stabilität des Lebensumfelds variiert (Anderson, Crawford, Nadeau & Lindberg, 1992; Grammer et al., 2003). Da westliche Kulturen sich in einem relativ stabilen Zustand mit gesicherter Lebensgrundlage befinden, erklärt sich so möglicherweise der eher niedrige Grad der Erwünschtheit dieser Eigenschaft.

Frauen fühlen sich bis heute einem stärkeren Zwang ausgesetzt, der normativen Rollenerwartung der Attraktivität zu entsprechen (Fredrickson & Roberts, 1997). Mediale Darstellungen können dabei einen entscheidenden Einfluss auf diese Erwartungen haben

(Dill & Thill, 2007). Ein Beispiel findet sich in einer frühen Ausgabe der BRAVO von 1960. Das Jugendmagazin verstand sich in dieser Zeit nicht als designierte Mädchen- oder Frauenzeitschrift. Eine Werbeanzeige zum Thema Schönheit mit dem Titel „Schön sein – heute, morgen, ein Leben lang!“ (S. 24) war dennoch explizit an das weibliche Geschlecht gerichtet. Dies wird in der Anzeige sowohl in den Abbildungen, die nur Frauen zeigen, deutlich, als auch im Text mehrfach erwähnt, u. a. durch Zeilen wie „Durch Kosmetik und Make-Up kann die Schönheit einer Frau erhalten und betont werden“. Die Anzeige stellt (weibliche) Attraktivität als begehrenswerte Eigenschaft dar und präsentiert verschiedene schönheitsförderliche Produkte. Und ganz offensichtlich schien das angepriesene Ideal in einem Norm(alitäts)bereich zu liegen, der weder unter- noch überschritten werden sollte. Denn neben zwei Produkten für eine schlanke Figur, wurden auch Stoffe "gegen Magerkeit" beworben.

Objektifizierung / Selbstobjektifizierung

Doch warum ist physische Attraktivität von so großer Bedeutung und erfährt so starke Aufmerksamkeit? Hier hilft die Objektifizierungstheorie von Fredrickson und Roberts (1997) weiter. Objektifizierung meint bei Fredrickson und Roberts (1997) die Fokussierung auf äußerliche, sichtbare Merkmale einer Person sowie die gleichzeitige Vernachlässigung innerlicher Merkmale wie Charaktereigenschaften, Fähigkeiten oder das Befinden eines Menschen.

Werden der Objektifizierungsgedanke und die gesellschaftlichen Schönheitsideale von einer Person angenommen und auf den eigenen Körper übertragen, spricht man von Selbstobjektifizierung. Die Internalisierung der vorherrschenden Ideale sagt den Grad der entstehenden Selbstobjektifizierung relativ zuverlässig voraus (Vartanian, Wharton & Green, 2012). Je stärker ein Individuum dabei die gesellschaftlichen Normvorstellungen verinnerlicht hat, desto stärker wirkt sich die Konfrontation mit objektifizierenden Darstellungen in Medien auf deren Selbstobjektifizierung aus (Morry & Staska, 2001). Nach Strelan und Hargreaves (2005) hängt darüber hinaus eine starke Selbstobjektifizierung auch immer mit erhöhter Objektifizierung anderer Personen zusammen, wobei diese Korrelation für Frauen stärker ist als für Männer. Selbstobjektifizierung zieht häufig eine starke Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper nach sich, vorausgesetzt dieser entspricht subjektiv betrachtet nicht den gegenwärtig akzeptierten

Standards und wird als nicht (ausreichend) attraktiv wahrgenommen. Ein niedriger Selbst- und Körperwert sowie restriktives oder gestörtes Essverhalten können die Folge sein (Noll & Fredrickson, 1998; Strelan et al., 2003). Die Vermutung liegt nahe, dass in der Selbstobjektifizierung eine Ursache zu finden ist, wieso Menschen Gründe für körperliche Betätigung in sichtbaren Effekten suchen. Dazu gehören beispielsweise eine Gewichtsveränderung oder Straffheit der Haut (Strelan et al., 2003).

Dass in diesem Bereich bisher fast ausschließlich Frauen und Mädchen untersucht wurden, liegt vermutlich hauptsächlich an einem Faktor: Obwohl das Phänomen der Objektifizierung und Selbstobjektifizierung grundsätzlich jedes Geschlecht betreffen kann, lässt sich aus bisheriger Forschung ableiten, dass Frauen stärker davon betroffen sind und entsprechend häufiger mit negativen Konsequenzen zu kämpfen haben als Männer (Aubrey, 2006; Lindberg, Hyde, & McKinley, 2006). Die Folgen sind jedoch grundsätzlich geschlechterübergreifend ähnlich. Selbst- und Körperwert verringern sich mit steigender Objektifizierung ebenso wie die Motivation für gesundheitsförderliches Verhalten (Lindberg et al., 2006; Strelan & Hargreaves, 2005b).

3 Attraktivität in Gesundheitsinformationen

Akteurinnen und Akteure der öffentlichen Gesundheitskommunikation sind sich der wahrgenommenen Relevanz der Attraktivität sowie der geschlechterbezogenen Unterschiede bewusst und nutzen diesen Umstand zur zielgruppenspezifischen Informationsvermittlung. Wie sich die Verwendung der ästhetischen Aspekte gesundheitsförderlichen Verhaltens in den letzten Jahrzehnten entwickelt und durchgesetzt hat, wird nachfolgend dargelegt.

Attraktivität in historischen Gesundheitsappellen

Anhand der angeführten Beispiele wird deutlich, dass die Bedeutung der Attraktivität zumindest teilweise im Gesundheitskontext begründet werden kann. In den 1950er und 1960er Jahren zielten attraktivitätsbezogene Gesundheitsbotschaften besonders auf das weibliche Publikum ab (Linek & Pfütsch, 2016). Gesundheitsverhalten für Frauen wurde häufig gemeinsam mit Attraktivitätsvorstellungen präsentiert (Pfütsch, 2015). Eine gängige Form der Gesundheitskommunikation stellten zu dieser Zeit Faltblätter dar.

Zwei Beispiele aus der Bundesrepublik Deutschland verdeutlichen die starke Verknüpfung der Werte Schönheit, Schlankheit und Gesundheit sowie die Hauptzielgruppe der Frauen. „Wer schlank ist, hat mehr vom Leben“ – zu sehen in *Abbildung 1 im Anhang* (Deutsches Hygiene Museum Dresden, 1954, nach Linek & Pfütsch, 2016, S. 82) – ist zwar untertitelt mit „für alle, die schlank bleiben oder werden wollen“, allerdings bebildert mit einer adrett gekleideten und frisierten weiblichen Person, die sich auf einer Waage befindet. *Abbildung 2 im Anhang* (Deutsches Hygiene Museum Dresden, 1959, nach Linek & Pfütsch, 2016, S. 81) zeigt erneut eine lächelnde Frau, wieder geschminkt und frisiert über dem Titel „Gesund und schön durch Reinlichkeit“. Unabhängig vom Inhalt der Broschüren erfolgt auf beiden Titelblättern keine genauere Beschreibung, worin genau der Zusammenhang zur Gesundheit besteht, was darauf hinweist, dass dieser zu besagtem Zeitpunkt beim Publikum verankert und somit keine zusätzliche Erklärung mehr von Nöten war (Linek & Pfütsch, 2016). Über die Rezeption und Wirkung der beiden Medien kann an dieser Stelle leider keine Aussage getroffen werden, weil dies nicht überliefert ist.

Ein weiteres Beispiel aus dieser Zeit ist der Artikel „Verschönt Sport die Figur der Frau?“, der 1956 in dem populärwissenschaftlichen Kundenmagazin Apotheken Umschau erschien, und in dem zu schönheitsfördernden Sportarten geraten wurde. Darunter fiel beispielsweise Golf, Tennis, Leichtathletik und „einige Ballspiele“, die mit „Frische, Spannkraft, Schlankheit und Jugend“ in Verbindung gebracht wurden (Apotheken Umschau, 1956, S. 5, nach Linek & Pfütsch, 2016, S. 82).

In der DDR wurde Sport, wie zum Beispiel Gymnastik, zeitweise nur noch als Mittel zum Zweck betrachtet und allein zur Körperformung, nicht zur Gesunderhaltung angepriesen. Schon jungen Mädchen wurde in Gesundheitsmagazinen erklärt, wie sie sich „zurechtmachen“ können (Deutsches Hygiene Museum Dresden, 1961, nach Linek & Pfütsch, 2016). Die Wahl eines gesundheitsbezogenen Mediums für eine solche Botschaft deutet ebenfalls auf eine starke Verzahnung der beiden Themen hin. Mit der feministischen Bewegung in den 70ern forderten Frauen auch zunehmend das „Recht“ auf Sport und Fitness ein, wobei hier das Wissen um die Formbarkeit des Körpers in Teilen zur Anforderung wurde. Körperbetonte Sportarten, vor allem Aerobic, entwickelten sich zu einer Frage des „Lifestyles“ und

befeuerten den Druck, schön zu sein, enorm (Martschukat, 2019).

In etwa zeitgleich, also um 1970, nahm die Objektifizierung der Frau aufgrund vermehrter sexualisierter Darstellung neue Dimensionen an. Wo auf der einen Seite das Thema Gesundheit betreffend auch Männer abgebildet und adressiert wurden, nahm auf der anderen Seite die öffentliche Darstellung nackter oder wenig bekleideter, reizvoll in Szene gesetzter Frauen stark zu. Nun zeichnete sich der Trend nicht mehr nur in Gesundheits-, sondern vor allem auch in Unterhaltungsmedien ab (Linek & Pfütsch, 2016). Gleichzeitig setzte sich der Trend Gesundheit und Attraktivität in Medien der Gesundheitsinformationen weiter durch, auch in Bezug auf junge Frauen und Mädchen. So findet sich beispielsweise in einem Faltblatt von 1984 ein fiktives Gespräch am Frühstückstisch, in dem die Mutter der erst 16-jährigen Tochter zu gesunder Ernährung rät, um „chic“ zu bleiben, wobei die Wirkung von Vollkornbrot auf Haut, Haare, Nägel und Bindegewebe erwähnt wird (BZgA, 1984, nach Pfütsch, 2015, S. 190).

Geschlechterspezifischer Einsatz des Motivs

Neben der verstärkten Objektifizierung der Frau wurden in dieser Zeit auch die Darstellung von Attraktivitätsmaßstäben gegendert. Dies wird beispielhaft an einem Artikel der Apotheken Umschau von 1970 sichtbar. Dort wird der stereotype Mann als adipös dargestellt, wobei „Doppelkinn und Nackenwulst“ als „Statussymbol“ bezeichnet werden, während den Frauen „die Mode [diktiert], schlank zu bleiben.“ (Apotheken Umschau, 1970, nach Linek & Pfütsch, 2016, S. 93). Nun rückte ab dieser Zeit in beiden Teilen Deutschlands auch der Mann in den Fokus der Gesundheitskommunikation und wurde in ebendiesem Artikel dazu ermahnt, sich besser um seinen Körper zu kümmern.

Mit dem Fitnessboom ab den 60er-Jahren wurde eine schlanke Figur zum Männerideal und mit einem gesunden Lebensstil assoziiert. Formulierungen wie „Ein Mann sollte niemals mehr wiegen, als er mit 21 Jahren wog.“ verdeutlichen die sich steigernden Anforderungen an Männer (Apotheken Umschau, 1970, nach Linek & Pfütsch, 2016, S. 93). Dass sich damals Sport als beliebtes Gesundheitsverhalten bei Männern etablierte, ist wohl darauf zurückzuführen, dass es – anders als Kosmetik oder Ernährung – nicht als „feminin“ galt (Linek & Pfütsch, 2016).

Langsam weiteten sich die Themenfelder, die an Männer kommuniziert wurden, von der Bewegungsförderung hin zu weiteren gesundheitsförderlichen Maßnahmen aus. Immer wieder erschienen beispielsweise Hautpflegetipps für Männer, wobei meist eine Art Neuartigkeit betont wurde, zum Beispiel durch „auch Männer altern“ (Deine Gesundheit, 1982, nach Linek & Pfütsch, 2016, S. 98) oder „auch Männerhaut braucht Pflege“ (Apotheken Umschau, 1985, nach Linek & Pfütsch, 2016, S. 94). Näherten sich die mit ästhetischen Assoziationen arbeitenden Ansprachen von Frauen und Männern auch an – gilt gesundes Verhalten generell nach wie vor als „feminin“. Insgesamt betrifft das Vorurteil nicht nur Bewegung, sondern auch den Bereich Ernährung (Gough, 2007).

4 Framing in der Bewegungsförderung

Wenn mehrere Menschen die gleiche Information erhalten, diese aber unterschiedlich wahrnehmen und interpretieren, ist dies häufig auf die Art der Informationspräsentation zurückzuführen (Matthes, 2014). Die Kommunikationswissenschaft ist sich einig, dass mehrere Faktoren über den Inhalt einer Botschaft hinaus das Meinungsbild einer Person beeinflussen können. Dabei gibt es verschiedene Ansätze, dieses Phänomen zu erklären. Das Frame-Setting (Scheufele, 1999) ist eines davon. Da sich Bewegung in viele populäre Deutungsrahmen, wie z. B. Wohlbefinden, Fitness oder Schönheit, einbetten lässt, bietet das Konzept ein gutes heuristisches Vehikel, um die Spannungen zwischen ästhetischer und gesundheitsgemäßer Motivation zur körperlichen Bewegung zu verstehen.

Das Konzept des Frame-Setting

Die Theorie des Frame-Setting, auch Framing genannt, setzt sich damit auseinander, wie Massenmedien dafür sorgen, dass bestimmte Aspekte von Informationen präsenter werden als andere. Dies wirkt sich darauf aus, wie Rezipierende die Inhalte deuten (Goffman, 1974; Matthes, 2014). Dabei wird die Aufmerksamkeit mithilfe sogenannter Frames auf bestimmte Aspekte und Unterpunkte eines Themas gelenkt und eventuell zugleich von anderen abgelenkt. Dies kann sowohl bildlich als auch textlich geschehen, wobei erst die Kombination aus beidem den eigentlichen Frame darstellt (Scheufele, 1999).

Bei der Konstruktion von Frames wird von einem Wechselspiel zwischen Gesellschaft, Medien und

konsumierenden Individuen ausgegangen und in mehrere Prozesse unterteilt. Während vorherrschende Weltdeutungen, Normen und Einstellungen der Gesellschaft sowie unternehmerische Zwänge den Massenmedien Input liefern und gewisse Frames nahelegen (Frame building), rezipieren diese die Informationen und geben sie an ihre Nutzer*innen weiter (Frame setting). Tatsächlich nehmen diese wiederum durch ihre entstehenden Gedanken und das daraus resultierende Verhalten Einfluss auf das Frame building, denn auch die Zuständigen in den Massenmedien können anfällig für Frames sein oder diese aus anderen medialen Darstellungen übernehmen (Scheufele, 1999).

In der Werbe- und Wirtschaftskommunikation werden Frames häufig bewusst eingesetzt, um beispielsweise ein Produkt im Sinne eines erstrebenswerten Ideals zu vermarkten oder eine bestimmte Zielgruppe zu erreichen. Es macht dabei einen Unterschied, ob ein Shampoo als reinigendes Gel oder als Luxus-Pflegeprodukt dargestellt wird. Teilweise werden Frames jedoch auch unbeabsichtigt (nicht-intendiert) erzeugt (Oswald, 2019).

Mit dem Framing-Ansatz kann davon ausgegangen werden, dass der potentielle Einfluss auf das Denken und Handeln der Rezipierenden sich zumindest teilweise durch die unterschiedlichen assoziativen Erinnerungseffekte erklären lässt. Das bedeutet, wenn man etwas sieht, liest oder hört werden ähnliche, bereits bekannte Ideen aktiviert, die wiederum semantisch ähnliche Gedanken hervorrufen können (Matthes, 2007). Um Frames in der Kommunikation darüber hinaus konstruktiv nutzen zu können, ist es dementsprechend sinnvoll, einen Kontext zu bereits existierenden Denkmustern herzustellen.

Anwendung von Frames in der Bewegungsförderung

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Botschaften in der Gesundheits- und Bewegungsförderung zu framen. Zwei der gängigsten und häufig untersuchten Frames in der Gesundheitskommunikation sind Gain- und Loss-Frames (Guenther et al., 2020). Dabei wird das Ergebnis eines Verhaltens entweder gemeinsam mit einer positiven Perspektive vermittelt oder aber die negativen Folgen eines Verhaltens oder der Unterlassung desgleichen aufgezeigt. Im Kontext der Bewegungsförderung könnte ein Gain-frame zum Beispiel lauten: „Regelmäßige Bewegung verlängert das Leben“. Die gleiche Nachricht in einem Loss-frame würde analog wie folgt sein: „Mangelnde Bewegung

verkürzt das Leben“ oder „Wer sich nicht oft genug bewegt, stirbt früher.“

Gain- und Loss-Framing sind jedoch nicht die einzigen Möglichkeiten, die Wahrnehmung eines bestimmten Inhalts im Gesundheitssektor zu beeinflussen. Medien nehmen ebenfalls Bezug auf die unterschiedlichen Motive der Rezipierenden, sich sportlich zu betätigen (z. B. Aubrey & Hahn, 2016). Um Menschen zu erwünschtem, gesundheitsförderlichem Verhalten zu bewegen, können die entsprechenden Informationen entlang der bereits beschriebenen normativen Vorstellungen als Weg zu einem gesunden und fitten Körper dargestellt werden – oder aber als Möglichkeit, schön oder schlank und damit attraktiv zu werden.

Aubrey (2010) unterschied bei einer Analyse der Cover von Gesundheitsmagazinen in Frames, die Gesundheit (health), Fähigkeiten (body competence) oder Aussehen (appearance) in den Fokus rückten. Sie kam zu dem Ergebnis, dass zumindest auf dem Cover Health- und Appearance-Frames in etwa gleich oft verwendet werden. Eine Mischform aus Health- und Appearance-Frames, die sich auf Gewichtsreduktion (weight loss) bezieht, wurde separat codiert und machte den drittgrößten Anteil aus. Body Competence wurde insgesamt nur selten als Frame verwendet, obwohl dieser die direkt erlebbaren Fähigkeiten des Körpers in den Vordergrund und so über dessen Aussehen stellt (Aubrey, 2010). Eine spätere Studie kam zu ähnlichen Ergebnissen, wobei auch hier besonders auffiel, dass Body Competence-Frames über alle Zeitschriften hinweg unterrepräsentiert waren (Aubrey & Hahn, 2016). In weiteren Untersuchungen zu einem digitalen Format wurde betont, dass die Kategorien nicht immer trennscharf unterschieden werden können und eine Gesundheitsbotschaft sowohl Health- als auch Appearance-Frames beinhalten kann (Aubrey, Speno, & Gamble, 2020).

Geschlechterspezifischer Einsatz der Frames

In einer Studie von Bazzini et al. (2015) wurde die Verwendung der Frames zwischen den beiden international vermarkteten Gesundheitsmagazinen *Men's Health* und *Women's Health* verglichen. Objektivierende Headlines auf dem Cover tauchten in beiden Magazinen gleich häufig auf und keines der beiden stellte Health-Frames in den Vordergrund. Jedoch unterscheiden sich die vermittelten Ideale innerhalb der Appearance-Frames. Für die weibliche Zielgruppe werden Schlankheit und „feminine“ Schönheitsbotschaften in den Fokus gerückt,

wohingegen der männlichen Leserschaft das Ideal des muskulösen Körpers verdeutlicht wurde (Bazzini et al., 2015).

Auch für das verwandte Thema Ernährung zeichnen sich ähnliche Tendenzen ab. Wöhlbier (2019) untersuchte hierfür, ob sich die Artikel zweier populärer Magazine je nach Geschlecht der Zielgruppe in Bezug auf Ernährungstrends unterscheiden. Dabei wurde herausgefunden, dass schon rein inhaltlich bestimmte Themen eher weiblich (z. B. Veganismus) oder eher männlich (z. B. Proteinzufuhr) gegendert waren. Darüber hinaus wiesen auch die verwendeten Frames deutliche Diskrepanzen auf. Im Männermagazin wurde Muskelaufbau und Fitness in den Vordergrund gestellt, während im Frauenmagazin vieles in die Themen Gesundheit und Wohlbefinden gebettet wurde (Wöhlbier, 2019). In diesem spezifischen Fall scheint der Druck auf Männer also sogar höher zu sein, als der auf Frauen.

Jene Ergebnisse könnte darauf zurückzuführen sein, dass Männer eher nach der Effektivität ihres Körpers bewertet werden, wozu beispielsweise Kraft und Leistung zählen (Fredrickson & Robert, 1997; Grammer et al., 2003). Dass ausgehend vom Fitness-Boom in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts bei Männern zunehmend mehr Wert auf äußerliche Aspekte gelegt wurde (Linek & Pfüttsch, 2016), kann theoretisch als Annäherung an für Frauen angesetzte Standards betrachtet werden.

5 Folgen des Framings in der Bewegungsförderung

Man könnte nun annehmen, dass die Journalist*innen und Redakteur*innen mit Appearance-Frames, auch hinsichtlich ihrer geschlechterspezifischen Möglichkeiten, lediglich versuchen, einen persönlichen Nutzen für ihr jeweiliges Publikum aufzuzeigen, der über Fitness und Gesundheit hinausgeht. Wie bereits dargelegt wurde, nimmt Attraktivität einen hohen Stellenwert für viele Menschen und insbesondere Frauen ein (Fredrickson & Roberts, 1997; Grammer, 2003). Dadurch liegt der Gedanke nahe, Optik und Ästhetik als Frames für sportliche Betätigung zu verwenden. Doch dieses Vorgehen ist nicht ganz unproblematisch.

Die Auswirkung der medialen Darstellungen

Die Bedeutung der Attraktivität für das Sport- und Ernährungsverhalten erklärt sich unter anderem durch die Objektivierungstheorie. Medien transportieren zu

einem großen Teil damit verbundene Normen. Eine Meta-Analyse von Grabe, Ward und Hyde (2008) konnte einen Zusammenhang zwischen Darstellungen, die dem Schlankheitsideal entsprechen, unter anderem mit dessen Internalisierung und einer niedrigeren Körperzufriedenheit herstellen.

Auch in der Bewegungsförderung ist die physische Attraktivität ein gängiger Frame (Aubrey, 2010; Aubrey & Hahn, 2016). Auch wenn hinter einer so gerahmten Gesundheitsbotschaft nicht zwangsläufig eine negative Absicht steckt, kann allein deren Rezeption unerwünschte Folgen nach sich ziehen. Dazu zählen unter anderem die Sorge um das eigene Aussehen und eine erhöhte Selbstobjektifizierung (Aubrey, Speno, & Gamble, 2020). Appearance-Frames provozieren darüber hinaus signifikant häufiger Scham für den eigenen Körper (Body Shame; Aubrey, 2010).

Nicht nur die Ideale werden durch Medien vermittelt – auch die Darstellungen selbst können objektifizierend sein. Bildlich betrachtet fällt darunter beispielsweise die übermäßige Darstellung von unbedeckten Körperstellen sowie der Fokus auf einzelne Körperteile (Aubrey et al., 2009). Appearance-Frames arbeiten tendenziell eher mit objektifizierenden Darstellungen (Aubrey & Hahn, 2016). Direkt nach der Konfrontation mit Appearance-Frames beschrieben sich Probandinnen ebenfalls eher anhand äußerlicher Merkmale, was darauf hindeutet, dass die Selbstobjektifizierung zumindest im jeweiligen Moment intensiviert wurde (Aubrey, Henson, Hopper, & Smith, 2009). Allein sexuell objektifizierenden Medien ausgesetzt zu sein – unabhängig von etwaigen Frames – reicht einer früheren Studie von Aubrey (2007) zufolge aus, um die Selbstobjektifizierung zu steigern. Zeigt man Frauen sexualisierende Inhalte, kann dies deren Selbstbewusstsein senken. Im Gegensatz dazu ist ihr Selbstbewusstsein gesteigert, wenn sie zuvor umgekehrt stereotypen und damit nicht sexualisierten Darstellungen ausgesetzt waren (Jennings, Geis, & Brown, 1980).

Selbstobjektifizierung kann langfristig schwerwiegende Konsequenzen nach sich ziehen. Nach Moradi und Huang (2008) zählen zu den unmittelbaren Folgen unter anderem negative Gefühle gegenüber dem eigenen Körper sowie die Entkoppelung von Körper und körperlichen Erfahrungen. Langfristig können psychische Probleme wie Depressionen oder Essstörungen auftreten. Im Vergleich der Gesundheits- und Schönheits-Frames anhand der Artikel in

Gesundheitsmagazinen konnte zwar kein Haupteffekt auf die Selbstobjektifizierung festgestellt werden, jedoch zeigten Frauen in der Gruppe mit Appearance-Frames insgesamt signifikant mehr negative Gefühle ihrem Körper gegenüber (Aubrey, 2010). Appearance-Frames können den Erkenntnissen zufolge Body Shame steigern (Aubrey, 2010; Aubrey et al., 2019).

Dies kann nach Bordo (1993) darauf zurückgeführt werden, dass Schuld und Moral ins Spiel kommen, wenn Frauen als Grund für ein Verhalten auf ihr Äußeres hingewiesen werden. Ein solcher Hinweis erinnert die Angesprochenen an die Attraktivitätsstandards, die es in der Gesellschaft für sie zu erfüllen gilt (Noll & Fredrickson, 1998). Dies gilt auch und insbesondere für übergewichtige und untergewichtige Frauen, bestimmt anhand des Body Mass Index, der Körpergröße und Gewicht ins Verhältnis setzt (Schienkiewitz et al., 2017). Übergewichtige Menschen werden dabei vermutlich wiederholt darauf aufmerksam gemacht, nicht in das gesellschaftliche Ideal zu passen. Der Effekt bei untergewichtigen Personen rührt wahrscheinlich daher, dass ihnen vor Augen geführt wird, was vermeintlich auf dem Spiel stünde, wenn sich ihr Körper in eine von ihnen unerwünschte Richtung verändern sollte, also beispielsweise bei einer Gewichtszunahme (Aubrey, 2010).

Auch heute noch sind Sportarten gegendert. Als feminin eingestufte Sportarten, Cardio-Training auf dem Laufband oder Stepper (Prichard & Tiggemann, 2008) sowie Eiskunstlauf, Aerobic oder Gymnastik, sind mit einem höheren Grad an Selbstobjektifizierung, Selbst-Überwachung, Body Shame und essgestörtem Verhalten verknüpft. Dies gilt sowohl für die Betrachtung als auch für die Teilnahme an solchen Sportarten (Harrison & Fredrickson, 2003).

Auswirkungen der unterschiedlichen Motive

Werden die in den dargestellten Frames vermittelten Werte übernommen und die Motive für das eigene Verhalten implementiert, kann dies dazu führen, dass Menschen nur aus ästhetischen und damit extrinsischen Motiven heraus körperliche Betätigung ausüben. In verschiedenen Anwendungskontexten konnte bereits ein positiver Zusammenhang zwischen der Existenz intrinsischer Ziele und dem psychologischen Wohlbefinden festgestellt werden (Vansteenkiste et al., 2008). Der Umkehrschluss, also der negative Einfluss extrinsischer Ziele auf das Befinden einer Person, liegt nahe.

Bezogen auf Motive der Bewegung konnte diese Vermutung schon vielfach bestätigt werden. In einer systematischen Literaturrecherche wurden jüngst die Ergebnisse von 26 Studien verglichen und kombiniert. Das Ergebnis zeigt deutlich, dass intrinsische Motive mit einem positiven Körperbild und gesundem Essverhalten korrelieren, wohingegen extrinsische Motive das Gegenteil bewirken (Panão & Carraça, 2019).

Unter Berücksichtigung der aufgezeigten Geschlechterunterschiede überrascht es nicht, dass bei Frauen die generelle Motivation, Sport aus Schönheitsgründen zu betreiben, höher ausfällt als bei Männern (Sebire et al., 2009). Appearance-Frames bestärken diese Motive signifikant (Aubrey, 2010). Eine repräsentative Befragung konnte zeigen, dass intrinsische Motive und Trainingsziele einen hohen Selbstwert, wünschenswertes Trainingsverhalten und psychologisches Wohlbefinden nach sich ziehen (Sebire et al., 2009).

Auch Vartanian, Wharton und Green (2012) fanden heraus, dass ästhetische Gründe für körperliches Training und Fettabbau mit einer Reihe an negativen Auswirkungen verknüpft sind. Wer aus ästhetischen Gründen Sport betreibt, weist eine geringere Körperzufriedenheit sowie einen geringeren Selbst- und Körperwert auf. Funktionelle Gründe korrelieren hingegen positiv mit den besagten drei Werten, die das Verhältnis zum eigenen Körper umreißen. Das Auftreten solcher Gründe fungiert außerdem als Mediator zwischen Selbstobjektifizierung und den drei Werten Selbstwert, Körperwert und Körperzufriedenheit. Je stärker diese ausgeprägt sind, desto negativer ist das Verhältnis zum eigenen Körper (Strelan et al., 2003). Auch die Wertschätzung dem eigenen Körper gegenüber korreliert positiv mit funktionellen Gründen, Sport zu treiben. Bei ästhetischen Gründen für das Training kann ein gegenteiliger Effekt beobachtet werden (Tylka & Homan, 2015). Frauen, die nur eine geringe Selbstobjektifizierung aufweisen, haben generell eine höhere intrinsische Motivation, Sport zu treiben. Sie führten Gründe an wie Gesundheit, Fitness, Stimmung oder Spaß.

In einer der wenigen Studien, die Männer und Frauen vergleichend untersuchte, wurde festgestellt, dass Frauen mit sportlicher Betätigung häufiger auf Gewichtsveränderung und Körperformung abzielen. Bei beiden Geschlechtern konnte ein negativer Zusammenhang zwischen ästhetischen Motiven und

Körperzufriedenheit festgestellt werden. Außerdem wiesen beide Geschlechter ein höheres Selbstbewusstsein auf, wenn sie gesundheitliche Gründe für Sport angaben. Für Männer konnte zusätzlich eine größere Körperzufriedenheit sowie eine geringere Wahrscheinlichkeit für gestörtes Essverhalten festgestellt werden, was bei den sportlich aktiven Frauen nicht der Fall war (McDonald & Thompson, 1992).

Bei der Betrachtung der angeführten Forschungsergebnisse muss beachtet werden, dass die Korrelation der untersuchten Variablen nicht immer eindeutig ist. Womöglich führt ein niedriger Selbst- und Körperwert überhaupt erst dazu, dass Sport getrieben wird (Strelan et al., 2003).

In einer Studie von Vansteenkiste, Simons, Lens, Sheldon und Deci (2004) wurde daher die Motivation bewusst manipuliert, indem die Teilnehmenden vor dem Erlernen einer Sportart einen Text zu lesen bekamen, der entweder die gesundheits- oder die attraktivitätsbezogenen Aspekte betonte. Wer über die gesundheitlichen Vorteile informiert wurde, zeigte beim Training selbst anschließend eine bessere Leistung und zusätzlich ein gesteigertes Durchhaltevermögen. Allerdings unterscheiden sich vermutlich auch hierbei nicht nur die Auswirkungen auf den Trainingserfolg selbst, sondern konsekutiv jene auf das mentale und emotionale Wohlbefinden der Personen (u. a. Vartanian et al., 2012).

Praktische Implikationen

Von einem wirtschaftlichen Standpunkt aus betrachtet können Appearance-Frames in einer Werbeanzeige durchaus funktional sein. Werbung basiert zu einem großen Teil darauf, Ängste hervorzurufen und mögliche Probleme zu betonen, um dann ein Produkt als Lösung des Problems anzubieten (Kilbourne, 2000). Im behandelten Kontext wird durch sie eine größere Scham gegenüber dem eigenen Körper hervorgerufen, die zu einer erhöhten Kaufbereitschaft von Produkten, die diese potentiell zu mindern scheinen, führen. Diese Vermutung konnte in Bezug auf audiovisuelle Werbung in Form eines YouTube-Videos bereits bestätigt werden (Aubrey et al., 2019). Insgesamt werden auch in Gesundheitsmedien häufig Produkte beworben, die auch oder sogar ausschließlich auf die Erhöhung der Attraktivität abzielen (Aubrey, 2010). In Kombination mit Appearance-Frames des Inhalts könnte so ein Vorteil für die Werbetreibenden in den medialen Angeboten entstehen.

Zugleich konnte mehrfach belegt werden, dass die Verknüpfung von gesundheitsförderlichem Verhalten mit ästhetischen Aspekten gravierende negative Folgen für Rezipierende nach sich zieht. Aus den bisherigen Forschungsergebnissen wird daher abgeleitet, dass stets Health-Frames für eine Gesundheitsbotschaften angewendet werden sollten, um negative Auswirkungen zu minimieren (Vartanian et al., 2012; Panão & Carraça, 2019). Dies gilt besonders dann, wenn das Medium tatsächlich auf die Verbesserung der Gesundheit seines jeweiligen Publikums abzielt und nicht bloß aus wirtschaftlichen Interessen heraus handelt.

Bei Mädchen beginnt die Konfrontation mit Objektifizierung meist mit Einsetzen der Pubertät (Fredrickson & Roberts, 1997). Appearance Frames betreffen Mädchen stärker, je jünger diese sind (Aubrey et al., 2019). Dadurch könnte sich der eingangs aufgezeigte Effekt erklären, dass positive Effekte regelmäßiger Bewegung bei jungen, weiblichen Personen nur selten auftreten (Tiggemann & Williamson, 2000).

Nach Vartanian et al. (2012) ist Appearance-Framing besonders für Menschen gefährlich, die sich sowieso schon um ihr Aussehen sorgen, wie beispielsweise jene, die sich restriktiv ernähren. Auch hier setzt sich die Gruppe der hauptsächlich Betroffenen aus jungen Frauen und Mädchen zusammen. Nach Putterman und Linden (2004) wird deren Fokussierung auf Äußerlichkeiten durch Appearance-Frames verstärkt. So kann ein Teufelskreis entstehen. Diesen gilt es zu unterbrechen, zum Beispiel durch das Framing von Gesundheitsinformationen und insbesondere Bewegungsförderung als das, was sie im Kern sein sollten: gesundheitsförderlich.

Menschen und insbesondere Mädchen und Frauen sollten also bestenfalls einen Anreiz darin finden, zu trainieren, um sich gut zu fühlen. Kann die Motivation erfolgreich weg von extrinsischen hin zu intrinsischen Zielen gelenkt werden, könnte sich basierend auf der bisherigen Forschung auch der Effekt, den das Training auf das Individuum hat, positiv beeinflussen lassen.

6 Fazit und Ausblick

Das Argument „besser aus irgendeinem Grund Sport treiben, als gar nicht“ kann nach Darlegung der bisherigen Erkenntnisse angezweifelt werden. Dies ist auf eine Kombination aus unrealistischen, teilweise

geschlechterspezifischen Anforderungen und einer dadurch gesteigerten Selbstobjektifizierung zurückzuführen, die durch mediale Frames der Bewegungsförderung bestärkt werden kann. Dabei kann sowohl die bloße Rezeption solcher Frames als auch die Verinnerlichung der dargestellten Motive problematisch sein.

Um die Zusammenhänge eindeutig zuordnen zu können, wäre weitere Forschung auf dem Gebiet wünschenswert. Besonders im Hinblick auf die sich auflösenden Geschlechterrollen erscheinen mehr vergleichende Studien diesbezüglich hilfreich. Dabei sollte die Frequenz der verschiedenen Frames und deren Entwicklung über die letzten Jahrzehnte inhaltsanalytisch betrachtet werden. Außerdem wären Längsschnittstudien zur tatsächlichen Wirkung der Frames, der Umsetzung der Zielstellungen sowie die resultierenden Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Aktiven sinnvoll.

Es ist nicht möglich, Medien gewisse Framing-Varianten zu verbieten. Ob on- oder offline wird zumeist veröffentlicht, was die Zielgruppe am besten erreicht und damit wirtschaftlich betrachtet für die Publizierenden und ihre Werbekundschaft den größtmöglichen Gewinn verspricht. Teilweise liegt aber die Handlungsmacht auch bei den Konsumierenden, die sich bewusst und selektiv für oder gegen ein Medium entscheiden können. Doch auch – und insbesondere – Kommunikatoren der Bewegungsförderung, die nicht auf wirtschaftliches Handeln angewiesen sind, müssen sich der Tragweite ihrer Botschaften bewusst sein. Eventuell wissen diese (noch) nicht um die nicht-intendierten Effekte ihrer Kommunikation und sehen deshalb keinen Bedarf zur Änderung ihrer Kommunikationsstrategie. Sie müssen auf diese möglichen „Nebenwirkungen“ aufmerksam gemacht werden.

In beiden Fällen ist es darüber hinaus essentiell, Rezipierende in Medienkompetenz zu schulen. Wer die Konstruktionsweise medialer Botschaften versteht, kann über sie urteilen und sie gegebenenfalls als voreingenommen oder einseitig erkennen. Nur so kann eine reflektierte Einordnung stattfinden und die negativen Folgen auf persönlicher Ebene verringert werden. „Das Ziel besteht darin, zu lernen, Medien so zu nutzen, dass sie uns verändern. Aber zum Besseren.“ (Marx, 2019, S. 9)

Literaturverzeichnis

- Anderson, J. L., Crawford, C. B., Nadeau, J., & Lindberg, T. (1992). Was the Duchess of Windsor right? A cross-cultural review of the socioecology of ideals of female body shape. *Ethology & Sociobiology*, *13*(3), 197–227. [https://doi.org/10.1016/0162-3095\(92\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0162-3095(92)90033-Z)
- Aubrey, J. S. (2006). Effects of Sexually Objectifying Media on Self-Objectification and Body Surveillance in Undergraduates: Results of a 2-Year Panel Study. *Journal of Communication*, *56*(2), 366–386. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2006.00024.x>
- Aubrey, J. S. (2007). The Impact of sexually objectifying Media Exposure on negative Body Emotions and Sexual Self-perceptions: Investigating the mediating Role of Body self-consciousness. *Mass Communication & Society*, *10*(1), 1–23.
- Aubrey, J. S. (2010). Looking good versus feeling good: An Investigation of Media Frames of Health Advice and their Effects on Women's body-related Self-perceptions. *Sex Roles*, *63*(1-2), 50-63.
- Aubrey, J. S., & Hahn, R. (2016). Health Versus Appearance Versus Body Competence: A Content Analysis Investigating Frames of Health Advice in Women's Health Magazines. *Journal of Health Communication*, *21*(5), 496–503. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1103328>
- Aubrey, J. S., Henson, J. R., Hopper, K. M., & Smith, S. E. (2009). A Picture is worth twenty Words (about the self): Testing the Priming Influence of visual sexual Objectification on Women's Self-objectification. *Communication research reports*, *26*(4), 271–284.
- Aubrey, J. S., Speno, A. G., & Gamble, H. (2020). Appearance Framing versus Health Framing of Health Advice: Assessing the Effects of a YouTube Channel for Adolescent Girls. *Health Communication*, *35*(3), 384–394. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1564955>
- Bazzini, D. G., Pepper, A., Swofford, R., & Cochran, K. (2015). How Healthy are Health Magazines? A Comparative Content Analysis of Cover Captions and Images of Women's and Men's Health Magazine. *Sex Roles*, *72*(5–6), 198–210. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0456-2>
- Bem, S. L. (1981). Gender Schema Theory: A cognitive Account of Sex Typing. *Psychological review*, *88*(4), 354.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable weight: Feminism, western culture, and the body*. Berkeley: University of California Press.
- BRAVO Magazin 1960. 1, S. 24. Abgerufen 26. März 2020 von <https://www.bravo-archiv.de/gast/BRAVOProzent201960-01.pdf> (Stand: 26. März 2020)
- Brown, W. J., Mishra, G., Lee, C., & Bauman, A. (2000). Leisure time Physical Activity in Australian Women: Relationship with well being and symptoms. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, *71*(3), 206–216. <https://doi.org/10.1080/02701367.2000.10608901>
- Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., McMurdo, M., & Mead, G. E. (2013). Exercise for Depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004366.pub6>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). The general Causality Orientations Scale: Self-determination in Personality. *Journal of research in personality*, *19*(2), 109–134.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-determination of Behavior. *Psychological inquiry*, *11*(4), 227–268.
- Diekmann, A. B., Goodfriend, W., & Goodwin, S. (2004). Dynamic Stereotypes of Power: Perceived Change and Stability in Gender Hierarchies. *Sex Roles*, *50*(3), 201–215. <https://doi.org/10.1023/B:SERS.0000015552.22775.44>
- Dill, K. E., & Thill, K. P. (2007). Video Game Characters and the Socialization of Gender Roles: Young people's Perceptions mirror sexist Media Depictions. *Sex roles*, *57*(11–12), 851–864.
- Donnelly, K., & Twenge, J. M. (2017). Masculine and Feminine Traits on the Bem Sex-Role Inventory, 1993–2012: A Cross-Temporal Meta-Analysis. *Sex Roles*, *76*(9), 556–565. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0625-y>
- Döring, N. (2013). *Medien und Sexualität*. Abgerufen

25. März 2020, von http://www.nicola-doering.de/wp-content/uploads/2014/08/D_ProzentC3ProzentB6ring-2013-Medien-und-Sexualitaet.pdf
- Durkheim, É. (2007). *Die Regeln der soziologischen Methode*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of women quarterly, 21*(2), 173–206.
- Geuter, G., & Holleederer, A. (Hrsg.). (2012). *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (1. Aufl.). Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.
- Goffman, E. (1974). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. Harvard University Press.
- Gough B. (2007). 'Real Men Don't Diet': an analysis of contemporary newspaper representations of men, food and health. *Social science & medicine (1982), 64*(2), 326–337.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.09.011>
- Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). The Role of the Media in Body Image Concerns among Women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological bulletin, 134*(3), 460.
- Grammer, K. (1996). *Signale der Liebe: Die biologischen Gesetze der Partnerschaft* (2. Aufl.). Deutscher Taschenbuch-Verlag, Hamburg.
- Grammer, K., Fink, B., Møller, A. P., & Thornhill, R. (2003). Darwinian Aesthetics: Sexual Selection and the Biology of Beauty. *Biological Reviews, 78*(3), 385–407.
<https://doi.org/10.1017/S1464793102006085>
- Guenther, L., Gaertner, M., & Zeitz, J. (2020). Framing as a Concept for Health Communication: A Systematic Review. *Health Communication, 1*–9.
<https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1723048>
- Harrison, K., & Fredrickson, B. L. (2003). Women's Sports Media, Self-objectification, and Mental Health in black and white adolescent Females. *Journal of Communication, 53*(2), 216–232.
- Haskell, W. L., Lee, I.-M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., Macera, C. A., Heath, G. W., Thompson, P. D., & Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 39*(8), 1423–1434.
<https://doi.org/10.1249/mss.0b013e3180616b27>
- Hatfield, E., & Sprecher, S. (1986). *Mirror, mirror: The importance of looks in everyday life*. State University of New York Press. Albany.
- Kilbourne, J. (2000). Deadly Persuasion – Why Women and Girls Must Fight the Addictive Power of Advertising *Women's Rights Law Reporter, 22*, 111.
- Lindberg, S. M., Hyde, J. S., & McKinley, N. M. (2006). A Measure of objectified Body Consciousness for preadolescent and adolescent Youth. *Psychology of Women Quarterly, 30*(1), 65–76.
- Linek, J., & Pfüttsch, P. (2016). Geschlechterleitbilder in der Gesundheitsaufklärung im deutsch-deutschen Vergleich (1949–1990). *Medizin, Gesellschaft, und Geschichte, 34*, 7–110.
- Martschukat, J. (2019). *Das Zeitalter der Fitness: Wie der Körper zum Zeichen für Erfolg und Leistung wurde*. S. Fischer. Frankfurt am Main.
- Marx, S. A. (2019). *Medienkompetenz: Vom selbstbestimmten Umgang mit den Medien* (1. Auflage). Academia. Baden-Baden.
- Matthes, J. (2014). *Framing*. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Baden-Baden.
<https://doi.org/10.5771/9783845260259>
- McDonald, K., & Thompson, J. K. (1992). Eating disturbance, body image dissatisfaction, and reasons for exercising: Gender differences and correlational findings. *International Journal of Eating Disorders, 11*(3), 289–292.
- Møller, A. P. (1997). Developmental Stability and Fitness: a Review. *The American Naturalist, 149*(5), 916–932.
- Moradi, B., & Huang, Y.-P. (2008). Objectification Theory and Psychology of Women: A Decade of Advances and Future Directions. *Psychology of Women Quarterly, 32*(4), 377–398.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.00452.x>
- Morrow, P. C. (1990). Physical attractiveness and

- selection decision making. *Journal of Management*, 16(1), 45–60.
- Morry, M. M., & Staska, S. L. (2001). Magazine exposure: Internalization, self-objectification, eating attitudes, and body satisfaction in male and female university students. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 33(4), 269.
- Noll, S. M., & Fredrickson, B. L. (1998). A mediational model linking self-objectification, body shame, and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 22(4), 623–636. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1471-6402.1998.tb00181.x>
- Oswald, M. (2019). *Strategisches Framing. Eine Einführung*. Springer VS. Wiesbaden.
- Panão, I., & Carraça, E. V. (2020). Effects of exercise motivations on body image and eating habits/behaviours: A systematic review. *Nutrition & Dietetics*, 77(1), 41–59. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12575>
- Pfüttsch, P. (2015). Geschlechterspezifische Gesundheitsaufklärung durch die BZgA: Kontinuität und Wandel in der Darstellung von Männern und Frauen in Publikationen zur Gesundheitsaufklärung (1970 – 1990). *Das Gesundheitswesen*, 77(08/09). <https://doi.org/10.1055/s-0035-1563027>
- Prichard, I., & Tiggemann, M. (2008). Relations among exercise type, self-objectification, and body image in the fitness centre environment: The role of reasons for exercise. *Psychology of Sport and Exercise*, 9(6), 855–866. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2007.10.005>
- Putterman, E., & Linden, W. (2004). Appearance Versus Health: Does the Reason for Dieting Affect Dieting Behavior? *Journal of Behavioral Medicine*, 27(2), 185–204. <https://doi.org/10.1023/B:JOBM.000019851.37389.a7>
- Robert-Koch-Institut (2017). FACT SHEET, 8. Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen. *Journal of Health Monitoring*, 2017/2.
- Scheufele, D. A. (1999). Framing as a theory of media effects. *Journal of communication*, 49(1), 103–122.
- Schienkiewitz, A., Mensink, G., Kuhnert R. & Lange, C. (2017). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2017 2(2), 21–28. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-025>
- Sebire, S. J., Standage, M., & Vansteenkiste, M. (2009). Examining Intrinsic versus Extrinsic Exercise Goals: Cognitive, Affective, and Behavioral Outcomes. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 31(2), 189–210. <https://doi.org/10.1123/jsep.31.2.189>
- Smith, P. K., & Zagorsky, J. L. (2018). “Do I look fat?” Self-perceived body weight and labor market outcomes. *Economics & Human Biology*, 30, 48–58.
- Spence, J. C., McGannon, K. R., & Poon, P. (2005). The Effect of Exercise on Global Self-Esteem: A Quantitative Review. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 27(3), 311–334. <https://doi.org/10.1123/jsep.27.3.311>
- Statista (2018a). *Gründe für das Treiben von Sport in Deutschland 2018*. Zugriffen 1. April 2020. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1675/umfrage/gruende-fuer-sport/>
- Statista (2018b). *Häufigkeit von Sport in Deutschland 2018*. Zugriffen 1. April 2020. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158278/umfrage/haeufigkeit-von-sport-und-bewegung/>
- Strelan, P., & Hargreaves, D. (2005a). Women Who Objectify Other Women: The Vicious Circle of Objectification? *Sex Roles*, 52(9), 707–712. <https://doi.org/10.1007/s11199-005-3737-3>
- Strelan, P., & Hargreaves, D. (2005b). Reasons for exercise and body esteem: Men’s responses to self-objectification. *Sex Roles*, 53(7-8), 495–503.
- Strelan, P., Mehaffey, S. J., & Tiggemann, M. (2003). Brief Report: Self-Objectification and Esteem in Young Women: The Mediating Role of Reasons for Exercise. *Sex Roles*, 48(1), 89–95. <https://doi.org/10.1023/A:1022300930307>
- Tiggemann, M., & Williamson, S. (2000). The Effect of Exercise on Body Satisfaction and Self-esteem as a Function of Gender and Age. *Sex Roles: A Journal of Research*, 43(1–2), 119–127. <https://doi.org/10.1023/A:1007095830095>
- Tylka, T. L., & Homan, K. J. (2015). Exercise motives

and positive body image in physically active college women and men: Exploring an expanded acceptance model of intuitive eating. *Body Image*, 15, 90–97. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.07.003>

Vansteenkiste, M., Simons, J., Lens, W., Sheldon, K. M., & Deci, E. L. (2004). Motivating learning, performance, and persistence: the synergistic effects of intrinsic goal contents and autonomy-supportive contexts. *Journal of personality and social psychology*, 87(2), 246.

Vansteenkiste, M., Soenens, B., & Duriez, B. (2008). *Presenting a Positive Alternative to Strivings for Material Success and the Thin Ideal: Understanding the Effects of Extrinsic Relative to Intrinsic Goal Pursuits*. 31. In S. Lopez (Hrsg.) *Positive Psychology: Exploring the Best in People*. Westport, CT: Praeger, S. 57–86.

Vartanian, L. R., Wharton, C. M., & Green, E. B. (2012). Appearance vs. Health motives for exercise and for weight loss. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(3), 251–256. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2011.12.005>

West, C. & Zimmermann, D. H. (1987). *Doing Gender*. *Gender & Society*, 1 (2), 125–151.

Wöhlbier, A. (2019). *Inwiefern unterscheidet sich die Berichterstattung über Ernährungstrends in Männer- bzw. Frauenzeitschriften?* (Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Grades Bachelor of Arts). Universität Leipzig.

Wood, W., & Eagly, A. H. (2002). A cross-cultural Analysis of the Behavior of Women and Men: Implications for the Origins of Sex Differences. *Psychological Bulletin*, 128(5), 699–727. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.699>



Abbildung 1: Titelblatt "Wer schlank ist, hat mehr vom Leben" (Deutsches Hygiene Museum Dresden, 1954, nach Linek & Pfüttsch, 2016, S. 82)



Abbildung 2: Titelblatt "Gesund und schön durch Reinlichkeit" (Deutsches Hygiene Museum Dresden, 1959, nach Linek & Pfüttsch, 2016, S. 81)

Schönheitsideal schlank?! Das weibliche Körperideal und dessen mediale Darstellung im historischen Wandel

Anna-Maria Theres Schüttel

Universität Erfurt

Zusammenfassung

*Gegenwärtig hat sich der schlanke Körper zum Idealbild für Frauen in allen Altersgruppen etabliert. Schlankheit bildet somit einen festen Bestandteil des weiblichen Schönheitsideals sowie der Geschlechterrolle. Insbesondere die Medien prägen das gesellschaftliche Körperideal und dessen Wahrnehmung. Ebenso sind Medien dafür verantwortlich, dass Körper- und Schönheitsideale immer präsenter und nachahmenswerter erscheinen. So werden in der Werbung präsentierte Darsteller*innen als repräsentant für die gesamte Bevölkerung wahrgenommen und prägen somit gesellschaftliche Idealvorstellungen maßgeblich. Körperideale sind jedoch keine geschichtslosen Erscheinungen, sondern weisen historische Prägungen auf. Sie stellen ein Symbol der jeweiligen Gesellschaft dar und sind von deren Strukturen geprägt. Im vorliegenden Beitrag werden zwei Werbeanzeigen für Körpergewichtsregulierungsprodukte aus den Jahren 1967 und 2016 gegenübergestellt, um die mediale Aufbereitung und Kommunikation von Körperidealen im zeitlichen Verlauf näher zu beleuchten. Außerdem wird die Verbreitung der Personenwaage als Selbstvermessungsinstrument im 20. Jahrhundert in Haushalten vorgestellt. Dies zeigt wie auch die Vermessung als Methode der Selbstnormalisierung (durch Einübung des Selbstabgleichens mit der Norm) Zusammenhänge mit der Verbreitung des vorherrschenden Körperideals aufweist.*

Keywords: Körperbild, Schönheitsideal, Personenwaage, Selbstvermessung, Medien

Summary

Today the slim body established as a ideal for women of all ages. Slimness is an inherent part of the female ideal of beauty just like the gender role. Especially the media influence the social ideal of body image and its perception. Media is also a reason that the ideal of body images and beauty become more presentative and important. In commercials actors are depicted as a representative for the whole population and influence the social perceptions of ideal essentially. Ideals of body image are not a modern invention but rather a phenomenon with a historical development. They are a symbol of the population and are influenced by its social structures. Two ads for diet products from the years 1967 and 2016 are compared to demonstrate the historical development of the communication of body image ideals in the media. Furthermore the dissemination of personal scales in households in the 20th century are presented to demonstrate how self-measurement as a method of self-normalization (by comparing the self with the norm) is linked to the dissemination of prevailing ideals of body image.

Keywords: ideal of body image, ideal of beauty, personal scales, self-measurement, media

1 Einleitung

„Nichts schmeckt so gut, wie sich dünn sein anfühlt.“ (Süddeutsche Zeitung, 2010). Ein polarisierendes Zitat, welches den aktuellen Zeitgeist widerspiegelt, in denen Kinder in schlankheitsorientierten Gesellschaften aufwachsen und frühzeitig lernen, dass Schlankheit mit positiven Assoziationen verknüpft und folglich erstrebenswert ist (Freedman, 2008). Schlanke Menschen werden mit positiven Persönlichkeitsmerkmalen assoziiert und gelten als erfolgreicher, fröhlicher und gesünder. Studien konnten zeigen, dass Schlankheit mit physischer und sexueller Attraktivität gleichgesetzt wird und diese wiederum in vielen Lebensbereichen soziale Vorteile verschafft (Baumann, 2009). Darüber hinaus steht ein trainierter schlanker Körper für Leistungsfähigkeit und Willensstärke (Schmidt, 1991). Übergewicht hingegen wird mit mangelnder Selbstkontrolle, Gier und Faulheit assoziiert (Baumann, 2009). Das Gewicht wird somit zum Indikator für Erfolg bzw. Misserfolg.

Insbesondere Mädchen lernen früh, dass Schlankheit bedeutsam für Attraktivität ist. Laut Feldman et al. (1988) wurde in den 1980er Jahren das Schlankheitsideal bereits ab dem sechsten Lebensjahr zu einem festen Bestandteil des weiblichen Schönheitsideals sowie der Geschlechterrolle, also der geschlechtsspezifischen sozialen Erwartung normkonformen Handelns. Auch in jüngerer Vergangenheit mochte dies ein Grund dafür sein, dass insbesondere Mädchen bzw. Frauen ihr Selbstwertgefühl über das Körpergewicht definieren und dementsprechend eher unter Essstörungen litten (Stahr, Barb-Priebe & Schulz, 2003). Unter einer Essstörung versteht man eine ernsthafte Erkrankung bei der „das Essverhalten und das Verhältnis zum eigenen Körper gestört ist“ (BZgA, 2020). Laut der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung leiden von 1.000 betrachteten Personen 30 bis 50 an einer Essstörung.

Den Massenmedien wird eine elementare Rolle in der Bildung einer Kultur des Dünneins zugeschrieben. Sie seien für die Vermittlung und Manifestierung gesellschaftlicher Normen und Ideale verantwortlich und würden durch propagierte schlanke Medienakteur*innen unrealistische Orientierungsbilder für Frauen schaffen (Baumann, 2009). Es lässt sich eine Entwicklung beobachten, bei der in den Medien repräsentierte Personae immer dünner werden und davon abweichende Körperformen abgewertet

werden. Demnach können Medien einen nicht erreichbaren Schönheitsstandard verstärken, welcher vom sozialen Umfeld ebenso manifestiert werden kann (Thompson & Heinberg, 1999). Darüber hinaus kommunizieren massenmedial vermittelte Werbebotschaften durch das Anbieten diverser Produkte eine vermeintliche Lösungsstrategie zur Erreichung der Körper- und Schönheitsideale (Baumann, 2009).

Körper- und Schönheitsideale bergen Gefahren in sich, da sie meist nicht erreichbare Ideale beinhalten. So beschreibt „das zur Zeit existierende Schönheitsideal der Bundesrepublik Deutschland – nämlich untergewichtig, groß und hübsch – das äußere Erscheinungsbild einer Randgruppe, das für den größten Teil der weiblichen Bevölkerung nicht erreichbar ist.“ (Baumann, 2009, S. 49) Aufgrund einer Diskrepanz zwischen Ideal- und Istzustand des Körperbildes kommt es zu einem gesellschaftlich bedingten Wunsch nach Körperoptimierung, wobei hier die Grenze hin zu einer krankhaften Störung der Körperwahrnehmung fließend ist (Pauli, 2019). Studien ergaben, dass sich 60 Prozent der Mädchen ab einem Alter von 10 Jahren bzw. 80 Prozent ab einem Alter von 17 Jahren unabhängig von ihrem tatsächlichen Gewicht als zu dick empfinden (Goetz & Schnebel, 2016). Insgesamt zeigen bereits 21,9 Prozent aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland Symptome einer Essstörung, wobei Mädchen mit 28,9 Prozent signifikant häufiger betroffen sind als Jungs mit 15,2 Prozent (Hölling & Schlack, 2007). Essstörungen zählen zu den häufigsten chronischen Gesundheitsproblemen im Kindes- und Jugendalter. Schätzungen zufolge sind 95 Prozent aller Erkrankten weiblich (Baumann, 2009). Psychische Probleme, ein gemindertes Selbstwertgefühl, Selbstverletzung und -mord stellen Folgen einer solchen Erkrankung dar (Goetz & Schnebel, 2016)

Körperideale sind kulturspezifisch und wandeln sich (Gugutzer, 2015). So kommt es, dass die Auffassung vom idealen Körper schwankt, denn „Nichts hat sich derart unvorhersehbar gewandelt wie das Bild von einem schönen Körper. Wurden bestimmte Formen an einem Ort abgelehnt, so wurden sie an einem anderen angestrebt; wurden sie zu einer Zeit verabscheut, so wurden sie zu einer anderen verehrt.“ (Didou-Manet, 1998, S. 10). Die Begrifflichkeit Körperideal ist hierbei eng mit der des Schönheitsideals verbunden. Das Körperideal stellt ein vorrangig optisches Leitbild dar, welches seine Definition und Bewertung aus der

Interaktion der jeweiligen Kultur und den Lebensbedingungen erhält (Posch, 2009). Bei Schönheit, der ästhetischen Dimension des Körperideals, handelt es sich daher um keine objektive Größe. „Ihre Wandlungsfähigkeit erklärt auch die große Vielfalt an Schönheitsidealen, die es im Laufe der Geschichte gab. Schönheit hängt immer vom sozialen Kontext ab. Was zählt ist nicht die Erscheinung, das Aussehen einer Person selbst, sondern wie es von der jeweiligen Gesellschaft bewertet wird. Denn Schönheit ist Ansichtssache.“ (Posch, 2009, S. 21)

Wie diese Ansichtssache sich über Kommunikationskanäle soziokulturell verfestigt und wandelt wird in dieser Arbeit exemplarisch untersucht. Dafür soll innerhalb der vorliegenden Arbeit näher auf die Darstellung von Körperidealen in Werbeanzeigen eingegangen werden. In den nachfolgenden Kapiteln wird daher je eine Werbeanzeige für Nahrungsergänzungsmittel aus zwei verschiedenen Jahrhunderten auf ihre Gestaltung und Inhalte analysiert werden, um Körperideale in Werbeanzeigen aufzuzeigen.

2 Körperideale in Werbebotschaften

Medien prägen das gesellschaftliche Körperideal und dessen Wahrnehmung. Bestimmte Medieninhalte können Einfluss auf das eigene Körperbild, die Zufriedenheit mit diesem und sogar auf gestörtes Essverhalten haben. Durch die permanente Darstellung von untergewichtigen Medienakteur*innen werden solche Körperbilder unhinterfragt als selbstverständlich wahrgenommen (Baumann, 2009). Es besteht der Trend zu immer schlanker werdenden Models (Kasten & Kochesfahan, 2018). Studien von Silverstein et al. (1986) belegen, dass weibliche Filmstars und Fotomodelle seit 1960 stetig schlanker wurden. Passend dazu präsentieren zahlreiche Werbeschaltungen diverse Produkte und Diätmaßnahmen, welche das Erreichen eines solch propagierten Schlankheitsideals ermöglichen sollen (Baumann, 2009). Auffällig hierbei ist, dass diätbezogene Werbungen sich hauptsächlich an Frauen richten. Beispielsweise kamen Andersen und DiDomenico (1992) zu der Erkenntnis, dass sich diätbezogene Werbung 10,5 Mal mehr in Frauen- als in Männerzeitschriften befindet.

Es ist davon auszugehen, dass die Darstellung und Internalisierung eines unerreichbaren Körperideals zu einer verzerrten Wahrnehmung des eigenen

Körperbildes und daraus resultierend zu einem geringeren Selbstwert führt (Pauli, 2019). Hierbei entspricht der Selbstwert der Bewertung des Bildes von sich selbst und steht eng im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit bzw. dem Wohlbefinden. Es handelt sich um die grundlegende Einstellung gegenüber der eigenen Person (Schütz & Röhner, 2014). Diäten zum Zweck der Körperoptimierung stellen häufig einen fließenden Übergang zu Essstörungen dar (Pauli, 2019). Dies wird im folgenden Zitat einer an Magersucht erkrankten 37-Jährigen deutlich: „Es fing alles mit einer Diät an. Ich war 15 Jahre alt und übergewichtig. Damals wurde Werbung für Slim-Fast gemacht und wie toll und einfach man zu einem Traungewicht kommt. Selbst Videofilme konnte man von diesem Produkt käuflich erwerben, mit Sporteinheiten. Als ich es ausprobierte, purzelten die Pfunde – aber es musste noch mehr runter. Ich wollte aussehen wie die schönen Frauen in den Medien. Dadurch rutschte ich in die Bulimie und in die Magersucht. Etliche Klinikaufenthalte folgten. Mein tiefstes Gewicht erreichte ich vor zwei Jahren mit 27 kg. [...] Jetzt habe ich fast ein normales Gewicht, aber jeder Tag ist ein Kampf – auch mit Rückschlägen. Die ganzen Jahre wurde ich von den Medien geprägt, seien es Abnehmshows, Serien oder Filme. Nur wenn du dünn bist, kannst du im Leben was erreichen. Nur wenn du eine makellose Haut hast und durchtrainiert bist, wirst du akzeptiert. Hungern ist stark, Essen eine Schwäche. Im Fernsehen und in der Werbung werden überwiegend dünne, schöne Menschen gezeigt und es wird Werbung für Diätprodukte gemacht. Gehe ich durch die Stadt, sehe ich solche Plakate und in den Klamottengeschäften gibt es überwiegend „size zero“. All die Jahre und auch noch heute sehne ich mich nach etwas, was ich nie sein werde. All die Jahre habe ich damit verbracht, mein Leben systematisch zu zerstören, um das zu erreichen, was die Medien suggerieren. Jetzt kämpfe ich jeden Tag darum, anders zu handeln, mich nicht mehr von den Medien steuern zu lassen wie ein Roboter. Ich will endlich leben! Liebe Medien, denk mal darüber nach, was ihr schon kleinen Kindern beibringt: Wollt ihr eine Welt mit nur Essgestörten? Sind wir nicht alle als Individuen schön? In diesem Sinne Steffi“ (Goetz & Schnebel, 2016, S. 36).

Essstörungen sind kein Produkt der modernen Industriegesellschaft. Bereits aus dem 19. Jahrhundert sind medizinische Fallbeispiele von Magersucht bekannt (Goetz & Schnebel, 2016). Werbung prägt die gesellschaftlichen Idealbildvorstellungen, da die präsentierten Darsteller*innen als Repräsentant*innen der gesamten Bevölkerung wahrgenommen werden

(Lindner, 2004). Im Folgenden werden beispielhaft zwei Werbeanzeigen für Körpergewichtsregulierungsprodukte hinsichtlich ihres propagierten Körperideals beleuchtet.

„Mit Plusform rasch zur Traumfigur“ – 1967

Das in einer Werbeanzeige in der Bravo von 1967 dargestellte Produkt „Plusform“ versprach durch seine Zusammensetzung das Erzielen der Traumfigur in rascher Zeit. Die Traumfigur wird hierbei als rund beschrieben. Hüfte, Schenkel, Schulter und Brust wurden als attraktiver angepriesen, wenn diese voller seien. Eine in der Werbeanzeige links abgebildete Frau stellt mit ihren weiblichen Rundungen das Körperideal da. Die Frau weist eine auffällig schmale Taille auf, wohingegen Oberweite und Hüfte ausladend sind. Dies scheint dem Proportionsverhältnis von 90-60-90 zu entsprechen, welches als beneidenswert inszeniert wurde. Der Ausspruch „Ach hätte ich nur eine solche Figur!“ in der Sprechblase der eher dünnen, rechts abgebildeten Frau impliziert den Eindruck, dass die Figur und somit das äußere Erscheinungsbild eines der zentralen Themen für jede Frau darstellte. Die Forschung bestätigt, dass in den 1960er Jahren Frauen in der Werbung vorrangig eine traditionelle oder sexuell-bzw. schönheitsorientierte Rolle einnahmen. Eine magere, kindliche Figur wird in dieser Werbung als nicht erstrebenswert dargestellt. Anzumerken ist jedoch, dass im Jahr 1967 das dünne Supermodel „Twiggy“ bereits auf unzähligen Titelseiten zu sehen war und damit den Anfang einer sogenannten Schlankheitsära bildete, in denen das Körperideal eher dem der sehr dünnen Frau ähnelte.

„Naturaslim, natürlich abnehmen“ – 2016

Die Werbung von „Naturaslim“ aus dem Jahr 2016 wirbt für einen Diätshake, welcher ein natürliches Abnehmen verspricht. Das abgebildete Körperideal ist schlank und wohlproportioniert (siehe Abbildung 1 im Anhang). Auffällig hierbei ist die Muskulatur der Frau. Das aktuelle Idealbild ist durch einen athletischen Körperbau mit glatten Muskeln gekennzeichnet (Rodgers, Franko, Lovering, Luk, Pernal & Matsumoto, 2017). Entscheidend hierbei sei nicht die bloße Muskelmasse, sondern ein wohldefiniertes straffes Erscheinungsbild, welches trotz Muskeln schlank sein sollte. Dieser Trend erklärt, weshalb die Muskulatur und die Sorge darum eine zentrale Rolle im weiblichen Körperbild einnehmen. Das abgebildete Model zeigt ein erfolgreiches strahlendes Lächeln und drückt durch ihre Körperhaltung Selbstbewusstsein aus.

Diese Inszenierung unterstützt den weitverbreiteten Glauben, dass schlanke Menschen glücklicher und erfolgreicher seien (Baumann, 2009). Studien konnten zeigen, dass sich Frauen nach der Betrachtung solcher Schlankheitsideale hingegen unglücklicher und wütender fühlen (Thompson & Stice, 2001).

Beide betrachteten Werbeanzeigen schaffen die Illusion, dass der Kauf sowie die Produktverwendung den Käufer sexy, schön, glücklich und erfolgreich macht. Ebenso implizieren beide Anzeigen den Eindruck, als sei Schönheit eine der Hauptaufgaben von Frauen (Thompson & Heinberg, 1999). Darüber hinaus wird ein schlankes, gut proportioniertes Körperbild als bedeutsam für Glück und als erstrebenswertes Ziel inszeniert, wobei die gezeigten Bilder dem einer Randgruppe entsprechen. Dies erscheint unter Berücksichtigung des medialen Einflusses auf den Selbstwert von Mädchen bzw. Frauen als bedrohlich. Goetz und Schnebel (2016) fanden heraus, dass sich zwei Drittel der Personen mit akuter Essstörung ein weniger verzerrtes Körperbild in den Medien wünschen würden. Insgesamt wird weniger Werbung für Diäten, sowie ein bewussterer und verantwortungsvoller Umgang mit der Gestaltung gefordert (Goetz & Schnebel, 2016).

Unter Diät versteht man eine kalorienreduzierte Nahrungsaufnahme, welche Frauen gebrauchen, um ihren Körper zu optimieren. Das Wort stammt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie „rechte Lebensweise“. Dabei können anhaltende Diätversuche und die Anwendung riskanter Abnehmmaßnahmen, wie beispielsweise herbeigeführtes Erbrechen oder exzessiver Sport, zu dauerhaften Leidenszuständen und gestörtem Essverhalten führen. Dies ist laut Raabe (2005) bei bereits über 25 Prozent der weiblichen Jugendlichen der Fall. Bei der Einhaltung einer Diät spielt das Messen des eigenen Körpergewichts eine zentrale Rolle. Im folgenden Kapitel der vorliegenden Arbeit wird daher die Personenwaage als Selbstvermessungsinstrument sowie deren Entwicklung thematisiert.

3 Personenwaage: Selbstvermessungsinstrument zur Unterstützung auf dem Weg zum Körperideal

Selbstvermessung bezeichnet den Prozess bei dem eine Person Daten über sich selbst sammelt. Hierbei soll durch eine bewusste und objektive Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper Verhaltensveränderungen initiiert werden (Nitze, 2013). Die Quantifizierung des eigenen Körpergewichts mittels einer Personenwaage

stellt eine weit verbreitete Selbstvermessungspraktik dar. Im Jahr 2009 besaßen 72 Prozent der Befragten Deutschen ein solches Messinstrument (Frommeld, 2019). Auch hierbei steht häufig ein Selbstoptimierungsgedanke im Mittelpunkt, wobei das quantitative Feedback zu einer Leistungsverbesserung, konkret zu einer Gewichtsreduktion, beiträgt (Jähnert & Förster, 2014). Häufig wird das Gewicht aus ästhetischen Gründen überwacht und nicht aus gesundheitlichen (Wolff, 2017). Hierbei gilt es dem Schönheitsideal eines schlanken und fitten Körpers zu entsprechen und die Waage für eine strenge Erfolgskontrolle zu gebrauchen. Die Ermittlung des Körpergewichts erfolgt demnach nicht temporär, sondern über einen längeren Zeitraum hinweg, um regelmäßig Daten zu erfassen, vergleichen und auszuwerten (Frommeld, 2019).

Diese Form der Selbstvermessung kann sich zu einem gesundheitlichen Risikofaktor entwickeln, wenn Vermessungspraktiken nicht mehr selbstbestimmt, sondern zwanghaft erfolgen (Schmechel, 2017). Es ist davon auszugehen, dass das psychische Erleben des eigenen Körpers eng an die reflexive Wirkung solcher Vermessungsinstrumente gebunden ist. Demnach haben Personenwaagen bzw. der Akt der Gewichtskontrolle eine bestimmte Wirkung auf den Selbstvermessenden (Frommeld, 2019). So kann der tägliche Blick auf die Waage zur Sucht werden und Gewichtszunahmen zu Panik- und Angstzuständen führen (Mucha, 2003). Entscheidend hierbei ist die Vorstellung bzw. Prägung von Ideal- und Normalgewicht des Körpers (Frommeld, 2019). Auffällig ist dabei ein Zusammenspiel zwischen der Entwicklung der Vermessungstechnologie und dem Aufkommen eines Ideals. Es lässt sich feststellen, dass die Verbreitung öffentlicher Waagen äquivalent mit einer drastischen Veränderung des Schönheitsideals in Richtung schlank verläuft (Wolff, 2017). Der folgende Abschnitt widmet sich dem Überblick der historischen Entwicklung der Personenwaage als Messinstrument und zeichnet Parallelen zum vorherrschenden Körperideal auf.

Entwicklung der Personenwaage

Ausgehend vom 19. Jahrhundert verbreiteten sich öffentliche Waagen und erfreuten sich einer ausgesprochenen Faszination der Bevölkerung. Neben medizinischen bzw. gesundheitlichen Funktionen erfüllten sie hauptsächlich eine unterhaltende. Personen nutzten die Waagen auf Bahnhöfen, Jahrmärkten oder in Apotheken aus Spaß oder Neugier (Wolff, 2017).

Jedoch wurde bereits im Jahr 1890 Völlerei als moralische Schwäche betitelt und das schlanke Körperideal begann sich zu manifestieren. Ratgeber wandten sich explizit an Frauen und forderten eine Regulierung des Körpergewichts. Folglich wurden Personenwaagen zunehmend für die Gewichtskontrolle und die Verbesserung der Figur eingesetzt. Im Jahr 1886 forderte ein Gesundheitsleitfaden für Frauen eine intensive Selbstüberwachung bei Übergewicht, denn dies galt als Zeichen von schlechtem Charakter und Gier (Bivins & Hilary, 2016). Eine genaue Überwachung des Gewichts galt demnach als notwendig für die Erhaltung der Gesundheit und Schönheit. „Every pound of flesh beyond that which is necessary to make the form symmetrical is an additional weight to carry, a burden to overcome, and a hindrance to normal functions. In other words it stands ready to destroy both health and beauty“ (Bivins & Hilary, 2016, S. 6) Das Zitat der Ärztin Emma Walker zeigt, wie die Verbreitung von Waagen im öffentlichen Raum die Sorge um das richtige Gewicht indizierte. Eine Etablierung der Personenwaage im privaten Raum erfolgte jedoch zu diesem Zeitpunkt nicht, denn noch im Jahr 1897 waren Personenwaagen hierfür zu groß und zu teuer.

Erst mit der Erfindung relativ kleiner Plattformwaagen in den 1910er Jahren erhielt sie als Messinstrument Einzug in private Haushalte (Bivins & Hilary, 2016). Parallel hierzu erreichte das Schlankheitsideal seinen ersten Höhepunkt und das Interesse an Diäten und Normtabellen wuchs (Merta, 2008). Anzumerken ist jedoch, dass die Anschaffung einer Waage nach wie vor eine beachtliche finanzielle Investition darstellte. Die Anschaffungskosten einer Personenwaage im Jahr 1911 sind mit denen eines Flachbildfernsehens im Jahr 2012 vergleichbar (Bivins & Hilary, 2016). Ab den 1950er Jahren wurde das Wiegen immer mehr von der Öffentlichkeit in die privaten Badezimmer verlegt. Ärzte rieten zu einer regelmäßigen Wiegung und der Überwachung des Gewichts, da es als nationale Pflicht galt, fit zu sein (Duttweiler, Gugutzer, Passoth & Strübing, 2016). Darüber hinaus führte die Kontrolle des Körpergewichts zur Manifestierung der weiblichen Idealvorstellung und definierte zunehmend die Selbstwahrnehmung. So entstand die Vorstellung, dass gesellschaftliche Akzeptanz und Schönheit mit dem Gewicht zusammenhängen und lediglich eine Gewichtskontrolle diese ermöglicht. Im Jahr 1968 erkannte die Firma Salter die Marktlücke und vermarktete eine preiswerte „Slimway-Waage“ mit schlankem Design. Die führte dazu, dass sich Personenwaagen in nahezu jeden (zumindest

britischen) Haushalt durchsetzen konnte und Wiegen zur häuslichen Routine wurde (Bivins & Hilary, 2016).

Mittlerweile ermöglicht der technische Fortschritt das Wiegen auf internetfähigen Waagen, welche die entsprechenden Daten an Aufzeichnungsprogramme weiterleiten. Diverse Apps liefern umfangreiche Möglichkeiten. Beispielsweise helfen sie dabei das persönliche Gewicht zu kontrollieren, erinnern an tägliche Messen und Errechnen, wann das gewünschte Traumgewicht unter der Berücksichtigung der Kalorienzufuhr erreicht werden kann (Frommeld, 2019). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Selbstvermessung bzw. Self-Tracking und die damit verbundene Selbstoptimierung keine neomodischen Erscheinungen sind. Das Bestreben mittels Vermessung, Wissen über den eigenen Körper zu generieren, scheint elementar gesellschaftlich verankert zu sein. Demnach scheinen Körperwahrnehmungen und konkrete Selbstvermessungsinstrumente in einem dynamischen Wechselspiel zu stehen.

Resümee

Es lässt sich festhalten, dass unsere heutige Idealvorstellung eines schönen, schlanken Körpers kein plötzlich erschienenes Produkt des 21. Jahrhunderts oder invariabel ist. Aus historischer Perspektive wird ersichtlich, dass Menschen zu allen Zeiten ein allgemeingültiges Ideal definieren, welches sich zum Symbol der jeweiligen Gesellschaft etabliert (Gugutzer, 2015). Hierbei schwanken diese Ideale sichtlich zwischen ausladender Korpulenz und mädchenhafter Schlankheit. Grob lässt sich die Entstehung des heutigen Schlankheitsideals auf die 1960er Jahre datieren. Aufgrund dieser Tatsache wirkt sich das bestehende Ideal über den Zweigenerationeneffekt besonders stark auf die heutigen Kinder und Jugendlichen aus, da bereits ihre Mütter einen Schlankheitsdruck ausgesetzt waren und diesen somit frühzeitig an die nächste Generation weitergeben (Pauli, 2019). Der medial vermittelte gesellschaftliche Standard für Schlankheit und die allgegenwärtigen Werbungen für Möglichkeiten zur Idealerreichung können den psychischen Druck zusätzlich erhöhen (Thompson & Heinberg, 1999).

Die Quellen der Entwicklungen gesellschaftlicher Schönheitsideale sind jedoch vielfältig und komplex und lassen sich nicht pauschalisieren (Baumann, 2009). Feststellen lässt sich jedoch ein historisch grundlegender Wandel: Während in der Vormoderne Schönheit als ein gottgegebenes Geschenk betrachtet

wurde und demnach etwas war, was man hatte, wurde ab 1800 Schönheit zunehmend als Ergebnis eines Erarbeitungsprozess betrachtet, indem man sich jene durch Selbstoptimierung formen oder durch diverse Produkte erkaufen kann (Pauli, 2019). Dieser Trend könnte eine Erklärung für die wachsende Selbstvermessungsbewegung darstellen. Wie im Kapitel 3 der vorliegenden Arbeit deutlich wurde, bildet hierbei der Fortschritt der Vermessungstechnologie einen zentralen Bestandteil sowie eine Voraussetzung der Optimierung des eigenen Körpers.

Die vorliegende Arbeit machte es sich zum Ziel, die gesundheitlichen Gefahren des existierenden Körperideals der Schlankheit aufzuzeigen. Ein dem Ideal Nacheifern kann psychische Belastungen zur Folge haben, einen gestörten Umgang mit Essen begünstigen und sich zu einer manifestierten chronischen Krankheit entwickeln (Hölling & Schlack, 2007). Das Thema Essstörungen ist ein gesellschaftlich relevantes Thema. Die Heilungsquote von Magersucht liegt trotz umfangreicher Therapieangebote leider bei lediglich knapp 50 Prozent, wobei mehr als 15 Prozent der Betroffenen an den Folgen der Krankheit sterben (Raabe, 2005). Daher sind Präventionsmaßnahmen von zentraler Bedeutung, wobei ein universeller und nicht auf Altersgruppen abgestimmter Einsatz als umstritten gilt (Baumann, 2009). Persönlich sehe ich hier für das Fachgebiet der Gesundheitskommunikation erhöhten Forschungs- und Handlungsbedarf.

Neben dem Körperideal der Frau und dessen geschichtlichen Entwicklung ergeben sich zahlreiche weiterführende Fragestellungen. Beispielsweise wären Betrachtungen des männlichen Körperideals und dessen gesundheitsrelevanten Folgen oder der zunehmende Druck auf alternde Menschen mögliche Themen für weitere wissenschaftliche Arbeiten. Darüber hinaus könnte auch eine umfangreichere und systematische Sichtung historischer Werbematerialien und deren Darstellung von Körperidealen zu einem Erkenntnisgewinn beitragen.

Positiv anzumerken ist, dass es neben der herkömmlichen Medienlandschaft eine Fülle an Social-Media-Angeboten gibt, welche im Gegensatz zu den Massenmedien eher vielfältigere Körperbilder und Rollenmodelle darstellen. Im Rahmen der "Body-Positivity"-Bewegung werden vermehrt alternative Körperbilder präsentiert (Döring, 2020), welche einen wertschätzenden Umgang mit allen Körperbildern etablieren helfen wollen (Wambach & Schmidt, 2020). Auch zu diesen Entwicklungstrends wird weitere

Forschung notwendig sein.

Die Schönheit des Menschen ist vielfältig und kann nicht auf eine Norm des Untergewichts reduziert werden. Ein Ansatz dafür wäre auf gesellschaftlicher Ebene zu lernen, den normalen weiblichen Körper in seinen vielfältigen Formen als schön zu erachten. Denn psychische und physische Gesundheit, soziale Akzeptanz und umfassendes Wohlbefinden „schmecken“ besser als bloßes Dünnsein.

Literaturverzeichnis

Andersen, A. E., & DiDomenico, L. (1992). Diet versus shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 11, 283–287.

Baumann, E. (2009). *Die Symptomatik des Medienhandelns – Zur Rolle der Medien im Kontext der Entstehung, des Verlaufs und der Bewältigung eines gestörten Essverhaltens*. Köln: Halem.

Bivins, R., & Hilary, M. (2016). Weighting for Health: Management, Measurement and Selfsurveillance in the Modern Household. *Social History of Medicine Advance Access*, 29(4), 1–24.

BZgA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2020): *Leben hat Gewicht - Gemeinsam gegen den Schlankheitswahn*. <https://www.bzga-essstoerungen.de/was-sind-essstoerungen/weitereinformationen/leben-hat-gewicht/?L=0> (Zuletzt abgerufen am 20.02.20)
Didou-Manet, M., Ky, T., & Hervé, R. (1998). *Dick oder dünn? Körperkult im Wandel der Zeit*. München: Knesebeck.

Döring N. (2020). *Psychologische Zugänge zu Medien und Geschlecht: Medienpsychologie und Sozialpsychologie*. In: J. Dorer, B. Geiger, B. Hipfl, V. Ratković (Hrsg.) *Handbuch Medien und Geschlecht*. Springer Reference Sozialwissenschaften. Springer VS, Wiesbaden.

Duttweiler, S., Gugutzer, R., Passoth, J.-H., & Strübing, J. (2016). *Leben nach Zahlen: Self Tracking als Optimierungsprojekt?* Bielefeld: transcript Verlag.

Feldman, W., Feldman, E., & Goodman, J. T. (1988). Culture Versus Biology: Children's Attitudes Toward Thinness and Fatness. *Pediatrics*, 81, 190–194.

Freedman, R. J. (2008). Reflections on Beauty as it relates to Health in Adolescent Females. *Women & Health*, 9, 29–45.

Frommeld, D. (2019). *Die Personenwaage Ein Beitrag zur Geschichte und Soziologie der Selbstvermessung*. Bielefeld: transcript Verlag.

Goetz, M., & Schnebel, A. (2016). *Warum seh' ich nicht so aus? Fernsehen im Kontext von Essstörungen*. München: IZI und ANAD e.V.

Gugutzer, R. (2015). *Soziologie des Körpers*. Bielefeld: transcript Verlag.

Hölling, H. & Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 794–799. 10.1007/s00103-007-0242-6.

Jähner, J., & Förster, C. (2014). *Technologien für digitale Innovativen*. Wiesbaden: Springer.

Kasten, E., & Kochesfahan, T. M. (2018). Körperwahrnehmung, Körperideal und Körperzufriedenheit. Brasilianische und deutsche Frauen im Vergleich. *Journal für Ästhetische Chirurgie*, 11(1), 30–34.

Lindner, K. (2004). Images of Women in General Interest and Fashion Magazine Advertisements from 1955 to 2002. *Sex Roles*, 51, 409–421.

Merta, S. (2008). *Schlank! – Ein Körperkult der Moderne*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.

Mucha, S. (2003). *Essstörungen erkennen, verstehen und überwinden*. Stuttgart: Trias.

Nitze, A. (2013). Die Vermessung des Menschen. *Conference Paper*. https://www.researchgate.net/publication/259620177_Die_Vermessung_des_Menschen

Pauli, D. (2019). Körperkult, Schönheitsdruck, Schlankheitswahn Auswirkungen auf die körperliche und seelische Gesundheit heutiger Frauen. *Gynäkologe*, 52(3), 237–243

Posch, W. (2009). *Projekt Körper: Wie der Kult um die Schönheit unser Leben prägt*. Frankfurt/Main: Campus Verlag GmbH.

Raabe, K. (2005). *Mädchenspezifische Prävention von*

Ess-Störungen. Hohengehren: Schneider.

Rodgers, R., Franko, D., Lovering, M., Luk, S., Pernal, W., & Matsumoto, A. (2017). Development and Validation of the Female Muscularity Scale. *Sex Roles*, 78(2), 18–26.

Schmechel, C. (2017). Kontrolle außer Kontrolle. Genealogische Betrachtungen zum Konzept der Essstörungen. *Sozialmagazin: publizieren statt archivieren*, 10(1), 55–72.

Schmidt, Doris. (1991). „Schöner – Schlanker – Straffer“. *Überlegungen zu Gesundheit und Fitness*. In: B. Palzkill, H. Scheffel, G. Sobiech (Hrsg.) *Bewegungs(t)räume. Frauen Körper Sport*, München: Frauenoffensive, 75–85.

Schütz, A., & Röhner, J. (2014). *Selbstwert, Dorsch Lexikon der Psychologie*. Bern: Hogrefe Verlag.

Silverstein, B., Perdue, L., Peterson, B., & Kelly, E. (1986). The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex Roles*, 14(9), 519–532.

Dünnsein über alles! (17. Mai 2010). Abgerufen am 17.02.20, von: Süddeutsche Zeitung: <https://www.sueddeutsche.de/leben/vip-klick-kate-moss-duennsein-ueber-alles1.135334>

Stahr, I., Barb-Priebe, I., & Schulz, E. (2003). *Essstörungen und die Suche nach Identität. Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten*. Weinheim/München: Juventa.

Thompson, J. K., & Heinberg, L. J. (1999). The Media's Influence on Body Image Disturbance and Eating Disorders: We've Reviled Them, Now Can We Rehabilitate Them? *Journal of Social Issues*, 55(2), 339–353.

Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-Ideal Internalization: Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body-Image Disturbance and Eating Patholog. *American Psychological Society*, 10(5), 181–183.

Wambach, L., Schmidt, J. (2020). „Attention bias“ für sozial-bedrohliche Reize bei körperbezogenen Sorgen. *Psychotherapeut*, 65, 71–78. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00406-0>

Wolff, E. (2017). Über die Schokoladenwaage, oder: Wo beginnt die Medizin? *Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ)*, 98(36), 1170.



The advertisement features a woman with a fit physique in a dark sports bra, standing against a city skyline background. To her left is a white container of Naturaslim Diät-Shake. The container label includes the following text: 'PREMIUM QUALITÄT', 'NATURASLIM NATÜRLICH ABNEHMEN', 'DIÄT-SHAKE', 'Multiest für eine gewichtskontrollierende Ernährung mit L-Carnitin und Vitaminen', 'Stevia', '48% Eiweiß', 'enthält 10 Makroelemente', 'French Vanilla', and 'E: 550g'. A green banner at the bottom right of the image contains the text 'neu bei MERKUR'.

Abbildung 1. Werbung "Naturaslim, natürlich abnehmen" 2016, abgerufen am 23.02.20 von: <https://www.naturaslim.at/blog/category/infos-naturaslim-programm>

Von Banting bis The Biggest Loser: Das (Re-)Framing der Verantwortung für Übergewicht vom 19. Jahrhundert bis heute

Linn Julia Temmann

Universität Erfurt

Zusammenfassung

Die weltweit steigende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas wird häufig auch als „Epidemie“ bezeichnet. Gleichzeitig werden Menschen mit einem hohen Körpergewicht in vielen Lebensbereichen stigmatisiert oder diskriminiert. Dazu gehört auch eine unvorteilhafte bis offen herabwürdigende Darstellung in den Medien, sei es in journalistischen Beiträgen, staatlichen Anti-Übergewichtskampagnen oder in Unterhaltungsformaten. Um zu erklären, warum Menschen mit einem höheren Körpergewicht so häufig abgewertet werden, ist das Konzept der Verantwortungszuschreibung besonders geeignet. Denn wie bei kaum einem anderen Gesundheitsproblem wird hier vorausgesetzt, dass die Regulation des Körpergewichts in der individuellen Verantwortung liegt, etwa durch eine disziplinierte Ernährung und Bewegung. In dem vorliegenden Beitrag gebe ich einen Überblick über vorherrschende Deutungsmuster zum Thema Verantwortung und Übergewicht vom 19. Jahrhundert bis heute. Anhand von historischen und aktuellen Beispielen aus Werbung, Literatur und strategischer Gesundheitskommunikation wird erläutert, welche Entwicklungen zum heutigen Verständnis von Übergewicht beigetragen haben. Unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes zum Responsibility Framing werden schließlich ethische Implikationen für die heutige Gesundheitskommunikation aufgezeigt.

Keywords: Übergewicht, Verantwortung, Attribution, Stigmatisierung, Framing

Summary

The rising prevalence of overweight and obesity worldwide is often referred to as an "epidemic". At the same time, people with a high body weight are stigmatized or discriminated against in many areas of life. This includes unfavorable to openly degrading portrayals in the media, whether in journalistic articles, governmental anti-obesity campaigns or entertainment media. In order to explain why people with a higher body weight are so often devalued, the concept of responsibility attribution is particularly suitable. This is because, in contrast to other health issues, it is assumed that the regulation of body weight is the individual's responsibility, for example through a disciplined diet and exercise. In this article I give an overview of prevailing interpretations of responsibility and obesity from the 19th century to the present. Using historical and current examples from advertising, literature and strategic health communication, I will explain which developments have contributed to today's understanding of obesity. Finally, taking into account the current state of research on responsibility framing, ethical implications for today's health communication will be discussed.

Keywords: Obesity, Responsibility, Attribution, Stigmatization, Framing

1 Einleitung

Von Reality-Shows wie *The Biggest Loser* bis hin zu Internet-Memes, die sich über Menschen mit einem hohen Körpergewicht lustig machen (Lupton, 2017). Die Botschaft, dass *fett* sein schlecht und Fett verlieren gut sei, begegnet uns oft in unserem Medienalltag. Die Bekämpfung von Übergewicht durch mehr Bewegung und gesunde Ernährung steht zudem im Zentrum nationaler Gesundheitskampagnen (Puhl, Peterson & Luedicke, 2013; Stanford, Tauqueer & Kyle, 2018).

Im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas wird zuweilen auch von einer „Epidemie“ gesprochen (für ein recht aktuelles Beispiel siehe z. B. Friedrich, 2017), was ein höheres Körpergewicht dramatisiert, pathologisiert und zugleich nahelegt, dass betroffene Menschen von einer definierten Norm abweichen (Chang & Christakis, 2002). Die weltweit steigende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas wird häufig proklamiert (prominent z. B. von der World Health Organization, 2020). Gleichzeitig sind *anti-fat prejudice* und *anti-fat bias*, also Vorurteile und Verzerrungen, die sich gegen höhergewichtige Menschen richten, in der öffentlichen Wahrnehmung ebenfalls weit verbreitet (Ich verwende in diesem Beitrag die deskriptiven Begriffe „*hohes Körpergewicht*“ bzw. „*höhergewichtig*“, da sie als weniger wertend wahrgenommen werden als etwa „*Adipositas*“, „*übergewichtig*“ oder „*dick*“; Meadows & Danielsdóttir, 2016). Selbst Personen in Gesundheitsberufen und in der Wissenschaft tendieren zu impliziten Verzerrungen gegenüber höhergewichtigen Menschen (Schwartz, Chambliss, Brownell, Blair & Billington, 2003).

Solche Verzerrungen werden durch Stereotypisierung und Vorurteile manifestiert, was letztlich zu einer Stigmatisierung (*obesity stigma*) führen kann (World Health Organization, 2017). Infolgedessen werden Menschen mit einem hohen Körpergewicht in vielen Bereichen des alltäglichen Lebens diskriminiert, beispielsweise am Arbeitsplatz, in der Schule oder im Gesundheitssystem (Kinzl, 2016). Allein der Begriff „*Übergewicht*“ ist normativ gefärbt, da er suggeriert, dass die damit bezeichneten Körper von einer festgelegten Norm abweichen würden (wenn ich in diesem Beitrag über mediale und medizinische Diskurse spreche, in denen der Begriff vorkommt, greife ich dennoch darauf zurück).

Verzerrungen und Stigmatisierung können bewirken, dass Betroffene diese Sichtweisen verinnerlichen und sich selbst für vermeintlich übermäßiges Körpergewicht verurteilen, was wiederum mit negativen Effekten auf die psychische und physische Gesundheit verbunden ist (Pearl, White & Grilo, 2014; Puhl & Suh, 2015). Paradoxerweise verstärkt gerade die Stigmatisierung von Übergewicht ungesunde Essgewohnheiten (Vartanian & Porter, 2016) und kann zu psychischen Problemen, von der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper bis hin zu Essstörungen, sozialen Phobien und Depressionen, führen (Kinzl, 2016). Man kann also durchaus davon sprechen, dass die starke gesellschaftliche Verurteilung, die mit Übergewicht und Adipositas einhergeht, mit Gesundheitsrisiken verbunden ist (siehe auch Bacon & Severson, 2019).

Der Wandel von Körperidealen ist in den vergangenen Jahrhunderten keineswegs linear verlaufen; auch kulturelle Unterschiede sind erkennbar, etwa zwischen afrikanischen und europäischen Ländern (Toselli, Rinaldo & Gualdi-Russo, 2016). Dennoch lassen sich neben der Stigmatisierung von Übergewicht aktuell auch andere Trends erkennen: In der Öffentlichkeit werden Stimmen lauter, die eine neutrale bzw. positive Wahrnehmung eines hohen Körpergewichts fördern wollen, insbesondere die *Body Positivity*-Bewegung in sozialen Medien (Cohen, Irwin, Newton-John & Slater, 2019; Wiedicke, Ech-Choitbi & Temmann, 2019). Auch wissenschaftliche Diskurse, etwa der *Health-at-Every-Size*-Ansatz (Bacon, Stern, Van Loan & Keim, 2005) und die *Fat Studies* (Cooper, 2010), wollen neue Bedeutungsrahmen (*Frames*) zu diesem Thema etablieren. Doch welche historischen und gesellschaftlichen Entwicklungen haben überhaupt zu der negativen Wahrnehmung eines hohen Körpergewichts beigetragen, die aktuell zunehmend infrage gestellt wird?

Mit dem vorliegenden Beitrag verfolge ich das Ziel, den historischen Bedeutungswandel des Übergewichts vom 19. Jahrhundert bis heute zu beleuchten, um einen Überblick über vorherrschende Deutungsmuster zu geben. Das Konzept der Verantwortung ist in diesem Zusammenhang besonders relevant, weil es die Voraussetzungen dafür schafft, wie Übergewicht in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird. Daher greife ich auf zwei theoretische Konzepte zurück, in denen Verantwortungszuschreibungen im Zentrum stehen: erstens auf den kommunikationswissenschaftlichen *Framing*-Ansatz (Entman, 1993), insbesondere das

Responsibility Framing (Iyengar, 1991; Semetko & Valkenburg, 2000), und zweitens auf die *Attributionstheorie* (Weiner, 2006). Im Anschluss widme ich mich einigen zentralen Entwicklungen und Begebenheiten, die zum *Framing* des Körpergewichts seit dem 19. Jahrhundert beigetragen haben. Anhand von zwei Beispielen aus dem Jahr 1930 werden zwei sehr unterschiedliche Perspektiven auf ein hohes Körpergewicht illustriert: zum einen die Betonung der Eigenverantwortung als zentrale Botschaft von Tabak- und Ernährungsindustrie, zum anderen die Konstruktion antisemitischer, rassistischer Stereotype über das Körpergewicht in nationalsozialistischer Propaganda.

Anschließend werden weitere Prozesse und Deutungen während des 20. Jahrhunderts beleuchtet, die als bedeutsam für heutige Übergewichts-Frames angesehen werden können. Der Fokus liegt dabei vor allem auf dem 20. Jahrhundert, in dem sich heute gängige Vorstellungen von Übergewicht verfestigt haben. Vor dem Hintergrund historischer Dokumente und aktueller Medienwirkungsstudien blicke ich zudem kritisch auf aktuelle Anti-Übergewichtskampagnen. Schließlich wird die jüngere Geschichte näher beleuchtet, in der soziale und wissenschaftliche Bewegungen neue Frames rund um ein hohes Körpergewicht aufwerfen. Abschließend möchte ich diskutieren, was die heutige Gesundheitskommunikation in Theorie und Praxis aus den historischen Perspektiven auf Übergewicht und *Fatness* lernen kann.

2 Theoretische Bezüge und Vorannahmen

Responsibility Framing im Kontext von Übergewicht

Als *Framing* wird jener Prozess in den Medien bezeichnet, durch den bestimmte Aspekte eines Themas ausgewählt und besonders betont werden (Entman, 1993). Medienframes definieren ein Problem, bieten eine moralische Bewertung an und weisen auf Ursachen und Lösungen des Problems hin. Wird in den Medien Verantwortung für soziale Probleme zugeschrieben, spricht man auch von *Responsibility Frames* (Semetko & Valkenburg, 2000). Mediale Verantwortungszuschreibungen können die öffentliche Meinung über bestimmte soziale Phänomene prägen (Iyengar, 1991). Dazu gehört auch die Meinung über Gesundheitsthemen wie Übergewicht und Adipositas (Kim & Willis, 2007). Wie Übergewicht in den Medien gerahmt wird, hat Auswirkungen für Betroffene: Werden in einem

Medienbeitrag höhergewichtige Menschen persönlich für ihr Körpergewicht verantwortlich gemacht, sind Rezipient*innen etwa eher dazu bereit, sie im Alltag zu diskriminieren (Frederick, Saguy & Gruys, 2016). Die Umwälzung gängiger Deutungsmuster, sowohl aufseiten der Medien als auch aufseiten der Gesellschaft, wird als *Reframing* bezeichnet. Bereits vor über einem Jahrzehnt fand eine Studie von Lawrence (2004), dass hinsichtlich der Verantwortungszuschreibung für Übergewicht in den Jahren 1985 bis 2003 ein *Reframing* stattgefunden hatte. Laut den Ergebnissen wurden Umweltfaktoren im Laufe der Zeit stärker berücksichtigt, während individuelle Verantwortungszuschreibungen zurückgingen. Die Daten bezogen sich jedoch lediglich auf Artikel in der *New York Times*.

Inhaltsanalysen zeigen, dass Verantwortung für verschiedene Gesundheitsprobleme in der Medienberichterstattung häufig dem Individuum zugeschrieben wird (z. B. Gounder & Ameer, 2018; Kim & Willis, 2007; Stefanik-Sidener, 2013; Zhang, Jin, Stewart & Porter, 2016), obwohl sich in manchen Kontexten durchaus Trends zu mehr gesellschaftlicher Verantwortung abzeichnen (z. B. Jarlenski & Barry, 2013). Doch insbesondere bei Übergewicht wird in der journalistischen Berichterstattung vorrangig die individuelle Verantwortung betont (Atanasova & Koteyko, 2017; Barry, Brescoll & Gollust, 2013; Brownell, Kersh, Ludwig, Post, Puhl, Schwartz & Willett, 2010; De Brun, McKenzie, McCarthy & McGloin, 2012; Gearhart, Craig & Steed, 2012; Kim & Willis, 2007; Maher, Fraser & Wright, 2010).

Auch in neueren Medien wie beispielsweise auf YouTube wird die Verantwortung für Übergewicht vor allem den Betroffenen und ihrem Verhalten zugeschrieben (Yoo & Kim, 2012). Inwiefern also tatsächlich ein *Reframing* von Übergewicht stattgefunden hat, ist durchaus fraglich. Die Zuschreibung individueller Verantwortung in den Medien fördert die Auffassung, dass Übergewicht durch Verhaltensveränderungen zu lösen sei, was Stigmatisierung und Diskriminierung verschärfen kann (Frederick et al., 2016; Kinzl, 2016).

Zum *Framing* von Gesundheitsverantwortung lässt sich folgendes Zwischenfazit ziehen: Ein individuelles *Framing* kann zu einer eher negativen Wahrnehmung und letztlich zu einer Stigmatisierung von Betroffenen eines Gesundheitsproblems führen. Bei *Responsibility Frames* auf der Individualebene kann jedoch noch zwischen zwei unterschiedlichen Kategorien von

Ursachen und Lösungen unterschieden werden: biologische sowie solche, die mit dem individuellen Verhalten zusammenhängen. Gerade das individuelle Verhalten wird zumeist als kontrollierbar aufgefasst, was die Gefahr einer Stigmatisierung des so verursachten Gesundheitsproblems erhöht.

Übergewicht aus Sicht der Attributionstheorie

Wer als krank diagnostiziert wird, ist eigentlich von den normalen gesellschaftlichen Rollenerwartungen ausgenommen, wie Talcott Parsons' Konzept der *Sick Role* erklärt (Parsons, 1951, 1975). Diese ist mit Rechten und Pflichten verbunden: Der erkrankten Person wird keine Schuld für ihren Zustand gegeben, weil jegliche Form der Bestrafung dysfunktional für das gesellschaftliche Zusammenleben wäre. Die erkrankte Person ist darüber hinaus von der Erfüllung anderer sozialer Erwartungen ausgenommen (beispielsweise bei einer Grippe zuhause im Bett zu bleiben und damit die eigene Gesundheit zu fördern, anstatt zur Arbeit zu gehen und als ökonomisch produktives Gesellschaftsmitglied zu handeln; Varul, 2010).

Interessanterweise gelten diese Rechte für Übergewicht nicht. Übergewicht wird zugleich als Zeugnis und Resultat einer mangelnden Selbstdisziplin gesehen (Martschukat, 2017; Sender & Sullivan, 2008). Das Recht, weniger leistungsfähig zu sein, wird Personen mit einem hohen Körpergewicht verwehrt. Im Gegenteil wird an sie die gesellschaftliche Erwartung gestellt, ihren Zustand mit harter Arbeit überwinden zu müssen (Sender & Sullivan, 2008). Trotzdem haben sie sich an die Regel zu halten, gesund werden (bzw. abnehmen) zu wollen, welche die *Sick Role* (Parsons, 1951) für sie festschreibt.

Dass Übergewicht offenbar andere Reaktionen auslöst als etwa eine Grippe, könnte damit zu erklären sein, dass es ein Zustand ist, der nicht unbedingt mit einem (objektiven) Ausfall an Leistungsfähigkeit verbunden ist. Doch dies trifft auch auf chronische Erkrankungen wie etwa Parkinson oder Epilepsie zu. Daher ist auch die Deutung des Übergewichts als eigenständige Krankheit umstritten; das Deutungsschema der *Sick Role* greift nicht restlos. Einerseits gilt Adipositas als medizinisch zu behandelnde Krankheit, andererseits streitet man über die Grenzwerte des pathologischen Übergewichts, die insbesondere durch den Body Mass Index (BMI) bestimmt werden (Stoll, 2019; Nuttall, 2015).

Ein entscheidendes Kriterium bei der Wahrnehmung von Übergewicht scheint das Fehlen der Unschuldsumutung zu sein, was Übergewicht von der *Sick Role* anderer Gesundheitsproblemen unterscheidet. Höhergewichtige Menschen werden, wie im vorherigen Kapitel gezeigt, von der Gesellschaft für ihr Körpergewicht und dessen gesundheitliche Folgen selbst verantwortlich gemacht. An dieser Stelle setzt die sozialpsychologische Attributionstheorie an: Zentral darin ist die bereits im vorherigen Abschnitt kurz eingeführte Dimension der Kontrolle. So löst nicht jede Erkrankung dieselbe Reaktion aus, sondern vielmehr die Auffassung darüber, ob deren Ursache als kontrollierbar wahrgenommen wird. Beispielsweise kann einer höhergewichtigen Person durchaus Sympathie entgegengebracht werden, wenn ihr Körpergewicht einer Schilddrüsenerkrankung zugeschrieben wird (im Kontrast zu vermeintlich kontrollierbarer Überernährung; Weiner, 1993).

Den Betroffenen bei Übergewicht und Adipositas wird nicht nur die Verantwortung zugeschrieben, ihren Zustand selbst verursacht zu haben, sondern auch, ihr „Problem“ eigenverantwortlich zu lösen (Puhl & Brownell, 2003). Wer Individuen selbst die Verantwortung für ihre gesundheitlichen Probleme zuschreibt, ist allerdings weniger bereit, sie sozial zu unterstützen (Jeong, 2007; Lundell, Niederdeppe & Clarke, 2013; Weiner, 1993); die Rechte der *Sick Role* gelten für diese Menschen nicht mehr, die Verpflichtungen (gesund werden zu wollen, Compliance innerhalb der medizinischen Therapie) hingegen schon. Dies trifft insbesondere auf dadurch stigmatisierte Gesundheitsprobleme wie Suchterkrankungen, sexuell übertragbare Krankheiten und eben auch Übergewicht bzw. Adipositas zu, solange sie vorrangig als individuell bedingt wahrgenommen werden (Weiner, 1993).

Weil die Attributionstheorie Mechanismen der Verantwortungszuschreibung erklären kann, wird sie in der Forschung zu *Responsibility Frames*, insbesondere in Framingeffektstudien, häufig eingesetzt (Temmann, Wiedicke, Schaller, Reifegerste & Scherr, 2020). Mediale *Responsibility Frames* für Übergewicht können bewirken, dass Verantwortung unterschiedlich zugeschrieben wird (Shen, Lee, Sipes & Hu, 2012), was wiederum einen Einfluss auf die emotionalen Reaktionen (Major, 2011) und das Verhalten (Coleman, Thorson & Wilkins, 2011; Major, 2018; Sun, Krakow, John, Liu & Weaver, 2016) der Rezipierenden haben kann.

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass die Attribution von Verantwortung bei der öffentlichen Meinungsbildung zu Übergewicht und Adipositas eine zentrale Rolle spielt. Im Gegensatz zu anderen Gesundheitsproblemen wie etwa Grippe oder Epilepsie, bei denen laut Parsons (1951) eine Unschuldsumutung gilt, wird die Verantwortung für Übergewicht und Adipositas beim Individuum verortet. Folgt man der Attributionstheorie nach Weiner (1993, 2006), so ist vor allem die wahrgenommene Kontrollierbarkeit der Ursache ein starker Prädiktor für die Stigmatisierung höhergewichtiger Menschen (Puhl & Brownell, 2003) und kann ebenso die emotionalen Reaktionen und das Verhalten gegenüber Betroffenen beeinflussen.

Gesellschaftliche Einflüsse auf Körperideale

Wer ein hohes Körpergewicht hat, gilt heute im Einklang mit der Attributionstheorie (Weiner, 2006) häufig als faul, unattraktiv und weniger leistungsfähig (Kinzl, 2016; Sender & Sullivan, 2008). Die Vorstellung eines idealen Körpers hingegen ist schlank, diszipliniert und attraktiv. In diesem Kapitel gehe ich auf die Frage ein, warum es überhaupt unterschiedliche Körperideale gibt und welchen Einfluss gesellschaftliche Kontexte auf die Vorstellung eines idealen Körpers haben.

Weit verbreitet ist die Hypothese, dass sich Menschen vor allem dann der Frage widmen, wie sie ihre Kalorienaufnahme limitieren und so ihren Körper kontrollieren können, wenn Nahrungsmittel im Überfluss verfügbar sind (Martschukat, 2017). Umgekehrt soll ein höhergewichtiges Schönheitsideal vor allem unter solchen gesellschaftlichen und historischen Umständen vorherrschen, in denen die Versorgung mit Nahrungsmitteln instabil ist (Anderson, Crawford, Nadeau & Lindberg, 1992). In Kontexten des Mangels gelten Körper mit einem hohen Gewicht als Ausdruck von Wohlstand, Fruchtbarkeit und als widerstandsfähig gegenüber Krankheiten.

In Überflussgesellschaften ist demgegenüber angesehen und erwünscht, wer sich angesichts des reichlichen Lebensmittelangebots disziplinieren kann und zusätzlich durch Bewegung überschüssiges Gewicht abtrainiert. Anderson et al. (1992) fanden in einer kulturübergreifenden Befragung heraus, dass (weibliche) Körper mit einem höheren Gewicht tatsächlich vor allem in kulturellen Kontexten bevorzugt wurden, in denen die Lebensmittelversorgung unsicherer war. Die Gegenannahme, also

dass ein schlankes Schönheitsideal auf einen gesellschaftlichen Nahrungsmittelüberschuss zurückzuführen sei, konnte in dieser Studie hingegen nicht empirisch belegt werden.

Eine Literaturübersicht von Swami (2015) verdeutlicht, dass Unterschiede in den Körperidealen heute häufig nicht zwischen ganzen Kulturen, sondern eher zwischen Gruppen mit hohem versus niedrigem sozioökonomischem Status gefunden werden können. Dieser Blick auf die Literatur zu interkulturellen Unterschieden hinsichtlich gesellschaftlicher Körperideale zeigt, dass es keine singuläre Erklärung für unterschiedliche Körperideale gibt. Vielmehr sind diese das Ergebnis eines Zusammenspiels verschiedener gesellschaftlicher Wandlungsprozesse wie Globalisierung, Verwestlichung und Modernisierung.

Swami stellt beispielsweise fest, dass die zunehmende Verbreitung westlicher Medieninhalte (u.a. in Fiji und Malaysia) seit den 1980er Jahren den Wandel hin zu einem schlankeren Körperideal in diesen Ländern begünstigt hat. Auch Individualisierung und Konsumdenken haben dazu beitragen, Schlankheitsideale und im Umkehrschluss eine Abneigung gegen hohes Körpergewicht voranzutreiben, wie dies etwa ab Mitte des 20. Jahrhunderts in Japan geschehen ist (Swami, 2015). Doch selbst die genannten gesellschaftlichen Wandlungsprozesse können nicht jegliche Schwankungen von Körperidealen erklären; auch kurzfristig und begrenzt auftretende Phänomene wie etwa eine steigende Prävalenz von HIV/AIDS können dazu führen, dass ein höheres Körpergewicht in manchen Kontexten bevorzugt wird (Swami, 2015).

3 Framing vor und während des 19. Jahrhunderts

Welches Körpergewicht gesellschaftlich erwünscht ist, ist also immer auch vom historischen, gesellschaftlichen und kulturellen Kontext abhängig, den man betrachtet. In diesem Abschnitt möchte ich darüber hinaus anhand eines Diätatgebers und einer wissenschaftlichen Publikation aus dem 19. Jahrhundert verdeutlichen, dass Framingprozesse um das Übergewicht nicht als linear betrachtet werden können.

Häufig wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass ein höheres Körpergewicht bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts nur für einen geringen, wohlhabenden Teil der Bevölkerung erreichbar war und aufgrund

dessen mit positiven Attributen wie Wohlstand, Fruchtbarkeit und Schönheit verknüpft war (siehe z. B. Farrell, 2011; Oliver, 2006; Schorb, 2015; Stoll, 2019). Für die Wertschätzung höhergewichtiger Körper lassen sich auch zahlreiche historische und kunsthistorische Beispiele finden. Venusdarstellungen der Renaissance im 15. und 16. Jahrhundert betonten beispielsweise vorgewölbte Bäuche, ein Doppelkinn oder rundliche Gliedmaßen. Barockmaler Peter Paul Rubens prägte mit seinen Bildern von üppigen Frauenkörpern den noch heute verwendeten Ausdruck „Rubensfigur“. August II. von Polen (1670–1733), genannt August der Starke, wurde trotz medizinischer Bedenken seiner Ärzte für sein hohes Körpergewicht bewundert, etwa vom Schriftsteller und Aufklärer Johann Michael von Löen: „Der Bau seines Leibes ist stark, untersetzt und wohlgewachsen.“ (zit. n. Doubek, 2007, S. 59).

Noch Mitte des 19. Jahrhunderts empfahl die Zeitschrift *Harper's Bazaar*, die sich vor allem an bürgerliche Frauen richtete, ihrem Publikum zur Erhaltung ihrer weiblichen „Kurven“ mehr Sahne und Butter zu essen und weniger Sport zu treiben, was für die Präferenz eines noch eher höhergewichtigen (weiblichen) Körperideals spricht (McKinley, 1999, S. 97). Die Jahrhundertwende vom 19. ins 20. Jahrhundert wird von manchen als Wendepunkt der Gewichtswahrnehmung betrachtet (siehe z. B. Schorb, 2015). Doch es gibt auch historische Dokumente, die schon lange vor Beginn des 20. Jahrhunderts darauf hindeuten, dass ein hohes Körpergewicht zuweilen bereits als unerwünscht galt. Beispielsweise wurde Übergewicht schon während des Mittelalters mit moralischem Versagen und Völlerei in Verbindung gebracht (Stunkard, LaFleur & Wadden, 1998).

Ein besonders bedeutendes Dokument ist der *Letter on Corpulence* des englischen Bestatters William Banting von 1863, der als einer der ersten populären Diätatgeber gilt. Banting hatte es nach eigener Aussage geschafft, innerhalb eines Jahres 23 Kilogramm abzunehmen, indem er einer speziellen, fleischreichen und kohlenhydratarmen Diät folgte. Der Diätatgeber ist gleichzeitig ein frühes Dokument für die (Selbst-)Verurteilung von Übergewicht, wie das folgende Zitat illustriert: „I am confident no man labouring under obesity can be quite insensible to the sneers and remarks of the cruel and injudicious in public assemblies, public vehicles, or the ordinary street traffic. [...] He naturally keeps away as much as possible from places where he is likely to be made the object of the taunts and remarks of others.“ (Banting, 1993, ursprünglich 1863, S. 154 f.)

Bantings Veröffentlichung wurde schon nach kurzer Zeit zum Bestseller und wird unter anderem für die daraufhin ansteigende Beliebtheit von Diäten verantwortlich gemacht (Huff, 2015). Obwohl Mediziner den Nutzen der Banting-Diät anzweifelten und sich gar über den begleitenden Mediziner, den Ohrenarzt William Harvey, lustig machten (Pennington, 1954), ging die Popularität von Bantings Buch so weit, dass die Bezeichnung „Bantingism“ in den englischen Sprachgebrauch überging und bis heute immer wieder neue Varianten der Banting-Diät aufkommen. Der *Letter on Corpulence* vermittelte seinen Leser*innen, Übergewicht sei ein krankhafter Zustand, der mit Disziplin und Mäßigung überwunden werden könne – und schrieb so (wenig überraschend für einen Diätatgeber) die Verantwortung den individuellen Betroffenen zu. Im Anhang hob Banting die Diät gar auf eine Stufe mit Medizin („if properly regulated it becomes in a certain sense a medicine“ Banting, 1993, S. 160); eine noch heute durchaus gängige Verknüpfung, wenn man aktuelle Ernährungstrends wie Low Carb und Superfoods in Betracht zieht, die Krankheiten vorbeugen und angeblich sogar heilen sollen.

Das wissenschaftliche Fachpublikum war von Bantings Veröffentlichung allerdings weniger überzeugt. Mediziner suchten schon lange vor Bantings *Letter on Corpulence* nach den Ursachen und möglichen Lösungen für Übergewicht. Beispielsweise vertrat der Chirurg William Wadd 1829 die These, dass Übergewicht durch pathologische Genußsucht verursacht werde, insbesondere durch den übermäßigen Genuss von Fleisch und Alkohol. Wadds Fallstudien, in denen er seine Patienten häufig selbst zu Wort kommen ließ, verdeutlichen, dass Übergewicht schon im England des frühen 19. Jahrhunderts weitgehend unerwünscht war und als unattraktiv und vulgär aufgefasst wurde. In seinen Fallstudien zitierte er aus dem Brief einer seiner übergewichtigen Patienten folgendermaßen: „Nothing, it is universally admitted, can be more ungraceful and unsightly [sic] than a fat habit of body. It causes a man to look like a beef-eater, and gives to the whole person an air of extreme vulgarity“ (Wadd, 1829, S. 54).

Dennoch erkannte Wadd auch an, dass Übergewicht nicht einzig und allein ein Wohlstandsproblem ist. In seiner Fallstudie (der einzigen einer Frau in seinem selbst illustrierten Werk „Comments on Corpulency“) schrieb er: „The fair sex are not exempted from the inconveniences of obesity [...] When I first saw her she was an immense mass of disease, with all the

restlessness of thought, accompanying the domestic miseries of poverty.” (Wadd, 1829, S. 75) Aus Wadd's Fallstudie sprach neben der Gleichsetzung von Übergewicht und Krankheit – und diese Empfindung erstaunt zunächst, wenn man Wadd's übrige Fallstudien betrachtet – auch Mitleid.

Seine Reaktion könnte aus Perspektive der Attributionstheorie darauf zurückzuführen sein, dass er die Ursache für das Übergewicht der beschriebenen Frau nicht direkt ihrem Verhalten (übermäßigem Alkoholkonsum) zuschrieb, sondern vor allem der Armut, unter der sie litt. Diese Art der Attribution ist vor dem Hintergrund zweier Überlegungen bemerkenswert. Erstens wurden Übergewicht und die Bemühungen, dieses zu bekämpfen, im 19. Jahrhundert häufig noch eher in den wohlhabenden denn ärmeren Gesellschaftsschichten verortet (Schorb, 2015). Zweitens ist die Frage, welchen Einfluss Armut auf Ernährung, Körpergewicht und Gesundheit haben kann, in der Gegenwart hochaktuell (siehe z. B. Claassen, Klein & Corneille, 2016; Levine, 2011), weshalb Wadd's Verknüpfung von Übergewicht und Armut ungewöhnlich modern erscheint.

In früheren Zeiten des Mangels als Wohlstandssymbol verehrt, in heutigen Wohlstandsgesellschaften als Genusssucht verurteilt – so simpel kann die Geschichte der Übergewichtswahrnehmung nicht zusammengefasst werden. Der Bedeutungswandel des Körpergewichts verlief nicht linear, sondern ist bis heute von Nuancen und Veränderungen der Körperideale gekennzeichnet. Manche der Überlegungen, die man sich vor bis zu 200 Jahren zum Thema Übergewicht machte, prägen auch heute noch Diskurse und Praktiken zum Thema Körpergewicht: etwa Low Carb-Diäten, negative Stereotype sowie die Verbindung zwischen Körpergewicht und sozioökonomischem Status. Wie viel Körpergewicht als zu viel gilt, welche Ursachen und Lösungen für Übergewicht herangezogen werden und wie Übergewicht gesellschaftlich beurteilt wird, ist aber keineswegs universell, sondern immer von unterschiedlichen historischen und gesellschaftlichen Kontexten abhängig. Im Folgenden werde ich das *Framing* des Übergewichts daher nicht linear-chronologisch nachzeichnen, sondern historische Dokumente heranziehen, um einzelne Übergewichtsfames zu veranschaulichen. Diese werde ich in den jeweiligen historischen Kontext einbetten.

4 Körpergewicht in den 1930er Jahren

Eigenverantwortung als Marketingstrategie

Ein hohes Körpergewicht wurde in der US-amerikanischen Gesellschaft der 1920er und 30er Jahre mit Genusssucht und Leistungsschwäche assoziiert. Dies machten sich Wirtschaftsunternehmen zunutze und befeuerten diese Assoziation weiter, beispielsweise die British American Tobacco Company mit einer heute bizarr erscheinenden Werbekampagne für die Marke Lucky Strike. (Lucky Strike, 1930, siehe Abbildungen 1 und 2 im Anhang).

Auf den Plakaten aus den 1930er Jahren sind sowohl Männer als auch Frauen in sportlichen Posen zu sehen. Daneben sind übergewichtige Versionen ihrer Selbst abgebildet, die wie eine Bedrohung des schlanken Idealbildes erscheinen. Die Werbung empfiehlt, lieber zur Zigarette zu greifen, anstatt übermäßig viel zu essen („When tempted to over-indulge / Reach for a Lucky instead“). Die Bildsprache der Werbung macht deutlich, dass ein hohes Körpergewicht mit unerwünschten Attributen wie Unsportlichkeit und mangelnder Disziplin verbunden wurde, während Schlanksein als attraktiv und erstrebenswert galt. Auf der Textebene schrieb die Zigarettenmarke den Konsument*innen eine Verantwortung für ihr eigenes Körpergewicht zu und suggerierte dabei, dass Übergewicht schlecht, aber vermeidbar sei. Die so ausgelöste Angst vor einem hohen Körpergewicht sollte zum Zigarettenkonsum anregen, der wiederum Vitalität, Jugendlichkeit und vor allem eine schlanke Figur versprach.

Zugleich lässt sich aus der Werbung einiges über die damaligen Geschlechterverhältnisse in Bezug auf die Gewichtskontrolle und Übergewicht ableiten. Während die Betrachter*innen des männlichen Modells dazu aufgefordert werden, nicht aufzugeben („DON'T SURRENDER“), baut das Plakat mit der weiblichen Protagonistin ein Drohszenario auf („IS THIS YOU FIVE YEARS FROM NOW?“), sodass schon auf der Textebene Männlichkeit mit Aktivität bzw. Kämpfen, Weiblichkeit hingegen mit Passivität verknüpft wird.

Die männliche Darstellung zielt darüber hinaus eher auf die Assoziation von männlicher Leistungsfähigkeit, körperlicher Fitness und Kraft ab, was sich an den sichtbaren Muskeln und der Pose ablesen lässt, ebenso wie an die Anlehnung an die Basketballkleidung der 1920er Jahre. Zusammen mit der Kampfmetapher (nicht „aufzugeben“) wird dadurch die Vorstellung vermittelt, dass schlanke Männer wettbewerbsfähiger und leistungsfähiger seien als höhengewichtige. Das weibliche Modell ist demgegenüber eher objektiviert dargestellt: Sie trägt einen Badeanzug und der Fokus

liegt auf ihren langen, schlanken Beinen und ihrer schmalen Taille.

Nicht so sehr die körperliche Leistungsfähigkeit, sondern vielmehr Attraktivität und Jugendlichkeit stehen hier im Vordergrund. Im Umkehrschluss deuten diese Darstellungen auch darauf hin, dass Übergewicht je nach Geschlecht durchaus unterschiedlich beurteilt wurde. Während Übergewicht bei Männern mit mangelnder Körperkraft und Leistungsschwäche verbunden wurde, schien es bei Frauen vor allem die körperliche Attraktivität zu gefährden.

Die Handlungsempfehlungen in der *Lucky-Strike*-Werbung sind aus heutiger Sicht nicht nur als höchst zweifelhaft anzusehen (epidemiologische Studien zur krebserregenden Wirkung von Tabak wurden erst ab 1950 publik, wenn auch schon in den 1920er und 30er Jahren Verbindungen zu Lungenkrebs hergestellt wurden; Musk & De Klerk, 2003), sondern auch als Ausdruck einer stark individuell-kontrollierbaren Verantwortungszuschreibung für das Körpergewicht.

An dieser Stelle lohnt sich ein Blick auf die Parallelen zwischen der PR- und Werbekommunikation von Tabak- und Ernährungsindustrie, denn historisch gesehen war die Betonung der Eigenverantwortung eine zentrale Botschaft beider Branchen. Nachdem Anfang der 1960er Jahre der epidemiologisch gesicherte Zusammenhang von Tabakkonsum und chronischen Erkrankungen öffentlich gemacht worden war, konzentrierte sich die Tabakindustrie in ihrer öffentlichen Kommunikation auf eine Strategie, die Verantwortung den Verbraucher*innen überschrieb (Brownell & Warner, 2009). Ihnen wurde ein verantwortungsvoller Umgang mit den Konsumgütern zugetraut, was eine staatliche Intervention unnötig machen sollte.

Dieses Skript wurde später von der Ernährungsindustrie übernommen und wird bis heute fortgeschrieben, wenn Forderungen nach Regulierungen und Verboten lauter werden. Grund für diese Forderungen ist, dass die Vermarktung energiereicher, nährstoffarmer Lebensmittel wie zuckerhaltige Getränke oder Junk-Food von der Ernährungsforschung als ein wesentlicher Treiber für die steigende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas gesehen wird (Sonntag, Schneider, Mdege, Ali & Schmidt, 2015).

Eine Tabakwerbung wie die gezeigte aus den 1930er Jahren wäre heute zwar hinsichtlich der

Handlungsempfehlungen nahezu undenkbar; dennoch herrschen in den Medien noch immer individuelle Verantwortungsframes für das Körpergewicht vor, nicht nur in der Werbung, sondern auch in journalistischen Medien (Barry, Jarlenski, Grob, Schlesinger & Gollust, 2011; Bonfiglioli, Smith, King, Chapman & Holding, 2007; Henderson, Coveney, Ward & Taylor, 2009).

Übergewicht in der NS-Ideologie

Anders als im genannten *Lucky-Strike*-Beispiel aus den USA verhielt es sich in den 1930er Jahren in Deutschland. Die individuelle Verantwortung dafür, den Körper schlank und somit schön und leistungsfähig zu halten, ging in der Zeit von der Weimarer Republik zum „Dritten Reich“ in eine kollektive Verantwortung über (Weinert, 2017). In der Ideologie des Nationalsozialismus wurde dem Körper eine besondere Bedeutung beigemessen – die moralische Dimension des Körpergewichts wurde intensiviert und mit einer antisemitischen Rassenideologie verschmolzen. In der NS-Zeit wurde der Körper zum Schauplatz einer sozialdarwinistischen Bevölkerungspolitik, sodass auch von einem „Volkskörper“ als eigenständiger Organismus gesprochen wurde, den es gesund und leistungsfähig zu machen galt (Wildmann, 1998).

Dem Schwerpunkt des Volkskörpers in der NS-Zeit widmet sich ein anderer Beitrag in diesem Band (Graf & Schiefeneder), sodass ich mich hier auf einen Aspekt beschränke, um die Bedeutung des Körpergewichts in der Zeit des Nationalsozialismus zu beleuchten. Speziell möchte ich auf die Konstruktion der „Herrenrasse“ in Abgrenzung zum „fremdrassigen Untermenschen“ (Betz, 2010) eingehen, die ich anhand eines Beispiels – einer Seite aus dem NS-Propaganda-Bilderbuch *„Trau keinem Fuchs auf grüner Heid und keinem Jud auf seinem Eid“* – aufzeige.

Der Körper spielte bei der Konstruktion des jüdischen Feindbildes eine wichtige Rolle (Betz, 2010). Dem „Neuen Menschen“ – ein durch kollektive Anstrengungen zu realisierendes, „reinrassiges“ Idealbild, das Teil der nationalsozialistischen Ideologie war (Haring, 2018) – wurden Attribute wie körperliche Kraft, Schönheit, Gesundheit und Leistung zugeschrieben. Demgegenüber wurde der „fremdrassige Untermensch“ über seinen Körper als „materialistisch und parasitär, feige, hässlich und hinterhältig“ inszeniert.

Betrachtet man antisemitische Karikaturen aus der Zeit

kurz vor und zu Beginn des Nationalsozialismus, fällt tatsächlich auf, dass die Abgrenzung von „Herrenrasse“ und „Gegenrasse“ auch über das Körpergewicht erfolgte. So wurde der Stereotyp des kapitalistischen Juden häufig als überproportional *fett* dargestellt (siehe z. B. *Karikatur eines fetten jüdischen Bankiers als Ergebnis der Bolschewistischen „Weltrevolution“*, 1941), was Assoziationen mit Gier, Materialismus und unehrlicher Arbeit erwecken sollte. Um bereits Kindern antisemitische Klischees und eine klare Unterscheidung der „jüdischen Rasse“ von der „arischen Herrenrasse“ anzuerziehen, fanden sich im genannten Kinderbuch der damals 18-jährigen Kunststudentin Elvira Bauer unter anderem zwei Bilder, die einen „Arier“ und einen „Juden“ zeigen (siehe Abbildung 3 im Anhang).

Nicht nur werden hier rassistische, antisemitische Stereotype abgebildet – das Feindbild wird auch über das Körpergewicht konstruiert. Körpermuskeln werden mit dem landwirtschaftlichen Werkzeug des Spatens verbunden und darüber mit Leistungsfähigkeit, konkret der Fähigkeit zu körperlich anstrengender Arbeit, assoziiert. Auf dem unebenen, natürlichen Untergrund steht so ein entschlossener, arbeitsbereiter und -fähiger Idealkörper, der mit seinen blonden Haaren nicht nur das arische Ideal repräsentiert, sondern auch das der ehrlichen, nützlichen Arbeit. Das wird vor allem in der Gegenüberstellung mit „dem Juden“ deutlich, der durch das Bildarrangement vor dem strengen Blick des „Ideal-Ariers“ einzuknicken scheint.

Ausgestattet mit Zigarre, Zeitung und Aktentasche, gekleidet in einen Dreiteiler mit Nadelstreifenhose und Lederschuhen ist hier der Stereotyp des jüdischen Kapitalisten ins Bild gesetzt. Vor allem die Körperhaltung erweckt im Vergleich mit dem aufrechten Arier den Topos der (Charakter-)Schwäche und Unredlichkeit in der Arbeit. Und auch körperlich wird diese Figur als das pejorativ Andere des nationalsozialistischen Ideals inszeniert: klein und rundlich statt hochgewachsen und muskulös. Durch ihr unterschiedliches Körpergewicht, das letztlich sogar das Bildformat und die Perspektive bestimmt, werden die beiden Personen deutlich voneinander abgegrenzt.

Übergewicht wird hier nicht als das eigentliche Problem definiert, weshalb uns diese Darstellung keine direkten Schlüsse auf das *Framing* von Verantwortung erlaubt. Spätestens zu Beginn des Zweiten Weltkriegs geriet die Kontrolle des Körpergewichts ohnehin wieder in den Hintergrund, weil Rationierungen und Mangelwirtschaft andere Schwerpunkte setzen ließen

(Lengwiler & Madarász, 2010). Allerdings macht das gezeigte Beispiel deutlich, dass die Abgrenzung von „fitten“ und „*fetten*“ Körpern, die sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts zugespitzt hatte (Martschukat, 2017; Schorb, 2015), während der NS-Zeit keineswegs verschwand. Vielmehr wurden sie in die biologistische, antisemitische Rassenlehre des Nationalsozialismus integriert, in der ein schlanker, kräftiger Körper idealisiert und andere massiv abgewertet wurden.

5 Übergewicht von 1945 bis 1990

Medikalisierung: Übergewicht als Risikofaktor

Zur Mitte des 20. Jahrhunderts waren Untergewicht und Mangelernährung in der deutschen Bevölkerung reale Gesundheitsrisiken; Übergewicht hingegen war kaum ein Thema (Hirschfelder, 2018). Erst ab 1948 stieg das durchschnittliche Körpergewicht in den westlichen Besatzungszonen langsam wieder an (Thoms, 2011). Die USA hingegen waren Deutschland in Sachen Wohlstand und Konsum um mehr als ein Jahrzehnt voraus (Schildt, 2009). In den späten 1950er Jahren verbreitete sich dann auch ein quantitativer und qualitativer Wohlstand zumindest in Westdeutschland. Neue Lebensmittel wie exotische Früchte, Bohnenkaffee und Gewürze, aber auch hochkalorische Lebensmittel wie Sahne, Butter oder Schweinefleisch waren besonders gefragt, weil sie als Ausdruck US-amerikanischer Fortschrittlichkeit einen hohen kulturellen Stellenwert besaßen (Hirschfelder, 2018; Schildt, 2009).

Erst ab den späten 1960er Jahren gerieten neue Gesundheitsrisiken, die mit Konsum und Körpergewicht assoziiert waren, in beiden deutschen Staaten in den Fokus der Öffentlichkeit – insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Lengwiler & Madarász, 2010, S. 24). In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde Übergewicht zunehmend als medizinisches Problem konzeptualisiert – nicht nur in den USA, sondern mit etwas Zeitverzögerung auch in Europa (Chang & Christakis, 2002; Schorb, 2015). Parallel rückten biologische und genetische Ursachen für Übergewicht und Adipositas in den Fokus der Medizin, ebenso wie deren mögliche Folgen und Risiken (siehe auch *metabolisches Syndrom*; Moebus & Stang, 2007).

Folgt man den Annahmen der Attributionstheorie (Weiner, 2006) müssten Menschen mit einem hohen Körpergewicht bzw. Adipositas eigentlich weniger Ablehnung und mehr Sympathie erfahren, wenn die

Ursachen als biologisch und somit als nicht kontrollierbar aufgefasst werden. Dennoch kann man nicht davon sprechen, dass die Medikalisierung von Übergewicht dazu geführt hätte, höhergewichtige Menschen zu de-stigmatisieren – im Gegenteil kommt im Einklang mit Parsons' *Sick Role* (Parsons, 1951) noch die Verantwortung hinzu, in eine medizinische Behandlung einzuwilligen, wenn Übergewicht als ein zu behandelndes medizinisches Problem geframed wird.

Darüber hinaus birgt dieser so genannte *Medical Frame* das Risiko, dass ein multifaktorielles Problem auf eine einzige innere Ursache reduziert wird: Indem man Übergewicht auf medizinische Ursachen und Lösungen begrenzt, wird eine politische Diskussion um die gesellschaftliche und strukturelle Verantwortung umgangen (Lawrence, 2004, S. 62). Und auch wenn die moralische Komponente von Übergewicht im *Medical Frame* vermeintlich abgeschwächt wird, werden Ursachen und Lösungen laut Chang & Christakis (2002) letztlich immer noch im Körper des Individuums verortet. Ihre Inhaltsanalyse eines medizinischen Lehrbuchs aus den USA von 1927 bis 2002 ergab, dass dem Individuum im Laufe der Jahrzehnte aber seltener die Verantwortung für Übergewicht bzw. Adipositas zugeschrieben wurde. Gesellschaftliche Einflüsse wurden hingegen häufiger berücksichtigt: Die Verantwortung für Übergewicht hatte sich hin zu medizinischen sowie politischen Institutionen verlagert. Auch das Essverhalten, das in den vorangegangenen Jahrzehnten noch unter den Aspekten der Willenskraft und der persönlichen Kontrolle betrachtet worden war, wurde zunehmend durch genetische, aber auch soziale Einflüsse erklärt.

Ab Anfang der 1960er Jahre setzte sich zunehmend ein Risikofaktorenmodell der Gesundheit durch, das auf Ebene der Bevölkerung empirisch alle Prädiktoren und Vorläufer bestimmter chronisch-degenerativer Erkrankungen zusammenfassen sollte (Franzkowiak, 2018). Ein solches Verständnis von Gesundheitsprävention spitzte Gesundheit auf schädliche Verhaltensmuster wie Rauchen, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel zu, was Individuen zu einer stärkeren Selbstkontrolle, -überwachung und -optimierung verpflichtete. Individuelle, alltägliche Verhaltensweisen rückten zunehmend in den Fokus der Präventionsbemühungen und somit auch der Gesundheitskommunikation (Lengwiler & Madarász, 2010, S. 24). In Bezug auf Übergewicht und Adipositas bedeutete dies, dass Ernährung und Bewegung von alltäglichen Gewohnheiten zu Gesundheitsverhalten

umgedeutet wurden. Somit geriet der Bereich der Krankheitsprävention wiederum in die Verantwortung des Individuums. Lengwiler & Madarász (2010) sprechen von einem „individualistischen Leitbild des präventiven Selbst“, das von Selbstdisziplinierung und Selbstkontrolle geprägt sei (Lengwiler & Madarász, 2010, S. 24).

Mit der steigenden Prävalenz chronischer Erkrankungen sowie dem Aufkommen des Risikofaktorenmodells veränderte sich auch die Modulierung der *Sick Role*. Eine vollständige Heilung konnte schließlich nicht garantiert werden. Eine völlige Ausnahme von normalen gesellschaftlichen Rollenerwartungen kann bei einer chronischen Erkrankung nicht länger aufrechterhalten werden. Menschen mit chronischen Erkrankungen wurde also anstelle von kurzfristigen Akuttherapien ein gesunder Lebensstil verordnet, um ihre Symptome zu verbessern und wieder leistungsfähig zu werden bzw. zu bleiben. In ähnlicher Weise wurden auch zunehmend gesunden Menschen Handlungsempfehlungen für ein gesundes Leben verschrieben: Sie wurden zu „chronisch Gesunden“ („chronically healthy“, Varul, 2010, S. 17f).

Dieser von Sozialwissenschaftler*innen seit den 1980er Jahren kritisierte, gesellschaftliche „Gesundheitszwang“ („Healthism“, Crawford, 1980) wurde maßgeblich von der Präventivmedizin mitgetrieben, die ihre Patientengruppe immer weiter vergrößerte (Franzkowiak, 2018). Dazu gehörten nunmehr auch Personen mit einem höheren Körpergewicht, das als einer der wichtigsten Risikofaktoren für Diabetes mellitus und kardiovaskuläre Erkrankungen angesehen wurde. Hierdurch hat sich auch die Einschätzung erhärtet, ein hohes Körpergewicht selbst sei ungesund und gar krankhaft, was sich in neu auftretenden Erkrankungsbildern wie dem metabolischen Syndrom oder auch in der Pathologisierung des Essverhaltens bei Adipositas widerspiegelte (Moebus & Stang, 2007; Schorb, 2015).

Übergewicht als Risikofaktor oder als eigene Krankheit zu verstehen, kann jedoch aus mehreren Gründen kritisch betrachtet werden. Erstens wird eine Kausalbeziehung von Körpergewicht und Gesundheit impliziert, die auf individueller Ebene nur schwer nachzuweisen ist (Franzkowiak, 2018). Auch die Vorstellung, dass Adipositas lediglich auf ein pathologisches Essverhalten zurückzuführen sei, konnte von Experimentalstudien nicht hinreichend belegt werden (Schorb, 2015). Es wird gleichzeitig

verschleiert, dass das Körpergewicht und insbesondere der BMI auf individueller Ebene meist völlig unzureichende Indikatoren für den Gesundheitszustand sind (Reiheld, 2015). Neuere Forschung legt außerdem nahe, dass Gewichtsdiskriminierung und Stigmatisierung durchaus als Gesundheitsrisiken gelten können (Alegria Drury & Louis, 2002; Kinzl, 2016; World Health Organization, 2017). Eine präventivmedizinische Pathologisierung und Therapeutisierung von Übergewicht mag damit Gesundheitsrisiken senken – aber produziert wiederum selbst solche.

Ab den 1980er Jahren war in der Medienberichterstattung zum Thema Übergewicht häufig von einer „Epidemie“ (*obesity epidemic*) die Rede (für ein neueres Beispiel siehe Friedrich, 2017). Verschärft wurde diese Betrachtung auch durch die kontinuierliche Anpassung der BMI-Werte, welche die Grenzen für Übergewicht und Adipositas festlegen. Im Jahr 1998 setzte die World Health Organization (WHO) die BMI-Grenzwerte für Übergewicht in den USA herab, und zwar von 27,8 für Männer und 27,3 für Frauen auf einen Wert von jeweils 25. Dadurch wurden Millionen Amerikaner*innen, die zuvor noch als normalgewichtig gegolten hatten, praktisch „über Nacht“ übergewichtig (Nuttall, 2015).

Der *Epidemie-Frame* vereint zwei Auffassungen von Verantwortung: Zum einen verweist der medizinische Terminus der Epidemie auf die Medikalisierung von Übergewicht – also die Entwicklung hin zu einem Problem, für dessen Lösungen sich die Medizin verantwortlich erklärt (Chang & Christakis, 2002). Zum anderen signalisiert der Epidemie-Begriff eine Krise gesamtgesellschaftlichen Ausmaßes mit dringendem Handlungsbedarf (Martschukat, 2017; Schorb, 2015). Trotz der Berücksichtigung gesellschaftlicher und biologischer Einflüsse wird das Individuum jedoch nur scheinbar von der Verantwortung für das eigene Körpergewicht freigesprochen. Vielmehr wurden die Ursachen der *obesity epidemic* in individualisierten Gesellschaften trotz ihrer Spannweite letztlich auf massenhaftes individuelles Versagen zurückgeführt (Martschukat, 2017), auch wenn die Ernährungsindustrie (insbesondere in den USA) wegen ihrer stark verarbeiteten Lebensmittel und einer Überversorgung mit Kalorien zunehmend in die Kritik geriet (Brownell & Warner, 2009).

Umgang mit Übergewicht in DDR und BRD

Dieser Individualisierungsprozess ums Übergewicht findet sich auch in der staatlichen Gesundheitsprävention wieder, was ich in diesem Abschnitt anhand einiger historischer Dokumente aus der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) und der Bundesrepublik Deutschland (BRD) veranschauliche. Bereits in der Nachkriegszeit wurde Übergewicht auf staatlicher Ebene adressiert – in Deutschland zunächst vor allem in der DDR, da in der Bundesrepublik politische Skepsis gegenüber bevölkerungsbezogenen Ansätzen und Zugriffen in Sachen Krankheit und Gesundheit bestand (Thoms, 2011). Ein Großteil der staatlichen Bemühungen in beiden deutschen Staaten Übergewicht und Adipositas vorzubeugen, fiel damals wie heute in die Kategorie der Aufklärung und Information, speziell der Ernährungsbildung (Eichhorn & Nagel, 2010). Ab den 1950er Jahren wurden sowohl in der DDR als auch in der BRD zahlreiche Publikationen herausgegeben, um die Bevölkerung über Gesundheitsverhalten, insbesondere den „richtigen“ Konsum von Nahrungsmitteln und ein gesundes Maß an Bewegung, aufzuklären (Thoms, 2011).

In der DDR waren diese Bemühungen zentral gesteuert; alle zur Verfügung stehenden Kommunikationskanäle von der Broschüre bis hin zum Film wurden gezielt für die gesundheitliche Aufklärung zum Thema Übergewicht genutzt (Thoms, 2011, S. 104). Ein Beispiel für diese Bemühungen ist der Film *Wegweiser Gesundheit – Bewegung*, der vom Deutschen Hygiene-Museum Dresden produziert wurde (Deutsches Hygiene-Museum, 1974; Offermann, 2019). Darin verpasst der Protagonist Herr Bergmann, ein höhergewichtiger Mann im mittleren Alter, aufgrund mangelnder körperlicher Ausdauer seinen Bus. Außerdem hat er sichtliche Schwierigkeiten beim Treppensteigen; er schwitzt, schnauft und ist außer Atem. Diese Alltagsprobleme veranlassen ihn zu der Frage, warum er nicht mehr so leistungsfähig sei wie früher. Sein Arzt bescheinigt Herrn Bergmann, dass seine Herzfrequenz bei Anstrengung zu stark ansteige und sich anschließend zu langsam wieder normalisiere. Als Therapie verschreibt er seinem Patienten Bewegung. Zeitsprung, ein halbes Jahr später: Herr Bergmann besucht erneut seinen Arzt, der feststellt, dass seine Herzfrequenz sich nun wieder im gesunden Bereich bewege. Doch weil man „Trainingserfolge nicht speichern kann“, müsse der Protagonist körperliches Training zu einer Gewohnheit werden lassen. Passanten machen sich zwar über den vorbeijoggenden Herrn Bergmann lustig („Der hat doch ‚nen Tick!“), doch der Erzähler mahnt: „Sie

begreifen nicht, was sie noch nicht tun. Oder anders: Er hat sich begriffen.“

Herr Bergmann, der sich zuvor schwitzend und gestresst die Treppe hinaufgequält und auf dem Ergometer abgestrampelt hatte, wirkt jetzt entspannt und leichtfüßig; in der letzten Einstellung zwinkert er den Zuschauer*innen zu. Der abschließende Slogan richtet sich direkt ans Publikum: „Sei klug, lebe gesund“ und bringt damit die moralische Überlegenheit, die Herr Bergmann durch seine neue, gesunde Gewohnheit erreicht hat, auf den Punkt. Im Film geht es insbesondere um Herzgesundheit und nicht explizit um das Körpergewicht als Risikofaktor; körperliche (Un-)Fitness und Körpergewicht werden allerdings durch die Wahl des höhergewichtigen Protagonisten miteinander verflochten.

Seit den 1960er Jahren wurden kardiovaskuläre Erkrankungen ein immer größeres Problem in der Bevölkerung, für das man sowohl in der BRD als auch in der DDR einen dringenden politischen Handlungsbedarf sah (Offermann, 2019). Zu den virulenten Risikofaktoren zählten laut dem Risikofaktorenmodell ein bewegungsarmer Lebensstil und Übergewicht, was der *Wegweiser Gesundheit* eindrucksvoll miteinander verknüpfte. Die Topoi des Bus-Verpassens und der Luftnot beim Treppensteigen stehen dabei für das individuelle und moralische Versagen, sich gesund und verantwortungsvoll zu verhalten. Die Lösung lautet aus Sicht des Films, die Verantwortung für die Gesundheit, wenngleich mit professioneller Hilfe eines Arztes, selbst in die Hand zu nehmen. Somit illustriert dieses Aufklärungsvideo, dass auch in der DDR, ein teils stark individualisiertes Verständnis von Krankheitsprävention vorherrschte. Trotz staatlicher Bemühungen war die Prävalenz von Übergewicht nach der Wiedervereinigung unter den ehemaligen DDR-Bürger*innen höher als im Westen (Thoms, 2011).

Weniger umfangreich war das staatliche Programm zur Reduktion von Übergewicht in der BRD. Vor allem Frauen und Mütter wurden für das Körpergewicht ihrer Familie verantwortlich gemacht; Aufklärungskampagnen adressierten also insbesondere Hausfrauen (Thoms, 2011). Zu einem großen Teil wurde die Ernährungskommunikation in der BRD jedoch dem freien Markt überlassen – schließlich war ein schlanker Körper nicht nur aus Sicht der Präventivmedizin erwünscht, sondern spiegelte auch das gesellschaftliche Schönheitsideal wider. Wer diesem Ideal nicht entsprach, wurde keineswegs zum

Verzicht, sondern zum Konsum der ab Ende der 1960er Jahre aufkeimenden, industriell hergestellten Diätlebensmittel angeregt.

Die Limonadenmarke *Lift* warb etwa 1978 unverblümt mit dem Claim „Schlank ist schön“ für ihre Diätlimonade, die sich laut eigenen Angaben zur „Reduktionsdiät bei Diabetes und Übergewicht“ eignen sollte (Lift, 1978). In den drei Anzeigen der Werbekampagne ist jeweils eine blonde, sehr schlanke Frau fotografiert. Die Modelle posieren jeweils in einer anderen, entspannt-passiven Haltung im Bikini, Badeanzug bzw. knappen Sportdress mit der Limonade und verkörpern das klassische Werbebild des Konsumierens, um schlank und schön zu werden. Bildsprache und Botschaft der westdeutschen *Lift*-Werbung von 1978 erinnern somit durchaus an das bereits diskutierte US-amerikanische *Lucky Strike*-Plakat von 1930, allerdings mit dem Unterschied, dass die Verknüpfung von Schlankheit und (weiblicher) Attraktivität im deutschen und fast 50 Jahre jüngeren Beispiel noch expliziter gemacht wird. Produkte aus dem rasant wachsenden Segment der Diabetiker*innen- und Diätprodukte versprachen Gewichtsverlust, ohne auf beliebte Nahrungsmittel wie Butter, Käse, Limonade oder Konfitüre verzichten zu müssen.

Die Freiheit wurde von Pharma- und Lebensmittelindustrie genutzt, um Diätlebensmittel und -medikamente massiv zu bewerben, was dazu führte, dass die amtlichen Gesundheitskommunikatoren in der BRD nicht Schritt halten konnten. Vereinzelt Bedenken an der Wirksamkeit von Diätprodukten vonseiten der medizinischen und ernährungswissenschaftlichen Forschung wurden von den Verbraucher*innen und der Politik lange Zeit nicht ernst genommen. Ulrike Thoms (2011, S. 110) erinnert etwa an die Zeitschrift *Der Diabetiker*, die im redaktionellen Teil immer wieder darauf hinwies, dass gesunde Ernährung auch mit natürlichen Lebensmitteln möglich sei, zugleich jedoch viele Werbeanzeigen für Diätprodukte beinhaltete.

Lebensmittel und Pharmazeutika für den Gewichtsverlust erfreuten sich einer großen Beliebtheit, wohingegen staatlich finanzierte Aufklärung nicht die erwünschte Wirkung zeigte – die Prävalenz von Adipositas stieg seit den 1960er Jahren stetig an (Branca, Nikogosian & Lobstein, 2007). Die mangelnde Regulierung der Diätindustrie in der BRD hatte außerdem zur Folge, dass pharmazeutische Appetitzügler trotz fehlender Evidenzen ungehindert

beworben werden durften. Erst nach mehreren publik gewordenen Arzneimittelskandalen in der Bundesrepublik, unter anderem um die Appetithemmer Menocil (1968) und Phentermin (1971), wurde der Gesetzgeber tätig und begann, sich mit Pharmazeutika für den Gewichtsverlust auseinanderzusetzen (Thoms, 2011).

6 Das Framing von Übergewicht seit den 2000ern

Supersize Me vs. The Biggest Loser

Die Aushandlung von Übergewichtsframes findet auch in Unterhaltungsmedien statt. Zwei populäre Formate, die in den 2000er Jahren das Thema Übergewicht adressierten, waren bzw. sind die Dokumentation *Super Size Me* (2004) und die Doku-Soap *The Biggest Loser* (seit 2004). Anhand dieser Beispiele sollen an dieser Stelle zwei gegensätzliche Positionen illustriert werden, die auch heute noch häufig kontrastiert werden: ein individueller vs. gesellschaftlicher *Responsibility Frame*.

Das 2004 erschienene Doku-Drama *Supersize Me* stellte Zuschauer*innen zu Beginn die Frage: „Are the food companies solely to blame for this epidemic? Where does personal responsibility stop, and corporate responsibility begin?“ (Spurlock, 2004) Diese Einleitung verdeutlicht bereits, dass der Film von einem gesellschaftlichen Krisenframe der *obesity epidemic* ausging. In dem dokumentierten Selbstexperiment aß der Regisseur Morgan Spurlock 30 Tage lang nur noch Produkte der zahlreichen McDonald's-Restaurants in New York und schränkte seine körperliche Aktivität auf maximal 5.000 Schritte pro Tag ein. Am Ende des Monats wog Spurlock nicht nur gut 11 Kilogramm mehr, sondern spürte auch negative Auswirkungen auf seine Gesundheit, unter anderem Stimmungsschwankungen, Entzugserscheinungen und sexuelle Dysfunktion.

Unter Verwendung einer quasi-wissenschaftlichen Methode und dem Einsatz von Stilmitteln wie Expertenaussagen, Statistiken und Humor bezichtigte Spurlock mit *Super Size Me* die Ernährungsindustrie (insbesondere McDonald's), für die *obesity epidemic* verantwortlich zu sein (Singer, 2011). Der Dokumentarfilm wurde auch in Deutschland breit rezipiert; der Spiegel bezeichnete Spurlock etwa in einem Artikel als „Robin Hood der Übergewichtigen“ und berichtete, dass McDonald's die im Film kritisierte Supersize-Option abgeschafft und gesündere Optionen wie Salate eingeführt hatte, ohne jedoch einen

Zusammenhang zum Film einzugestehen (Borcholte, 2004). *Super Size Me* porträtierte Übergewicht als Ursache für psychische und körperliche Krankheiten sowie körperlichen Verfall und reproduzierte dadurch die Frames von Übergewicht als Krankheit und gesellschaftliche Gesundheitskrise.

Dabei positionierte sich die Dokumentation jedoch klar gegen den Eigenverantwortungs-Frame der Ernährungsindustrie und stellte Übergewicht als strukturelles Problem dar, das vor allem auf einen gesellschaftlichen Trend zum unterwegs konsumierten Fast Food (in Abgrenzung zum zuhause frisch zubereiteten, gesunden Essen) zurückzuführen sei. Daneben reproduzierte Spurlock aber auch die Vorstellung, dass ein Wandel der Mutterrolle für die Ernährungskrise verantwortlich sei: „When I was growing up, my mother cooked dinner every single day.“ (Spurlock, 2004) Durch den Wandel der Arbeitswelt seien immer mehr Mütter berufstätig geworden, wodurch sich dann der Trend zum Auswärts-Essen etablieren konnte, der McDonald's florieren ließ. Auch wenn *Super Size Me* also vor allem einen gesellschaftlichen Frame verwendete, schrieb das Doku-Drama einen Teil der Verantwortung auch berufstätigen Müttern zu. Die gängige Praxis, Frauen für das Körpergewicht ihrer Kinder, Ehemänner und ganzer Nationen verantwortlich zu machen, bezeichnet Farrell (2015) als *motherblaming*.

Einen anderen Frame als *Super Size Me*, wo der Fokus am Ende dennoch vor allem auf der unternehmerischen und gesellschaftlichen Verantwortung liegt, vermittelt dagegen die Sendung *The Biggest Loser*. Die Reality-TV-Show startete 2004 zunächst in den USA und hat bis heute zahlreiche Staffeln und internationale Ableger hervorgebracht, unter anderem auch in Deutschland, wo ab Januar 2020 die 12. Staffel ausgestrahlt wurde. In der Fernsehshow treten mehrere Kandidaten*innen gegeneinander an. Ziel ist es, so viel Gewicht wie möglich zu verlieren; wer durch ein striktes Diät- und Sportprogramm am meisten Gewicht verliert, gewinnt eine Geldprämie. *The Biggest Loser* vermittelt die Botschaft, Gewichtsverlust sei einzig und allein das Ergebnis individueller Anstrengungen und Disziplin, Übergewicht hingegen das Resultat mangelnder Selbstkontrolle. Manche Gesundheitsexpert*innen sprachen dem Format zwar durchaus bildendes Potenzial zu, da es die Relevanz einer gesunden Ernährung und ausreichend Bewegung für die Gesundheit betonte; viele kritisierten jedoch, dass *The Biggest Loser* unrealistische, ungesunde Methoden des Gewichtsverlustes vermittelte (Sender &

Sullivan, 2008; Yoo, 2013). Eine Studie von 2016 untermauerte diese Bedenken zum Teil, indem sie offenbarte, dass die untersuchten *The Biggest Loser*-Kandidat*innen nach sechs Jahren wieder substanziell an Gewicht zugenommen hatten, auch wenn das Programm im Vergleich zu anderen Interventionen zur Gewichtsreduktion als erfolgreich bewertet wurde (Fothergill et al., 2016).

Unabhängig von den körperlichen Folgen für die Kandidat*innen konnten unterschiedliche Wirkungen und Lesarten bei Rezipient*innen von *The Biggest Loser* festgestellt werden. Kontrovers diskutiert wurde die Sendung von den Teilnehmer*innen einer multimethodischen Rezeptionsstudie von Sender und Sullivan (2008). Während einige Zuschauer*innen es als positiv bewerteten, durch *The Biggest Loser* überhaupt höhergewichtige Körper im Fernsehen repräsentiert zu sehen, berichteten andere, die Art der Darstellung sei ihnen unangenehm. Insbesondere das Entblößen der Körper beim Wiegen wurde von den Zuschauer*innen als degradierend empfunden. Dennoch gefiel vielen Zuschauer*innen, dass *The Biggest Loser* harte Arbeit und Entschlossenheit als Lösungen für Übergewicht betonte. Tatsächlich ließ sich in der Show die Reproduktion von mit Männlichkeit assoziierten Werten (z. B. harte Arbeit, Wettbewerb, körperliche Grenzen überwinden) erkennen (Sender & Sullivan, 2008, S. 580). Zuschauer*innen schätzten an *The Biggest Loser*, dass die Teilnehmer*innen für ihren Erfolg selbst arbeiten müssten, was im Gegensatz zu anderen Reality TV-Formaten steht, in denen bariatrische bzw. plastische Chirurgie für die Reduktion des Körpergewichts eingesetzt werden.

Diese Beobachtung von Sender & Sullivan kann wiederum mit der Attributionstheorie erklärt werden: Die Rezipient*innen von *The Biggest Loser* erfuhren beim Schauen ein Gefühl der Gerechtigkeit, wenn Übergewicht durch individuelle Anstrengungen überwunden wurde, weil sie die Ursache des Problems als kontrollierbar wahrnahmen. Sie würdigten offensichtlich das Leitprinzip der Show: Wer sein Übergewicht durch individuelles Versagen selbst verursacht habe, sei auch dafür verantwortlich, es durch harte Arbeit zu überwinden. Diese „Erfolgsgeschichten“ des Gewichtsverlustes wurden von den interviewten Zuschauer*innen, von denen die meisten selbst übergewichtig waren, durchaus positiv beurteilt.

Eine neuere Experimentalstudie von Yoo (2013) deutet

hingegen auf problematische Effekte von *The Biggest Loser* hin. Teilnehmer*innen, die sich stärker um Körpergewicht sorgten, schauten im Schnitt mehr Episoden von *The Biggest Loser*. Je mehr sie dies taten, desto stärker glaubten die Teilnehmer*innen daran, dass das Körpergewicht unter individueller Kontrolle sei, was wiederum zur Bildung von abwertenden Ansichten (*anti-fat attitudes*) beitrug. Die Annahme, übergewichtige Personen seien für ihre Gesundheitsprobleme selbst verantwortlich, medierte dabei die Beziehung zwischen einer Kontrollüberzeugung in Bezug auf das Körpergewicht (*internal locus of control*) und *anti-fat attitudes*. Dieser Mediationseffekt deutet darauf hin, dass Unterhaltungsprogramme wie *The Biggest Loser* negative Voreinstellungen gegenüber Menschen mit einem hohen Körpergewicht verstärken, was wiederum positive Effekte auf das Gesundheitsverhalten oder die Wahrnehmung von höhergewichtigen Menschen inhibieren könnte (Yoo, 2013).

Weil Übergewicht im Zuge von *The Biggest Loser* als Konsequenz und Ursache von Faulheit, übermäßigem Genuss und geringer Leistungsfähigkeit dargestellt wird, gefährdet es zudem neoliberale Werte, insbesondere Disziplin und das Ideal eines produktiven, leistungsfähigen Körpers (Sender & Sullivan, 2008). Diese Interpretation verweist auf das scheinbare Paradoxon, dass ein hohes Körpergewicht in der Geschichte immer wieder zur Krankheit erklärt wurde, aber höhergewichtigen Menschen trotzdem nicht die Rechte der *Sick Role* (insb. medizinische Unterstützung und die Ausnahme von sonstigen sozialen Rollen; Parsons, 1975; Varul, 2010) gewährt wurden. Dass für höhergewichtige Menschen zwar die Pflichten, nicht aber die Rechte der *Sick Role* gelten, kann auf den vorherrschenden individuell-kontrollierbaren *Responsibility Frame* zurückgeführt werden: Weil Ernährung und Bewegung (vermeintlich) unter persönlicher Kontrolle stehen, werden sie selbst für ihr Körpergewicht verantwortlich gemacht.

Aktuelle Kampagnen zu Übergewicht

In vielen westlichen Gesellschaften wird Übergewicht heute aus einer Kombination vorwiegend dreier Perspektiven betrachtet: als medizinisches Problem, als individuelles Versagen sowie als politisches Problem (Kwan, 2009). Diese drei Frames schließen sich nicht unbedingt gegenseitig aus und stehen im Zentrum einer öffentlichen Auseinandersetzung verschiedener Akteur*innen. Konkret streiten sich die Ernährungsindustrie, die Präventivmedizin und

schließlich auch soziale Bewegungen wie etwa die *Fat Acceptance*-Bewegung (siehe nächstes Kapitel) um die Deutungshoheit sowie politische Aufmerksamkeit und entsprechend um die Durchsetzung regulatorischer Interessen.

Nationale Aktionspläne sollen Übergewicht auf politischer Ebene adressieren, um die strukturellen Bedingungen für eine schlankere Bevölkerung zu schaffen, beispielsweise kostengünstiger und flächendeckender Zugang zu frischen und gesunden Lebensmitteln. In Gesellschaften mit einem stark individualisierten Gesundheitsverständnis (Wallack, 1993) laufen sie jedoch Gefahr, die Verantwortung für das Körpergewicht vor allem wieder den Bürger*innen zuzuschreiben, ohne tatsächlich die notwendigen Strukturen für gesunde Entscheidungen zu schaffen (Schorb, 2015). Diese Probleme werde ich anhand einiger aktueller Beispielkampagnen diskutieren.

Übergewicht zu bekämpfen, steht bis heute weit oben auf der Agenda der Krankheitsprävention in Deutschland, wie ein Blick auf die verschiedenen Kommunikationskanäle des Bundesernährungsministeriums offenlegt. Ernährung und Bewegung werden dabei als die hauptsächlichen Lösungen präsentiert, was im Einklang mit Befunden zu Verantwortungszuschreibungen in journalistischer Berichterstattung und öffentlicher Gesundheitskommunikation zu Übergewicht steht (Stanford et al., 2018; Temmann et al., 2020). Das Verhältnis von individueller und gesellschaftlicher Verantwortung für Übergewicht erscheint zunächst ausgewogen. So will etwa die Präventionskampagne *IN FORM* (Bundesernährungsministerium, 2019) die „Strukturen für einen gesunden Lebensstil mit ausgewogener Ernährung und ausreichender Bewegung in Eigenverantwortung [...] schaffen“ (Bundesernährungsministerium, 2020a). Sowohl der Staat als auch die Bürger*innen sollen in diesem Beispiel Verantwortung übernehmen, um Übergewicht zu bekämpfen bzw. vorzubeugen. Man könnte folglich von einer Interaktion eines individuellen und eines gesellschaftlichen Verantwortungsframes sprechen. Neben Aufklärungskampagnen wurden im Zuge von *IN FORM* laut dem Gesundheitsministerium tatsächlich verschiedene strukturelle Projekte umgesetzt. Das Ineinandergreifen individueller und gesellschaftlicher Verantwortung scheint also gelungen zu sein.

Auch die freiwillige Nährwertkennzeichnung *Nutri Score* soll vermitteln, dass Politik und

Lebensmittelindustrie Verantwortung für die gesunde Ernährung der Bevölkerung übernehmen. In einer Pressemitteilung hierzu schreibt das Ministerium: „Wenn Verbraucherinnen und Verbraucher einfach erkennen können, wie ein Lebensmittel hinsichtlich der Nährstoffe beschaffen ist, fällt die Orientierung leichter und die gesunde Wahl wird einfacher.“ (Bundesernährungsministerium, 2020b) Reiheld (2015) sieht derartige Botschaften kritisch, da sie unter dem Deckmantel politischer Initiative einen großen Teil der Verantwortung auf die Individualebene übertragen: Wenn Menschen durch staatliche Organisationen aufgeklärt werden, aber dann trotzdem nicht die „gesunde Wahl“ treffen, fällt die Verantwortung für ihr Gesundheitsverhalten und ihr Gewicht letztlich wieder auf sie selbst zurück (Reiheld, 2015).

Nicht selten wird in öffentlichen Präventionskampagnen auf explizit stigmatisierende und individuell gefärbte Botschaften zurückgegriffen, um vor Übergewicht und Adipositas zu warnen (z. B. „Childhood obesity is child abuse“, Obesity Prevention Australia, zit. n. Puhl et al., 2013, S. 776). Wenn Kampagnen sich ausschließlich auf individuelle Verhaltensänderung fokussieren, kann dies von der anvisierten Zielgruppe negativ aufgefasst werden, weil Verhaltensänderung als leicht dargestellt wird und strukturelle Barrieren ausgeklammert werden (Thomas, Olds, Pettigrew, Yeatman, Hyde & Dragovic, 2014). Die immer wiederkehrende Betonung der Eigenverantwortung kann als ethisch bedenklich angesehen werden, weil sie potenziell die Stigmatisierung verstärkt (Coleman & Major, 2014; Frederick et al., 2016).

Eine Kampagne der Organisation Cancer Research UK geriet 2019 in die Kritik, weil ihre Plakate, auf denen vor den gesundheitlichen Risiken von Adipositas gewarnt wurde, visuelle Anklänge an die Warnungen auf Zigaretenschachteln nahmen (Roberts, 2019). Wenngleich die Organisation später mitteilte, „it is not about blaming people for being overweight“ (ebd.), legt die Assoziation mit einem ebenfalls stark individuell konnotierten und moralisch aufgeladenen Tabakkonsum doch genau das nahe. Auch abseits der politischen Kommunikation lässt sich eine gewisse Nähe zwischen dem Framing von Rauchen und Übergewicht erkennen, wie die Analysen von Kwan (2009) sowie Brownell & Warner (2009) nahelegen. Übergewichts-Gegner*innen sehen die Ursache im individuellen Verhalten, das man – genau wie Rauchen – einfach vermeiden könnte.

Neben der strategischen Gesundheitskommunikation spielt vor allem das journalistische Framing eine entscheidende Rolle in der öffentlichen Meinungsbildung zu Gesundheitsthemen (Iyengar, 1991). Ein Review von Stanford et al. (2018) zeigt, dass in der Medienberichterstattung stigmatisierende Frames zum Thema Übergewicht vorherrschen und die Verantwortung dem Verhalten von Individuen, konkret Ernährung und Bewegung zugeschrieben wird. Daneben ist der *Krisenframe* einer Adipositas-Epidemie noch immer weit verbreitet in der öffentlichen Wahrnehmung (Schorb, 2015). Beide Frames – sowohl individuelle Verantwortung als auch öffentliche Gesundheitskrise – sollten in der Gesundheitskommunikation kritisch gesehen werden. Denn individuelle *Responsibility Frames* können dazu führen, dass auch die Rezipient*innen Verantwortung für Übergewicht den individuellen Betroffenen zuschreiben (Garbarino, Henry & Kerfoot, 2018; Shen et al., 2012; Sun et al., 2016). Eine experimentelle Untersuchung von Frederick und Kolleg*innen ergab zudem, dass individuelle Frames und *Krisenframes* problematische Annahmen zu Übergewicht verstärkten – konkret, dass Übergewicht ein Gesundheitsrisiko darstellt, und dass höhergewichtige Menschen mehr für Versicherungen bezahlen sollten. Außerdem intensivierten sowohl individuelle *Responsibility Frames* als auch *Krisenframes* Vorurteile und die Bereitschaft, höhergewichtige Menschen zu diskriminieren (Frederick et al., 2016).

Mittlerweile erkennt auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) an, dass ein bestimmtes *Framing* in der Gesundheitskommunikation zur Gewichtsstigmatisierung beitragen kann. In einem Papier des europäischen Regionalbüros erörtert die WHO die weitreichenden Erfahrungen und Konsequenzen von medialer und gesellschaftlicher Gewichtsstigmatisierung (World Health Organization, 2017). Zum einen sind in dem Bericht Handlungsempfehlungen für die interpersonale Gesundheitskommunikation zu finden, etwa dass medizinisches Personal bei Patient*innen alle potenziellen Ursachen für ein Gesundheitsproblem in Betracht ziehen sollte, anstatt nur das Körpergewicht. Zum anderen berücksichtigt der WHO-Bericht auch die Medienkommunikation und empfiehlt, die nicht-intendierten Folgen stark vereinfachter Übergewichtsframes zu bedenken und alle Faktoren zu adressieren, die das Körpergewicht beeinflussen. Zu einer sensiblen, medialen Gesundheitskommunikation zum Thema Übergewicht gehöre laut der WHO etwa die Vermeidung von Bildern, die Menschen auf ihr

Körpergewicht reduzieren (z. B. sie nur vom Hals abwärts zeigen) oder sie in stereotypischer Weise darstellen (z. B. beim Essen von Junk-Food).

Ansätze für die Akzeptanz von Übergewicht

Seit einigen Jahren werden Stimmen in der Gesellschaft laut, die ein gänzlich neues *Framing* von Übergewicht anstreben. Hier sind insbesondere *Fat Acceptance* und *Body Positivity* als soziale Bewegungen zu nennen, sowie die *Fat Studies* und *Health at Every Size* als wissenschaftliche Ansätze. Die genannten Ansätze folgen einem gemeinsamen Anliegen, nämlich *fette* Körper zu akzeptieren, anstatt Übergewicht bekämpfen zu wollen. Sie lehnen Begriffe wie Übergewicht und Adipositas ab, weil diese aus ihrer Sicht Ausdruck der Medikalisierung des Körpergewichts sind und Stigmatisierung fördern (Wann, 2009). Stattdessen setzen sie sich dafür ein, Wörter wie *fett* und *Fatness* nicht pejorativ, sondern als neutrale Beschreibungen für Menschen mit einem höheren Körpergewicht zu verwenden. Übergewicht wird von ihnen entgegen vorherrschender Frames nicht gesundheitlich problematisiert, sondern hinsichtlich der Ausgrenzung und Stigmatisierung aufgrund eines hohen Körpergewichts.

Die historische Basis, insbesondere für die *Fat Studies*, bildet die *Fat Acceptance*-Bewegung. Diese lässt sich bis zur Gründung der Bürgerrechtsorganisation *National Association to Advance Fat Acceptance* im Jahr 1969 (Wann, 2009) zurückverfolgen – im Kontext der Bürgerrechtsbewegungen in den USA (Sobal, 1999). Einzelne Wissenschaftler*innen widmeten sich in den 1980er und 90er Jahren dem Thema Körpergewicht als soziales Problem, bis in den frühen 2000er Jahren schließlich mehrere Konferenzen und Fachpublikationen das interdisziplinäre Feld der *Fat Studies* begründeten (Wann, 2009). Im Peer-Review-Journal *Fat Studies* erscheinen seit 2012 Forschungsbeiträge und theoretische Arbeiten, die die soziale Bedeutung eines hohen Körpergewichts kritisch beleuchten (Rothblum, 2012). Darüber hinaus widmen sich die *Fat Studies* auch Fragen der Intersektionalität, indem sie beispielsweise untersuchen, wie *Fatness* mit anderen sozialen Kategorien wie *Gender* oder *Race* zusammenwirkt (siehe z. B. Kasten, 2018; Puhl et al., 2013).

Beim neueren, ernährungspsychologisch orientierten *Health-at-Every-Size-Ansatz (HAES)* geht es darum, durch das Vermitteln bestimmter Techniken (z. B. intuitives Essen) die psychische und physische

Gesundheit *fetter* Menschen zu verbessern (Bacon et al., 2005). Der Ansatz lehnt Diäten und Gewichtsverlust grundsätzlich ab und will stattdessen erreichen, dass *fette* Menschen gesund sowie frei von (Selbst-)Stigmatisierung und Diskriminierung leben können (Kwan, 2009). *HAES*-Interventionen sind lösungsorientiert und beinhalten Selbstakzeptanz, einen positiven Umgang mit Bewegung und Ernährung, Gruppensitzungen sowie das Ziel, gesellschaftliche Gewichtsdiskriminierung zu beenden (Burgard, 2009).

Ein jüngerer Phänomen, das sich mit dem *Reframing* von *fetten* Körpern auseinandersetzt, ist die *Body-Positivity*-Bewegung. Diese ist vor allem durch visuelle Social-Media-Plattformen wie Instagram populär geworden (Cohen et al., 2019) und wird von einer Vielzahl unterschiedlicher Akteur*innen genutzt, u.a. Plus Size-Models, Lifestyle-Blogger*innen und politischen Aktivist*innen (Lupton, 2017; Wiedicke et al., 2019). Insbesondere werden in *Body-Positivity*-Inhalten gängige Schönheitsideale infrage gestellt, um Körper positiv zu besetzen, die diesen Idealen nicht entsprechen (Lupton, 2017).

Ein Review von Stanford et al. (2018) deutet tatsächlich darauf hin, dass *Body-Positivity*-Inhalte und *Fat Acceptance* das Potenzial haben, Gewichtsdiskriminierung abzubauen und das Körperbild zu verbessern. Eine Wirkungsstudie von Frederick et al. (2016) zu verschiedenen Übergewichtsframes ergab beispielsweise, dass *HAES* und *Fat Rights*-Frames im Gegensatz zu individuellen Frames und *Krisenframes* die Annahmen abschwächten, höhergewichtige Menschen sollten mehr für Versicherungen bezahlen und Übergewicht sei ein Gesundheitsrisiko. Ein *Fat-Rights*-Frame senkte außerdem diskriminierende Einstellungen der Rezipient*innen und erhöhte die Wahrscheinlichkeit, dass sie körperliche Diversität akzeptierten. Cohen, Fardouly, Newton-John und Slater (2019) konnten in einer Experimentalstudie zeigen, dass *Body-Positivity*-Posts im Vergleich zu neutralen und idealisierten Posts die Stimmung und die Körperzufriedenheit junger Frauen verbesserten.

Insgesamt lässt sich innerhalb der beschriebenen Denkrichtungen ein umfassender *Reframing*-Prozess des Körpergewichts erkennen. Die diskutierten aktivistischen und wissenschaftlichen Ansätze (*Fat Acceptance*, *Fat Studies*, *Body Positivity*, *HAES*) lehnen die Problemdefinitionen vorherrschender Übergewichtsframes (insbesondere individuelle *Responsibility Frames* und *Krisenframes*) vollständig ab.

Anstelle des Übergewichts sehen sie Gewichtsdiskriminierung als das eigentliche Problem an, weshalb sie darauf ausgerichtet sind, die Ursachen für Gewichtsdiskriminierung offenzulegen und vielfältige Körper zu akzeptieren. Dadurch soll der Theorie nach auch der Mechanismus der Verantwortungsattribution (Weiner, 2006) für das Körpergewicht ausgehebelt werden, weil *Fat Acceptance* nicht mehr auf der Annahme fußt, dass ein hohes Körpergewicht gänzlich unerwünscht oder pathologisch sei. Inwiefern es die genannten Ansätze auch tatsächlich schaffen, ihre Frames im gesellschaftlichen und insbesondere im präventivmedizinischen Übergewichtsdiskurs zu verankern, ist offen. Es ist weitere Forschung nötig, um die intendierten und nicht-intendierten Effekte einer auf Akzeptanz ausgerichteten Kommunikation zum Thema Übergewicht bzw. *Fatness* zu verstehen.

7 Fazit

Nicht zu jeder Zeit in der Geschichte war ein hohes Körpergewicht negativ besetzt. Tatsächlich galt es noch bis ins 19. Jahrhundert hinein als Ausdruck von Wohlstand, Attraktivität und Fruchtbarkeit. Dennoch lassen sich auch historische Spuren finden, die bereits vor Beginn des 20. Jahrhunderts auf eine gesellschaftliche Ablehnung von Übergewicht hindeuteten. Dazu gehört beispielsweise der erste populäre Diättrattegeber, der 1863 vom Briten William Banting veröffentlicht wurde und eine der ersten belegten Modediäten auslöste. Im Laufe des 20. Jahrhunderts verfestigten sich dann in westlichen Gesellschaften drei wesentliche Frames zum Thema Übergewicht, die bis heute weit verbreitet sind: Übergewicht als medizinisches Problem, als individuelles Versagen sowie als Krise der öffentlichen Gesundheit (Kwan, 2009).

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde die Ablehnung eines hohen Körpergewichts auf unterschiedliche Art und Weise in die vorherrschenden gesellschaftlichen Ideologien eingebunden, wie der Vergleich zwischen der nationalsozialistischen Rassenideologie und der aufkommenden Konsumkultur in den USA 1930 gezeigt hat. Während Übergewicht in einem nationalsozialistischen Kinderbuch als Abgrenzungsmerkmal zum „Anderen“ („dem Juden“) konstruiert wurde, wurde die Angst davor, übergewichtig zu werden, in einer US-amerikanischen Tabakwerbung dafür genutzt, zum Konsum anzuregen.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhundert verfestigte sich in westlichen Gesellschaften die Auffassung, dass Übergewicht eine Epidemie sei, die bekämpft werden müsse. Mit der Einführung des Risikofaktorenmodells gewannen der *Medical Frame* und der *Krisenframe* an Bedeutung, was mit einer verstärkten Stigmatisierung von Übergewicht verbunden war (Kinzl, 2016, 2016; Puhl & Brownell, 2003). Dies erscheint zunächst widersprüchlich, da die Verantwortung für Übergewicht eigentlich zunehmend auch individuell unkontrollierbaren Faktoren wie den Genen, dem sozioökonomischen Status oder der Lebensmittelindustrie zugeschrieben wurde (Chang & Christakis, 2002; Kim & Willis, 2007; Lawrence, 2004). Tatsächlich ist jedoch die individuelle Zuschreibung von Verantwortung für das Körpergewicht bis heute weit verbreitet, nicht zuletzt weil sie tief im Individualismus westlicher Gesellschaften verankert ist (Wallack, 1993) und durch Präventionskampagnen, Medienberichterstattung, Unterhaltungsmedien und Werbung fortgeschrieben wird (Atanasova & Koteyko, 2017; Puhl et al., 2013; Reiheld, 2015). Dass Übergewicht im Laufe des 20. Jahrhunderts zunehmend pathologisiert wurde, aber Menschen mit einem hohen Körpergewicht trotzdem nicht die Rechte der *Sick Role* (Parsons, 1951) gewährt wurden, lässt sich mit der Attributionstheorie (Weiner, 2006) erklären. Weil sich die Auffassung verbreitete, Übergewicht liege in der Verantwortung der Einzelnen, galt für Betroffene nicht länger eine Unschuldsumutung. Sie wurden bezichtigt, für ihren (gesellschaftlich unerwünschten) Zustand selbst verantwortlich zu sein und dazu aufgefordert, das Problem in Eigenverantwortung durch harte Arbeit zu lösen.

Schon in der Gesundheitskommunikation der 1970er Jahre in Deutschland wurde Übergewicht auf politischer Ebene adressiert. Dennoch wurden Ursachen und Lösungen noch weitgehend in individueller Verhaltensänderung, insbesondere Diäten und Bewegung, gesehen. Erst seit einigen Jahren rücken gesellschaftliche Ursachen und Lösungsansätze für Übergewicht in den Fokus, etwa die Lebensmittelindustrie und soziale Ungleichheit. Trotzdem prägt die individuelle Verantwortung das *Framing* von Übergewicht noch so nachhaltig, dass nicht von einem umfassenden *Reframing* gesprochen werden kann. Das liegt auch daran, dass Übergewicht noch immer häufig als Krankheit, Epidemie und/oder individuelles moralisches Versagen problematisiert wird. Erst neuere Strömungen wie die *Fat Acceptance*-Bewegung, *Body Positivity*, *Fat Studies* und

Health at Every Size fordern seit einigen Jahren die Problemdefinition gängiger Körpergewichtsframes heraus: Ihrer Auffassung nach ist nicht Übergewicht das Problem, sondern Gewichtsdiskriminierung.

Auch wenn individuelle Frames und *Krisenframes* in der öffentlichen Gesundheitskommunikation noch immer häufig vorkommen, sprechen Wirkungsstudien dafür, dass sie eher problematische Effekte wie eine höhere Stigmatisierung und eine geringe Akzeptanz von Menschen mit einem hohen Körpergewicht mit sich bringen (Frederick et al., 2016; Garbarino et al., 2018; Shen et al., 2012; Sun et al., 2016). Vielversprechender in Bezug auf die psychische und physische Gesundheit erscheinen Botschaften, die an das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit der Rezipient*innen appellieren, gesunde Verhaltensweisen in ihren Alltag zu integrieren (Puhl et al., 2013).

Vor dem Hintergrund dieser Forschung sowie der aufgezeigten historischen Entwicklung sollte sich gerade die strategische Gesundheitskommunikation mit ethischen Überlegungen auseinandersetzen. Dazu gehört, Begriffe wie „Übergewicht“, „Adipositas“ oder „Epidemie“ kritisch zu verwenden sowie medikalisierte und moralisch aufgeladene Problemdefinitionen zu hinterfragen. Angesichts der vielfältigen negativen Auswirkungen, die die Stigmatisierung auf die psychische und physische Gesundheit höhrgewichtiger Menschen haben kann, sollte auf explizit stigmatisierende Botschaften verzichtet werden – ganz abgesehen von ihrer fragwürdigen Wirksamkeit (Puhl et al., 2013). Doch auch implizit stigmatisierende Kommunikation wie *Responsibility Frames* auf der Individualebene, *Medical Frames*, *Krisenframes* und stereotypische visuelle Darstellungen können nicht-intendierte, stigmatisierende Effekte auf die Rezipient*innen haben (Frederick et al., 2016; Thomas et al., 2014; WHO, 2017). Dies gilt es in der strategischen Gesundheitskommunikation zu beachten. Journalistische Frames, die nicht nur die Eigenverantwortung, sondern auch gesellschaftliche Ursachen und Lösungen einbeziehen, könnten außerdem dabei helfen, Bürger*innen dafür zu sensibilisieren, Übergewicht auf mehreren Ebenen zu adressieren (Garbarino et al., 2018; Shen et al., 2012). Auch für die Forschung zu *Responsibility Frames* im Kontext von Übergewicht und Adipositas kann es sich lohnen, Erkenntnisse aus dem Forschungsfeld der *Fat Studies* zu berücksichtigen (für umfassende Einführungen in diese Perspektive siehe Rothblum & Solovay, 2009 sowie Sobal & Maurer, 1999).

Literaturverzeichnis

Alegria Drury, C. A. & Louis, M. (2002). Exploring the Association Between Body Weight, Stigma of Obesity, and Health Care Avoidance. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(12), 554–561. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2002.tb00089.x>

Anderson, J. L., Crawford, C. B., Nadeau, J. & Lindberg, T. (1992). Was the Duchess of Windsor right? A cross-cultural review of the socioecology of ideals of female body shape. *Ethology and Sociobiology*, 13(3), 197–227. [https://doi.org/10.1016/0162-3095\(92\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0162-3095(92)90033-Z)

Atanasova, D. & Koteyko, N. (2017). Obesity frames and counter-frames in British and German online newspapers. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 21(6), 650–669. <https://doi.org/10.1177/1363459316649764>

Bacon, L. & Severson, A. (2019, July 8). *Fat Is Not the Problem – Fat Stigma Is*. Scientific American Blog Network <https://blogs.scientificamerican.com/observations/fat-is-not-the-problem-fat-stigma-is/> (01.10.2020)

Bacon, L., Stern, J. S., Van Loan, M. D. & Keim, N. L. (2005). Size Acceptance and Intuitive Eating Improve Health for Obese, Female Chronic Dieters. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(6), 929–936. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.03.011>

Banting, W. (1993). Letter on Corpulence, Addressed to the Public: Third Edition. *Obesity Research*, 1(2), 153–163. <https://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1993.tb00605.x>

Barry, C. L., Brescoll, V. L. & Gollust, S. E. (2013). Framing Childhood Obesity: How Individualizing the Problem Affects Public Support for Prevention: Framing Childhood Obesity Prevention Policies. *Political Psychology*, 34(3), 327–349. <https://doi.org/10.1111/pops.12018>

Barry, C. L., Jarlenski, M., Grob, R., Schlesinger, M. & Gollust, S. E. (2011). News media framing of childhood obesity in the United States from 2000 to 2009. *Pediatrics*, 128(1), 132–145. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3924>

Betz, A. (2010, DerNovember „Neue“). *Nationalsozialismus*. Deutschlandfunk. https://www.deutschlandfunk.de/der-neue-mensch-im-nationalsozialismus.1184.de.html?dram:article_id=185410 (01.10.2020)

Bonfiglioli, C. M. F., Smith, B. J., King, L. A., Chapman, S. F. & Holding, S. J. (2007). Choice and voice: Obesity debates in television news. *The Medical Journal of Australia*, 187(8), 4. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01354.x>

Borcholte, A. (2004). „Super Size Me“: Angriff der Killer-Burger. *Spiegel Online*. <https://www.spiegel.de/kultur/kino/super-size-me-angriff-der-killer-burger-a-308577.html> (01.10.2020)

Branca, F., Nikogosian, H. & Lobstein, T. (2007). *Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO: Zusammenfassung*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.

Brownell, K. D., Kersh, R., Ludwig, D. S., Post, R. C., Puhl, R. M., Schwartz, M. B. & Willett, W. C. (2010). Personal Responsibility And Obesity: A Constructive Approach To A Controversial Issue. *Health Affairs*, 29(3), 379–387. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0739>

Brownell, K. D. & Warner, K. E. (2009). The Perils of Ignoring History: Big Tobacco Played Dirty and Millions Died. How Similar Is Big Food? *Milbank Quarterly*, 87(1), 259–294. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00555.x>

Bundesernährungsministerium (2019). *IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung*. BMEL. <https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/aktionsprogramm-in-form/in-form-grundsatzbeitrag.html> (07.08.2020)

Bundesernährungsministerium (2020a). *Die Initiative IN FORM*. <https://www.in-form.de/in-form/allgemein/> (07.08.2020)

Bundesernährungsministerium. (2020b). *Erweiterte Nährwertkennzeichnung: Verbraucherinnen und Verbraucher wollen Nutri-Score*. BMEL. <https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/lebensmittel-kennzeichnung/freiwillige-angaben-und-label/naehrwertkennzeichnung-modelle-nutriscore.html> (07.08.2020)

Burgard, D. (2009). What Is “Health at Every Size”? In

- E. Rothblum & S. Solovay (Eds.), *The Fat Studies Reader* (S. 42–53). New York: NYU Press.
- Chang, V. W. & Christakis, N. A. (2002). Medical modelling of obesity: A transition from action to experience in a 20th century American medical textbook. *Sociology of Health and Illness*, 24(2), 151–177. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00289>
- Claassen, M. A., Klein, O. & Corneille, O. (2016). Poverty & obesity: How poverty and hunger influence food choices. *The European Health Psychologist*, 18.
- Cohen, R., Fardouly, J., Newton-John, T. & Slater, A. (2019). #BoPo on Instagram: An experimental investigation of the effects of viewing body positive content on young women’s mood and body image. *New Media & Society*, 146144481982653. <https://doi.org/10.1177/1461444819826530>
- Cohen, R., Irwin, L., Newton-John, T. & Slater, A. (2019). #bodypositivity: A content analysis of body positive accounts on Instagram. *Body Image*, 29, 47–57. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.02.007>
- Coleman, R. & Major, L. H. (2014). Ethical Health Communication: A Content Analysis of Predominant Frames and Primes in Public Service Announcements. *Journal of Mass Media Ethics*, 29(2), 91–107. <https://doi.org/10.1080/08900523.2014.893773>
- Coleman, R., Thorson, E. & Wilkins, L. (2011). Testing the Effect of Framing and Sourcing in Health News Stories. *Journal of Health Communication*, 16(9), 941–954. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.561918>
- Cooper, C. (2010). Fat Studies: Mapping the Field: Fat Studies. *Sociology Compass*, 4(12), 1020–1034. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2010.00336.x>
- Crawford, R. (1980). Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365–388. <https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY>
- De Brun, A., McKenzie, K., McCarthy, M. & McGloin, A. (2012). The emergence and portrayal of obesity in The Irish Times: Content analysis of obesity coverage, 1997–2009. *Health Communication*, 27(4), 389–398. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.592627>
- Deutsches Hygiene-Museum. *Wegweis* (1974). *Gesundheit – Bewegung*. VEB DEFA. https://www.youtube.com/watch?v=VD0n6jHODJA&feature=emb_title (01.10.2020)
- Doubek, K. (2007). *August der Starke*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Eichhorn, C. & Nagel, E. (2010). Prävention von Übergewicht und Adipositas – Aufgaben von Staat, Lebensmittelindustrie und Individuum. *Das Gesundheitswesen*, 72(01), 10–16. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1237737>
- Entman, R. M. (1993). Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm. *Journal of Communication*, 43(4), 51–58. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x>
- Farrell, Amy E. (2015). „When I Was Growing Up My Mother Cooked Dinner Every Single Day“: Fat Stigma and the Significance of Motherblame in Contemporary United States. *Body Politics*, 3, 95–109.
- Farrell, Amy Erdman. (2011). *Fat shame: Stigma and the fat body in American culture*. New York: New York University Press.
- Fothergill, E., Guo, J., Howard, L., Kerns, J. C., Knuth, N. D., Brychta, R., Chen, K. Y., Skarulis, M. C., Walter, M., Walter, P. J. & Hall, K. D. (2016). Persistent metabolic adaptation 6 years after “The Biggest Loser” competition: Persistent Metabolic Adaptation. *Obesity*, 24(8), 1612–1619. <https://doi.org/10.1002/oby.21538>
- Franzkowiak, P. (2018). *Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell*. Bundeszentrale Für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA). doi.org/10.17623/BZGA:224-i102-2.0 (01.10.2020)
- Frederick, D. A., Saguy, A. C. & Gruys, K. (2016). Culture, health, and bigotry: How exposure to cultural accounts of fatness shape attitudes about health risk, health policies, and weight-based prejudice. *Social Science & Medicine* (1982), 165, 271–279. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.031>
- Friedrich, M. J. (2017). Global Obesity Epidemic Worsening. *Journal of the American Medical Association*, 318(7), 603–603. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.10693>

- Garbarino, E., Henry, P. & Kerfoot, S. (2018). Using attribution to foster public support for alternative policies to combat obesity. *European Journal of Marketing*, 52(1/2), 418–438. <https://doi.org/10.1108/EJM-08-2016-0445>
- Gearhart, S., Craig, C. & Steed, C. (2012). Network News Coverage of Obesity in Two Time Periods: An Analysis of Issues, Sources, and Frames. *Health Communication*, 27(7), 653–662. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.629406>
- Gounder, F. & Ameer, R. (2018). Defining diabetes and assigning responsibility: How print media frame diabetes in New Zealand. *Journal of Applied Communication Research*, 46(1), 93–112. <https://doi.org/10.1080/00909882.2017.1409907>
- Haring, S. A. (2018). Der Neue Mensch im Nationalsozialismus und Sowjetkommunismus. In *Der Neue Mensch* (S. 27–38). Bundeszentrale für politische Bildung. http://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/10247_Der_neue_Mensch_web.pdf (01.10.2020)
- Henderson, J., Coveney, J., Ward, P. & Taylor, A. (2009). Governing childhood obesity: Framing regulation of fast-food advertising in the Australian print media. *Social Science & Medicine* (1982), 69(9), 1402–1408. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.08.025>
- Hirschfelder, G. (2018). Gesundheit und Ernährung: Die Macht der Kultur: Einblicke in ein Beziehungsdreieck. *Biologie in unserer Zeit*, 48(2), 106–112. <https://doi.org/10.1002/biuz.201810643>
- Huff, J. L. (2015). The Narrating Stomach: Appetite, Authority and Agency in Sydney Whiting’s 1853 *Memoirs of a Stomach*. *Body Politics*, 5, 75–93.
- Iyengar, S. (1991). *Is Anyone Responsible? How Television Frames Political Issues*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jarlenski, M. & Barry, C. L. (2013). News Media Coverage of Trans Fat: Health Risks and Policy Responses. *Health Communication*, 28(3), 209–216. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.669670>
- Jeong, S.-H. (2007). Effects of News About Genetics and Obesity on Controllability Attribution and Helping Behavior. *Health Communication*, 22(3), 221–228. <https://doi.org/10.1080/10410230701626877>
- Karikatur eines fetten jüdischen Bankiers als Ergebnis der Bolschewistischen “Weltrevolution.” (1941). United States Holocaust Memorial Museum Collection, Geschenk der Familie Katz. <https://collections.ushmm.org/search/catalog/irn545124> (01.08.2020)
- Kasten, G. (2018). Listen... and Speak: A Discussion of Weight Bias, its Intersections with Homophobia, Racism, and Misogyny, and Their Impacts on Health. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 79(3), 133–138. <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2018-023>
- Kim, S.-H. & Willis, A. L. (2007). Talking about Obesity: News Framing of Who Is Responsible for Causing and Fixing the Problem. *Journal of Health Communication*, 12(4), 359–376. <https://doi.org/10.1080/10810730701326051>
- Kinzl, J. F. (2016). Adipositas: Stigmatisierung, Diskrimination, Körperimage. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 166(3–4), 117–120. <https://doi.org/10.1007/s10354-016-0443-4>
- Kwan, S. (2009). Framing the Fat Body: Contested Meanings between Government, Activists, and Industry. *Sociological Inquiry*, 79(1), 25–50. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.2008.00271.x>
- Lawrence, R. G. (2004). Framing Obesity: The Evolution of News Discourse on a Public Health Issue. *Harvard International Journal of Press/Politics*, 9(3), 56–75. <https://doi.org/10.1177/1081180X04266581>
- Lengwiler, M. & Madarász, J. (2010). Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik. In M. Lengwiler & J. Madarász (Eds.), *Das präventive Selbst* (S. 11–28). Bielefeld: transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/transcript.9783839414545.11>
- Levine, J. A. (2011). Poverty and Obesity in the U.S. *Diabetes*, 60(11), 2667–2668. <https://doi.org/10.2337/db11-1118>
- Lift (1978). *Schlank ist schön*. Wirtschaftswundermuseum. Verfügbar unter: <http://www.wirtschaftswundermuseum.de/werbung-bilder-1979.html> (01.10.2020)
- Lucky Strike (1930). *Tempted To Over-indulge*. Stanford Research Into the Impact of Tobacco

- Advertising(SRITA).http://tobacco.stanford.edu/tobacco_main/images.php?token2=fm_st047.php&token1=fm_img7636.php&theme_file=fm_mt014.php&theme_name=Keeps%20you%20Slim&subtheme_name=Tempted%20to%20Over-indulge (01.08.2020)
- Lundell, H., Niederdeppe, J. & Clarke, C. (2013). Public Views About Health Causation, Attributions of Responsibility, and Inequality. *Journal of Health Communication*, 18(9), 1116–1130. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.768724>
- Lupton, D. (2017). Digital media and body weight, shape, and size: An introduction and review. *Fat Studies*, 6(2), 119–134. <https://doi.org/10.1080/21604851.2017.1243392>
- Maher, J., Fraser, S. & Wright, J. (2010). Framing the mother: Childhood obesity, maternal responsibility and care. *Journal of Gender Studies*, 19(3), 233–247. <https://doi.org/10.1080/09589231003696037>
- Major, L. H. (2011). The Mediating Role of Emotions in the Relationship between Frames and Attribution of Responsibility for Health Problems. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 88(3), 502–522. <https://doi.org/10.1177/107769901108800303>
- Major, L. H. (2018). Mental Health News: How Frames Influence Support for Policy and Civic Engagement Intentions. *Journal of Health Communication*, 23(1), 52–60. <https://doi.org/10.1080/10810730.2017.1411994>
- Martschukat, J. (2017). Fitness und Fatness. Über Körper und Ausnahmestände in der Zeitgeschichte. In H. Ahlheim (Ed.), *Individuelle »Ausnahmestände« im 20. Jahrhundert* (S. 186–200). Göttingen: Wallstein Verlag.
- McKinley, N. M. (1999). Ideal Weight, Ideal Women. In J. Sobal & D. Maurer (Eds.), *Weighty Issues. Fatness and Thinness as Social Problems* (S. 97–116). New York: Walter De Gruyter.
- Meadows, A. & Daniélsdóttir, S. (2016). What's in a Word? On Weight Stigma and Terminology. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01527>
- Moebus, S. & Stang, A. (2007). Das metabolisches Syndrom – ein umstrittenes diagnostisches Konzept. *Herz Kardiovaskuläre Erkrankungen*, 32(7), 529–540. <https://doi.org/10.1007/s00059-007-3025-9>
- Musk, A. W. & De Klerk, N. H. (2003). History of tobacco and health. *Respirology*, 8(3), 286–290. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1843.2003.00483.x>
- Nuttall, F. Q. (2015). Obesity, BMI, and Health: A Critical Review. *Nutrition Today*, 50(3), 117–128. <https://doi.org/10.1097/NT.0000000000000100>
- Offermann, S. (2019). Socialist responsabilization: The government of risk factors for cardiovascular diseases in the German Democratic Republic in the 1970s. *Rethinking History*, 23(2), 210–232. <https://doi.org/10.1080/13642529.2019.1596579>
- Oliver, J. E. (2006). *Fat politics: The real story behind America's obesity epidemic*. New York: Oxford University Press.
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(3), 452–460. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1951.tb00003.x>
- Parsons, T. (1975). The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 53(3), 257. <https://doi.org/10.2307/3349493>
- Pearl, R. L., White, M. A. & Grilo, C. M. (2014). Weight bias internalization, depression, and self-reported health among overweight binge eating disorder patients: Weight Bias Internalization and Health. *Obesity*, 22(5), E142–E148. <https://doi.org/10.1002/oby.20617>
- Pennington, A. W. (1954). Treatment of obesity: Developments of the past 150 years. *The American Journal of Digestive Diseases*, 21(3), 65–69. <https://doi.org/10.1007/BF02880976>
- Puhl, R. M. & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: Toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4(4), 213–227. <https://doi.org/10.1046/j.1467-789X.2003.00122.x>
- Puhl, R. M., Peterson, J. L. & Luedicke, J. (2013). Fighting obesity or obese persons? Public perceptions of obesity-related health messages. *International Journal of Obesity*, 37(6), 774–782. <https://doi.org/10.1038/ijo.2012.156>

- Puhl, R. M., Luedicke, J. & Heuer, C. A. (2013). The Stigmatizing Effect of Visual Media Portrayals of Obese Persons on Public Attitudes: Does Race or Gender Matter? *Journal of Health Communication*, 18(7), 805–826. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.757393>
- Puhl, R. M. & Suh, Y. (2015). Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Current Obesity Reports*, 4(2), 182–190. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0153-z>
- Reiheld, A. (2015). With All Due Caution: Global Anti-Obesity Campaigns and the Individualization of Responsibility. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 8(2), 226–249. <https://doi.org/10.3138/ijfab.8.2.226>
- Roberts, M. (2019, July 3). Obesity “overtakes smoking for four cancers.” *BBC News*. <https://www.bbc.com/news/health-48826850> (01.08.2020)
- Rothblum, E. D. (2012). Why a Journal on Fat Studies? *Fat Studies*, 1(1), 3–5. <https://doi.org/10.1080/21604851.2012.633469>
- Rothblum, E. D. & Solovay, S. (2009). *The Fat Studies Reader*. New York: NYU Press.
- Schildt, A. (2009). Amerikanische Einflüsse auf die westdeutsche Konsumententwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg. In *Die Konsumgesellschaft in Deutschland 1890-1990: Ein Handbuch*. Frankfurt a. M.: Campus Verlag.
- Schorb, F. (2015). *Die Adipositas-Epidemie als politisches Problem*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-06614-7>
- Schwartz, M. B., Chambliss, H. O., Brownell, K. D., Blair, S. N. & Billington, C. (2003). Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obesity Research*, 11(9), 1033–1039. <https://doi.org/10.1038/oby.2003.142>
- Semetko, H. A. & Valkenburg, P. M. V. (2000). Framing European politics: A Content Analysis of Press and Television News. *Journal of Communication*, 50(2), 93–109. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2000.tb02843.x>
- Sender, K. & Sullivan, M. (2008). Epidemics of will, failures of self-esteem: Responding to fat bodies in “The Biggest Loser” and “What Not to Wear.” *Continuum*, 22(4), 573–584. <https://doi.org/10.1080/10304310802190046>
- Shen, F., Lee, S., Sipes, C. & Hu, F. (2012). Effects of Media Framing of Obesity Among Adolescents. *Communication Research Reports*, 29(1), 26–33.
- Singer, R. (2011). Anti-Corporate Argument and the Spectacle of the Grotesque Rhetorical Body in “Super Size Me.” *Critical Studies in Media Communication*, 28(2), 135–152. <https://doi.org/10.1080/15295036.2011.553724>
- Sobal, J. (1999). The Size Acceptance Movement and the Social Construction of Body Weight. In *Weighty Issues* (S. 231–250). New York: Walter De Gruyter.
- Sobal, J. & Maurer, D. (1999). *Weighty Issues. Fatness and Thinness as Social Problems*. New York: Walter De Gruyter.
- Sonntag, D., Schneider, S., Mdege, N., Ali, S. & Schmidt, B. (2015). Beyond Food Promotion: A Systematic Review on the Influence of the Food Industry on Obesity-Related Dietary Behaviour among Children. *Nutrients*, 7(10), 8565–8576. <https://doi.org/10.3390/nu7105414>
- Spurlock, M. (Produzent/Regisseur) (2004). *Super Size Me: A Film of Epic Portions* [Film]. Vereinigte Staaten: Samuel Goldwyn Films/Roadside Attractions.
- Stanford, F. C., Tauqeer, Z. & Kyle, T. K. (2018). Media and Its Influence on Obesity. *Current Obesity Reports*, 7(2), 186–192. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0304-0>
- Stefanik-Sidener, K. (2013). Nature, Nurture, or That Fast Food Hamburger: Media Framing of Diabetes in the *New York Times* from 2000 to 2010. *Health Communication*, 28(4), 351–358. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.688187>
- Stoll, L. C. (2019). Fat Is a Social Justice Issue, Too. *Humanity & Society*, 43(4), 421–441. <https://doi.org/10.1177/0160597619832051>
- Stunkard, A., LaFleur, W. & Wadden, T. (1998). Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe. *International Journal of Obesity*, 22(12), 1141–1144. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0800753>

- Sun, Y., Krakow, M., John, K. K., Liu, M. & Weaver, J. (2016). Framing Obesity: How News Frames Shape Attributions and Behavioral Responses. *Journal of Health Communication, 21*(2), 139–147. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1039676>
- Swami, V. (2015). Cultural Influences on Body Size Ideals Unpacking the Impact of Westernization and Modernization. *European Psychologist, 20*, 44–51. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000150>
- Temmann, L. J., Wiedicke, A., Schaller, S., Reifegerste, D. & Scherr, S. (2020, May 21). A Systematic Narrative Review of Responsibility Frames in Health-Related Media Content and Their Effects. 70th Annual ICA Conference, Virtual Conference.
- Thomas, S. L., Olds, T., Pettigrew, S., Yeatman, H., Hyde, J. & Dragovic, C. (2014). Parent and child interactions with two contrasting anti-obesity advertising campaigns: A qualitative analysis. *BMC Public Health, 14*(1), 151. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-151>
- Thoms, U. (2011). Der dicke Körper und sein Konsum im Visier von Wissenschaft und Politik in der DDR und der BRD. *Comparativ. Zeitschrift für Globalgeschichte und vergleichende Gesellschaftsforschung, 21*(3), 97–113.
- Toselli, S., Rinaldo, N. & Gualdi-Russo, E. (2016). Body image perception of African immigrants in Europe. *Globalization and Health, 12*(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0184-6>
- Vartanian, L. R. & Porter, A. M. (2016). Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite, 102*, 3–14. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.034>
- Varul, M. Z. (2010). Talcott Parsons, the Sick Role and Chronic Illness. *Body & Society, 16*(2), 72–94. <https://doi.org/10.1177/1357034X10364766>
- Wadd, W. (1829). *Comments on corpulency: Lineaments of leanness, mems on diet and dietetics*. John Ebers; archive.org. <https://archive.org/details/commentsoncorpul00wadd> (01.10.2020)
- Wallack, L. M. (Ed.). (1993). *Media advocacy and public health: Power for prevention*. Newbury Park: Sage Publications.
- Wann, M. (2009). Fat Studies: An Invitation to Revolution. In *The Fat Studies Reader* (S. xi–xxvi). New York: NYU Press.
- Weiner, B. (1993). On sin versus sickness: A theory of perceived responsibility and social motivation. *American Psychologist, 48*(9), 957–965. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.9.957>
- Weiner, B. (2006). *Social motivation, justice, and the moral emotions: An attributional approach*. Manwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Weinert, S. (2017). *Der Körper im Blick: Gesundheitsausstellungen vom späten Kaiserreich bis zum Nationalsozialismus*. Berlin: De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110469011>
- Wiedicke, A., Ech-Chatbi, S. A. & Temmann, L. J. (2019). *The multiple faces of #bodypositivity: Users' reactions and discourses on Instagram* [Poster]. International Symposium of Anti Stigma Communication (ISASC), Dortmund.
- Wildmann, D. (1998). *Begehrte Körper: Konstruktion und Inszenierung des "arischen Männerkörpers" im "Dritten Reich."* Würzburg: Königshausen & Neumann.
- World Health Organization (2020). *World Health Statistics 2020: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. World Health Organization(WHO). <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics> (01.08.2020)
- World Health Organization (2017). *Weight bias and obesity stigma: Considerations for the WHO European Region*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/351026/WeightBias.pdf (01.08.2020)
- Yoo, J. H. (2013). No Clear Winner: Effects of *The Biggest Loser* on the Stigmatization of Obese Persons. *Health Communication, 28*(3), 294–303. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.684143>
- Yoo, J. H. & Kim, J. (2012). Obesity in the new media: A content analysis of obesity videos on YouTube. *Health Communication, 27*(1), 86–97. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.569003>
- Zhang, Y., Jin, Y., Stewart, S. & Porter, J. (2016). Framing responsibility for depression: How U.S. news media attribute causal and problem-solving responsibilities when covering a major public health

problem. *Journal of Applied Communication Research*,
44(2), 118–135.
<https://doi.org/10.1080/00909882.2016.1155728>

DON'T SURRENDER

When tempted to over-indulge

“Reach for a Lucky instead”

Be moderate—be moderate in all things, even in smoking. Avoid that future shadow* by avoiding over-indulgence, if you would maintain that modern, ever-youthful figure. Reach for a Lucky instead.”

Lucky Strike, the finest Cigarette you ever smoked, made of the finest tobacco—The Cream of the Crop—**IT'S TOASTED.** **Lucky Strike** has an extra, secret heating process. Everyone knows that heat purifies and so 20,679 physicians say that **Luckies** are less irritating to your throat.

LUCKY STRIKE
“IT'S TOASTED”
CIGARETTES

© 1930, The American Tobacco Co., Manufacturers

“It's toasted”

Your Throat Protection — against irritation — against cough.

*We do not say smoking **Luckies** reduces flesh. We do say when tempted to over-indulge, “Reach for a **Lucky** instead.”

Abbildung 1. Lucky Strike-Werbung „Don't Surrender“ (1930).

IS THIS YOU FIVE YEARS FROM NOW?
When tempted to over-indulge
"Reach for a Lucky instead"

Be moderate—be moderate in all things, even in smoking. Avoid that future shadow* by avoiding over-indulgence, if you would maintain that modern, ever youthful figure. "Reach for a Lucky instead."

Lucky Strike, the finest Cigarette you ever smoked, made of the finest tobacco—The Cream of the Crop—"IT'S TOASTED." **Lucky Strike** has an extra, secret heating process. Everyone knows that heat purifies and so 20,679 physicians say that **Luckies** are less irritating to your throat.

LUCKY STRIKE
"IT'S TOASTED"
CIGARETTES

"It's toasted"
Your Throat Protection — against irritation — against cough.

*We do not say smoking **Luckies** reduces flesh. We do say when tempted to over-indulge, "Reach for a **Lucky** instead."

Abbildung 2. Lucky Strike-Werbung „Is This You Five Years From Now?“ (1930).



Abbildung 3. Seite aus dem NS-Propaganda-Kinderbuch „Trau keinem Fuchs auf grüner Heid und keinem Jud auf seinem Eid“ von Elvira Bauer (1936, S.1).

Zwischen Gesundheitsprävention und Absatzregulierung – Ernährungskommunikation im DDR-Fernsehen am Beispiel einer Ratgebersendung

Claudia Böttcher¹, Charmaine Voigt²

¹Hannah-Arendt Institut für Totalitarismusforschung, TU Dresden, ²Kompetenzcluster für Ernährung und kardiovaskuläre Gesundheit, Universität Leipzig

Zusammenfassung

Die DDR-Führung nutzte das Massenmedium Fernsehen als ein politisches Instrument zur Ernährungsprävention. In der vorliegenden Untersuchung steht der konkrete Zusammenhang zwischen der Versorgungssituation der DDR in den 1980er Jahren und der ernährungsbezogenen Gesundheitsaufklärung anhand der Ratgebersendung HAUSHALTS-ALLERLEI PRAKTISCH SERVIERT (HAPS) im Fokus. Die Sendereihe ist dabei als Teil einer gesundheitspolitischen Strategie der DDR einzuordnen, die darauf abzielte, althergebrachte ungünstige Ernährungsmuster aufzubrechen, um nicht zuletzt die Kosten der Gesundheitsversorgung zu reduzieren. In allen vier exemplarisch analysierten Sendungen von 1984, 1987, 1989 und 1990 konnten explizit vermittelte Ernährungsbotschaften eruiert werden. Neben sachlich-informativen konnten allerdings auch unterhaltende Sendungselemente identifiziert werden, die nicht durchgehend zur Gesundheitsförderung beitragen.

Keywords: Gesundheitsprävention, Ernährungskommunikation, gesunde Ernährung, DDR-Fernsehen, Ratgebersendung

Summary

The GDR leadership exploited the mass medium television for nutrition prevention purposes. This study aims at identifying the relationship between the food supply situation in the GDR in the 1980s and the presentation of nutrition-related health information in the advice program HAUSHALTS-ALLERLEI PRAKTISCH SERVIERT (HAPS). The format can be classified as part of a health improvement strategy of the GDR seeking to break adverse nutritional patterns, and by doing so, reducing public health care expenses. All four exemplary analyzed episodes from the years 1984, 1987, 1989, and 1990 explicitly convey nutrition-related information. However, in addition to factual-informative broadcast elements, entertainment segments, which do not consistently contribute to health promotion, could also be identified.

Keywords: health prevention, nutrition communication, healthy diet, GDR television, advice program

1 Einleitung

Audiovisuelle Medien wie das Fernsehen fungieren nicht nur als ein normatives Vermittlungsorgan, sondern transportieren Sinnstiftungen in modernen Gesellschaften (Faulstich, 2002; Hickethier, 2010). Als Distributor gesellschaftlicher Leitbilder kann das Fernsehen als sozialintegrative Sozialisationsinstanz begriffen werden (Prahla & Setzwein, 1999) und stellt hinsichtlich der Vermittlung sozialer Normen und Verhaltensmuster auch im Rahmen von Gesundheitskampagnen heute noch ein besonders erfolgversprechendes Medium dar (Bonfadelli & Friemel, 2020). Darüber hinaus war und ist das Fernsehen für die gesundheitsbezogene Wissensvermittlung signifikant. Ein Fakt, der mittels des Kultivierungsansatzes (Gerbner, Gross, Morgan, Signorielli & Shanahan, 2002) – der Förderung eines Lerneffekts bei Vielsehern – in Studien zum Thema Gesundheitsdarstellungen im Fernsehen mehrfach bestätigt wurde (Rossmann, 2002). Demgegenüber betonen andere Arbeiten vielmehr die negativen gesundheitskommunikativen Effekte durch Werbung und Fiktion auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen (Binder & Matthes, 2020; Lücke, 2007).

Das Thema „gesunde Ernährung“ wird im Fernsehen vor allem über das Ratgeberformat kommuniziert (Appel, 2000; Lalouschek 2005). Gesundheitsbezogene Ratgeberformate sind in ihrer inhaltlichen Ausrichtung vielfältig. Darin eingeschlossen sind Kochsendungen der deutsch-deutschen Fernsehgeschichte (Lalouschek & Brüner, 2010; Rössler, Lücke, Linzmaier, Steinhilper & Willhöft, 2006). Dabei existieren bislang nur wenige Untersuchungen zu Ratgeberformaten des DDR-Fernsehens, deren Fokus vornehmlich auf kommunikationshistorischen Aspekten liegt (Becker, 2010; Scholler, 2013; Schmelz, 2018). An diese Forschungen anknüpfend, untersucht der vorliegende Beitrag neben den kommunikationshistorischen Aspekten auch die gesundheitsbezogene Vermittlungsleistung. So wurden vier exemplarische Folgen der speziell auf Ernährung und Haushalt ausgerichteten Ratgebersendung HAUSHALTS-ALLERLEI PRAKTISCH SERVIERT (HAPS) aus den Jahren 1984 bis 1990 ausgewählt. Anhand dieser wird abgebildet, welche Deutungsmuster und Entwicklungen es hinsichtlich der medialen Darstellung von gesunder Ernährung über den Zeitraum der Ausstrahlung der Sendereihe von 1983 bis 1991 gab. Hiermit soll der bis dato knappe Forschungsstand zur fernsehmedialen Gesundheitsaufklärung in der DDR im Allgemeinen

erweitert werden. Im Besonderen soll ein Beitrag zur Aufarbeitung der Gesundheitsprävention im DDR-Fernsehen unter Berücksichtigung verschiedener politischer Ressorts (Gesundheit, Wirtschaft, Kultur/Medien) geleistet werden. Das DDR-Fernsehen besaß zwischen 1952 und 1990 unterschiedliche Bezeichnungen, die stets ein Spiegel der jeweiligen politisch-ideologischen wie fernsehspezifischen Entwicklung waren. Im vorliegenden Text wird ausschließlich der Begriff „DDR-Fernsehen“ genutzt.

Nimmt man das DDR-Fernsehen in den Blick, ist zu beachten, dass dieses neben den medialen und technischen Praktiken in besonderem Maße von politisch-ideologischen Funktionslogiken bestimmt und maßgeblich durch „Top-Down-Vermittlungsprozesse“ (Ihme-Tuchel, 2002; Trültzsch, 2009, S. 16) charakterisiert wurde. So brachte die Sozialistische Einheitspartei Deutschlands (SED) dem DDR-Fernsehen von Anfang an besonderes Interesse entgegen, da es als Agitations- und Propagandainstrument fungieren und die ideologischen Richtlinien der Partei verbreiten sollte (Steinmetz & Viehoff, 2008). Folglich kann auch für die Darstellung von gesunder Ernährung im DDR-Fernsehen angenommen werden, dass diese von gesundheitspolitischen Aspekten auf der einen und versorgungspolitischen Aspekten auf der anderen Seite beeinflusst war.

Um diese Annahme anhand der Ratgebersendereihe HAPS zu prüfen, werden zuvorderst die gesundheits- und versorgungspolitischen, sowie die medienpolitischen Entwicklungen in der DDR im benannten Untersuchungszeitraum in den Blick genommen. Anschließend wird das methodische Vorgehen der Episodenanalyse spezifiziert. Vor der Ergebnisdarstellung erfolgt die Einordnung der Produktionsbedingungen der Sendereihe, basierend auf der Grundlage der im Deutschen Rundfunkarchiv in Potsdam/Babelsberg (DRA) archivierten Produktionsunterlagen, um die hier fokussierten Folgen entsprechend einordnen zu können. Der Beitrag endet mit einem Resümee und Anregungen für anschließende Forschung.

2 Ernährungsbezogene Gesundheitsaufklärung

In der DDR galten Gesundheit und Krankheit als „gesellschaftliche Erscheinung“ (Ruban, 1981, S. 22). Entlang der marxistisch-leninistischen Staatsideologie wurde davon ausgegangen, dass mittels kollektiver Lernprozesse Krankheiten effektiv verhütet werden

würden. Ab den 1970er Jahren setzte man allerdings zunehmend auf eine Subjektivierung der Prävention. Die Gesundheitspflicht des/der Einzelnen sollte zur aktiven Unterstützung der Gesundheitspolitik beitragen (Linek, 2016). Entsprechend ging man davon aus, dass „Gesundheitsbewusste Verhaltensweisen [...] aus einem Verantwortungsgefühl des Einzelnen gegenüber der Gesellschaft motiviert werden [müssten]“ (Sammer, 2020, S. 191). Gesundheitserziehung, wie die Zeitgenoss*innen ihren Modus der Gesundheitsaufklärung bis zum Ende der DDR nannten, galt als wirksames Instrument. Da Ernährung im Kontext der virulent werdenden chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen ein wesentlicher Bestandteil einer gesunden Lebensweise war und ist, lässt sich ein politischer Fokus auf eine gesundheitsfördernde Ernährung in der DDR erkennen (Gaßmann & Ketz, 1986). Bereits in den 1950er Jahren vertraute die SED der Expertise der Ernährungswissenschaft, die auf das Problem der Fettleibigkeit in der Bevölkerung hinwies. Verursacht wurde dies durch den „allmählichen Übergang zu einer ballaststoffarmen, aber eiweiß- und vor allem fettreichen Ernährung“ (Scheunert, 1952, S. 5). Hier spielten aber bereits ökonomische Erwägungen eine Begründungsfunktion der Gesundheitserziehung: Es wurde vor steigenden Therapiekosten im Zuge ernährungsbedingter Herz-Kreislauf-Erkrankungen gewarnt. Expert*innen des Zentralinstituts für Ernährung in Potsdam-Rehbrücke errechneten in den 1960er Jahren Prognosen, denen zufolge finanzielle Aufwendungen im Umfang von 3.000 Mark für jede adipöse Patientin und jeden adipösen Patienten auf die Staatskasse der DDR zukämen (Thoms, 2011). Auch sah man eine enorme Kostensteigerung und ein entsprechendes Produktivitätsrisiko durch die erwartete Verdopplung von Diabetes-Neuerkrankungen bis 1980.

Gesundheitsaufklärung zum Abbau der Überernährung

Diese Problematisierungen fanden in den 1960er Jahren in der Politik Gehör. Thoms (2011) spricht von einem Disziplinierungsprogramm, das eine neue Phase der Ernährungspolitik einleitete. Zum Ausdruck kam dies im Ministerratsbeschluss der SED zur Strategie für eine gesunde Ernährung aus dem Jahr 1972. In diesem wurden sieben Schwerpunkte festgelegt, darunter die „Erarbeitung und Einführung ernährungsphysiologischer Qualitätskriterien, [...] Gesundheitsaufklärung und Erziehung über Presse, Funk und Fernsehen [sowie] die Entwicklung neuer Erzeugnisse der gesunden Ernährung auf Basis neuartiger Rohstoffe und Halbfabrikate“ (Zietze, 1990, S. 185-186). Nach

dieser Vorgabe wurde die Dachmarke „ON-Optimierte Nahrung“ etabliert, zu der diverse Diätahrungsmittel sowie mit Luft und Wasser substituierte Produkte gehörten (Thoms, 2011).

Ernährungsbezogene Gesundheitsaufklärung über die staatseigenen Medien und Bildungseinrichtungen gab es bereits vor der politischen Richtungsweisung in den 1970er Jahren. Hierfür wurde eine Vielfalt an medialen Präsentationsformen wie Ausstellungen, Bücher, Zeitschriften, Filme und Fernsehsendungen genutzt. Helmut Krauß' Buch „Gesunde Küche. Anleitung zu einer gesundheitsfördernden Ernährung“ beispielsweise wurde seit der Erstausgabe 1957 bis 1978 elf Mal vom Verlag Volk und Gesundheit neu aufgelegt (Krauß, 1960). Dieses wurde vom 15 Mal überarbeiteten sendungsbegleitenden Buch „Das Fernsehkochbuch“ und später betitelten „Kochkunst aus dem Fernsehstudio“ (Drummer & Muskewitz, 1965-1981) komplementiert. Insbesondere das Deutsche Hygiene Museum in Dresden (DHMD) übernahm eine aufklärerische Funktion im Bereich der Gesundheitserziehung und Verhaltensprävention (Sammer, 2019). Das DHMD wirkte ebenso an Zeitschriften, wie „Alles für deine Gesundheit“ und „Deine Gesundheit“ mit, deren Präventionsstrategie auf Witz und Intelligenz statt maßregelnden „Holzhammermethoden“ setzte (Hertel & Bertram, 1999, S. 83). In den 1960er Jahren galt das Ausstellungswesen als wichtigste Präventionsmaßnahme. Das DHMD konzipierte unter anderem die gut besuchte Wanderausstellung „Deine Ernährung, Deine Gesundheit“, die 1960 im Leipziger Messehaus Petershof eröffnet wurde (Treitel, 2017). Im Zuge der 1970er Jahre wurde vermehrt auf Fernsehen und Film gesetzt, was an dem Ministerbeschluss des Jahres 1972 zur Intensivierung der medialen Aufklärung über die gedruckten Medien hinaus zu erkennen ist. So entstanden in den 1970er Jahren in der Reihe WEGWEISER GESUNDHEIT zahlreiche dokumentarische Kurzfilme des Instituts für Gesundheitserziehung am DHMD, wie GEWICHT (1974), ABNEHMEN (1974), KALORIEN (1974), ERNÄHRUNG (1975) und DICKE KINDER (1975) (Roessiger & Schwarz, 2011). Nach der Einschränkung der Filmwerbung durch den Ministerrat der DDR im Jahr 1975 wurden Gesundheitsbotschaften noch stärker über dokumentarische Kurzfilme transportiert. Im Zuge dessen fand auch die Filmreihe DU UND DEINE GESUNDHEIT in Kino und Fernsehen ein breites Publikum (Osten, 2011). Zudem wurden für das DDR-Fernsehen gesundheitsbezogene Beiträge produziert. Darüber hinaus sind Ratgebersendungen des DDR-Fernsehens wie die letzte Dekade von

DER FERNSEHKOCH EMPFIEHLT (1958-1983) und HAPS (1983-1990) der Präventionsstrategie für eine gesunde Ernährung zuzurechnen.

Konsumwende und Preispolitik von Lebensmitteln

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung war zu einem großen Teil auch auf die schlechte Versorgungssituation des Landes zurückzuführen. Der Autarkie-Anspruch der DDR erforderte die Versorgung aus zumeist eigenen Lebensmittelerzeugnissen. Nach den Versorgungsengpässen in den Anfangsjahren der DDR führte die Konsumwende im Jahr 1953 schließlich zu einer Stabilisierung der Versorgungslage bis zum Jahr 1963 (Becker, 2010). Dabei waren sogenannte Grundnahrungsmittel überall erhältlich und wurden staatlich subventioniert. Im Verlauf der Zeit entwickelte die Bevölkerung eine Vorliebe für Schweinefleischgerichte, was nicht zuletzt damit zusammenhing, dass vor allem im ländlichen Raum viele Familien Schweine zur Selbstversorgung hielten. Mangelware waren dagegen Südfrüchte oder ausgewählte Fleischabschnitte vom Rind (Heinzelmann, 2014) sowie im Verlauf der 1980er Jahre auch Milchprodukte (Dietrich, 2018).

Die Versorgung mit Lebensmitteln stand im engen Zusammenhang mit der Preispolitik der Partei- und Staatsführung: Während sich die Preise für Fleisch und Fisch in beiden deutschen Ländern ähnlich entwickelten, mussten DDR-Bürger*innen für die allermeisten Lebensmittelgruppen mehr bezahlen. Nur die Preise von „Brot und Backwaren und von Nahrungsmitteln und Kartoffeln lagen in der DDR im Durchschnitt um 50 bis 60 Prozent niedriger als in der BRD“ (Grings, 1991, S. 182), da sie zu den staatlich subventionierten Nahrungsmitteln gehörten. Die Ernte von saisonalem Obst und Gemüse aus den landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaften (LPG), den volkseigenen Gütern (VEG) und nicht zuletzt den Kleingartenanlagen sowie überdimensionalen Mastanlagen sorgten dabei zeitweise für Warenschwemmen. Ein Frischeierkombinat für fast 500.000 Legehennen produzierte im Jahr 1979 etwa 120 Millionen Eier (Lambrecht, Merkel, & Steinbeck, 1980). Vor diesem Hintergrund können Kochempfehlungen, wie beispielsweise die des bekannten Fernsehkochs Kurt Drummer, mehr Ei zu verwenden, durchaus als eine Einflussnahme auf den Absatzmarkt gesehen werden: „Wir sollten sie nutzen, nicht nur zum Abrunden und Verbessern von Speisen, sondern auch, wie Fleisch oder Fisch, als Grundsubstanz selbständiger Gerichte. Denn sie haben außer ihren ernährungsphysiologischen

Vorzügen jeder Konkurrenz eins voraus: Sie sind in Minuten zubereitet“ (Drummer & Muskewitz, 1981, S. 45).

Noch 1989 konsumierten die Bürger*innen der DDR gemessen an Ernährungsempfehlungen zu viel Fleisch/ Fleischerzeugnisse und Getreideprodukte pro Person, was sich in Fett- (125 g statt empfohlener 82 g) und Protein- (86 g statt empfohlener 74 g) sowie Kohlenhydratwerten (327 g statt empfohlener 314 g) widerspiegelt (Bundesministerium für Gesundheit, 1993). Vor allem in der Gruppe der Rentner*innen wurden „[...] die Ernährungsempfehlungen des ehemaligen Zentralinstituts für Ernährung und der ehemaligen Gesellschaft für Ernährung in der DDR am deutlichsten übererfüllt [...] (der Energiebedarf mit 55 Prozent und der Fettbedarf mit mehr als 100 Prozent)“ (Ulbricht, Pfaff, Seppelt, Vulprecht, 1994, S. 335). Zu dieser Zeit entsprach die empfohlene Energiezufuhr bereits den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) von einem 12 bis 15-prozentigen Eiweißanteil, 30 bis 35-prozentigen Fettanteil und 45 bis 60-prozentigen Kohlenhydratanteil des Tagesbedarfs (Gaßmann & Ketz, 1986). Zudem erschwerte die Abnahme der Lebensmittelqualität und Produktvarianz (mit Ausnahme der Landeshauptstadt Berlin) im Zuge der gesamtwirtschaftlich schwierigen Lage in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre die Möglichkeit, sich ausgewogen zu ernähren (Heinzelmann, 2014). Wenngleich sich ähnliche Tendenzen auch in der Bundesrepublik zeigten, waren die Werte ernährungsbedingter Risikofaktoren für Herz- und Kreislauferkrankungen wie Gesamtcholesterin und Blutdruck in der DDR-Bevölkerung etwas schlechter (Bundesministerium für Gesundheit, 1993, S. 95, 98, 104-105). Diesen mitunter versorgungsbedingten Ernährungsgewohnheiten und dem ernährungsbedingten Gesundheitszustand der DDR-Bevölkerung sollten die zahlreichen medialen Präventionsmaßnahmen, zu denen auch HAPS zählte, entgegenwirken.

Aus dieser übergreifenden Einordnung ergibt sich die erste Forschungsfrage: Inwieweit beeinflussen versorgungspolitische Vorgaben die medial dargestellten Ernährungsweisen in den hier untersuchten Folgen der Sendereihe HAPS?

3 Medienpolitik der 1980er Jahre

Politische Instrumentalisierung der Medien in der DDR

Laut Artikel 27 der Verfassung der DDR konnte jede*r seine Meinung frei und öffentlich äußern (O.V., 1974). In diesem Verfassungsartikel wurde der Presse, dem Rundfunk und dem Fernsehen eine freiheitliche Meinungsäußerung attestiert. Dennoch gehörte es zu den Prinzipien dieser Verfassung, dass die führende Rolle der Partei bedingungs- und kritiklos anzuerkennen war. Entsprechend existierte die theoretisch gegebene Presse- und Meinungsfreiheit in Wirklichkeit nicht, sodass die staatliche Beeinflussung der Medien nicht selten bis zur Zensur reichte (Holzweißig, 1997). Folglich wurden Film und Fernsehen in der DDR neben den medialen und technischen Praktiken nicht zuletzt von politisch-ideologischen Prämissen geprägt, wobei dies in den einzelnen Jahrzehnten in einem unterschiedlich starken Ausmaß erfolgte. Das DDR-Fernsehen unterlag dabei einer zentralistischen Organisation und innerhalb dieser einer strukturellen und inhaltlichen Abhängigkeit vom politischen System. Gleichwohl ist explizit herauszustellen, dass die Akteur*innen des DDR-Fernsehens in ihrer Arbeit keineswegs mechanisch agierten und die politisch-ideologischen Vorgaben kritiklos umsetzten. Im Gegenteil, sie versuchten stets aufs Neue auszuhandeln, wo die Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeiten lagen (Steinmetz & Viehoff, 2008). Entsprechend ist zu betonen, dass unabhängig von der parteilichen Instrumentalisierung der subjektive Faktor eines jeden Fernsehhandelnden innerhalb der strukturellen Handlungsfreiräume eine maßgebliche Rolle im programmlichen Produktionsprozess besaß.

Programmpolitische Entwicklungen des DDR-Fernsehens

In den 1980er Jahren spitzten sich die ökonomischen Probleme weiter zu, die das Modernisierungsprojekt der Einheit von Wirtschafts- und Sozialpolitik (Weber, 2004) sukzessive zum Scheitern brachten. Verbunden mit einer anhaltenden politischen Repression führte dies zu einer verstärkten Unzufriedenheit der DDR-Bevölkerung (Potthoff, 1995). In diesen Rahmenbedingungen ist, zehn Jahre nach der ersten, die zweite Programmreform des DDR-Fernsehens von 1982/83 zu sehen (Dittmar & Vollberg, 2002). Eine Reform, die ganz im Zeichen der Beschlüsse des X. Parteitag der SED (Steinmetz & Viehoff, 2008) stand, mit dem das DDR-Fernsehen den Auftrag erhielt, „den Anteil und die Stückzahl der Sendungen entschieden zu erhöhen, die mit großer weltanschaulicher Tiefe, interessanter

journalistischer und künstlerischer Gestaltung und hoher Massenwirksamkeit diesen Auftrag erfüllen.“¹

Allerdings war das DDR-Fernsehen selbst in den 1980er Jahren noch weit davon entfernt, ein attraktives Informations- und Unterhaltungsmedium für seine Zuschauer*innen zu sein, die es massenhaft an das westdeutsche Konkurrenzmedium verlor. Es bestand programmpolitischer Handlungsbedarf, sodass mittels der zweiten Programmreform versucht wurde, eine „alternative Programmstruktur“ zu implementieren, durch die sich Honeckers Forderung nach mehr Unterhaltung im Fernsehen endgültig auf dem Bildschirm niederschlagen sollte (Steinmetz & Viehoff, 2008). Entsprechend dieses Anspruchs wurde in beiden Programmen die Ausstrahlung an abendfüllenden Spielfilmen, an Musiksendungen und an unterhaltenden Ratgebersendungen erhöht; der Anteil an informierenden und publizistisch-dokumentaren Sendungen nach 19.00 Uhr, mit Ausnahme der Nachrichten, hingegen zurückgefahren (Dittmar & Vollberg, 2004). In diese Zielformulierung passt auch der dem Ratgeberformat HAPS zugeordnete Sendeplatz.

Neben diesen bedeutenden programmpolitischen Änderungen wirkte sich die 1984 erfolgte Einführung des dualen Rundfunksystems in der Bundesrepublik und die damit einhergehende Angleichung an internationale Programmformate auf die Programmpolitik des DDR-Fernsehens aus (Dittmar & Vollberg, 2004). So stieg trotz der anhaltenden Konkurrenzsituation zwischen dem DDR- und dem bundesdeutschen Fernsehen ab Mitte der 1980er Jahre die Kooperation zwischen beiden Institutionen in Bezug auf den Programmaustausch. Nicht zuletzt wurde die programmliche Kooperation durch das am 6. Mai 1986 in Kraft getretene deutsch-deutsche Kulturabkommen vereinfacht. Schließlich kam es am 6. Mai 1987 zu einem Fernsehabkommen zwischen dem DDR-Fernsehen und den Sendeanstalten des öffentlich-rechtlichen Fernsehens in der Bundesrepublik (Frey-Vor, 2003).

Darüber hinaus ist für das Jahr 1987 anzuführen, dass sich Honeckers Ablehnung von Gorbatschows Reformkurs, dem die Mehrheit der Bevölkerung der DDR bejahend gegenüberstand, auch im Programm des Fernsehens niederschlug. Entsprechend nahm der Anteil an Ausstrahlungen sowjetischer Produktionen und Berichte über die Sowjetunion seit 1987 deutlich ab (Steinmetz & Viehoff, 2008). Die starre Haltung der Partei- und Staatsführung bewirkte eine Verhärtung der innenpolitischen Spannungen in der DDR. Im

Programm des DDR-Fernsehens wurde die allseits spürbare Umbruchsituation allerdings mitnichten aufgegriffen. Hier setzte man weiterhin auf unterhaltende und Rat gebende Formate, wodurch das Vertrauen der Bevölkerung in das eigene Fernsehen immer stärker sank. Auch der 40. Jahrestag der DDR am 7. Oktober 1989 wurde medial noch mit viel militärischem Pomp im Fernsehen begangen, während auf den Straßen der DDR zehntausende Menschen für Veränderungen, Reformen und Meinungsfreiheit demonstrierten. Sichtbar wurde das Ausmaß des Protests nicht zuletzt auf der Demonstration am 4. November 1989 in Ostberlin, an der mehr als 500.000 Menschen teilnahmen und Presse-, Reise-, Meinungs- und Versammlungsfreiheit sowie freie Wahlen forderten (Heydemann, 2003; Weber, 2004). Danach überschlugen sich die Ereignisse.

Durch das Ergebnis der ersten freien Wahlen im März 1990 in der DDR bahnte sich schnell der Weg für eine Vereinigung beider deutscher Staaten. Gekennzeichnet war diese von einer fast restlosen Übertragung bundesdeutscher politischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Strukturen und Reglements auf die DDR (Koch, 2014; Kowalczyk 2019). Demzufolge war diese Umbruchszeit nach 1989/90 für das DDR-Fernsehen, das nun in Deutscher Fernsehfunke (DFF) rückbenannt wurde, bis zu seiner endgültigen Abwicklung am 31.12.1991 von einer steten Dynamik gekennzeichnet. Diese drückte sich sowohl auf der inhaltlichen Ebene in neuen Gestaltungsspielräumen des Programms als auch im generellen Herausbilden neuer fernsehmedialer Formate aus.

Entsprechend dieses, in der gebotenen Kürze ausgeführten programmpolitischen Überbaus, zielt die zweite Forschungsfrage darauf ab, in welcher Art und Weise explizite Ernährungsinformationen in den vier Folgen der Sendereihe dargestellt werden und inwieweit diese rein informatorisch oder vordergründig unterhaltend aufbereitet sind. Zum ganzheitlichen Analyseprozess gehört drittens, auch danach zu fragen, wie diese Form der medialen Darstellung von Ernährungsinformationen in der Sendereihe HAPS bei den Zuschauer*innen angenommen wurde.

4 Methodisches Vorgehen

Die Analyse erfolgt auf der Materialgrundlage des Bestandes der Sendereihe HAPS, der heute im DRA lagert, und neben Sendungsmanuskripten zugleich sendungsbezogenes Schriftgut sowie 14 digitalisierte Mitschnitte der insgesamt 84 Folgen der Produktions-

jahre 1983 bis 1990 beinhaltet. Um die Entwicklung der Sendereihe im Zeitverlauf abzubilden und zugleich das Problem der Bestandslücke zwischen Februar 1984 und Oktober 1987 zu lösen, wurden anhand von Archivdossiers die Folgen „Karpfenzeit“ (Erstsendedatum (ESD): 17.04.1984), „Forelle, Spaghetti, Bowle“ (ESD: 29.12.1987), „Toast und Festtagsuppe“ (ESD: 04.04.1989) und „Radieschen, Kiwi und Paprikaschote“ (ESD: 24.04.1990) exemplarisch ausgewählt. Hierbei konnten drei von vier Sendungsmanuskripten eingesehen und zur Analyse hinzugezogen werden. Für die vierte Sendung wurde anhand des digitalen Mitschnitts ein Transkript erstellt. Die vier exemplarisch ausgewählten Folgen der Sendereihe HAPS werden filmanalytisch nach Hickethier (2012) untersucht, wobei folgende, sich aus dem theoretischen Überbau ergebende Unterfragen erkenntnisleitend sind:

FF1: Inwieweit beeinflussen versorgungspolitische Vorgaben die dargestellten Ernährungsweisen in den vier Folgen?

FF2: In welcher Art und Weise erfolgt die Darstellung expliziter Ernährungsinformationen in den vier Folgen der Sendereihe?

FF3: Wie wurde die Sendereihe vom (Ziel-)Publikum angenommen?

Hierbei orientiert sich die Untersuchung am Vorgehen von Lücke (2007), die verschiedene Kategorien explizit vermittelter Ernährungsinformationen in Fernsehformaten sowie deren Lebensmittelstruktur, also die tatsächlich für die Sendung genutzten Lebensmittel und dargestellten Ernährungsverhaltensmuster, erhoben hat. In diesem Rahmen umfassen explizit vermittelte Informationen ein weites Verständnis von Ernährung und beziehen neben Ernährungsinformationen hinsichtlich der Gesunderhaltung des Menschen auch noch solche hinsichtlich des Verbraucherschutzes, der Zubereitungstechniken und soziokultureller Aspekte mit ein. Darüber hinaus werden Informationen aus dem DRA, die Sehbeteiligung der Sendereihe betreffend, in die Analyse der einzelnen Folgen einbezogen, um die dritte Unterfrage nach der Rezeption der Sendereihe beantworten zu können. Der nachfolgend erläuterte Produktionskontext der Sendereihe identifiziert schließlich zugleich Ziele und Zielgruppen von HAPS, die zur Beantwortung aller drei Forschungsfragen bedeutsam sind.

5 Produktionskontext der Sendereihe HAPS

Entstehung

Die Sendereihe HAPS, die 1983 als eine neue Ratgebersendereihe im DDR-Fernsehen eingeführt wurde, baute auf dem monatlichen Format DER FERNSEHKOCH EMPFIEHLT auf, in dem sich Kurt Drummer in 650 Folgen in die Herzen der Zuschauenden gekocht hatte. Mit seinem Ausscheiden (u. a. aufgrund der mühseligen Zutatenbeschaffung) wurde eine nahtlose Übergangslösung für die zielgruppenspezifische Ratgeberreihe angestrebt (Becker, 2010). Die Planungsphase betrug dabei lediglich acht Monate. Die erste Konzeption von August 1982 formulierte Elke Bendin, die sowohl ein Diplom Journalismusstudium absolviert hatte, als auch eine gelernte Köchin war und für die neue Sendung als Hauptmoderatorin hervortreten sollte.²

In der letzten Folge DER FERNSEHKOCH EMPFIEHLT wurde Kurt Drummer von Elke Bendin verabschiedet, die zugleich ankündigte, dass das „zwar [...] die letzte Sendung mit dem Titel DER FERNSEHKOCH EMPFIEHLT [gewesen sei], doch [es] in Sachen Kochen [...] weitergehen [werde]. Kurt Drummer erwarten wir dann des Öfteren als Gast in unserer neuen Sendung ‚Haushalts-Allerlei praktisch serviert‘ kurz HAPS.“³ Nach nur zwei Monaten Pause zwischen den Reihen wurde die erste Folge HAPS unter dem Titel „Mischen, rühren, kneten und vieles mehr“ am 15.12.1983 ausgestrahlt. Von programm-politischer Bedeutung dieses Formats zeugt vor allem, dass der Sendeplatz vom Nachmittag auf den Abend (19.00 Uhr) verlegt wurde. Thematisch standen in der Pilotfolge vor allem praktische Haushaltstipps und weniger eine gesunde Ernährung im Fokus; doch bereits ab der zweiten Folge überwogen ernährungs-bezogene Themen.⁴

Ziele und Zielgruppen der Sendereihe

Die Ratgebersendereihe HAPS verfolgte das Ziel, den Zuschauenden eine gesundheitsfördernde und ausgewogene Ernährung anzutragen. Im Fokus stand dabei die Aufklärung über ernährungsphysiologische Eigenschaften von Nahrungsmitteln (u. a. Nähr- und Wirkstoffgehalt) sowie „rationelle, lebensmittel-schonende, und wirkstoffhaltende Zubereitungsmethoden.“⁵ Daneben sollten „Kenntnisse über moderne Haushaltsführung (einschließlich Vorrats-haltung)“⁶ vermittelt und „bedarfsgerecht und bedürfnissteuernd über küchentechnische Geräte

(einschließlich Haushaltswaren wie Töpfe und Geschirr)“⁷ informiert werden. Des Weiteren war es wichtig, saisonal bedingte Verfügbarkeiten im Rahmen einer Nachfragesteuerung angebotsgerecht in der Sendereihe zu berücksichtigen. Dagegen versuchte sich die Redaktion zunächst zu wehren, denn, so hieß es im Antrag auf Normativänderung, „durch die Blockproduktion [sei] nicht gewährleistet“⁸, Waren-schwemmen immer mit einbeziehen zu können. In der darauffolgenden Festlegung zur Pilotsendung ist die Einbeziehung der Versorgungssituation allerdings klar abzulesen: „Für die Erhöhung des Neuwertes wurden eine Reihe von Anregungen gegeben, die nach gründlicher Recherche in Radebeul und im Ministerium für Handel und Versorgung abgestimmt werden.“⁹ Überdies gehörte es zu den Aufgaben der Sendereihe, auf „Besonderheiten, Sitten und Gebräuche in Bezug auf Eßkultur und Eßgewohnheiten [sic]“¹⁰ hinzuweisen, um damit nicht zuletzt die kulturelle Bildung der Zuschauer*innen zu stärken.

Die Sendereihe richtete sich dabei explizit an Zuschauer*innen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren. Als besondere Zielgruppe galten junge Ehepaare, auf die man glaubte, nachhaltig einwirken zu können, da sie als weitgehend unbedarft in Küche und Haushalt galten.¹¹ Diese Zielgruppe sowie ältere Bürger*innen wurden über die Visualisierung des Intros direkt zu Beginn der Sendereihe angesprochen (siehe Abbildung 1).



Abbildung 1. Splitscreen Image aus HAPS Intro.

Entsprechend der Zielrichtung der Sendereihe wurde angedacht, deren Aufbau in Magazininform mit zwei Moderierenden zu gestalten. Eine*r sollte dabei durch die einzelnen Sendungen führen und die jeweiligen Themenstränge zusammenhalten, während der/die Zweite als „Spezialist*in“ für Ernährungsforschung und/oder Lebensmittelchemie in der Lage sein sollte,

den Zuschauenden verständliche und vielfältige gesundheitsbezogene Elemente zu vermitteln.¹² Für den Co-Moderator fiel die Wahl aus 19 Bewerber*innen auf den Arzt und Anästhesisten Dr. Bernd Freitag, was den Sendungsfokus auf ernährungsbezogene Gesundheitsaufklärung unterstrich, obwohl dessen professioneller Hintergrund ein etwas anderer war, als im ursprünglichen Konzept angedacht.¹³

Hinsichtlich der Gestaltungsform der jeweiligen Folgen ist darzutun, dass diese entweder einer reinen Studioproduktion entsprach oder eine hybride Form aus Studio- und externen Aufnahmen darstellte. Maßgeblich für die externen Aufnahmen war, dass die Gestaltungsform den Authentizitätscharakter des Gezeigten herausstreichen und für die Zuschauenden einen zusätzlichen Informationswert bieten sollten.¹⁴ Zwar wollte man sich mit dem neuen Format von DER FERNSEHKOCH EMPFIEHLT abheben, aber auch in HAPS spielte das Darbieten von Kochanleitungen und das Umsetzen dieser im Studio eine maßgebliche Rolle. Die Rezepte sollten entweder von einem/einer ausgebildeten und renommierten „Koch/Köchin“ oder von jemanden, der in seiner Freizeit gern und viel kochte, zubereitet werden.¹⁵ Überdies war es hinsichtlich der Gestaltung der Sendereihe erwünscht, grafische Elemente einzusetzen, die sowohl einen unterhaltenden als auch informativen Charakter besaßen.

Angestrebt wurde ferner, in jede Sendung einen Geschenk-Tipp in Form einer kulinarischen Kleinigkeit zu platzieren sowie eine Kaufinformation zu geben.¹⁶ Die Themenplanung für das erste vollständige Produktionsjahr 1984 sah nach handschriftlichen Änderungen wie folgt aus: Karpfen (Januar), Haushaltschemie (Februar), Tee (März), Eier (April), Staubsauger (Mai), Teigwaren (Juni), Konservierungsmöglichkeiten (Juli), Kochen mit Blumen (August), Quark (September), Brot (Oktober), Geflügel (November), Mixgetränke (Dezember).¹⁷ Einige dieser Themen fanden deckungsgleich mit der Planung ihre Umsetzung, andere zogen sich in abgewandelter Form durch verschiedene Folgen der Sendereihe. So spielten küchentechnische Geräte schließlich eine wiederkehrende Rolle. Das Thema „Früchte aus eigenem Garten“ wurde in Verbindung mit Konservierungsmöglichkeiten im August 1984 sowie August 1989 als Vorschläge für Menschen mit Diabetes neu aufgelegt. Als Beispiel für das „Reagieren auf Warenschwemmen“ aus dem Themen- und Sendeplan kann das Aufgreifen der Thematik „kubanische Apfelsinen“ angeführt werden. Insgesamt lässt dieser Einblick in

die Themensetzung erkennen, dass die Inhalte der Sendereihe einen eindeutigen Ernährungsbezug aufweisen.

6 Untersuchungsergebnisse

FF1: Dargestellte Ernährungsweisen als Abbild der Versorgungssituation

In den Zielsetzungen zur Sendereihe wurde festgeschrieben für die Themen der einzelnen Folgen bestimmte Warenschwemmen zu berücksichtigen, sodass mit entsprechenden Themensetzungen der Absatz großer saisonaler Aufkommen von Nahrungsmitteln gefördert werden konnte. Aufgrund der Untersuchung ist als erstes Ergebnis zu konstatieren, dass sich dieses versorgungspolitische Ziel in den hier analysierten Folgen widerspiegelt. Das zeigt sich beispielsweise in den Folgen, in denen das Thema „Fisch“ im Fokus steht und sich die Wahl der Fischarten an der aktuellen Marktlage in der DDR orientierte. So wird in der Folge „Karpfenzeit“ (ESD: 17.04.1984) ganz bewusst der Karpfen als einheimischer Speisefisch mit einem hohen Nährwert propagiert, als zeitlich auch in der DDR begonnen wurde, diese Fischart in entsprechenden Fischproduktionsanlagen zu züchten (siehe Tabelle 1). Dies zeigt sich u. a. in dem von Elke Bendin mit Prof. Dr. Günter Predel (Leiter des Instituts für Binnenfischerei) geführten Vorortinterview der Folge, in dem Predel explizit herausstellt, dass aufgrund moderner Fischproduktionsanlagen der Karpfen zukünftig der DDR-Bevölkerung in ausreichender Menge als Lebensmittel zur Verfügung stehen werde.¹⁸

Timecode	Sendungselement
10:00:00	Vorspann
10:00:34	Begrüßung/Anmoderation und thematische Einführung
10:04:52	Beitragselement „Institut für Binnenfischerei“
10:07:24	Kochelement „Karpfen blau“
10:13:43	Wissenselement „Fisch ist gesund“/Geschichte des Karpfens
10:19:10	Kochelement „Ungarische Karpfensuppe“
10:21:32	Ratgeberelement Fischbesteck und Getränke zu einem Fischgericht
10:24:00	Zuschauerelement „HAPS antwortet auf Zuschauerpost“
10:25:00	Abspann

Tabelle 1. Übersicht Sendungselemente Folge "Karpfenzeit" vom 17.04.1984.

Analog dazu werden in den einzelnen Folgen zumeist Produkte abgebildet, die in der DDR erwerbbar waren oder selbst angebaut werden konnten, wie frische Kräuter, Wurzelgemüse, Tomaten oder grüne Gurken. Gleichwohl werden in den Folgen auch in der DDR selten erhältliche Früchte platziert, wie zum Beispiel die Pampelmuse, die Ananas oder die Kiwi. Dies zeigt sich allerdings erst in den Folgen der Sendereihe, die ab 1987 produziert wurden.

Als weiteres Ergebnis ist anzuführen, dass in den analysierten Folgen eine ausgewogene Ernährung unter Einsatz verschiedener Gemüsesorten sowie Milch- und Getreideprodukten eine tragende Rolle einnimmt (siehe Abbildung 2). Dementsprechend wird beispielsweise in der 80. Folge „Radieschen, Kiwi und Paprikaschote“ (ESD: 24.04.1990) die vegetarische Ernährungsweise als Alternativvariante anhand der Zubereitung einer vegetarisch gefüllten Paprikaschote vorgestellt. Diesbezüglich können ebenfalls die beiden Folgen angeführt werden, in denen der Fisch als gesundheitsfördernder Ernährungsbestandteil im Mittelpunkt steht. Weiterhin ist darzutun, dass in keiner der vier Sendungen zuckerhaltige Lebensmittel in Form von Süßwaren zum Einsatz kommen. Als Geschmacksträger dienen entsprechend der offiziellen Ernährungsempfehlung vor allem Gewürze, frische Kräuter und Joghurt, aber auch fetthaltige Milchprodukte wie Sahne und Butter. Allerdings verweisen die beiden Moderator*innen bei der Verwendung fetthaltiger Milchprodukte stets darauf, diese nur in geringen Mengen zu verarbeiten, was gesundheitspräventiv motiviert sein kann, aber auch auf die zuweilen beeinträchtigte Verfügbarkeit von Milchprodukten zurückgeführt werden kann.

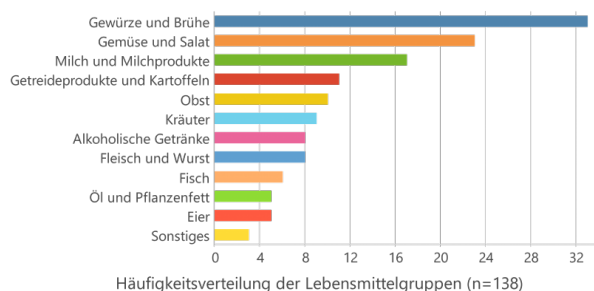


Abbildung 2. Analysierte Lebensmittelstruktur der ausgewählten HAPS Folgen.

Ein weiteres Indiz für die Erfüllung der Zielvorgabe, den Zuschauer*innen eine gesundheitsfördernde und ausgewogene Ernährung anzutragen, ist, dass Fleisch und Wurstwaren in den einzelnen Folgen nur marginal verwendet werden. Einzige Ausnahme bildet hierbei die Folge „Toast und Festtagssuppe“ (ESD: 04.04.1989), in der fettreiche Lebensmittel wie Hackfleisch und Leberwurst als Grundlage für die vorgestellten Rezepte dienen (siehe Tabelle 2).

Auch die in der Themenwahl der Sendung sichtbar werdende Diversität von Lebensmittelgruppen ist ein Indiz für gesundheitsfördernde Implikationen im Sinne einer ausgewogenen Ernährung. Dementgegen ist anzuführen, dass trotz der Vermittlung einer gesund-

heitskonformen Ernährung in drei von vier Folgen alkoholische Getränke abgebildet werden. So werden beispielsweise in den Folgen, in denen Fisch als gesundheitsförderndes Lebensmittel im Mittelpunkt der Betrachtung steht, zugleich Weinempfehlungen gegeben. Diesbezüglich ist jedoch einzuräumen, dass das der Ernährungsempfehlung vom Ministerium für Gesundheitswesen der DDR in dieser Zeit entsprach, in der es heißt: „Alkohol ist in unserer Ernährungs- und Lebensweise beliebt. [...] Gegen den geringen Genuß [sic] alkoholischer Getränke bei gesunden Erwachsenen ist nichts einzuwenden“ (Gaßmann & Ketz, 1986, S. 11).

Timecode	Sendungselement
10:00:00	Vorspann
10:00:34	Begrüßung/Anmoderation
10:01:20	Kochelement „Überbackene Toasts“
10:09:00	Interview (inkl. historische Wissenselemente)
10:14:12	Kochelement „Alt-Märkische Festtagssuppe“
10:22:26	Abmoderation/Vorschau
10:23:20	Abspann

Tabelle 2. Übersicht Sendungselemente Folge "Toast und Festtagssuppe" vom 04.04.1989.

Blickt man allerdings auf die Häufigkeitsverteilung der Lebensmittelgruppen in den untersuchten Folgen und die Aufschlüsselung der konkret verwendeten 138 Nahrungsmittel in Form einer Wortwolke (siehe Abbildung 3), erhält man einen detaillierteren Einblick in die hier vermittelte Lebensmittelstruktur.



Abbildung 3. Wortwolke der verwendeten Lebensmittel in den ausgewählten HAPS Folgen (n = 138).

Zu erkennen ist, dass Grundgewürze wie Pfeffer (11) und Salz (7) die Liste anführen. Zudem werden landestypische frische Kräuter, wie Petersilie, in den Folgen genauso häufig gezeigt wie das eher kalorienreiche Lebensmittel Sahne. Entsprechend der bisher konstatierten Ergebnisse ist für die erste Untersuchungsfrage bilanzierend festzuhalten, dass die in den Folgen präsentierten Lebensmittel und

zubereiteten Gerichte das Ziel der Sendereihe, leicht nachkochbare, gesunde Rezepte ohne fettreiche Lebensmittel vorzuführen, nur teilweise erfüllen. Dagegen korrespondiert in den hier untersuchten Folgen die jeweils aktuelle Versorgungssituation in der DDR weitestgehend mit den spezifisch fokussierten und verwendeten Lebensmitteln.

FF2: Art und Weise der Darstellung expliziter Ernährungsinformationen

„Esst mehr Karpfen!; „Fisch ist gesund.“¹⁹ Durch derartige Ernährungsappelle versuchen die Moderator*innen in der Folge „Karpfenzeit“ (ESD: 17.04.1984) die Zuschauenden zu einem höheren Fischverzehr zu motivieren. Mit der Folge, in der sich alles rund um das Thema Fisch dreht, verfolgte die Redaktion das Ziel, den Karpfen als einheimischen und gesunden Speisefisch zu etablieren (siehe Tabelle 1).²⁰

Neben solch expliziten Appellen werden in den hier untersuchten Folgen visuelle Wissens Elemente eingesetzt, um die gesundheitlichen Vorteile bestimmter Lebensmittel herausstellen zu können. Beispielhaft ist hierzu der Einsatz eines Magnetafelbilds anzuführen, anhand dessen Bernd Freitag erläutert, welche gesundheitsfördernden Aspekte der Karpfen besitzt (siehe Abbildung 4).

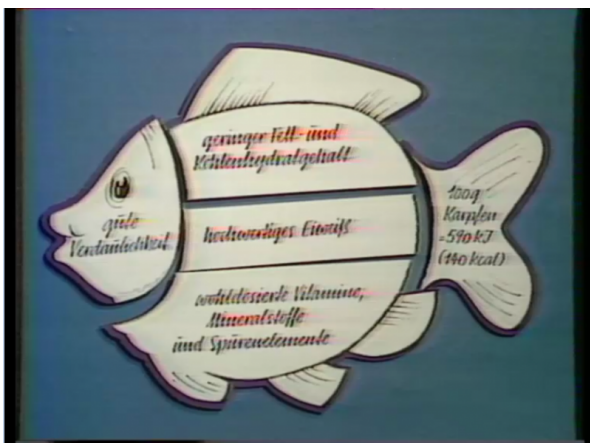


Abbildung 4. Magnetbild eines Karpfens aus HAPS Folge vom 17.01.1984 (TC: 10:14:56).

In ähnlicher Weise werden explizite Ernährungsinformationen in der Folge „Radieschen, Kiwi und Paprikaschote“ (ESD: 24.04.1990) (siehe Tabelle 3) vermittelt, die bereits unter veränderten fernsehpolitischen Bedingungen nach 1989/90 produziert und ausgestrahlt wurde. Hier besucht die Moderatorin Elke Bendin das westdeutsche Pendant-Format CLUB

VITAL (Sendung des Bayerischen Rundfunks) und interviewt den Fernsehkoch Max Inzinger, der durch die Sendereihe des ZDF „DER FERNSEHKOCH“ sowohl west- als auch ostdeutschen Fernsehzuschauenden bekannt war. Inzinger bereitet eine vegetarisch gefüllte Paprikaschote zu.

Timecode	Sendungselement
10:00:00	Vorspann
10:00:34	Begrüßung/Anmoderation
10:01:07	Interviewbeitrag Club VITAL
10:05:20	Kochelement „Gefüllte Paprikaschote“
10:10:05	Rezepteinblendung mit Off
10:11:24	Wissenselement: Literaturverweis „Die Bürgerliche Köchin“
10:12:21	Wissenselement: Kleidermotte
10:15:27	Ratgeberelement: Radieschen
10:19:11	Ratgeberelement: Kiwi
10:21:53	Abmoderation/Vorschau
10:22:10	Abspann

Tabelle 3. Übersicht Sendungselemente Folge „Radieschen, Kiwi und Paprikaschote“ vom 24.04.1990.

Das einzige Kochelement dieser Folge trägt dabei den Titel „Das besondere Rezept für HAPS“ und bezeugt den Austausch zwischen dem DDR-Fernsehen und dem Bayerischen Rundfunk. Dies zeigt, dass das oben benannte deutsch-deutsche Kulturabkommen, das Ende der 1980er Jahre zwischen dem DDR-Fernsehen und den öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten in der Bundesrepublik verabschiedet worden war, in der sogenannten Transformationszeit fortgesetzt wurde. Inzinger formuliert im Interview vor allem Ich-Botschaften und bringt das Thema „bilanzierte Ernährung“ mittels seines eigenen Erfahrungsschatzes ins Gespräch ein: „Auch ich esse mal, wenn ich danach Lust habe, eine Schweinshaxe. Nur weiß ich halt, dass man die Tage danach das Ganze wieder in eine vernünftige Bilanz bringen muss.“²¹ Darüber hinaus fällt im Verlauf des Interviews drei Mal der Begriff „Gesundheitsküche“, es wird zwei Mal von „gesunder Ernährung“ und noch spezifischer von „gesunder Mischkost“ gesprochen. Dementsprechend wird in dieser Folge sowohl das Sendungsziel von HAPS als auch das Motto von CLUB VITAL hinsichtlich einer „aktiven Gesundheitsvorsorge“ durch „richtige Ernährung“ und einer „sinnvollen und fröhlichen Bewegung“ vermittelt.²²

Als ein weiteres Beispiel dafür, wie in der Sendereihe den Zuschauenden explizite Ernährungsinformationen vermittelt werden, ist die Herausstellung gesundheitsfördernder Aspekte von Vitaminen in bestimmten Lebensmitteln anzuführen. So verweist Inzinger während der Demonstration der Zubereitung von Paprikaschoten auf den hohen Vitamin C-Gehalt der Paprika. Bernd Freitag betont ein paar Sequenzen

später, dass die Kiwi einen weitaus höheren Vitamin C-Gehalt habe, als die Zitrone und die schwarze Johannisbeere. Folglich schließt er mit dem Fazit: „Kiwi schmeckt nicht nur gut, sondern ist auch gesund.“²³

Neben den benannten verbalen und visuellen Botschaften, die explizit auf die Gesunderhaltung der Bevölkerung rekurrieren, sind in den untersuchten Folgen ähnlich viele soziokulturelle Informationen auszumachen. Diese liefern zum einen wichtige Hintergrundinformationen zu den dargestellten Lebensmitteln und Rezepten, und zum anderen sind sie für die Rahmung der ernährungsphysiologischen Informationen von Bedeutung. Beispielsweise wird in „Karpfenzeit“ (ESD: 17.04.1984) ein Einblick in die Geschichte der Kulinarik dieses Speisefisches gegeben und für den richtigen Verzehr von Fisch auf die Verwendung von Fischbesteck verwiesen. Darüber hinaus dienen die hier ausgemachten soziokulturellen Inhalte der Aufklärung über die Herkunft bestimmter Lebensmittel und/oder Gerichte, wie in „Toast und Festtagssuppe“ (ESD: 04.04.1989), in der Bernd Freitag den Zuschauer*innen die Begriffsherkunft von Toast erläutert.

Der Konzeption von HAPS entsprechend werden in den hier untersuchten Folgen auch Methoden der schonenden Lebensmittelverarbeitung und -lagerung vorgestellt. Dies erfolgt beispielsweise in den Folgen „Karpfenzeit“ (ESD: 17.04.1984) und „Forelle, Spaghetti, Bowle“ (ESD: 29.12.1987), in denen der Fisch als gesundes Lebensmittel im Fokus steht. So stellt Elke Bendin deutlich heraus, dass durch das Garen respektive Grillen des Fisches in Folie dessen Nährstoffe erhalten bleiben. Ebenso plädiert Bendin in der Folge „Radieschen, Kiwi und Paprikaschote“ (ESD: 24.04.1990) dafür, darauf zu achten, saisonales Gemüse, wie zum Beispiel Radieschen, zu kaufen, um die bestmögliche Lebensmittelqualität zu erhalten.

Desgleichen konnten für die hier untersuchten Folgen Verbraucherschutzinformationen eruiert werden. Auch diese gehören zu den expliziten Ernährungsinformationen. Hierzu zählt sowohl das Aufzeigen der richtigen Lagerung bestimmter Lebensmittel wie Fisch, Gemüse und Obst als auch deren Frischhaltung. Zum Beispiel wird in „Forelle, Spaghetti, Bowle“ (ESD: 29.12.1987) geraten, Fisch zur richtigen Frischhaltung in ein feuchtes Tuch zu wickeln.²⁴ In „Radieschen, Kiwi und Paprikaschote“ (ESD: 24.04.1990) ergeht der Hinweis, dass eine Kiwi sieben bis zehn Tage im Gemüsehof des Kühlschranks aufbewahrt werden könne.²⁵

Im Ergebnis ist somit festzuhalten, dass in allen vier Sendungen narrative als auch visuelle Elemente der Vermittlung expliziter Ernährungsinformationen identifiziert werden konnten. Allerdings muss hierzu ergänzend angeführt werden, dass in den Folgen der zweiten Hälfte der 1980er Jahre die informativen, eher gesundheitsfördernden Aspekte gegenüber den unterhaltenden Aspekten, die zumeist in den soziokulturellen Elementen zum Tragen kommen, in den Hintergrund treten. So wurde ab dem Jahr 1987 eine neue unterhaltende Rubrik mit dem Titel „Prominente kochen bei HAPS“ in die Sendereihe aufgenommen, in der bekannte Kunst- und Kulturschaffende der DDR ihre Lieblingsgerichte zubereiten. Beispielsweise ist in der Folge „Forelle, Spaghetti, Bowle“ (ESD: 29.12.1987) der in der DDR bekannte Zauberkünstler Dr. Peter Kersten zu Gast und bereitet mit Hilfe seiner magischen Tricks sehr unterhaltsam „Spaghetti Carbonara“ zu – ein Gericht, das durch die dafür notwendigen Lebensmittel wie Speck und Sahne nicht per se zu einer gesundheitsfördernden Ernährung beiträgt (siehe Tabelle 4).

Timecode	Sendungselement
10:00:00	Vorspann
10:00:34	Begrüßung/Anmoderation und thematische Einführung
10:01:28	Prominente kochen: Intro zu Dr. Peter Kerstens
10:02:22	Wissenselement: Forellenarten und Herkunft
10:07:07	Kochelement „Gekochte Forelle“
10:10:10	Ratgeberelement: das Frischhalten und Verarbeiten von Forellen
10:12:50	Kochelement „Forelle en papillote“
10:16:14	Wissenselement: Geschichte der Forelle
10:19:10	Prominente kochen: Kerstens kocht Spaghetti Carbonara
10:23:10	Kochelement „Curacaobowle“
10:25:00	Abspann

Tabelle 4. Übersicht Sendungselemente Folge „Forelle, Spaghetti, Bowle“ vom 29.12.1987.

Von der Zurückdrängung informatorischer, gesundheitsfördernder Aspekte gegenüber einer zunehmend unterhaltenden Ausrichtung der Sendereihe zeugen zudem Talk-Elemente mit dem beliebten ostdeutschen Fernsehkoch Kurt Drummer in „Toast und Festtagssuppe“ (ESD: 04.04.1989). Durch diese subtilere Form der Vermittlung von beabsichtigten Ernährungsbotschaften sollten, so steht zu vermuten, mehr Zuschauer*innen erreicht und an das Format gebunden werden (vgl. hierzu auch FF3: Rezeption). Gesundheitsbezogene Ernährungsinformationen wurden darüber hinaus vorwiegend narrativ und weniger über die visuelle Ebene vermittelt. Davon auszunehmen sind wenige Anschauungstafeln wie in „Karpfenzeit“ (ESD: 17.04.1984) und die in jeder Folge implizierten Rezepteinblendungen inklusive der Kalorienangaben nach jedem Kochelement. Dieses Ergebnis der Analyse ist als Wandel in der Darstellung von ernährungsbezogener Gesundheitsaufklärung im Fernsehen zu

konstatieren. Festzuhalten ist, dass dieser Wandel mit dem medienpolitischen Fakt korreliert, auf mehr Unterhaltung im Programm im Allgemeinen und mehr unterhaltende Elemente in den einzelnen Sendungen im Rahmen der medienpolitischen Entwicklungen ab der Mitte der 1980er Jahre zu setzen.

FF3: Rezeption

Der Rezeptionskontext der Sendereihe HAPS kann aus verschiedenen Quellen wie den Daten zur Sehbeteiligung, den Leser*innenzuschriften und der begleitenden Medienberichterstattung rekonstruiert werden. Die Sehbeteiligung ergab sich aus einer wöchentlichen Zufallsbefragung, für die Adressen aus 15 Städten und 14 Landgebieten gelost wurden. Die Folge der Sendereihe „Karpfenzeit“ (ESD: 17.04.1984) erreichte einen schlechteren Sehbeteiligungswert (7,0) als die Pilotfolge.²⁶ Ein Ergebnis, das womöglich mit dem für einige Zuschauenden eher enttäuschenden Auftakt zusammenhing, was u. a. ein in der Fernsehzeitschrift „FF-Dabei“ abgedruckten Leserbrief vom 15. Januar 1984 aufzeigt, der von Ernst Ludwig aus Dresden stammt. Er äußert sich folgendermaßen: „Wenn in 25 Sendeminuten nicht mehr mitgeteilt wird – von drei m. E. uninteressanten Rezepten und etwas Nostalgie abgesehen –, als daß [sic] ein Rührmixgerät der Gebrauchsanweisung entsprechend zu handhaben sei, und daß man es (Gipfel der Naivität) im Falle eines Defektes zur Reparatur bringen muß [sic], dann ist das gelinde gesagt eine Zumutung.“²⁷

Die Folge „Forelle, Spaghetti, Bowle“ (ESD: 29.12.1987) kam dagegen auf einen Sehbeteiligungswert von 13,4, der bezüglich dieser Extraausgabe anlässlich des Jahreswechsels im Vergleich auch ein eher ernüchterndes Ergebnis darstellte. Für die Folge „Toast und Festtagssuppe“ (ESD: 04.04.1989) ist ein ähnlicher Sehbeteiligungswert von 14 zu verzeichnen. In Bezug auf die Sehbeteiligung kann zusammenfassend angeführt werden, dass diese mit einer Folge am 26.01.1988 einen Höchstwert von 20,8 erreichte. In den davor und danach ausgestrahlten Folgen lag der Wert etwas niedriger, wobei sowohl zu Beginn der Ausstrahlung der Sendereihe als auch an deren Ende jeweils nur ein Sehbeteiligungswert unter 10 erreicht wurde. Die letzte Folge der Sendereihe vom 28.08.1990 kam lediglich auf einen Wert von 3,4. Solche Niedrigwerte wurden im Produktionsverlauf sonst nur bei Wiederholungen gemessen.²⁸ Im Kurvenverlauf lässt sich somit nachzeichnen, dass HAPS 1988 die größte Beliebtheit bei den Zuschauenden erfuhr. Die für die Sendereihe zu dieser

Zeit hohe Sehbeteiligung kann letztlich auf das Implizieren von zusätzlichen Unterhaltungselementen wie das seit 1987 wiederkehrende Element „Prominente kochen bei HAPS“ oder längere Interviewsequenzen wie in der Folge „Toast und Festtagssuppe“ (ESD: 04.04.1989) mit Kurt Drummer zurückgeführt werden. Dagegen ist der starke Abfall der Sehbeteiligung nach der Zäsur von 1989/90 mit dem nun allen uneingeschränkt zur Verfügung stehenden und ausdifferenzierteren Medienangebot zu erklären.

Neben den Sehbeteiligungsdaten geben die dokumentierten Zuschriften der Zuschauenden einen Einblick in die Rezeption der Sendereihe. 61 solcher Zuschriften gingen nach der März-Sendung aus dem Jahr 1984 bei der Redakteurin Traute Höschel ein. In diesen äußerten die Zuschauenden überwiegend Zustimmung zur neuen Ratgebersendereihe, formulierten Haushaltsfragen und übten vor allem konstruktive Kritik an der schnellen Abfolge der einzelnen Sendungselemente, die kaum Zeit zum Mitschreiben ließe.²⁹ Über die Ausstrahlung hinaus erfolgte zumindest nachweislich im Jahr 1988 eine Begleitkommunikation in Form von Eventbeteiligungen wie beim Solidaritätsfest für Journalist*innen im Rostocker Zoo, wo Bendin „HAPS-Töpfe und Rezepte“ präsentierte.³⁰ Veranstaltungen wie diese, auf denen die Identifikationsfiguren der Fernsehsendung direkten Kontakt mit den Zuschauenden ermöglichten, können als ein Versuch verstanden werden, die Wahrnehmung von Authentizität für die Ernährungsbotschaften der Sendereihe herzustellen und über den direkten Kontakt zu den Figuren der Sendereihe die Zuschauerbindung zu stärken. Die Vorbildfunktion der HAPS Moderator*innen wurde ebenfalls in DDR-Pressetiteln durch Attribute unterstrichen wie „schlanker Arzt“ oder durch den Hinweis, dass Bendin kalorienarme Rezepte in der Sendungskonzeption favorisierte, wollte „doch auch sie überflüssige Pfunde loswerden.“³¹

Die verschiedenen Quellen deuten darauf hin, dass die Ratgebersendereihe HAPS von einem interessierten Publikum wahrgenommen wurde, das sich von Unterhaltungselementen binden lassen konnte, sich aber von einer zu starken Propagierung der Gesundheitsthemen und Hervorhebung von VEB-eigenen Produkten oder in der DDR nur schwer zu erwerbenden Waren auch kritisch äußerte.

7 Fazit

Die Ratgebersendereihe HAPS ist als Teil einer gesundheitspolitischen Strategie der SED einzuordnen,

die mit Beginn der 1970er Jahre auf den Weg gebracht wurde und darauf abzielte, althergebrachte Ernährungsmuster aufzubrechen und ein gesundheitsbewussteres Ernährungsverhalten in der Bevölkerung zu etablieren. Der Einbezug des DDR-Fernsehens in diese Strategie sollte einem breiten Publikum eine gesundheitsfördernde Ernährung im Zusammenhang mit einer lebensmittelschonenden Zubereitungsweise vermitteln, um sukzessiv zu einem veränderten Ernährungsverhalten in der Bevölkerung beizutragen.

Die hier vorgenommene Analyse legt zwar die durch die Fernsehmachenden intendierten gesundheitsfördernden Ernährungsbotschaften offen, lässt aber im Rückschluss auf die Wirkung dieser Botschaften nur Vermutungen zu. Archivierte Zuschriften von Zuschauenden deuten allerdings darauf hin, dass sich die DDR-Bevölkerung von zu Phrasen erstarrten, ideologisierten Formeln innerhalb der Sendereihe nur schwer überzeugen ließ, ihr Ernährungsverhalten zu ändern. Wohl in diesem Zusammenhang wurde im Verlauf der zweiten Hälfte der 1980er Jahre dazu übergegangen, in der Sendereihe statt direkter und formelhafter Aufforderungen, wie „Esst mehr Fisch.“, auf eine indirekte und unterhaltende Art der Vermittlung von Ernährungsinformationen zu setzen. Dieser Wandel korrelierte wiederum mit den im Verlauf der 1980er Jahre vorwiegend auf Unterhaltung setzenden fernsehpolitischen Entscheidungen, durch die versucht wurde, der Abwanderung der Zuschauenden hin zu den westdeutschen Fernsehprogrammen entgegenzutreten. Insgesamt ist hinsichtlich der Wirkung der vermittelten Botschaften in der Sendereihe eine punktuelle gesundheitsfördernde Wirksamkeit anzunehmen, da den Zuschauenden in der Sendereihe ein bunter Strauß an gesundheitsfördernder Ernährung gepaart mit wertvollen Tipps zur Verarbeitung und Haltbarmachung der Lebensmittel präsentiert wurde. Die aus der Quellenbasis erkennbare Akzeptanz der Sendereihe lässt sich vor allem auf die fachliche Kompetenz und Authentizität der Sendungsakteur*innen (Elke Bendin und Dr. Bernd Freitag) sowie auf den kontinuierlichen Einsatz der Leitfigur für die gute Küche in der DDR, Kurt Drummer, und eine beständige monatliche Ausstrahlung zurückführen.

Die Analyseergebnisse der hier untersuchten Folgen zeigen deutlich, dass sich die Produktion der Ratgebersendereihe HAPS auf einem schmalen Grat zwischen politisch erwünschter ernährungsbezogener Gesundheitsaufklärung und wirtschaftlicher Absatzregulierung bewegte. Der Einbezug agrarwirtschaft-

licher Leistungen sowie die Hervorhebung von Küchenutensilien aus volkseigener Produktion konnte in allen vier ausgewählten Folgen der Sendereihe identifiziert werden.

Eine derartige ernährungsbezogene Produktplatzierung außerhalb direkt erkennbarer Werbung, wie sie in der DDR-Ratgebersendereihe ausgemacht wurde, ist heute sowohl in fiktionalen Inhalten und Reality-Formaten des Fernsehens als auch in Social-Media-Formaten wie beispielsweise in Videos diverser Influencer*innen gängige Praxis. Es bleibt hierbei zu klären, ob in besagten Formaten die Gesundheitsförderung zugunsten marktwirtschaftlicher Interessen in den Hintergrund tritt. Die Berücksichtigung unterschiedlicher Zielstellungen von Politik, Wirtschaft und Medien bittet Untersuchungen gesundheitspräventiver Maßnahmen in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext ein und kann daher für zukünftige Forschung empfohlen werden.

Quellen- und Literaturverzeichnis

Alle zitierten Manuskripte entstammen dem Deutschen Rundfunkarchiv in Potsdam-Babelsberg. Wir danken Dr. Jörg-Uwe Fischer und Maximilian Seiler für die kompetente Auskunft und die Bereitstellung der Akten.

Appel, A. J. (2000). Patentrezept per TV. Die Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen in einschlägigen Informations- und Ratgebersendungen des deutschen Fernsehens. In D. Jazbinsek (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation* (S. 96-114). Wiesbaden: Springer VS.

Becker, S. (2010). *Kochsendungen in der Bundesrepublik Deutschland und in der DDR. Clemens Wilmenrods „Bitte in zehn Minuten zu Tisch“ und Kurt Drummers „Der Fernsehkoch empfiehlt“ im Vergleich.* Nordwestdeutsche Hefte zur Rundfunkgeschichte, Heft 8. Verfügbar unter: <https://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2018/76256/pdf/e8619a96b3c9cb717e12d74c0ec9d80bd31e4d05.pdf>

Binder, A., & Matthes, J. (2020): Ernährungsbotschaften in den Medien. Persuasive Strategien und deren Wirkung auf Kinder. In J. Godemann & T. Bartelmeß (Hrsg.), *Ernährungskommunikation. Interdisziplinäre Perspektiven – Kontexte – Methodische Ansätze* (S. 1-17). Wiesbaden: Springer VS.

- Bonfadelli, H., & Friemel, T. N. (2020). *Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen*. Köln: Herbert von Halem Verlag.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1993). *Daten des Gesundheitswesens*. Ausgabe 1993. Baden-Baden: Nomos.
- Dietrich, G. (2018). *Kulturgeschichte der DDR. Band III 1977-1990*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dittmar, C., & Vollberg, S. (Hrsg.) (2002). *Die Überwindung der Langeweile? Zur Programmentwicklung des DDR-Fernsehens 1968 bis 1974*. Leipzig: Leipziger Universitätsverlag.
- Dittmar, C., & Vollberg, S. (Hrsg.) (2004). *Alternativen im Fernsehen? Die Programmentwicklung 1981 bis 1985*. Leipzig: Leipziger Universitätsverlag.
- Drummer, K., & Muskewitz K. (1965-1981). *Kochkunst aus dem Fernsehstudio*. Leipzig: Fachbuchverlag Leipzig.
- Faulstich, W. (2002). *Einführung in die Medienwissenschaft. Probleme – Methoden – Domänen*. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Frey-Vor, G. (2003). *Rundfunk in Ostdeutschland*. Konstanz: UVK.
- Gaßmann, B. & Ketz, H.A. (1986): *Ernährungsempfehlungen*. Berlin: Verlag Volk und Gesundheit.
- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., Signorielli, N., & Shanahan, J. (2002). Growing up with Television. Cultivation Processes. In J. Bryant & D. Zillmann (Hrsg.), *Media effects. Advances in theory and research* (S. 43-68). New York: Routledge.
- Grings, M. (1991). Der Nahrungsmittelverbrauch in der ehemaligen DDR. Mögliche Struktur- und Kaufkrafteffekte des Abbaus der Preissubventionen. In S. Merl & E. Schinke (Hrsg.), *Agrarwirtschaft und Agrarpolitik in der ehemaligen DDR im Umbruch. Referate einer Konferenz zur DDR-Landwirtschaft. Osteuropastudien der Hochschulen des Landes Hessen* (S. 178-194). Berlin: Duncker & Humblot.
- Heinzelmann, U. (2014). *Beyond Bratwurst. A History of Food in Germany*. London: Reaktion Books.
- Hertel, U., & Bertram, A. (1999). Von "Wasser-Heften" und "Männer-Magazinen". In S. Barck, S. Lokatis, & M. Langermann (Hrsg.), *Zwischen "Mosaik" und "Einheit": Zeitschriften in der DDR* (S. 77-90). Berlin: Links.
- Heydemann, G. (2003). *Die Innenpolitik der DDR*. München: R. Oldenbourg Verlag.
- Hickethier, K. (2010). *Einführung in die Medienwissenschaft*. Stuttgart: J. B. Metzler.
- Hickethier, K. (2012). *Film- und Fernsehanalyse*. Stuttgart: J.B. Metzler.
- Holzweißig, G. (1997). *Zensur ohne Zensor. Die SED-Informationsdiktatur*. Bonn: Bouvier Verlag.
- Ihme-Tuchel, B. (2002). *Die DDR*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Koch, F. A. (2014). *Hörfunk und Fernsehen der DDR im Transformationsprozess – alternativloser Neubeginn oder verpasste Chance? Analyse des juristischen, ökonomischen und politischen Gestaltungsrahmens des Transformationsprozesses der elektronischen Medien von 1989 bis Oktober 1990*. Taunusstein: Driesen.
- Kowalczyk, Ilko-Sascha (2019). *Die Übernahme. Wie Ostdeutschland Teil der Bundesrepublik wurde*. München: C.H.Beck.
- Krauß, H. (1960). *Gesunde Küche. Anleitung zu einer gesundheitsfördernden Ernährung*. Berlin: Verlag Volk und Gesundheit.
- Lalouschek, J. (2005). *Inszenierte Medizin. Ärztliche Kommunikation, Gesundheitsinformation und das Sprechen über Krankheit in Medizinsendungen und Talkshows*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Lalouschek, J., & Brüner, J. (2010). Von der Selbstkasteiung zum Genuss. Zum Wandel der Diskurse über Diät und richtige Ernährung in Gesundheitssendungen des Fernsehens. In C. de Rudolf, & R. Wodak (Hrsg.), *Diskurs - Politik - Identität. Festschrift für Ruth Wodak* (S. 137-147). Tübingen: Stauffenburg-Verlag.
- Lambrecht, H., Merkel, K., & Steinbeck, W. (1980). *DDR-Agrarpolitik*. Münster-Hiltrup: Landwirtschaftsverlag.

- Linek, J. (2016). *Gesundheitsvorsorge in der DDR zwischen Propaganda und Praxis*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag (MedGG-Beiheft 59).
- Lücke, S. (2007). *Ernährung im Fernsehen. Eine Kultivierungsstudie zur Darstellung und Wirkung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Osten, P. (2011). „Wer lässt sich schon gerne belehren?“. Die Entstehung der Filmreihe "Du und Deine Gesundheit". In S. Roessiger, & U. Schwarz (Hrsg.), *Kamera! Licht! Aktion! Filme über Körper und Gesundheit 1915 bis 1990* (S. 50-70). Dresden: Sandstein Verlag.
- O. V. (1974). Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik (vom 6. April 1968 und Änderung der Verfassung vom 7. Oktober 1974) und Jugendgesetz der DDR (vom 27. Januar 1974). Berlin: Staatsverlag der DDR.
- Prahl, H.-W., & Setzwein, M. (1999). *Soziologie der Ernährung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Potthoff, H. (1995). *Die „Koalition der Vernunft“. Die Deutschlandpolitik in den 1980er Jahren*. München: Deutscher Taschenbuch-Verlag.
- Roessiger, S., & Schwarz, U. (Hrsg.) (2011). *Kamera! Licht! Aktion! Filme über Körper und Gesundheit 1915 bis 1990*. Dresden: Sandstein Verlag.
- Rössler, P., Lücke, S., Linzmaier, V., Steinhilper, L., & Willhöft, C. (2006). *Ernährung im Fernsehen. Darstellung und Wirkung: eine empirische Studie*. München: Verlag Reinhard Fischer.
- Rossmann, C. (2002). *Die heile Welt des Fernsehens. Eine Studie zur Kultivierung durch Krankenhausserien*. München: Fischer.
- Ruban, M. E. (1981). *Gesundheitswesen in der DDR. System und Basis, Gesundheitserziehung, Gesundheitsverhalten, Leistungen, Ökonomie des Gesundheitswesens*. Berlin: Holzapfel.
- Sammer, C. (2019). Gesundheitserziehung – die Ver(sozial)wissenschaftlichung der Gesundheitsaufklärung in den 1950er und 1960er Jahren. *N.T.M. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin*, 27(1), 1-38.
- Sammer, C. (2020). Vom Aufstieg und Fall der Utopie Gesundheit. Konzepte, Strukturen und Grenzen der Gesundheitsaufklärung im sozialistischen Gesundheitswesen der DDR. In M. Wahl (Hrsg.), *Volkseigene Gesundheit. Reflexionen zur Sozialgeschichte des Gesundheitswesens der DDR* (S. 175-207). Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- Scheunert, A. (1952). *Ernährungsprobleme der Gegenwart. Sitzungsberichte*. Leipzig: S. Hirzel Verlag.
- Schmelz, L. (2018). *Kochen im Fernsehen. Eine kulturwissenschaftliche Annäherung*. Münster: Waxmann.
- Scholler, S. (2013). *Küchen, Kochen, Köche. Inszenierungsstrategien in Kochshows*. Diplomarbeit. Universität Wien, Wien. Verfügbar unter: http://othes.univie.ac.at/29483/1/2013-06-10_0403177.pdf [27.08.2021].
- Steinmetz, R., & Viehoff, R. (Hrsg.) (2008). *Deutsches Fernsehen Ost. Eine Programmgeschichte des DDR-Fernsehens*. Berlin: Verlag für Berlin-Brandenburg.
- Thoms, U. (2011). Der dicke Körper und sein Konsum im Visier von Wissenschaft und Politik in der DDR und der BRD. *Comparativ*, 21(3), 97-113.
- Treitel, C. (2017). *Eating Nature in Modern Germany. Food, Agriculture, and Environment, c.1870 to 2000*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Trültzsch, S. (2009). *Kontextualisierte Medieninhaltsanalyse. Mit einem Beispiel zum Frauenbild in DDR-Familienserien*. Wiesbaden: Springer.
- Ulbricht, G., Pfaff, G., Seppelt, B., & Vulprecht, D. (1994). Spezifik der Ernährung in einigen Haushaltsgruppen der ehemaligen DDR. Eine abschließende Dokumentation. *Food/Nahrung*, 38(3), 327-335.
- Weber, H. (2004). *Geschichte der DDR*. Erfstadt: Area.
- Zietze, H.-J. (1990). *Gelenkte Ernährung. Die DDR auf dem Weg zur gesellschaftlichen Ernährung*. Frankfurt/Main: Peter Lang.

Endnoten

¹ DRA-Babelsberg, Schriftgut FS, O. V. (1981): Jahresplan des DDR-Fernsehens, Teil A1. 1981, S. 2.

² Vgl. DRA, Archivbestand Fernsehen,

- E083-01-03/0002 Titelsignatur: 001-007, Sendungsmanuskript „Der Fernsehkoch empfiehlt“, September 1983, S. 7.
- ³ Vgl. DRA, Archivbestand Fernsehen, E083-01-03/0002 Titelsignatur: 001-007, Sendungsmanuskript „Der Fernsehkoch empfiehlt“, September 1983, S. 7.
- ⁴ DRA, FESAD Dossier HAPS, Karteikarte Gesamtdeutsches Institut nach FAZ 02.02.1986, S. 2.
- ⁵ Vgl. DRA, Archivbestand Fernsehen, E083-01-03/0002 Titelsignatur: 001-007, Entwurf einer Konzeption vom 10.8.1982, S. 1.
- ⁶ Ebd.
- ⁷ Vgl. DRA, Archivbestand Fernsehen, E083-01-03/0002 Titelsignatur: 001-007, Entwurf einer Konzeption vom 10.8.1982, S. 1.
- ⁸ Vgl. DRA, Archivbestand Fernsehen, E083-01-03/0002 Titelsignatur: 001-007, Redaktion Publizistik, Arbeitsgruppe „Tips“: Antrag auf Normativänderung, S.2 Absatz 4b.
- ⁹ DRA, Archivbestand Fernsehen, E083-01-03/0002 Titelsignatur: 001-007, Festlegungsprotokoll 10.02.1983, S. 2, Punkt 5.
- ¹⁰ Ebd.
- ¹¹ Vgl. DRA, Archivbestand Fernsehen, E083-01-03/0002 Titelsignatur: 001-007, Redaktion Publizistik, Arbeitsgruppe „Tips“, o.P.
- ¹² Vgl. DRA, Archivbestand Fernsehen, E083-01-03/0002 Titelsignatur: 001-007, Entwurf einer Konzeption vom 10.8.1982, S. 2.
- ¹³ Vgl. DRA, Archivbestand Fernsehen, E083-01-03/0002 Titelsignatur: 001-007, Ostseestudio Rostock, 10.2.1983, Festlegungsprotokoll zum Sendungsmanuskript (Pilotsendung) – Hans Höschel, S. 1.
- ¹⁴ Vgl. DRA, Archivbestand Fernsehen, E083-01-03/0002 Titelsignatur: 001-007, Entwurf einer Konzeption vom 10.8.1982, S. 2.
- ¹⁵ Vgl. ebd.
- ¹⁶ Vgl. ebd., S. 3.
- ¹⁷ Vgl. DRA, Archivbestand Fernsehen, E083-01-03/0002 Titelsignatur: 001-007, Studio Rostock, Redaktion Publizistik, Themen- und Sendeplan, S. 1.
- ¹⁸ Vgl. Sequenzprotokoll „Karpfenzeit“, Sequenz 3: Beitragssegment „Institut für Binnenfischerei“ (TC: 10:04:52–0:07:24).
- ¹⁹ Ebd.
- ²⁰ Vgl. DRA, Archivbestand Fernsehen, E033-01-03-001, Titelsignatur: 027, Sendemanuskript „Karpfenzeit“, S. 4.
- ²¹ Sendungstranskript, 24.04.1990, Absatz 11.
- ²² Ebd., Absatz 7.
- ²³ Ebd.
- ²⁴ Sequenzprotokoll „Forellen, Spaghetti, Bowle“, Sequenz 6: Ratgeberelement (TC: 10:10:10–10:12:50).
- ²⁵ Sendungstranskript, 24.04.1990, Absatz 27.
- ²⁶ DRA, Archivbestand DDR-Fernsehen, Programmschriftgut, Zuschauerforschung, Sehbeteiligungskartei HAPS, S.2.
- ²⁷ DRA, Archivbestand DDR-Fernsehen, Schriftgut HAPS, Pressestimmen, 13b.
- ²⁸ Vgl. DRA, Archivbestand DDR-Fernsehen, Programmschriftgut, Zuschauerforschung, Sehbeteiligungskartei HAPS, S. 5–8.
- ²⁹ Vgl. DRA, Archivbestand Fernsehen, E083-01-03/0002, Titelsignatur: 001-007, Traute Höschel, Zusammenfassung Zuschauerzuschriften vom 27.03.1984.
- ³⁰ DRA, Archivbestand DDR-Fernsehen, Schriftgut HAPS, Pressestimmen, 13b FF dabei, Nr. 34, 17.-23.10.1988.
- ³¹ Vgl. DRA, Archivbestand, DDR-Fernsehen, Schriftgut HAPS, Pressestimmen, 13b, FF dabei, Nr. 34, 17.-23.10.1988.

Botschaftsstrategien in der Gesundheitsaufklärung über Geschlechtskrankheiten im frühen 20. Jahrhundert

Mara Berlekamp

Ludwig-Maximilians-Universität München

Zusammenfassung

Sexuell übertragbare Krankheiten (STI) beschäftigen Menschen seit jeher. Nachdem Sexualität und Fragen sexuellen Verhaltens bis zum Ende des 19. Jahrhunderts im öffentlichen Diskurs jedoch weitgehend tabuisiert waren, rückte das Thema Geschlechtskrankheiten während der Jahrhundertwende vom 19. zum 20. Jahrhundert immer mehr in den Fokus des öffentlichen Interesses. Die Aufklärung der breiten Bevölkerung über die Geschlechtskrankheiten und der damit verbundene Wunsch nach Prävention wurde zu einer wichtigen Aufgabe erklärt. Bis heute sind die Förderung sexueller Gesundheit und die STI-Prävention elementarer Bestandteil der Gesundheitskommunikation. Dieser Beitrag widmet sich einer kommunikationswissenschaftlichen Analyse der hierfür eingesetzten Botschaftsstrategien im frühen 20. Jahrhundert. Dafür werden unterschiedliche Aufklärungsmaterialien im Kontext der historischen öffentlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen analysiert. Auf Basis dessen findet zudem ein Vergleich der historischen Persuasionsstrategien mit Strategien aktueller Angebote zur Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten in Deutschland statt.

Keywords: Gesundheitsaufklärung, Geschlechtskrankheiten, STI, Botschaftsstrategien, Persuasionsstrategien

Summary

Sexually transmitted infections (STIs) have always been of concern to people. However, after sexuality and issues of sexual behavior had been largely tabooed in public discourse until the end of the 19th century, the topic of STIs increasingly became a focus of public interest during the turn of the century from the 19th to the 20th century. Educating the general population about STIs and the related desire for prevention was declared an important challenge. To this day, sexual health promotion and STI prevention are elementary components of health communication. In this paper, an analysis of the message strategies used for this purpose in the early 20th century is conducted from a communication scientific point of view. For this, different educational materials are analyzed in the context of the historical public and juridical framework. Based on this, a comparison of the historical persuasion strategies with strategies of current communication measures for the prevention of sexually transmitted diseases in Germany is made.

Keywords: Health education, venereal diseases, STIs, message strategies, persuasion strategies

1 Einleitung

„Die allermeisten Mädchen, die so freundlich einladen, sind krank, geschlechtskrank [...]. Wollen Sie Ihre Gesundheit und damit ihr Lebensglück untergraben – um des kurzen Rausches der Sinne willen? [...] Hier ist kein Ort der Freude und der Wonne, hier ist die Tür zu zeitlichem und ewigem Verderben.“ (Flugblatt der Deutschen Mitternachtsmission, zitiert nach Köster, 1998, S. 79). Solche und ähnliche Warnungen sollten im frühen 20. Jahrhundert zur Prävention von Ansteckungen mit Geschlechtskrankheiten beitragen. In welchem Kontext begann die Aufklärung der Öffentlichkeit über Geschlechtskrankheiten zu dieser Zeit und welche Botschaftsstrategien wurden zur Aufklärung verwendet? Dieser Beitrag widmet sich einer kommunikationswissenschaftlichen Analyse der Botschaftsstrategien beginnender öffentlicher Geschlechtskrankheitenaufklärung im frühen 20. Jahrhundert. Daraus werden anschließend Persuasionsstrategien mit Strategien aktueller Angebote zur Prävention sexuell übertragbarer Infektionen (STI) verglichen.

Während der Jahrhundertwende vom 19. zum 20. Jahrhundert wurden Geschlechtskrankheiten immer weiter zu einem Thema des öffentlichen Interesses (Sauerteig, 1999). Spätestens mit der Gründung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG) im Jahr 1902 wurde eine Aufklärung der breiten Bevölkerung über die Gefahren von Geschlechtskrankheiten, auch venerische Infektionen genannt, zu einer wichtigen Aufgabe erklärt. Verantwortliche waren vorab zu der Erkenntnis gekommen, dass große Teile der Bevölkerung „in krasser Unwissenheit über die Häufigkeit und die Gefahren der Geschlechtskrankheiten, über die Wege ihrer Verbreitung und die Mittel, wie denselben vorzubeugen sei“ lebten (Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (MDGBG) 1, 1903, zitiert nach Sauerteig, 1999, S. 93). Die Aufklärung und der damit verbundene Wunsch nach Prävention von Geschlechtskrankheiten oder sexuell übertragbaren Infektionen, wie sie später bezeichnet wurden, ist bis heute ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitskommunikation. „Denn egal, wie und mit wem du es machst – manchmal kann man sich beim Sex mit Krankheiten anstecken, mit sexuell übertragbaren Infektionen, kurz STI. Und sie gehören keinesfalls der Vergangenheit an.“ (BZgA, 2020, Abs. 1).

In diesem Beitrag werden die im frühen 20. Jahrhundert verwendeten Botschaftsstrategien zur Aufklärung der Bevölkerung über Geschlechtskrankheiten beispielhaft anhand einiger historischer Materialien vorgestellt, analysiert und miteinander verglichen. Dazu wird zunächst der geschichtliche Hintergrund aufgearbeitet, um die Materialien anschließend in den entsprechenden Kontext einbetten zu können. Hierzu zählt die Entwicklung der öffentlichen Thematisierung von Sexualität im frühen 20. Jahrhundert, auf deren Basis die Gründung und die Ziele der DGBG näher thematisiert werden. Eingebettet wird dies in den Wandel der rechtlichen Rahmenbedingungen im frühen 20. Jahrhundert.

Weiterhin werden die kommunikationswissenschaftlichen Grundlagen ausgeführt, die für den nachfolgenden Vergleich der Botschaftsstrategien verschiedener historischer Materialien notwendig sind. Dabei werden sowohl Grundlagen zu Furcht- und Ekelappellen als auch Grundlagen zu Fallbeispielen und Visualisierungen ausgeführt. Schließlich werden anhand beispielhafter historischer Materialien die Persuasionsstrategien vorgestellt, analysiert und miteinander verglichen, die im frühen 20. Jahrhundert zur Aufklärung der Öffentlichkeit über Geschlechtskrankheiten eingesetzt wurden. Abschließend wird der Bogen zur heutigen Situation in Kampagnen zur STI-Prävention gespannt, indem die Botschaftsstrategien in den historischen Materialien mit denen in aktuellen Präventionskampagnen verglichen werden.

2 Historischer Kontext

Um die Botschaftsstrategien in der Gesundheitsaufklärung über Geschlechtskrankheiten im frühen 20. Jahrhundert genauer betrachten und miteinander vergleichen zu können, muss zunächst ein grundlegendes Verständnis des geschichtlichen Kontextes geschaffen werden. Hierzu sollten sowohl die Veränderung der gesellschaftlichen Situation und damit des Meinungsklimas im Hinblick auf Sexualität als auch die Entwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen betrachtet werden, die sich auf Geschlechtskrankheiten und deren Prävention beziehen. Dafür werden in diesem Beitrag die Gründung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sowie die von ihr aufgestellten zentralen Ziele erläutert.

Öffentliche Thematisierung von Sexualität

„Die Diskussion über Geschlechtskrankheiten beinhaltet immer eine Auseinandersetzung mit der herrschenden Sexualmoral, die wiederum entscheidenden Einfluß [sic!] auf die Durchsetzung und Akzeptanz möglicher Präventionskonzepte hat“ (Köster, 1998, S. 78). Im Folgenden wird den Fragen nachgegangen, wie es zu dem Beginn einer Aufklärung der Öffentlichkeit über Geschlechtskrankheiten und einer möglichen Infektionsprävention durch ein verändertes Meinungsklima in der Gesellschaft kam und mit welchen Hürden und Herausforderungen sich die Verantwortlichen dabei auseinander setzen mussten.

Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts waren Sexualität und damit verbundene Fragen sexuellen Verhaltens im öffentlichen Diskurs weitestgehend tabuisiert (Köster, 1998). Geschlechtskrankheiten galten als Strafe für ein ausschweifendes Sexualleben und waren damit gleichbedeutend mit einem selbstverschuldeten, moralischen Fehlverhalten. Eine Aufklärung der Bevölkerung über Infektionswege und Gefahren der Geschlechtskrankheiten erschien deshalb überwiegend nicht notwendig (Köster, 1998).

Als Geschlechtskrankheiten werden in diesem Kontext die vier „klassischen“ Geschlechtskrankheiten – Syphilis, Gonorrhö (Tripper), Ulcus molle und Lymphogranuloma inguinale – bezeichnet (Sauerteig, 1999, S. 28). Der Begriff der STI umfasst hingegen noch eine Reihe weiterer Krankheiten, die ihre Gemeinsamkeit in ihrer sexuellen Übertragbarkeit finden. Dazu zählen beispielsweise HIV, HPV oder Chlamydien (BZgA, 2021; Sauerteig, 1999). Sexualität im 19. Jahrhundert bewegte sich vor allem im Rahmen eines bürgerlichen Konzepts, das Sexualität „[...] in den Bereich der Privatsphäre, des Heimlichen und Tabuisierten“ (Köster, 1998, S. 79) einordnete. Das Aufsuchen von Prostituierten wurde bei Männern genau wie vor- oder außereheliche Geschlechtskontakte zu Frauen vor dem Hintergrund eines Verständnisses von Sexualität, das den Triebcharakter der männlichen Sexualität hervorhob, weitgehend stillschweigend geduldet. Das Bild der Sexualität (bürgerlicher) Frauen beschränkte sich hingegen ausschließlich auf die Ehe. Ihre sexuellen Handlungsspielräume waren also deutlich geringer als die der Männer (Köster, 1998).

Hauptsächlich zwei Entwicklungen führten um die Jahrhundertwende vom 19. zum 20. Jahrhundert dazu, dass Expert*innen die Notwendigkeit zur Aufklärung der Öffentlichkeit über Geschlechtskrankheiten, deren

Symptome und Infektionswege, vor allem aber deren Vermeidung, erkannten. Zum einen wurde Ende des 19. Jahrhunderts mit Hochdruck an einem Impferum gegen die Syphilis gearbeitet. Diese intensiviertere Suche wurde durch die Entwicklung erster Impfstoffe und die damit vorerst verbundene Überzeugung, für jede infektiöse Krankheit einen Impfstoff finden zu können, bedingt. Die beginnende wissenschaftliche Beschäftigung mit Sexualität und Geschlechtskrankheiten führte zu einer gesteigerten Bereitschaft, sich auch in der Öffentlichkeit mit Fragen des sexuellen Verhaltens zu auseinandersetzen. Somit entstand um die Jahrhundertwende ein Interesse an einer akribischen und wissenschaftlichen Erforschung und Systematisierung von sexuellem Verhalten (Sauerteig, 1999).

Das spätere Scheitern der Forschung an der Suche nach einem Impferum gegen die Syphilis ebnete den Weg für die Suche nach Lösungen für die Geschlechtskrankheitenproblematik für andere Interessensgruppen, vor allem für Sozial- und Rassehygiene. Aus diesen um die Jahrhundertwende immer lauter werdenden Bewegungen kamen wichtige Impulse, die dazu führten, dass das Thema Geschlechtskrankheiten zur Jahrhundertwende vermehrt Einzug in die öffentliche Diskussion hielt (Sauerteig, 1999). Rassehygieniker*innen sahen in Krankheiten generell, vor allem aber in Geschlechtskrankheiten, einen Grund für „soziale Destabilisierung“ (Sauerteig, 1999, S. 41) und einen „sittlich-moralischen Verfall“ der Gesellschaft und die für sie damit verbundene Degeneration der „Rasse“ (Sauerteig, 1999, S. 31).

Erste statistische Erhebungen in dieser Zeit machten die zunehmende Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten als überwiegend großstädtisches Phänomen sichtbar. Sie wurden daher von Kritiker*innen der Urbanisierung genutzt, um ihre Einwände gegenüber den Großstädten weiter zu untermauern. Hierbei machten sie die „kulturellen Mißstände [sic!]“ (Sauerteig, 1999, S. 45), also das wilde, schnelle und hektische Großstadtleben, die Wohnungsnot und die in der Folge des beengten Zusammenlebens mangelhaften Hygieneverhältnisse für die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten verantwortlich. Genauso wurden der offenere und frühere Kontakt der Kinder mit Sexualität, die Prostitution und der in den Städten stärker als auf dem Land verbreitete Alkoholismus als Gründe für die Ausbreitung von Geschlechtskrankheiten gesehen. Mit der Industrialisierung und Urbanisierung war die Zahl

der Prostituierten in den Städten in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts deutlich angestiegen (Sauerteig, 1999). Dementsprechend sollte eine Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten am Ende des 19. Jahrhunderts vorwiegend durch eine Bekämpfung der Prostitution eingedämmt werden (Köster, 1998).

Dem Militär kam in der Aufklärung über Geschlechtskrankheiten zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine Vorreiterrolle zu, weshalb die Anfänge der militärischen Geschlechtskrankheitenaufklärung im Folgenden kurz ausgeführt werden. Angetrieben durch die erhöhte Verbreitung von Geschlechtskrankheiten bei Soldaten sah sich das Militär angehalten, schon frühzeitig erste Aufklärungsinitiativen für ihre Soldaten zu fördern. Ziel war dabei neben dem Schutz der einzelnen Soldaten das „Erhalten der militärischen Schlagkraft“, insbesondere im Hinblick auf den bevorstehenden Ersten Weltkrieg. Die Soldaten wurden von Militärärzten durch Vorträge und eigens für sie konzipierte Merkblätter vor den Gefahren des nicht-ehelichen Geschlechtsverkehrs gewarnt. Während des Ersten Weltkriegs erhöhten sich die Infektionsraten der Soldaten mit Geschlechtskrankheiten nochmals. Infolge dessen intensivierte das Militär seine Aufklärungsbemühungen in den Kasernen. Obwohl sich das Militär in öffentlichen Stellungnahmen zurückhaltend zeigte, wurden Kasernen kurz nach der Jahrhundertwende zu einer der ersten Orte in Deutschland, an denen Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten trotz vehementer Gegenstimmen ausgeteilt oder Automaten für deren Ausgabe aufgestellt wurden (Sauerteig, 1999).

Gegenstimmen waren vor allem Anhänger*innen der Sittlichkeitsbewegung und des Abolitionismus, der sich mit dem Kampf gegen die Prostitution befasste (Sauerteig, 1999). Nach dem Abolitionismus legitimiere die vorab beschriebene staatliche Kontrolle der Prostitution die bürgerliche Doppelmoral. Diese meint das Ideal der Enthaltensamkeit vor einer dann streng monogamen Ehe und das Verbot vorehelichen Geschlechtsverkehrs für Frauen auf der einen und die Duldung der Prostitution und deren Inanspruchnahme durch Männer auf der anderen Seite (Köster, 1998). Die Abolitionist*innen vertraten die Meinung, das Nicht-Verbot der Prostitution würde den Freiern die Ungefährlichkeit des vor- und außerehelichen Geschlechtsverkehrs suggerieren und somit durch die Senkung der Hemmschwellen indirekt für die Prostitution werben, die nahezu unhinterfragt als Praktik galt, die Geschlechtskrankheiten verbreiten würde (Köster, 1998).

Geschlechtskrankheiten wurden also zusammenfassend um die Jahrhundertwende von vielen Akteur*innen als eine Bedrohung für Familie, die Gesundheit des Volkes, die Nation und die „Rasse“ betrachtet (Sauerteig, 1999, S. 89). Die zunehmende Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, die auch als „venerische Durchseuchung“ (Blaschko, 1900, zitiert nach Sauerteig, 1999, S. 89) bezeichnet wurde, war für Viele ein Zeichen für den physischen und moralischen Verfall der Gesellschaft. Diese Entwicklungen begünstigten den Einzug sexueller Themen in den öffentlichen Diskurs und führten letztlich zu der Absicht, die breite Öffentlichkeit über Geschlechtskrankheiten aufzuklären. Bei der frühen Geschlechtskrankheitenaufklärung kam dem Militär eine Sonderrolle zu (Sauerteig, 1999).

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Einige engagierte Ärzte nahmen das sich verändernde öffentliche Meinungsklima im Hinblick auf Sexualität und Geschlechtskrankheiten um die Jahrhundertwende im Anschluss an den ersten Brüsseler Syphiliskongress im Jahr 1899 zum Anlass, im Juni 1902 die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG) zu gründen (Sauerteig, 1999). Die Gründer der DGBG wollten mit ihr eine Institution schaffen, die der „Mittelpunkt für alle Bestrebungen“ (MDGBG 1, 1903, zitiert nach Sauerteig, 1999, S. 89) zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sein sollte. Das Gründungskomitee sah als größtes Problem im Kampf gegen die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten den „völlig unzureichenden Wissensstand der Bevölkerung“ (Sauerteig, 1999, S. 93) an.

Es bemängelte außerdem, dass große und heterogene Teile des Volkes „in krasser Unwissenheit über die Häufigkeit und die Gefahren der Geschlechtskrankheiten, über die Wege ihrer Verbreitung und die Mittel, wie denselben vorzubeugen sei“ (MDGBG 1, 1903, zitiert nach Sauerteig, 1999, S. 93) lebten. Damit sahen sie das Grundproblem darin, dass eine Diskussion über Geschlechtskrankheiten in der Öffentlichkeit, vor allem aber eine Aufklärung der Bevölkerung, durch bisherige Unterdrückung des Themas verhindert worden waren (Sauerteig, 1999). Für die DGBG hatte es höchste Priorität, diese Tabuisierung zu verringern. Sie definierte zu ihrer Gründung ihre Aufgabe darin, als Gruppe von Expert*innen und Mitgliedern aus möglichst heterogenen Gesellschaftsschichten zu agieren.

In dieser Rolle wollte sie soziale Reformen in dem Gesundheitsbereich initiieren und vorantreiben, der sich auf Geschlechtskrankheiten bezieht. Dazu sollte eine möglichst vielfältige Medienbandbreite genutzt werden, statt selbst in der Gesundheitsfürsorge tätig zu werden. Die DGBG war durch das unter anderem von ihr veränderte Diskussionsklima in der Öffentlichkeit und in Fachkreisen auch mitverantwortlich für die rechtlichen Veränderungen in Bezug auf Geschlechtskrankheiten in den 1920er Jahren. Die Mitarbeit der DGBG in der öffentlichen Gesundheitspolitik war, wie die Zustimmung des Reichskanzlers v. Bülow im Gründungsjahr 1902 zeigte, auch von Seiten des Staates erwünscht (Sauerteig, 1999).

Nach ihrer Gründung trat die DGBG vermehrt in die Öffentlichkeit (Sauerteig, 1999). Dabei bemühte sie sich um eine möglichst breite Palette an Aufklärungsmedien (Scholz, 2003). So brachte die Gesellschaft zwei Zeitschriften heraus, wobei die *Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* eher wissenschaftliche Beiträge zum Thema veröffentlichte, während sich die *Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* eher auf Nachrichten an die breite Öffentlichkeit konzentrierte (Sauerteig, 1999). Außerdem gab die DGBG einige Flug- und Merkblätter im kleineren Rahmen heraus, die ebenfalls für die Aufklärung der nicht-wissenschaftlichen Öffentlichkeit aufgemacht waren. Weiterhin verfügte sie über eine Sammlung von Ausstellungsmaterialien wie Moulagen, Wandtafeln und Diaserien, die sie in Wanderausstellungen in vielen Städten des Deutschen Reiches zeigte. Durch die Gestaltung eigener Ausstellungen und eines eigenen Pavillons auf der Internationalen Hygieneausstellung in Dresden 1911 bediente sich die DGBG eines in dieser Zeit überaus beliebten Aufklärungsmediums. Sie öffnete die Teilnahme an ihren Kongressen und Jahresversammlungen für alle Interessierten, wodurch sie sich im Laufe der Zeit eine breite und heterogene Teilnehmerschaft schuf (Sauerteig, 1999).

Die DGBG spielte seit ihrer Gründung im Jahr 1902 eine entscheidende Rolle in der Aufklärung über Geschlechtskrankheiten. Sie war nicht nur eine zentrale Konzeptionsstelle für viele Aufklärungsmedien wie Ausstellungen und Flugblätter, sondern beeinflusste als „Pressure-group“ (Sauerteig, 1999, S. 94) auf Politik und Öffentlichkeit auch die Veränderung der rechtlichen Situation.

Veränderung rechtlicher Rahmenbedingungen

Die Aufklärung der Bevölkerung über Geschlechtskrankheiten im frühen 20. Jahrhundert war nicht nur vom Meinungsklima in der Öffentlichkeit, sondern auch von der rechtlichen Situation abhängig. Wie vorab erläutert, wurde ein öffentliches Thematisieren von mit Sexualität verknüpften Themen erst dadurch möglich, dass die Diskussion dieser Themen als notwendiger wahrgenommen wurde und damit Veränderungen im öffentlichen Meinungsbild einhergingen. Auch die Rechtslage war vorerst nicht auf einen Umgang mit sexuellen Themen in der Öffentlichkeit ausgelegt. Durch die Wandlung des öffentlichen Meinungsklimas zu Beginn des 20. Jahrhunderts, die nicht zuletzt durch die Aktivitäten der DGBG begünstigt wurde, wurde auch eine Anpassung der Rechtslage an die neuen öffentlichen Themen notwendig.

Wie bereits erwähnt, wurde das Aufsuchen weiblicher Prostituiertes, das als Hauptursache für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten angesehen wurde, im 19. Jahrhundert für die männliche Bevölkerung weitgehend stillschweigend geduldet (Köster, 1998). Zur Begründung diente die Ansicht, Prostitution diene für Männer als „Ventilinstitution“ (Köster, 1998, S. 79). Dementsprechend war die Prostitution im Deutschen Reich nicht grundsätzlich verboten, unterlag jedoch der polizeiärztlichen Kontrolle. Ärzte dieser Zeit befürworteten ein auf Kontrolle bauendes Konzept der Reglementierung der Prostitution, das die namentliche Erfassung von Prostituierten und eine regelmäßige polizeiärztliche Pflichtuntersuchung umfasste. Diese Untersuchungen wurden auch an Mädchen und Frauen durchgeführt, die willkürlich von der „Sittenpolizei“ aufgegriffen und der Prostitution verdächtigt wurden (Köster, 1998, S. 78).

Die Männer als Freier der Prostituierten wurden in diesem Konzept als Überträger von Geschlechtskrankheiten nicht berücksichtigt. Das beschriebene Konzept wurde von Anhänger*innen der Sittlichkeitsbewegung sowie des Abolitionismus kritisiert und abgelehnt. Sie bezweifelten die Effizienz der Zwangsuntersuchungen, da sie die hohe Zahl der Gelegenheitsprostituierten nicht berücksichtigten. Sie verstanden die Prostitution als „komplexes soziales Problem, das nur durch soziale, erzieherische und gesetzliche Reformen und nicht durch Zwangsmaßnahmen bekämpft werden“ könne (Köster, 1998, S. 79). Auch praktisch tätige Mediziner erkannten, dass sich neben der kontrollierten Prostitution eine heimliche Prostitution entwickelte, die durch die

offiziellen Kontrollmaßnahmen nicht erfasst werden konnte (Scholz, 2003).

Bis zum Jahr 1927 war die Aufklärung der Öffentlichkeit über vorhandene chemische, wie Desinfektionslösungen, oder mechanische Schutzmittel vor Geschlechtskrankheiten, wie Kondome, problematisch (Sauerteig, 1999). Der Paragraph 184 im Reichsstrafgesetzbuch regelte, dass derjenige bestraft werden sollte, der „Gegenstände, die zu unzüchtigem Gebrauche bestimmt sind, an Orten, welche dem Publikum zugänglich sind, ausstellt oder solche Gegenstände dem Publikum ankündigt oder anpreist“ (RGBl, 1900, zitiert nach Sauerteig, 1999, S. 290). Angedroht war eine Geldstrafe von bis zu 1.000 Mark und/ oder eine Haftstrafe von bis zu einem Jahr. Hintergrund dieses Paragraphen war nach Auffassung des Reichsgerichts der Schutz der Bevölkerung vor der Verletzung der bestehenden Moral, der Scham, der Sitte und des Anstands. Dieser Paragraph verbot also die öffentliche Werbung für Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten, wobei die Rechtsprechung das Verbot streng auslegte (Sauerteig, 1999).

Wie bereits ausgeführt, kam dem Militär bei der Austeilung von Schutzmitteln eine Vorreiterrolle zu. Sauerteig (1999) fasst die Situation im Militär folgendermaßen zusammen: „Im gesamten Militär, Heer wie Marine, wurden, [...] noch vor dem Ersten Weltkrieg auf breiter Basis Schutzmittel im Kampf gegen Geschlechtskrankheiten eingesetzt“ (S. 295). Im Ersten Weltkrieg wurde dann nach einer steigenden Zahl der Geschlechtskranken, besonders im Militär, nicht nur die Aufklärungsarbeit, sondern auch die Verteilung von Schutzmitteln an Soldaten gegen starke Proteste weiter intensiviert. Letztendlich sprach sogar Kaiser Wilhelm II. im Januar 1912 ein Verbot für die Aufstellung von Schutzmittelautomaten und den Verkauf von Schutzmitteln in Kasernen aus. Trotz dieses Verbots wurde in einigen Kasernen am Verkauf von Schutzmitteln zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten festgehalten, während man in anderen Kasernen den Fokus wieder vermehrt auf eine belehrend-erzieherische Vorgehensweise legte und die Soldaten zur Enthaltbarkeit ermahnte. Im Militär blieb die kontrollierte Anwendung von Desinfektionslösungen nach dem Geschlechtsverkehr jedoch flächendeckend weiterhin erlaubt (Sauerteig, 1999).

Nachdem bis in die späten 1920er Jahre hinein die Werbung für Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten per Gesetz verboten war, wurde am 11. Dezember 1918 eine Verordnung zur Bekämpfung der

Geschlechtskrankheiten von der Reichsregierung erlassen. Die Grundlage für diese Verordnung war unter anderem die stetig fortlaufende Diskussion zwischen den sog. Moralisten und den sog. Pragmatikern über die beste Art der Aufklärung über Geschlechtskrankheiten (Scholz, 2003).

Die Moralisten forderten dabei, als einzigen verlässlichen Schutz vor Geschlechtskrankheiten Enthaltbarkeit und Monogamie zu propagieren, um einem Sittenverfall entgegen zu wirken (Sauerteig, 2000). Die Pragmatiker sahen die Unterbindung jeglichen vor- und außerehelichen Geschlechtsverkehrs hingegen als unrealistisch an und forderten auf der Basis dieser Überzeugung eine umfassende Aufklärung der Bevölkerung über alle vorhandenen Schutzmittel, die dazu beitragen könnten, eine weitere Verbreitung der Geschlechtskrankheiten zu stoppen oder wenigstens einzudämmen (Sauerteig, 2000).

Die Verordnung der Reichsregierung von 1918 enthielt vorerst noch viele Kompromisslösungen, die eine merkliche Verbesserung der Aufklärungssituation verhinderten (Scholz, 2003). Bis zu einer Veränderung des Gesetzes dauerte es weitere neun Jahre, auch wenn in der Zwischenzeit unter dem Einfluss von Vertretern der DGBG an einem neuen Gesetz gearbeitet wurde. Zwei der so erarbeiteten Gesetzesanträge scheiterten in den Jahren 1923 und 1925. 1927 wurde schließlich das neue Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten vom Reichstag verabschiedet, das am 01. Oktober 1928 in Kraft trat. Dieses enthielt alle von der DGBG gestellten Forderungen. So gab es mit dem neuen Gesetz eine Behandlungspflicht für Geschlechtskranke und die Behandlung durfte offiziell nur noch durch approbierte Ärzte erfolgen, wodurch sich die DGBG einen Stopp der Behandlung durch so genannte „Kurfuscher“ erhoffte (Scholz, 2003, S. 666).

Weiterhin vereinfachte das neue Gesetz die Durchsetzung von Zwangsbehandlungen Geschlechtskranker mit polizeilicher Unterstützung und hob gleichzeitig die staatliche Reglementierung der Prostitution auf. Zusätzlich wurde mit dem Gesetz eine Liberalisierung im Umgang mit Schutzmitteln erreicht, was unter anderem ein Aufheben des Werbeverbots für diese Schutzmittel bedeutete (Sauerteig, 1999). Schließlich sah das neue Gesetz einen Ausbau von Beratungsstellen und eine Aufklärungspflicht der Bevölkerung vor (Scholz, 2003). Somit legte das neue Gesetz 1927 den Grundstein, um Mittel zum Schutz vor Geschlechtskrankheiten, die über Enthaltbarkeit

vor der Ehe und eine monogamen Eheführung hinausgingen, bewerben und somit die Kenntnis über dieselben, ihre Schutzmöglichkeiten und ihre Anwendung systematisch in der Bevölkerung verbreiten zu können.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Kampf gegen die Ausbreitung von Geschlechtskrankheiten bis ins 20. Jahrhundert hinein überwiegend mit der staatlichen Reglementierung der Prostitution und dem Kampf gegen dieselbe als angenommene Hauptinfektionsquelle gleichzusetzen war. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts kritisierten vor allem Sittlichkeitsvereine und Abolitionist*innen die staatliche Reglementierung und forderten eine Propagierung von Enthaltensamkeit bis zu einer dann streng monogam geführten Ehe als einzigen wirksamen Schutz vor Geschlechtskrankheiten. In den darauffolgenden Jahren entfachte ein Streit über den Umgang mit der Aufklärung über Geschlechtskrankheiten und deren Vorbeugung zwischen den Moralisten und den Pragmatikern. Nicht zuletzt als Folge des Engagements der DGBG wurde im Jahr 1927 ein neues Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten erlassen. Neben vielen weiteren von der DGBG geforderten Veränderungen beinhaltete es ein Aufheben des Werbeverbots für Schutzmittel und ermöglichte somit einen liberalisierten Umgang mit denselben in der Öffentlichkeit. Damit spiegeln die Veränderungen der Rechtslage die Veränderungen im öffentlichen Meinungsbild verspätet wider.

3 Kommunikationswissenschaftliche Grundlagen

Nachdem vorab der historische Kontext um die ersten Aufklärungsmaterialien zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ausgeführt wurde, werden im folgenden Kapitel die kommunikationswissenschaftlichen Grundlagen vorgestellt, die für einen Vergleich verschiedener historischer Materialien im Hinblick auf die verwendeten Botschaftsstrategien notwendig sind.

Furcht- und Ekelappelle

Wie von Sauerteig (1999) zusammengefasst, basierten die frühen Aufklärungsmaterialien über Geschlechtskrankheiten hauptsächlich auf der Strategie der Abschreckung. Dementsprechend werden im Folgenden die kommunikationswissenschaftlichen Grundlagen der Furcht- und Ekelappelle, die zur Abschreckung verwendet werden können, ausgeführt.

Gelbrich und Schröder (2008, S. 2) definieren Furchtappelle als „persuasive Botschaften, die Einstellung und Verhalten zu beeinflussen versuchen, indem sie – durch Androhung negativer Konsequenzen – die Emotion Furcht hervorrufen und dann eine Handlungsempfehlung zur Abwendung der Bedrohung aussprechen.“ In Bezug auf Gesundheitsthemen lösen die Botschaften Furcht aus, indem sie sich auf eine Betonung der möglichen Risiken von gesundheitsschädlichem Verhalten fokussieren (Ort, 2019b). Es wird angenommen, dass Rezipierende versuchen, die aufgezeigten negativen Folgen ihres Verhaltens durch Verhaltensänderungen zu vermeiden (Ruiter et al., 2014).

Die Wirkung von Furchtappellen wird bereits seit den 1950er-Jahren aktiv untersucht, sodass im Laufe der Zeit verschiedene Modelle entwickelt wurden, die die Wirkung von Furchtappellen zu erklären versuchen. Erste Modelle in den 1950er und 1960er Jahren (Hovland et al., 1953; Janis & Feshbach, 1953; Miller, 1963) gingen davon aus, dass Furcht bei der Entstehung von Verhalten eine zentrale Rolle spielt. Nachfolgende Modelle wie das *Health Belief Modell* (Rosenstock, 1960) oder die *Protection Motivation Theory* (Rogers, 1975, 1983) stellten hingegen kognitive Komponenten in den Fokus der Entstehung von Entscheidungen und Verhalten. Furcht als Emotion wird in diesen Modellen ausschließlich als intervenierende Variable berücksichtigt (Reifegerste & Ort, 2018). Das von Witte (1992) entwickelte *Extended Parallel Process Model* brachte Emotionen erneut in den Fokus der Betrachtungen im Hinblick auf die Wirkung von Furchtappellen. Auch die Kenntnis über den großen Einfluss von affektiven Zuständen auf Entscheidungen und Verhalten hat emotionale Appelle in letzter Zeit wieder vermehrt in den Fokus der Gesundheitskommunikation gerückt (Hastall, 2014). Da im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter auf die modellhafte Wirkung von Furchtappellen eingegangen wird, wird auf eine genaue Ausführung der einzelnen Modelle an dieser Stelle verzichtet. Allerdings lässt sich festhalten, dass sowohl kognitive als auch emotionale Reaktionen relevant für die Wirkung von Furchtappellen sein können.

Zahlreiche Studien zur Wirkung von Botschaftsstrategien haben gezeigt, dass es nicht eine Strategie gibt, die für alle Ziele und alle Zielgruppen am wirksamsten ist, sondern dass es erfolgversprechend erscheint, je nach Zielgruppe und gewünschtem Ziel der Botschaft unterschiedliche Strategien anzuwenden. Nach heutigem Kenntnisstand

sollten starke mediale Reize wie Furchtappelle allerdings insbesondere dann eingesetzt werden, wenn vorausgesetzt wird, dass die Zielgruppe sich nicht intensiv mit den Gesundheitsbotschaften auseinandersetzt, weil sie sie für sich als persönlich wenig relevant bewertet (Reifegerste & Ort, 2018).

Zusätzlich ist der Einsatz von Furchtappellen besonders dann sinnvoll, wenn angenommen wird, dass die Zielgruppe über noch kein oder kein Bewusstsein mehr über die Risiken ihres Verhaltens verfügt. Weiterhin scheint es nach heutigem Forschungsstand wirkungsvoller, wenn Furchtappelle auf kurzfristige und realistische Gefahren hinweisen als auf langfristige oder weniger wahrscheinliche (Reifegerste & Ort, 2018). Um Abwehrmechanismen der Rezipierenden, wie Reaktanz, zu vermeiden, sollten Furchtappelle mit Hinweisen zu alternativen Verhaltensmöglichkeiten und möglichen Schutzmaßnahmen kombiniert werden (Ort & Fahr, 2018). Insgesamt haben Furchtappelle nach heutigem Kenntnisstand das Potenzial, die Gesundheitskommunikation positiv zu beeinflussen, indem sie Verhaltensänderungen hin zu intendiertem Verhalten fördern. Andererseits können Furchtappelle jedoch auch die Wahrscheinlichkeit nicht-intendierter Effekte und die Ablehnung und Nichtbeachtung einer Botschaft erhöhen (Ort, 2019b).

Ort (2019a) zeigt auf, dass in der Gesundheitskommunikation auch Appelle häufig genutzt werden, die Ekel, Wut oder Scham auslösen, und dass durch den häufigen Einsatz mehrerer emotionaler Bestandteile in einer Botschaft keine klare Trennung zwischen den einzelnen Wirkungsweisen möglich ist. Empirische Studien konnten herausstellen, dass Ekel-, Wut-, Scham- und Schuldappelle sowohl einen fördernden als auch einen hemmenden Einfluss auf die Determinanten gesundheitsrelevanten Verhaltens haben können. Das Auslösen von Ekel scheint nach heutigem Forschungsstand die Persuasionskraft von Furchtappellen teilweise zu erhöhen (Morales et al., 2012).

Neben Furcht- und Ekelappellen finden auch soziale Appelle häufig Anwendung in der Gesundheitskommunikation. Diese zielen nicht primär auf die Betonung von direkten körperlichen oder mentalen Folgen von gesundheitsrelevantem Verhalten ab, sondern vielmehr auf andere, positive wie negative Folgen des gesundheitsrelevanten Handelns einer Person (Reifegerste, 2019). So werden bei sozialen Appellen die sozialen Konsequenzen individuellen Verhaltens in den Vordergrund gerückt, indem statt des

Überlebens und der gesundheitlichen Unversehrtheit eines Individuums „das Verhältnis zu anderen Menschen und die sozialen Motive für das betreffende gesundheitsrelevante Verhalten“ betont werden. Auch wenn eine trennscharfe Zuordnung nicht immer möglich ist, kann innerhalb der sozialen Appelle zwischen Normappellen, Bindungsappellen, Partnerwahlappellen und prosozialen Appellen unterschieden werden. Prosoziale Appelle stellen hierbei die positiven oder negativen Konsequenzen des eigenen (gesundheitsbezogenen) Verhaltens für andere Personen in den Vordergrund. Es stehen also vor allem die Unterstützung oder Verantwortung für andere Personen im Fokus (Reifegerste & Ort, 2018).

Die teilweise schwierige trennscharfe Zuordnung zu den einzelnen Appellformen hat eine erschwerte Aussage über potenzielle Effekte einzelner Appellformen zur Folge. Prosoziale Appelle wurden bislang nur wenig empirisch untersucht, scheinen aber bei einigen Gesundheitsthemen eine Möglichkeit zu sein, Rezipierende hin zu gewünschtem Verhalten beeinflussen zu können (Reifegerste, 2019). Im Kontext sexuell übertragbarer Krankheiten scheint die Wirksamkeit prosozialer Appelle von der jeweiligen Krankheit abzuhängen (Hullett, 2004). Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass die Wirksamkeit prosozialer Appelle von Besonderheiten spezifischer Themen moderiert wird. Die Evidenzlage zu potenziellen Effekten prosozialer Appelle ist jedoch nicht ausreichend, um eindeutige Aussagen über Effekte treffen zu können. Für bestimmte Zielgruppen und spezifische Gesundheitsthemen mit einer hohen sozialen Relevanz können soziale Appelle eine Alternative zu Furchtappellen in der Gesundheitskommunikation darstellen (Reifegerste, 2019).

Fallbeispiele und Visualisierungen

Ein beliebtes journalistisches Stilmittel sind Fallbeispiele. Diese finden auch in der Gesundheitskommunikation Anwendung: In der täglichen Berichterstattung werden oft mehrere Fallbeispiele in Kombination mit Fakten eingesetzt. Einzelne Fallbeispiele werden oft in Gesundheitskampagnen genutzt (Peter, 2019). Daschmann (2001, S. 85) definiert als Fallbeispiele „Zitate oder Schilderungen von Einzelfällen, deren Präsentation dazu dient, eine über die Einzelfälle hinausgehende quantitative oder probabilistische Aussage über einen realen Sachverhalt zu formen oder zu veranschaulichen“. Demnach sind Fallbeispiele

keine repräsentativen Abbildungen der Realität, stattdessen aber konkreter, emotionaler und leichter verständlich als statistische Informationen (Hastall, 2014). Auf Basis der Repräsentativitätsheuristik wird im Rahmen von Fallbeispielen vermutet, dass Personen auf Basis weniger Einzelfälle dazu tendieren, Informationen auf eine größere Grundgesamtheit zu übertragen (Peter, 2019). Zillmann (2006) geht davon aus, dass im Gesundheitskontext vor allem emotionale Fallbeispiele effektiv sind.

Heute wird überwiegend von einer guten Eignung des Einsatzes von Fallbeispielen für das Erregen von Aufmerksamkeit auf Risiken oder die Motivation zur Änderung des Verhaltens ausgegangen (Hastall, 2014). Auch wenn es Hinweise darauf gibt, dass audio(visuelle) Stimuli stärkere Effekte hervorrufen, konnten verschiedene Studien die Wirkung von Fallbeispielen in der Gesundheitskommunikation für unterschiedliche Medien bestätigen. Dementsprechend kann von einer Wirksamkeit unabhängig der Art der Präsentation des Fallbeispiels ausgegangen werden. Studien zeigen, dass sich Rezipierende auch dann an Fallbeispielen orientieren, wenn eine parallele summarische Realitätsbeschreibung ein anderes Urteil nahelegt. Am effektivsten scheint ein kombinierter Einsatz von Fallbeispielen und statistischen Informationen zu sein (Peter, 2019).

Neben den vorab vorgestellten Grundlagen zu Furcht- und Ekelappellen sowie zu Fallbeispielen soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass die Forschung zur Wirkung von Botschaftsstrategien herausstellen konnte, dass Visualisierungen, zum Beispiel in Form von Cartoons, anatomischen Bildern und Fotos zu einer höheren Verständlichkeit gesundheitsbezogener Medieninhalte führen können (Luehnen et al., 2017). Bilder können komplexe Informationen teilweise schneller und einfacher vermitteln als Sprache. Dabei können Bilder zur Vermittlung von Wissen und Informationen sowie zu Persuasions- und Unterhaltungszwecken eingesetzt werden (Kessler et al., 2016). Gesundheitsbezogene Informationen, die unter anderem von Filmen, Präparaten und Modellen begleitet werden, werden von Rezipierenden zudem als glaubwürdiger bewertet als solche, die für sich allein stehen, also nicht von Visualisierungen begleitet werden (Lobinger, 2012). Durch die höhere Aufmerksamkeit Rezipierender gegenüber Bildern werden diese besser erinnert als Textteile (Kessler et al., 2016).

4 Kommunikation im frühen 20. Jahrhundert

In den voranstehenden Kapiteln wurden sowohl die kommunikationswissenschaftlichen Grundlagen als auch die des geschichtlichen Kontexts ausgeführt. Im Folgenden wird die hauptsächlich verwendete Botschaftsstrategie zur Aufklärung über Geschlechtskrankheiten im frühen 20. Jahrhundert anhand verschiedener Beispiele zeitgenössischer Materialien analysiert. Neben einer Darstellung der vorwiegend genutzten Strategie sollen zusätzlich Materialien vorgestellt werden, die sich durch eine Verwendung abweichender Strategien auszeichnen. Zur gewünschten Aufklärung der Bevölkerung über Geschlechtskrankheiten im frühen 20. Jahrhundert wurde vorwiegend die Strategie der Abschreckung durch das Erregen von Furcht und/ oder Ekel als Konzept genutzt (Sauerteig, 1992).

Ausstellungen und Wanderausstellungen

Hierbei waren Ausstellungen und Wanderausstellungen ein wichtiges Medium. Innerhalb dieser Ausstellungen kam insbesondere Wandtafeln und Moulagen, also dreidimensionalen, realistischen Wachsnachbildungen krankhaft veränderter Körperstellen, die ursprünglich zum Einsatz in der medizinischen Lehre konzipiert worden waren, eine große Bedeutung zu (Sauerteig, 2000). Die Ausstellungen sollten den Besuchenden „auf möglichst anschauliche und eindringliche Weise die schrecklichen Symptome von Geschlechtskrankheiten sinnlich erfahrbar vor Augen“ (Sauerteig, 1999, S. 211) führen. Obwohl die DGBG Jugendliche, junge Erwachsene, Soldaten und die Arbeiterschaft als besondere Zielgruppen im Sinn hatte, richteten sich die Ausstellungen unspezifisch an die breite, volljährige Bevölkerung. Die Veranstaltenden der Ausstellungen, dazu zählten insbesondere die DGBG, Mediziner und Politiker, waren überzeugt, mithilfe der abschreckenden Wirkung der ausgestellten Moulagen das Sexualverhalten der Besucher*innen in Richtung der Einhaltung des Idealbilds einer bis zur streng monogam geführten Ehe verändern zu können (Sauerteig, 1999). Dass die von den Veranstaltenden geplante Furcht erregende Wirkung der Ausstellungen bei den Besuchenden tatsächlich eintrat, lässt unter anderem die Bezeichnung des von der DGBG gestalteten Pavillons zum Thema Geschlechtskrankheiten auf der Internationalen Hygieneausstellung 1911 in Dresden als „Galewskys Schreckenskammer“ (Sauerteig, 1992, S. 92) durch den Volksmund erkennen. Zusätzlich wurde berichtet, dass die Moulagen bei einigen Besuchenden derartig heftige Reaktionen ausgelöst hätten, dass „schwachnervige“ Personen den Pavillon wegen Unwohlsein verlassen

mussten (Gertiser, 2008, S. 65).

Filme

Neben Ausstellungen wurden auch Filme zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit wachsendem Interesse zur Aufklärung über Geschlechtskrankheiten eingesetzt. Auch hier lässt sich die Strategie der Ausstellungen, durch das Erregen von Furcht und/ oder Ekel eine Veränderung des Sexualverhaltens zu bewirken, erkennen. Erklärtes Ziel der Filme war es, durch das Darstellen originalgetreuer Hautveränderungen als Symptome von Geschlechtskrankheiten beim Publikum emotionale Schockreaktionen auszulösen (Gertiser, 2008).

Zusätzlich wurden hier zum Erreichen des Ziels eines veränderten Sexualverhaltens der Zuschauenden Visualisierungen eingesetzt, indem Hautpartien realer Patient*innen filmisch inszeniert wurden. Durch die fortschreitende Nutzung des Films als Propaganda- und Massenkommunikationsmittel zu dieser Zeit stand er als Medium zur Gesundheitsaufklärung zur Verfügung. So konnten Inhalte anschaulich dargestellt und auch bildungsferne Schichten (eher als mit Büchern) erreicht werden. Die Aufklärungsfilmre richteten sich also ebenso wie die Ausstellungen an die breite (Laien-)Bevölkerung als Publikum. Bis in die 1930er Jahre wurden unter anderem im Auftrag der DGBG eine Vielzahl an Aufklärungsfilmen über Geschlechtskrankheiten produziert (Gertiser, 2008).

Die in den Filmen verwendeten Bilder waren insbesondere vor dem Hintergrund der in sonstigen Filmen dieser Zeit verwendeten Bilder „drastisch“ (Gertiser, 2008, S. 62). Durch eine „filmisch hervorgearbeitete Plastizität“ (Gertiser, 2008, S. 62) der Hautveränderungen als Symptome wurde beim Zuschauenden ein Ekelgefühl erregt. So wurde vielfach mit Großaufnahmen veränderter Hautpartien oder austretender Sekrete gearbeitet, wodurch die Aufmerksamkeit der Zuschauenden auf die Details fokussiert und diese besonders hervorgehoben wurden. Die realistische Wirkung der dargestellten Symptome wurde durch langsame Bewegungen wie Drehen und Wenden der betroffenen Körperteile vor der Kamera verstärkt, die die körperlichen Veränderungen deutlicher erkennbar machen sollten. Gertiser (2008) stellt in diesem Kontext die These auf, dass die filmische Inszenierung der Krankheitssymptome trotz des zentralen Anliegens vieler Dermatologen, die Bevölkerung wissenschaftlich genau und objektiv-distanziert über Geschlechtskrankheiten aufzuklären,

diese vielmehr emotional und moralisch auflud und somit die Symptome mit Scham und Moral verknüpfte statt die Krankheiten wie beabsichtigt von der Schambehafung zu befreien. Nach Gertiser (2008, S. 69) liegt der Ursprung des Ekelgefühls nicht nur im „faktische[n] Abbild der Symptome, vielmehr werden durch die visuelle Modellierung und Akzentuierung physischer Strukturen jene Merkmale hervorgehoben, welche die Ekelempfindungen auszulösen vermögen“.

Die Filme wurden überwacht, sodass beispielsweise im Film *Die Geschlechtskrankheiten* (1922, Regie: Fritz Böhmisch) einige Passagen entfernt werden mussten. Man beanstandete hier „[...] einige Bildfolgen, bei denen in der Abschreckung über das notwendige Maß hinausgegangen ist, sodass die Gefahr von Selbstmorden venerisch kranker Zuschauer im Bereich der Möglichkeit liegt“ (Anonym, 1925, zitiert nach Gertiser, 2008, S. 66). Als beispielhafte Filme für den Einsatz der vorab erläuterten Strategien sind an dieser Stelle neben dem bereits genannten Film die Filme *Falsche Scham* (1926, Regie: Rudolf Biebrach), *Die Geschlechtskrankheiten und ihre Folgen* (1919, Regie: Curt Thomalla, Nicolas Kaufmann) und *Geißel der Menschheit* (1926, Regie: Curt Thomalla) zu nennen.

Merkblätter

Die Verknüpfung von Geschlechtskrankheiten und deren Folgen mit Furcht wird auch in zwei Merkblättern deutlich, die der Landesverein für Volkswohlfahrt in Hannover und die DGBG in den 1920er Jahren herausgaben und die sich an junge Männer bzw. junge Frauen richteten. Auch Merkblätter zählten im frühen 20. Jahrhundert zu den Medien, mit denen sich eine große Breitenwirkung erzielen ließ (Sauerteig, 1999). Sie adressierten also ebenfalls eine möglichst große Zahl an Menschen aus der breiten Bevölkerung. In diesen Merkblättern wurde zusätzlich die Strategie verwendet, durch den Einsatz von Fallbeispielen in Form eines Werdegangs fiktiver Personen die gewünschte Wirkung eines veränderten Sexualverhaltens zu erzielen.

Die beiden Merkblätter aus den 1920er Jahren (siehe Abbildung 1a-d und Abbildung 2a-d im Anhang) werden im Folgenden beschrieben und die verwendete Strategie analysiert. Beide Merkblätter erzählen eine sich jeweils stark ähnelnde Geschichte anhand einiger Bilder und kurzer Texte.

In dem Merkblatt, das sich an junge Männer richtet (siehe Abbildung 1a-d), handelt die Geschichte von

einem jungen Mann, der als Sohn eines Handwerkers sein Elternhaus zur Lehre verlässt. Beim Auszug aus seinem Elternhaus warnt ihn der Vater noch davor, sich „von leichtsinnigen Mädchen verführen“ zu lassen, da ihn ein unbedachter Augenblick für immer krank machen und sein ganzes Lebensglück zerstören könne. Damit scheint in diesem Fall die Verlobte des jungen Mannes gemeint zu sein. Nach seiner bestandenen Meisterprüfung im nächsten Bild lässt sich der junge Mann von einem Freund überreden, mit ihm in ein „interessantes Lokal“ auszugehen, um die bestandene Prüfung zu feiern. Im nächsten Bild sieht man den jungen Mann alkoholisiert in Begleitung einer Dame. Untertitelt ist die Zeichnung unter anderem mit dem Appell „Drum hütet euch vor dem Alkohol!“ und dem damit verbundenen Hinweis, dass im Rausch schnell die eigenen, guten Grundsätze verloren gingen. Im nachfolgenden Bild wird die Verzweiflung des jungen Mannes durch die Krankheit dargestellt, mit der er sich durch den Kontakt mit der fremden Frau angesteckt hat. Der junge Mann selbst scheint verzweifelt und alles verloren zu sehen: „In einem Augenblick, alles weg, Gesundheit, Glück und mein geliebtes Mädels daheim! Was soll ich nun anfangen?“.

Im nachfolgenden Bild, das mit der Überschrift „Der falsche Weg“ versehen ist, wendet sich der junge Mann an ein Institut, das sich allerdings als Kurpfuscher herausstellt und ihn, statt ihm bei der Behandlung seiner Krankheit zu helfen, nur um viel Geld erleichtert. Nachfolgend wird der junge Mann allerdings auf den „richtige[n] Weg“ aufmerksam: Eine Beratungsstelle für Geschlechtskranke. In diesem Bild wird ein direkter Appell an den Lesenden des Merkblatts gerichtet: „Darum gehen Sie jetzt zu Ihrem Arzt [...]“. An dieser Stelle wird erneut die Verzweiflung des jungen Mannes deutlich, die gleichzeitig mit seinem Rollenbild verknüpft wird: „Am liebsten würde ich mir eine Kugel durch den Kopf schießen. Ich will aber wie ein Mann mein Unglück tragen“. Zusätzlich wird dem jungen Mann verdeutlicht, dass er so lange nicht nach Hause zurückkehren darf, wie er nicht von der Krankheit geheilt ist. Eine Heilung wird ihm aber bei Aufsuchen eines Arztes und striktem Befolgen der ärztlichen Anordnungen in Aussicht gestellt. Im nächsten Bild wird der junge Mann nach, wie die Bildüberschrift verrät, zwei Jahren Behandlungsdauer vom Arzt entlassen und ihm wird die Heiratslaubnis erteilt. Zusätzlich wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass er sich den Untersuchungen stets gewissenhaft unterzog und dass auch in Zukunft noch Nachuntersuchungen nötig sein würden.

Abschließend führt das Merkblatt zehn Merkworte zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten an. Hierbei wird in Punkt fünf indirekt auf die Existenz von Schutzmitteln hingewiesen, gleichzeitig jedoch betont, dass diese keinen vollkommenen Schutz vor einer Infektion böten. Vorab wird bereits im ersten Punkt darauf hingewiesen, dass nur ein Mittel, und zwar die Vermeidung jeglichen außerehelichen Geschlechtsverkehrs, einen Schutz vor Geschlechtskrankheiten böte.

Das an Frauen adressierte Merkblatt (siehe Abbildung 2a-d im Anhang) erzählt eine vergleichbare Bildergeschichte. Es zählt zu einer der ersten Materialien, die sich explizit an (junge) Frauen richten und damit nicht allein Prostituierte, sondern auch promiskuitiv lebende und damit geschlechtskranke Männer als mögliche Infektionsquelle darstellen (Sauerteig, 1999). Im ersten Bild wird eine junge Frau von ihrer Mutter aus dem Elternhaus verabschiedet, um als Dienstmädchen zu arbeiten. Eine Warnung vor den Gefahren einer Infektion mit Geschlechtskrankheiten bleibt im Gegensatz zu der an Männer gerichteten Bildergeschichte allerdings aus. Im nächsten Bild wird deutlich, dass die junge Frau mit ihrem Leben unzufrieden ist, da sie etwas „erleben [will], wie es im Roman oder Kino vorkommt“.

Eine andere Frau überredet sie daraufhin, einen Mann in einer Bar kennen zu lernen, wo sie gemeinsam Wein trinken. Im nachfolgenden Bild, das mit den Worten „Krank und verlassen“ überschrieben ist, wird deutlich, dass sie von dem Mann mit einer Geschlechtskrankheit angesteckt und anschließend verlassen wurde, nachdem er ihr zuvor die Ehe versprochen. An dieser Stelle wird die Verzweiflung der jungen Frau in ihrer Aussage deutlich: „Wie unglücklich bin ich! [...] Wer wird mir in meinem Elend helfen?“. Die Einsamkeit der jungen Frau wird verdeutlicht, indem im dazugehörigen Bild zu sehen ist, wie der Mann das Zimmer durch die Tür verlässt. Im nächsten Bild ist der Behandlungsweg der jungen Frau dargestellt. Auch in dieser Geschichte begibt sich die Frau zunächst in die Hände eines Kurpfuschers, der ihr jedoch, statt sie zu heilen, ihre ganzen Ersparnisse abnimmt. Anschließend begibt sich die junge Frau nach einem Besuch in einer Beratungsstelle in ärztliche Behandlung. Das letzte Bild ist mit dem Titel „Geheilt“ versehen. Hier wird wiederum deutlich, dass die junge Frau durch ein konsequentes Befolgen der ärztlichen Verordnungen von ihrer Krankheit geheilt werden konnte.

Im Gegensatz zu dem sich an Männer richtenden

Merkblatt steht am Ende dieser Bildergeschichte ein direkter Appell des Arztes: „Sie hätten sich üble Not und Sorgen sparen können, wenn Sie auch früher standhaft gewesen wären. Wer sich in Gefahr begibt, kommt darin leicht um!“. Abschließend sind auch auf diesem Material noch direkte Merkworte an die Leserin zu finden. Im Gegensatz zum Merkblatt für junge Männer ist auf diesem Merkblatt ein Abschnitt zum Thema Schwangerschaft vorangestellt.

Anschließend wird vor den Gefahren der Geschlechtskrankheiten gewarnt und die häufigsten Krankheiten beschrieben. Als Ansteckungsquelle werden in diesem Merkblatt Männer bezeichnet, die mit unterschiedlichen Frauen verkehren. Es werden drastische Warnungen ausgesprochen: „Mädchen, die den Liebhaber oft wechseln, erkranken fast ausnahmslos“ oder auch „Seid stets auf der Hut, daß [sic!] nicht eine kurze Stunde des Genusses Euch um Ehre, Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Lebensglück bringt!“. Zusätzlich wird auch hier darauf hingewiesen, dass bei einer Infektion die Möglichkeit einer Heilung besteht, wenn sich die Betroffene sofort in die Behandlung eines staatlich approbierten Arztes begibt und dessen Verordnungen strikt Folge leistet. Statt eines Hinweises auf Schutzmittel wie im Merkblatt für junge Männer ist in dem an Frauen gerichteten Merkblatt folgender Appell zu finden: „Ist ein Geschlechtsverkehr für Euch ohne Schwangerschaft und ohne Krankheit verlaufen, so laßt [sic!] Euch dadurch nicht in Sicherheit wiegen. Einmal erreicht Euch das Unglück doch“.

Nur wenige der Aufklärungsmaterialien über Geschlechtskrankheiten aus dem frühen 20. Jahrhundert weichen von der beschriebenen Strategie der Erregung von Furcht oder Ekel zum Erzielen einer Verhaltensänderung, die teilweise mit dem Einsatz von Fallbeispielen kombiniert wurde, ab. Die fast ausnahmslose Verwendung einer Botschaftsstrategie zu dieser Zeit ist auf den „[...] nahezu ungetrübte[n] Optimismus in ihre Wirksamkeit“ (Sauersteig, 1999, S. 203) zurückzuführen. Trotz des überwiegenden Einsatzes dieser Persuasionsstrategie finden sich in wenigen Materialien teilweise abweichende Strategien oder ein weniger starker Einsatz von Furcht- und Ekelappellen.

Wie vorab ausgeführt, nahm das Militär durch die erhöhten Erkrankungszahlen unter den Soldaten ab der Jahrhundertwende eine Vorreiterrolle in der Geschlechtskrankheitenaufklärung ein. Auch im Militär wurden Vorträge und Merkblätter zur

Aufklärung über Geschlechtskrankheiten genutzt. Ab 1915 wurde ein von den großen Gewerkschaften und Berufsverbänden für Soldaten unterzeichneter *Mahnruf* an diese verteilt – ein Merkblatt, das die Soldaten vor den Gefahren des außerehelichen Geschlechtsverkehrs warnte (Sauersteig, 1999).

Der *Mahnruf* appellierte an die Verantwortung der Soldaten sowohl für sich selbst als auch für Frauen und Kinder. Abschließend appellierte er zusätzlich an die Verantwortung gegenüber dem „Vaterland“: „Die Kraft und Gesundheit des Heeres ist die erste Voraussetzung für den endgültigen Sieg.“ (Preußisches und bayrisches Kriegsministerium, 1915, zitiert nach Sauersteig, 1999, S.207). Im Jahr 1915 erließ das preußische Kriegsministerium Richtlinien für die Belehrung der Soldaten über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten. Auch hier wird deutlich, dass an die Verantwortung der Soldaten gegenüber dem „Vaterland“ appelliert werden sollte. Es sei ihre Pflicht, sich „gesund und leistungsfähig zu halten“ und für Soldaten „unwürdig, sich durch Zuziehung einer Geschlechtskrankheit kampfunfähig zu machen“ (Verhandlungen des Deutschen Reichstages, zitiert nach Sauersteig, 1999, S. 207).

Die Richtlinien gaben weiterhin inhaltliche Vorgaben für Aufklärungsmaterialien vor. Diese sollten die gesundheitliche Unschädlichkeit einer enthaltsamen Lebensweise betonen und auf die Gefahren der Prostitution und des Alkohols hinweisen. Die Richtlinien befürworteten allerdings einen Hinweis der Aufklärungsmaterialien über vorhandene Schutzmittel als Prophylaktika und die Pflicht deren Anwendung. Dieser sollte jedoch nur verbunden mit dem Hinweis gegeben werden, dass sie keinen sicheren Schutz böten. Zusätzlich sollten Aufklärungsmaterialien die Soldaten über die Symptome der verbreitetsten Geschlechtskrankheiten aufklären und sie auf die Gefahr hinweisen, die sie bei einer Infektion für ihre Frauen und ihre Kameraden wären. Weiterhin sollten die Soldaten an ihre Pflicht erinnert werden, sich bei den geringsten Anzeichen einer Infektion in ärztliche Behandlung zu begeben und sich nicht selbst zu behandeln, und daran, dass ihnen bei Missachtung dieser Pflicht eine Strafe drohte (Sauersteig, 1999).

Anhand dieser Materialien für Soldaten wird deutlich, dass die Ziele des Militärs ebenfalls die Aufklärung der Soldaten und damit verbunden die Verhinderung einer weiteren Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten innerhalb des Militärs waren. Ein zusätzliches Ziel des Militärs war zudem die Erhaltung militärischer

Schlagkraft. Als Botschaftsstrategien wurden vor allem prosoziale Appelle eingesetzt, indem an die Verantwortung für andere Personen oder sogar das ganze Volk appelliert wurde. Dieser Appell an die Verantwortung für die Gesundheit des gesamten Volkes spielte im wenige Jahre später beginnenden Nationalsozialismus eine große Rolle. Bei den Verbreitungsmedien wurde der Fokus, ähnlich wie bei der Aufklärung der breiten Bevölkerung, auf Vorträge und Aufklärungsschriften sowie Flugblätter gelegt.

Auch in Materialien zur Aufklärung über Geschlechtskrankheiten für Studierende an deutschen Hochschulen lassen sich von dem Einsatz von Furcht- und Ekelappellen abweichende Persuasionsstrategien erkennen. Wie auch im Militär stieg die Infektionsrate der Geschlechtskranken unter den Studierenden um die Jahrhundertwende vom 19. zum 20. Jahrhundert stark an. Im universitären Kontext wurden ähnliche Medien wie im militärischen Kontext oder zur Aufklärung der breiten Bevölkerung genutzt. So wurden den Studierenden verpflichtende Vorlesungen über Geschlechtskrankheiten gehalten oder bei ihrer Immatrikulation Flugblätter ausgeteilt (Sauerteig, 1999). Eines davon, die *Kundgebung der deutschen Hygiene-Professoren an die Studierenden der Hochschulen (KHPS)* aus dem Jahr 1900 wird nachfolgend genauer thematisiert.

Dieses Merkblatt wurde von führenden Universitätsprofessoren unterzeichnet und wies die Studierenden auf die Gefahren der sich zunehmend stärker verbreitenden Geschlechtskrankheiten „für unser gesamtes Volk“ hin (KHPS, 1900, zitiert nach Sauerteig, 1999, S. 204). Zusätzlich lieferte es den Studierenden Informationen über die Symptome verschiedener Geschlechtskrankheiten. Abschließend wurden die Studierenden zum Verzicht auf Geschlechtsverkehr und zu „strafferer Selbstzucht“ aufgerufen (ebd.). Aus der Kundgebung geht hervor, dass die Professoren sich bewusst dazu entschieden, auf Übertreibungen zu verzichten, um die Studierenden „nicht etwa durch das Gespenst unnötiger Furcht“ (ebd.) abzuschrecken. Es sollten nach Aussage der Professoren „Gebote der Moral, so berechtigt sie auch erscheinen, völlig bei Seite“ (ebd.) gelassen werden. Hier wird die Überzeugung der Verantwortlichen im frühen 20. Jahrhundert deutlich, eine Verhaltensänderung durch reine Faktenvermittlung erreichen zu können. Trotz dieser Überzeugung verfolgten die Professoren die Absicht, die Studierenden vor „Unglück“ und „Schuld“ (ebd.) zu bewahren. Durch außerehelichen Geschlechtsverkehr

und die damit verbundene, scheinbar unausweichliche Ansteckung mit einer Geschlechtskrankheit würde nämlich nicht nur die körperliche Gesundheit geschädigt, sondern er verursache auch Schäden des „Charakters, der ganzen Denk- und Sinnesart“ (ebd.). Ähnlich wie in dem vorab beschriebenen Aufklärungsblatt für Soldaten wurde auch in diesem Merkblatt an die Verantwortung der Studierenden und ihre besondere Rolle in der Gesellschaft appelliert: Sie seien als „geistige Elite“ des Volkes verpflichtet, der „Versuchung“ zu widerstehen, denn sie seien „[...] die edelste und kostbarste Jugendblüte unserer Nation, auf Euch beruht die Hoffnung unserer Zukunft.“ (ebd.).

Dieses Merkblatt verfolgte wie die vorab beschriebenen Aufklärungsmaterialien das übergeordnete Ziel, eine weitere Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, hier insbesondere in der Studierendenschaft, zu verhindern. Anders als in den Materialien, die sich an die breite Bevölkerung richteten, sollte dieses Ziels jedoch nicht durch das Erzeugen von Emotionen wie Furcht oder Ekel durch entsprechende Bilder oder Texte erreicht werden. Hier wurde eine Verhaltensänderung vielmehr durch eine sachliche Beschreibung der Krankheitsbilder und Infektionsrisiken angestrebt. Zusätzlich wurde eine Persuasion der Studierenden durch prosoziale Appelle intendiert, indem durch die positive Betonung der Sonderrolle Studierender an ihre Verantwortung gegenüber der Bevölkerung appelliert wurde. Im Gegensatz zu den prosozialen Appellen in Aufklärungsmaterialien für Soldaten, die sich auch auf ihre Verantwortung gegenüber ihren Familien bezogen, wurde in den Materialien für Studierende ausschließlich an deren Verantwortung gegenüber der Nation appelliert.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein überwiegender Großteil der Materialien zur Aufklärung über Geschlechtskrankheiten aus dem frühen 20. Jahrhundert Furcht- und Ekelappelle einsetzte, um bei den Rezipierenden eine emotionale Reaktion auszulösen, die eine Abschreckungsreaktion zur Folge haben sollte. Die Verantwortlichen gingen davon aus, dass die Rezipierenden durch diese Abschreckungsreaktion eine Änderung ihres Verhaltens veranlassen würden. Das gewünschte Verhalten der Rezipierenden war eine enthaltsame Lebensweise bis zu einer dann streng monogam geführten Ehe. Vielfach wurden zur Erreichung dieses Ziels auch Visualisierungen und Fallbeispiele eingesetzt, um für die Rezipierenden einen konkreten und emotionalen Bezug zu Geschlechtskranken

herzustellen. Nur vereinzelte Materialien, die sich an spezielle Zielgruppen wendeten, wichen von dieser Strategie ab. In zielgruppenspezifischen Materialien wurde in prosozialen Appellen an die Verantwortung für die Familie und/ oder das Vaterland appelliert, um dadurch die erhoffte Wirkung eines veränderten Sexualverhaltens zu erzielen. Teilweise sollte bei diesen zielgruppenspezifischen Aufklärungsmaterialien explizit zur Vermeidung von Furchtreaktionen auf Übertreibungen verzichtet werden. Dies verdeutlicht die noch unsystematische Herangehensweise an die Aufklärung der Bevölkerung über Geschlechtskrankheiten, die sich durch die noch fehlende Erforschung von unterschiedlichen Wirkungen verschiedener Botschaftsstrategien in der Gesundheitskommunikation begründen lässt.

5 Historisches und Aktuelles im Vergleich

Im vorherigen Kapitel wurden die im frühen 20. Jahrhundert eingesetzten Botschaftsstrategien zur Aufklärung der Bevölkerung über Geschlechtskrankheiten analysiert. Nachfolgend wird auf aktuelle Materialien zur Aufklärung über Geschlechtskrankheiten eingegangen und ein Vergleich zwischen den historischen und den aktuellen Materialien gezogen. Hierbei sollen Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten der Materialien aufgezeigt werden, um die Entwicklung von Materialien zur Gesundheitskommunikation im Laufe der Zeit beispielhaft anhand von Materialien zur Aufklärung über Geschlechtskrankheiten zu betrachten.

Für einen Vergleich der vorab vorgestellten historischen Materialien zur Aufklärung über Geschlechtskrankheiten mit vergleichbaren aktuellen Materialien werden im Folgenden die Plakate aus zwei aktuellen STI-Kampagnen der BZgA, die Cartoon-Kampagne aus den Jahren 2016-2018 sowie die Kopfkino-Kampagne aus dem Jahr 2019, herangezogen. Für weitere Informationen zur aktuellen Aufklärung über Geschlechtskrankheiten siehe auch den Beitrag von Sophia Schaller in diesem Band.

In Anbetracht der rund 100 Jahre, die zwischen den einzelnen Aufklärungsmaterialien liegen, sind einige Unterschiede zu erwarten: Zunächst wird in den aktuellen Kampagnen der BZgA das Kondom als einzig sicheres Schutzmittel zum Schutz vor STI in den Vordergrund gerückt, Desinfektionslösungen finden hier keinen Platz mehr (BZgA, 2016, 2019). In den historischen Materialien hingegen wurden, wenn ein Hinweis auf Schutzmittel überhaupt enthalten war,

keine konkreten Mittel vorgestellt, sondern nur auf die Unsicherheit der Schutzmittel hingewiesen (Sauerteig, 1999). Weiterhin wird in den aktuellen Plakaten der BZgA die Kenntnis über die Existenz von Kondomen als Schutzmittel vorausgesetzt. Kondome werden nicht mehr explizit als Mittel zum Schutz vor der Ansteckung mit STI vorgestellt. Stattdessen wird mit dem direkten Appell „Benutzt Kondome“ vorausgesetzt, dass die Rezipierenden sowohl wissen, was ein Kondom ist, als auch, wie es angewendet wird (siehe Abbildung 3 und Abbildung 4 im Anhang).

In den vorgestellten historischen Materialien fehlt ein Hinweis auf konkrete Schutzmittel meist oder ist ausschließlich mit einer Warnung zum eingeschränkten Schutz verbunden (Sauerteig, 1999). Die Cartoon-Kampagne der BZgA beschreibt die Anwendung von Kondomen als „Erstaunlich einfach“ (siehe Abbildung 5 im Anhang). Diese Anwendungsbeschreibung ist als Anwendungsaufforderung zu verstehen, wohingegen in den historischen Materialien ein Hinweis auf Schutzmittel eher nebensächlich thematisiert wurde. Wünschenswert war hier stattdessen eine strikt enthaltsame Lebensweise bis zu einer monogamen Ehe (Sauerteig, 1999). Die explizite und befürwortende Anwendungsbeschreibung im aktuellen Aufklärungsmaterial ist auch auf das nicht mehr bestehende Werbeverbot für Schutzmittel zurückzuführen, was eine Befürwortung der Anwendung von Kondomen bis zum Jahr 1927 verhindert hätte (Sauerteig, 1999).

Weiterhin wird in den aktuellen Materialien der BZgA zur STI-Prävention der außereheliche Geschlechtsverkehr bei allen Geschlechtern nicht mehr als verwerflich verurteilt oder als Hauptursache einer Infektion mit STI angesehen. Im Gegenteil betont „LIEBESLEBEN“, eine Initiative der BZgA zur Förderung sexueller Gesundheit, unter der die beiden Kampagnen veröffentlicht wurden, dass die Möglichkeit besteht, sich mit einer STI zu infizieren, „[...] egal, wie und mit wem du es machst [...]“ (BZgA, 2020, Abs. 1). Demnach wird also keine Bevölkerungsgruppe mehr ausgemacht, die als Hauptinfektionsquelle gesehen wird, wie es zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch mit Prostituierten und später auch mit promiskuitiv lebenden Männern als Infektionsquelle für junge Frauen üblich war (Sauerteig, 1999).

Weiterhin wird in den aktuellen Materialien der BZgA keine Kausalität mehr zwischen unehelichem Geschlechtsverkehr und der Infektion mit einer

Geschlechtskrankheit suggeriert, wie es in den vorgestellten historischen Materialien der Fall war. Vielmehr betont die BZgA im Rahmen von LIEBESLEBEN, dass die Möglichkeit einer Ansteckung mit einer STI bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr besteht (BZgA, 2021). Das impliziert gleichermaßen, dass eine Infektion mit einer STI keine sichere Folge von ungeschütztem Geschlechtsverkehr sein muss.

Zusätzlich wird in aktuellen Materialien meist nicht mehr zwischen Materialien für Männer und Frauen unterschieden. Lediglich in der Kopfkino-Kampagne der BZgA von 2019 gibt es zwei Plakate, die einen identischen Text jeweils einmal mit der Abbildung eines jungen Mannes und einmal mit der einer jungen Frau verbinden (siehe Abbildung 6 und Abbildung 7 im Anhang). Jedoch werden auch hier die Plakate nicht gezielt an Männer oder Frauen distribuiert, sondern werden gleichermaßen öffentlich präsentiert. Generell werden die aktuellen Materialien der BZgA größtenteils weniger zielgruppenspezifisch gestaltet als die vorgestellten historischen Materialien aus dem frühen 20. Jahrhundert. Zwar richten sich auch die aktuellen Materialien der BZgA zur STI-Prävention eher an junge Erwachsene, allerdings findet keine nähere Spezifizierung auf einzelne Berufs- oder Bevölkerungsgruppen, wie die teilweise Spezifizierung der historischen Materialien auf Soldaten oder Studierende, statt.

Der entscheidendste Unterschied zwischen den vorgestellten historischen Materialien zur Aufklärung über Geschlechtskrankheiten und den aktuellen Materialien der BZgA zur STI-Prävention ist der vollständige Verzicht auf die Verwendung von Furcht- und Ekelappellen in den aktuellen Materialien. Diese Strategie hatte im frühen 20. Jahrhundert die Aufklärungsmaterialien dominiert. Die aktuellen Kopfkino-Kampagne der BZgA ist hingegen eher von einer neutralen, wertfreien Gestaltung geprägt, die „die Betrachterinnen und Betrachter über kurze Fragen gedanklich in Situationen, die bei der Prävention von HIV oder anderen STI eine Rolle spielen können“ versetzen sollen (BZgA, 2019, Absatz 1). In der Cartoon-Kampagne der BZgA aus den Jahren 2016-2018 wird sogar die Verwendung von Humor in den Vordergrund der Präventionsmaterialien gerückt (BZgA, 2016, Absatz 1). Dies zeigt, dass die Strategie des Hervorrufens von Emotionen bei den Rezipierenden weiterhin Bestand hat, die Farbe der Emotionen sich jedoch von negativen Affekten wie Furcht und Ekel hin zu Humor als positivem Affekt

gewandelt hat.

Trotz der vielen vorgestellten Unterschiede lassen sich dennoch einige Gemeinsamkeiten zwischen den historischen und den aktuellen Materialien erkennen. Zunächst wird das Kondom sowohl in historischen als auch in aktuellen Materialien als Mittel zum Schutz gegen eine Infektion aufgeführt (BZgA, 2016, Abs. 1; Sauerteig, 1999). Die BZgA betont sogar, dass „[...] Kondome nach wie vor der beste Weg [seien], sich gleichzeitig gegen HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) zu schützen“ (BZgA, 2016, Abs. 1).

Eine weitere Gemeinsamkeit ist die gemeinsame Zielgruppe der jungen Erwachsenen. Die in Kapitel 3 vorgestellten historischen Materialien differenzieren hierbei jedoch stärker zwischen einzelnen Berufs- oder Bevölkerungsgruppen, beispielsweise durch das Bereitstellen eigener Materialien für Soldaten, Studierende, junge Männer und junge Frauen (Sauerteig, 1999). Im Gegensatz dazu richtet sich das aktuelle Präventionsmaterial der BZgA eher insgesamt an Jugendliche und junge Erwachsene. Die Orientierung an dieser Zielgruppe zeigt sich beispielsweise an der Darstellung junger Erwachsener auf den Plakaten der aktuellen Kopfkino-Kampagne (siehe Abbildung 3, Abbildung 6 und Abbildung 7 im Anhang). Als eine weitere Gemeinsamkeit zwischen den historischen und den aktuellen Materialien lässt sich die Verwendung von Fallbeispielen anführen. In historischen Filmen zur Aufklärung über Geschlechtskrankheiten wurden Krankheitssymptome anhand realer Patient*innen visualisiert (Gertiser, 2008, S. 66). In den in Kapitel 3 vorgestellten Merkblättern für junge Männer und junge Frauen wird die Geschlechtskrankheitenproblematik anhand zweier fiktiver junger Erwachsener dargestellt, anhand derer die Infektion mit einer Geschlechtskrankheit und deren Folgen ausgeführt werden (Sauerteig, 1999).

Eine weitere, entscheidende Gemeinsamkeit zwischen den historischen und den aktuellen Präventionsmaterialien zeigt sich in dem Appell, sich bei dem Verdacht auf eine mögliche Infektion mit einer Geschlechtskrankheit an einen Arzt oder eine Ärztin zu wenden. Im Fall der in Kapitel 3 beschriebenen Bildergeschichten zeigt sich dieser Appell im „Irrweg“ der beispielhaft dargestellten jungen Erwachsenen in den Bildergeschichten durch ihre Behandlung bei einem so genannten „Kurpfuscher“ oder in der erklärten Pflicht der Soldaten, sich bei geringsten Anzeichen einer Infektion in ärztliche Behandlung zu

begeben (Sauerteig, 1999). In den aktuellen Präventionsmaterialien der BZgA wird diese Absicht in den Appellen „Ab zum Arzt“ (siehe Abbildung 8 im Anhang) oder „Lass dich auf sexuell übertragbare Infektionen testen“ (siehe Abbildung 6 und Abbildung 7 im Anhang) deutlich. Verbunden damit wird sowohl in den historischen als auch in den aktuellen Materialien kommuniziert, dass ein Arzt oder eine Ärztin bei der Behandlung und Heilung einer Geschlechtskrankheit helfen kann. In den Plakaten der BZgA wird dies durch den Slogan „Dein Arzt hilft“ (siehe Abbildung 9 im Anhang) deutlich. In den historischen Materialien zeigt sich diese Überzeugung beispielsweise auf dem Merkblatt für junge Männer in der Aussage, dass durch eine Behandlung der Krankheit durch einen approbierten Arzt und das strikte Befolgen seiner Anweisungen „alles wieder gut werden“ kann (siehe Abbildung 1 im Anhang).

6 Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Fokus der Botschaftsstrategien zur Aufklärung über Geschlechtskrankheiten im frühen 20. Jahrhundert mit einigen wenigen Ausnahmen auf der Erzeugung von Furcht und Ekel bei den Rezipierenden lag. Diese Strategie wurde mit dem Ziel und der Überzeugung eingesetzt, durch eine Abschreckungsreaktion eine Veränderung des Sexualverhaltens der Rezipierenden herbeiführen zu können. In wenigen Materialien zeigte sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine abweichende Strategie mit der Begründung, nicht durch Übertreibungen eine unerwünscht starke Furchtreaktion bei den Rezipierenden auslösen zu wollen (Sauerteig, 1999). Hier wurden prosoziale Appelle zur Erreichung des beschriebenen Ziels eingesetzt. Das Militär nahm bei der Geschlechtskrankheitenklärung zu dieser Zeit eine Vorreiterrolle ein, die sich auch in der Verwendung von der Norm abweichender Botschaftsstrategien widerspiegelt.

In der Gegenüberstellung historischer Aufklärungsmaterialien mit vergleichbaren aktuellen Materialien der BZgA zeigen sich sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede. Geblieben ist unter anderem der Appell, sich bei einem Verdacht auf eine Infektion von einem Arzt oder einer Ärztin behandeln zu lassen.

Eine weitere Gemeinsamkeit zeigt sich im Einsatz von emotionalen Appellen zur Zielerreichung. Im Vergleich der Botschaftsstrategien zeigt sich jedoch, dass diese

sich von dem Einsatz von Appellen mit negativem Affekt, wie Furcht- oder Ekelappellen, im frühen 20. Jahrhundert hin zu einer neutraleren oder sogar humorvollen Materialgestaltung, also dem Einsatz von positivem Affekt, gewandelt haben. Es ist davon auszugehen, dass sich der zukünftige Einsatz von Botschaftsstrategien in Präventions- und Aufklärungsmaterialien über STI an der weitergehenden Forschung über die Wirkung verschiedener Botschafts- und Persuasionsstrategien orientiert.

Literaturverzeichnis

BZgA. (2016). *Cartoon-Kampagne*. Cartoon-Kampagne. https://www.liebesleben.de/fuer-alle/infomaterial/detail-ansicht/?tx_bzgashop_pi2%5BarticleNumber%5D=2655&tx_bzgashop_pi2%5BparentArticles%5D=0&cHash=57607b54e33e1922f25960988027e8fa

BZgA. (2019). *Kopfkino-Kampagne*. Kopfkino-Kampagne. https://www.liebesleben.de/fuer-alle/infomaterial/detail-ansicht/?tx_bzgashop_pi2%5BarticleNumber%5D=3287&tx_bzgashop_pi2%5BparentArticles%5D=0&cHash=bac905e3377e4c20d815464554965df0

BZgA. (2020). *LIEBESLEBEN*. LIEBESLEBEN. <https://www.liebesleben.de/>

BZgA. (2021). *LIEBESLEBEN*. LIEBESLEBEN. <https://www.liebesleben.de/>

Daschmann, G. (2001). *Der Einfluß von Fallbeispielen auf Leserurteile: Experimentelle Untersuchungen zur Medienwirkung*. UVK.

Gelbrich, K., & Schröder, E.-M. (2008). *Werbewirkung von Furchtappellen: Stand der Forschung*. Ilmenau: Technische Universität Ilmenau, Institut für Betriebswirtschaftslehre.

Gertiser, A. (2008). Ekel. Beobachtungen zu einer Strategie im Aufklärungsfilm zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten der 1920er Jahre. *Figurationen*, 9(1), 61–76.

Hastall, M. (2014). Persuasions- und Botschaftsstrategien. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 399–413). Verlag Hans Huber.

Hovland, C., Janis, I. L., & Kelley, H. H. (1953).

- Communication and Persuasion: Psychological Studies of Opinion Chang*. Yale University Press.
- Hullett, C. R. (2004). Using Functional Theory to Promote Sexually Transmitted Disease (STD) Testing: The Impact of Value-Expressive Messages and Guilt. *Communication Research*, 31(4), 363–396.
- Janis, I. L., & Feshbach, S. (1953). Effects of fear-arousing communications. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48(1), 78–92.
- Kessler, S. H., Reifegerste, D., & Guenther, L. (2016). Die Evidenzkraft von Bildern in der Wissenschaftskommunikation. In G. Ruhrmann, S. H. Kessler, & L. Guenther (Hrsg.), *Wissenschaftskommunikation zwischen Risiko und (Un-)Sicherheit* (S. 171–192). Herbert von Halem.
- Köster, B. (1998). „Geschlechtskrankheiten drohen!“. Kontinuitäten und Brüche der Aufklärung über die „Lustseuche“. In S. Roebiger & H. Merk (Hrsg.), *Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation* (S. 77–92). Jonas Verlag.
- Lobinger, K. (2012). *Visuelle Kommunikationsforschung: Medienbilder als Herausforderung für die Kommunikations- und Medienwissenschaft*. Springer-Verlag.
- Luehnen, J., Albrecht, M., Mühlhäuser, I., & Steckelberg, A. (2017). *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation*. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation <https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/leitlinie-evidenzbasierte-gesundheitsinformation-fin.pdf>
- Miller, G. R. (1963). Studies on the use of fear appeals: A summary and analysis. *Central States Speech Journal*, 14, 117–124.
- Morales, A. C., Wu, E. C., & Fitzsimons, G. J. (2012). How disgust enhances the effectiveness of fear appeals. *Journal of Marketing Research*, 49(3), 383–393.
- Ort, A. (2019a). Ekel, Wut sowie Verlegenheit, Scham und Schuld in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation*. (S. 447–457). Springer.
- Ort, A. (2019b). Furchtappelle in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation*. (S. 435–446). Springer.
- Ort, A., & Fahr, A. (2018). Using efficacy cues in persuasive health communication is more effective than employing threats—An experimental study of a vaccination intervention against Ebola. *British journal of health psychology*, 23(3), 665–684.
- Peter, C. (2019). Fallbeispiele in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation* (S. 505–516). Springer.
- Reifegerste, D. (2019). Soziale Appelle in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation*. (S. 493–503). Springer.
- Reifegerste, D., & Ort, A. (2018). *Gesundheitskommunikation*. Nomos Verlag.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The journal of psychology*, 91(1), 93–114.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Hrsg.), *Social Psychophysiology* (S. 153–177). Guilford Press.
- Rosenstock, I. M. (1960). What research in motivation suggests for public health. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 50 (3), 295–302.
- Ruiter, R. A. C., Kessels, L. T. E., Peters, G. Y., & Kok, G. (2014). Sixty years of fear appeal research: Current state of the evidence. *International Journal of Psychology*, 49(2), 63–70.
- Sauerteig, L. (1992). Lust und Abschreckung. Moulagen der Geschlechtskrankheiten aufklärung. In S. Hahn & D. Ambatielos (Hrsg.), *Wachs – Moulagen und Modelle. Internationales Kolloquium 26. und 27. Februar 1993* (S. 89–105).
- Sauerteig, L. (1999). *Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert*. Franz Steiner Verlag.
- Sauerteig, L. (2000). Medizin und Moral in der

Syphilisbekämpfung. In R. Jütte (Hrsg.), *Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung* (Bd. 19, S. 55–70). Franz Steiner Verlag.

Scholz, A. (2003). Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in verschiedenen politischen Systemen. *Der Hautarzt*, 54(7), 664–673.

Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communications Monographs*, 59(4), 329–349.

Zillmann, D. (2006). Exemplification Effects in the Promotion of Safety and Health. *Journal of Communication*, 56(s1), S221–S237.

Provinzialverband Hannover der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung
der Geschlechtskrankheiten

Merkblatt zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Verfacht von
Kreisarzt Dr. Karl Dohrn u. Senator Wilh. Schickenberg, Hannover

Herausgegeben vom Landesverein für Volkswohlfahrt in Hannover
Abteilung: Provinzialverband der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten
Bereitellt mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten,
Berlin, Wilhelmstraße 45

Abchied vom Elternhaus.



Nun lebe wohl, mein Sohn! Lass' Dir's gut gehn und bleib' mir schön gesund. — Und noch eins: Lass' Dich ja nicht von leichtfertigen Mädchen verführen! Ein unbedachter Augenblick kann Dich für immer krank machen und Dein ganzes Lebensglück zerstören. Denk' immer an Deine Anna, die Dir zu Hause treu bleibt.

Abbildung 1a. Merkblatt zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten für junge Männer, verfasst von Kreisarzt Karl Dohrn und Senator Wilhelm Schickenberg aus Hannover. Herausgegeben von der DGBG.



Abbildung 1b. Merkblatt zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten für junge Männer, verfasst von Kreisarzt Karl Dohrn und Senator Wilhelm Schickenberg aus Hannover. Herausgegeben von der DGBG.

Der richtige Weg:

Beratungsstelle für Geschlechtskranke

Unentgeltliche, verschwiegene Beratung.

In der Beratungsstelle.

Lieber Freund, Sie haben eine ansteckende Geschlechtskrankheit. Der Ausfluß, an dem Sie leiden, ist sehr ansteckend. Darum dürfen Sie keinesfalls nach Hause zurückkehren. Wenn Sie oder gleich zum Arzt gehen und seinen Anweisungen gewissenhaft folgen, kann alles wieder gut werden. Gehen Sie aber nicht wieder zum Apotheker oder zu einem Arzt, der in der Zeitung annunziert; da werden Sie doch nicht richtig behandelt. Ohne genaue Untersuchung mit dem Mikroskop und allen Hilfsmitteln kann man weder Krankheiten erkennen noch heilen.

In der Beratungsstelle wird streng vertraulich Ihr Leiden nur festgestellt und die Behandlung veranlaßt. Wenn Sie gehen Sie jetzt zu Ihrem Arzt, er wird auch durch Beobachtung feststellen können, ob Sie nicht etwa das Unglück gehabt haben, sich mit ein zweites Leiden, „die Syphilis“, durch Ihren Fehltritt anzuziehen.

„Syphilis.“



Auch das noch, zu allem Unglück, syphilitisch bin ich geworden. Am liebsten würde ich mir eine Kugel durch den Kopf schießen. Ich will aber wie ein Mann mein Unglück tragen. Der Arzt hat mir ja auch gesagt, daß es möglich ist, durch Frühbehandlung das Leiden schnell zu heilen, falls es nur sofort in den ersten Anfängen erkannt wird.

Nach zwei Jahren.



Man hat Sie nicht mehr ansteckungsfähig. Die Nachuntersuchungen, denen Sie sich gewissenhaft unterzogen haben, ergeben, daß Ihr Blut zur Zeit rein von Nachdunststoffen ist. Jetzt kann ich Ihnen unbedenklich die Heiratsverlobnis erteilen. Sie müssen sich aber noch regelmäßig untersuchen lassen; denn es ist noch nicht sicher, ob Sie ganz gesund sind.

Abbildung 1c. Merkblatt zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten für junge Männer, verfasst von Kreisarzt Karl Dohrn und Senator Wilhelm Schickenberg aus Hannover. Herausgegeben von der DGBG.



10 Merkworte zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1. Es gibt nur ein Mittel, sich vor Geschlechtskrankheiten zu schützen: Manie haben unterrichteten Geschlechtsverkehrs!
2. Lassen Sie sich von dem Geschlechtsverkehr. Lebe mäßig, Nichte diesen Körper durch gesunde Speise. Die Geschlechtsverkehrung auch in kleinen Dingen. ... (Text partially obscured)
3. Geschlechtliche Ausschüttungen nicht als etwas Feind, sondern als ein gültiges Gut. Führt die Geschlecht der Hochmoralität.
4. Jeder geschlechtliche Geschlechtsverkehr ist die der großen Gefahr aus, durch Geschlechtskrankheiten ausgelöst zu werden und durch sie gut zu leben können mit demselben Geschlecht zu verlieren. ... (Text partially obscured)
5. Die Erzeugung von Spermien erfordert einen vollkommenen Schlaf.
6. Halte den Alkohol, biete Dir vor dem Angebotenen und vor Frauenheit. Der Alkoholismus macht leichtfertig und bringt den Menschen ins Verderben.
7. Beobachte auch jedem anderenfalls Deine Deinen Körper auf das genaueste, merke auf jede Kräfteveränderung. Hast Du den geringsten Verdacht, die eine Geschlechtskrankheit zuzugehen zu haben, laufe sofort den Arzt auf. Im Anfangsstadium sind derartige Krankheiten leicht und glücklich zu heilen. Ist erst der ganze Körper durchsetzt, ist die Heilung schwierig, oft unmöglich. Schauer und Krämpfe weisen wenige Tage später, Krankheit mit sich erst 2 bis 3 Wochen später auf.
8. Wende Dich nie an einen Kurgastler oder an einen Arzt, der in der Zeitung inseriert, da werden Dir nur Dein Geld aus der Tasche. Ein wirklich verlässlicher Arzt geht seine Leistungen nicht öffentlich an.
9. So lange Dein Arzt die Heilungsgeschichte noch nicht zu vollenden vermag, ist jeder Geschlechtsverkehr ein Verbrechen. Wer, obwohl er weiß, daß er an einer Geschlechtskrankheit leidet, geschlechtlich verkehrt, wird nach dem Gesetz bestraft, auch wenn seine Heilung erfolgt.
10. Das alles behalt Dir, bevor Du nicht völlig gesund bist. Der zugehörige Erzeuger macht die Frau krank und unfruchtbar, das Geschlechtsverbrechen ist die Mutter ihres in Mitleidenschaft oder ist sie auch zur Frau kommen. Darum laß Dich, wenn Du einmal krank warst, vor der Fortsetzung täglich genau untersuchen, ob Deine Kräfte glücklich wieder ist.

Die Beratungsstelle befindet sich: Hannover, Maschstraße 10
 Sprechstunden von 9-10 Uhr vormittags
 außerdem
 für Männer: Dienstags von 12-2 Uhr und 6-8 Uhr nachmittags
 für Frauen: Freitags von 12-2 Uhr und 6-8 Uhr nachmittags

Das Merkblatt ist zu beziehen durch die
 Gesundheits- und Beratungsstellen Hannover der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Hannover, Maschstraße 10
 Preis: 1 Stück 20 Pfennig / 25 Stück 12 Mark / 100 Stück 28 Mark / 500 Stück 130 Mark / 1000 Stück 250 Mark

Druck & Verlag, Hannover

Abbildung 1d. Merkblatt zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten für junge Männer, verfasst von Kreisarzt Karl Dohrn und Senator Wilhelm Schickenberg aus Hannover. Herausgegeben von der DGBG.



Abbildung 2a. Merkblatt zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, verfasst von Medizinalrat Karl Dohrn, illustriert von Otto Schendel, herausgegeben von der DGBG.



Abbildung 2b. Merkblatt zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, verfasst von Medizinalrat Karl Dohn, illustriert von Otto Schendel, herausgegeben von der DGBG.

Der richtige und der falsche Weg.



Die Kurpfuscher, deren Anzeigen ich gelesen hatte, haben mir meine ganzen Ersparnisse abgenommen und mich doch nicht geheilt. Vielleicht sagt man mir in der Beratungsstelle, welchen Weg ich einschlagen soll. Ich hätte es mir allerdings gleich sagen können, daß nur ein Arzt ein solches Leiden erkennen und heilen kann.

Scheitert.



Sie haben durch gewissenhaftes Befolgen meiner Ratsschläge alles getan, um wieder gesund zu werden, liebes Kind! Sie hätten sich üble Not und Sorgen sparen können, wenn Sie auch früher standhaft gewesen wären. Wer sich in Gefahr begibt, kommt darin leicht um! Beherzigen Sie, was dieses Merkblatt sagt:

Merkblatt für Frauen und Mädchen.

Dieses Blatt wendet sich besonders an Mädchen, welche noch jung in das Erwachsenenalter eintreten und keine geistigen Vorurteile haben.

In den schmerzlichen Stunden, die diesen Mädchen drohen, steht ihr zuverlässigster Beistand, den Sie oft durch schmerzliche Stunden finden, i. d. stilles Empfinden, gesättigt werden.

Die leichtfertigen, oft sogar unethischen Versprechungen junger Männer, die Verführung durch schmerzliche Stunden, sowie der durch den Verführer bewirkten Verlust, das sind die Verführungen, denen Tausende von Mädchen zum Opfer fallen.

Die die Mädchen enthält der Geschlechtskrankheit vor der Ehe eine doppelte Gefahr, die Gefahr der Schwangerschaft und die der Geschlechtskrankheiten.

Schwangerschaft.

Das schwangere Mädchen ist in der Arbeit behindert. Es verliert viel von seiner Schönheit. Es gerät in Schande und Not. Die Not steigert sich, wenn ein Kind zur Welt gekommen ist. Das Mädchen hat dann leider oft genug bis zur Eile und Verzweiflung.

Obgleich der Vater gesetzlich verpflichtet ist, für den Unterhalt seiner außerehelichen Kinder bis zu dem vollendeten 18. Lebensjahre zu sorgen, so geschieht es doch oft durch Schicksal oder Unwissenheit oder ist wirtschaftlich an der Erfüllung verhindert.

Weder Eltern anderer Kasten sollen denn auch die Unterhaltspflicht für das Kind der jungen Mutter zu, deren geschlechtliche Unkeuschheit eine geistige Verwundung meistens unheilbar macht.

Geschlechtskrankheiten.

Männer, die außerehelichen Geschlechtsverkehr suchen, verlieren fast alle mit anderen Mädchen, insbesondere auch mit Prostituierten. Das sind Mädchen, die gewohnheitsmäßig aber vorwiegend mit vielen Männern verkehren. Sie sind fast fast krank. Dies hat zur Folge, daß der größte Teil dieser Männer an einer Geschlechtskrankheit leidet oder gelitten hat. Der einmal geschlechtlich infiziert ist aber oft noch an, wenn er auch äußerlich gesund erscheint, in vielen Fällen sogar dann, wenn er selbst sich heilen lassen konnte.

Bei der großen Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den Männern ist jedes Mädchen, das auch nur einmal mit einem Manne geschlechtlich verkehrt, der Gefahr der Infizierung ausgesetzt; Mädchen, die den Verdacht ihrer Verführung erheben, sind ungesund.

Die hauptsächlich in Veracht kommenden Geschlechtskrankheiten sind die Syphilis, der weiche Schanker und der Tripper (Gonorrhoe). Letztere schädigt den Körper der Frau weit weniger als bei den Männern.

Der Tripper macht bei der Frau Anfangs oft wenig Beschwerden und wird von Angehörigen nicht beachtet. Sehr oft zeigt sich nur Brennen und Jucken in den Geschlechtsstellen und ein geringer, vorher nicht beachteter Ausfluß. Bei späterer Entwicklung ist der Ausfluß entsprechend stärker und eitriger. In schweren Fällen droht der Entzündung in die inneren Teile des Uterus und zum Ausbruch und erzeugt dort schwerste Entzündungen und Vereiterungen, besonders bei fortgeschrittenen Geschlechtskrankheiten. Schweres Gicht, Unfruchtbarkeit und Arbeitsunfähigkeit sind die Folgen.

Das Brandheiligste kann auch bei der Geburt in die Augen

Abbildung 2c. Merkblatt zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, verfasst von Medizinalrat Karl Dohrn, illustriert von Otto Schendel, herausgegeben von der DBGG.

bei Menstruation einbringen und kann zur Erfüllung des
 Zweckes führen.

Der **weibliche Scharlach** entsteht einige Tage nach der
 Auflösung des Monatsblutes. Die Krankheit besteht aus einer
 milden Erythraemie mit. Die Symptome bestehen aus einer
 milden Erythraemie mit oder ohne, die durch eine leichte
 Schwellung hervorgeht von 3-4 Wochen nach der Auflösung und
 tritt erst mit dem zweiten Monat wieder auf. Diese
 Symptome bilden sich in der Regel an den äußeren und inneren
 Geschlechtsteilen, können aber auch an jeder anderen Stelle des
 Körpers, besonders am Mund und Finger, auftreten.

Die **Syphilis** ist eine weitverbreitete ansteckende Krank-
 heit, welche den ganzen Körper durchdringt und nicht selten zu
 den schwersten Geschwülsten und Verwundungen führt.
 Nach Latenzzeit hat eine gewisse Folge der Syphilis.

Gleich wenn die Syphilis nicht mehr von ihrem Leiden ge-
 macht wird, kann dieselbe doch auf die Nachkommenheit über-
 tragen werden und erzeugt in späteren Generationen.

Daher sind die folgenden Maßnahmen in höchsten Maße
 empfehlenswert:

- I.
 Seien Sie auf Euer Eut, daß nicht eine kurze Stunde
 des ungeschützten Geschlechtverkehrs mit einem Kranken
 und Erythraemie bringe. Gebt Euch nicht nach leichtem Verlangen
 dem ersten besten Manne hin, der Euch durch Schwermü-
 den lockt oder Euch die Ehe verspricht. Es ist der Mann,
 mit dem Ihr in engere Verbindung treten wollt, gebt ein
 Verzeichnisse und Anamnese.

Versteht Euch die auch dem Tausch kranken
 Frauen. Diese haben Ihren Anteil in Euren Verdiensten.
 Weiblich dem Geschlechtverkehr mit anderen kranken
 Personen, insbesondere bei jedem Geschlechtsverkehr mit Männern,
 vor allem beim Eut. Weiblich nicht Euer Küssen, Umarmen,
 halten, da Ihr sonst über die kurze Zeit angesteckt sein werdet.
- II.
 Gebt Ihr Euch doch etwa mit einem Manne geschlechtlich
 verbunden haben, so nicht Ihr auf rechtzeitige Folgen des
 Geschlechtverkehrs achten Euren Körper mehrere Wochen auf
 das sorgfältigste.

Gedenkt die Folgen der Schwangerschaft ein-
 zuweilen nicht gleich, sondern überdauert Euch selbst eine Zeit
 als ungeschützt und ungeschützt dem ersten Mann. In
 allen anderen Fällen gibt es auch Verweise, die einen
 Mann in jeder Lage helfen zur Ehe leben, die auch
 zwischen Ihn und Ihren Eltern sowie dem Werkzeuge vermitteln.
 Besondere Verweise sind die auf schriftliche Verträge bei der
 am besten geschützten Verhältnisse der D.M.G. erfahren.

Ein Mann und Eut in dem Geschlechtsverkehr, vor
 allem ein vorher nicht beobachteter Mann, lassen sich eine
 Erkennung am Eut (Schwangerschaft) machen. Bei
 jeder anderen Stelle sind jedoch Anzeichen oder Zeichen an den
 Geschlechtsteilen, bei allen Hautveränderungen und Hautveränder-
 ungen ist an Verweisung mit Syphilis zu denken.

Bei diesen Verweisen, die erst erst nach 3-4 Wochen auf-
 treten, geht sofort in Eut (auch nach 2 Jahren) zu einem hoch-
 qualifizierten Arzt oder einer Ärztin, zu einem Arzt-
 verstandenen oder Arzt (Schwangerschaft) über in die nächstgelegene
 Beratungsstelle der Landesgesundheitsbehörde, wo Ihr unmit-
 tellbar werden und untersucht werdet.

Alle kranken erkrankte Eut und Verweisen sind
 sofort mit den richtigen Verweise versehen, deren alle
 diese die auch schädlich vermeiden.

Kommen diese Eut sofort in die richtige Be-
 handlung, so ist die Gefahr geschlechtlich ein geringere.

Es will denn, aber nur dann, wenn jeder vollständige
 Beratung ist.

Es genügt vollständig nicht, daß Ihr den Arzt auf-
 sucht. Ihr müßt auch seine Verweise, insbesondere seine
 Verweise über die vollständige Sanierung, in allen Punkten
 genau befolgen.

Wichtig ist von Krankheiten haben Verweise auch bei
 Geschlechtskrankheiten Verweise auf sonstige Verweise
 durch den Mann, und solange so am besten verhalten
 sind, auch bei Krankheiten.

III.
 Seien Sie von einer Geschlechtskrankheit befallen, so soll
 Ihr weiter folgen zu denken:

1. Die Euch der Arzt für vollständig geheilt erklärt hat,
 ist jeder andere Geschlechtsverkehr streng verboten. Sowie
 Ihr Verweise, so gebt Ihr Euch sehr, sehr haben die
 Verweise und auch sonst geschlechtlich bestraft werden.¹⁾
2. Ihr müßt dann auch erst denken, wenn es Euch die
 Arzt erlaubt hat, sonst macht Ihr Euren Mann krank und
 sehr leicht Kinder in die Welt.
3. Seien Verweise jede aber auch sich darauf zu ver-
 weisen lassen, daß Ihr Eutige Eut an jeder Geschlechts-
 krankheit leidet.
4. Bei jeder späteren Erkrankung, bei jeder Schwanger-
 schaft, bei jeder Erkrankung eines Kindes müßt Ihr in Euren
 eigenen oder des Kindes Verweise dem behandelnden Ar-
 zte Mitteilung von der früheren Geschlechtskrankheit machen. S.
 Mitteilung wird dem Arzt in jedem Falle die richtige
 Wege zur Erkennung des neuen Leidens, zur Behandlung im
 Schwangerschaft zeigen. Der Arzt ist geschlechtlich zur Eut,
 bei der Verweise Verweise verweise; Ihr müßt Euch
 schädlich sein vermeiden.

IV.
 Bei ein Geschlechtskrankheit für Euch oder Schwangerschaft
 und Eut Krankheit vermeiden, so ist Euch das höchste Maß an
 Sicherheit wegen. Eutige Verweise Euch das höchste Maß.

V.
 Syphilitische Erkrankung kann auch ohne
 Geschlechtsverkehr durch Eut kommen. S. E. kann eine
 gewisse Eut durch ein vollständiges Eut, ein gebildetes Eut
 durch eine vollständige Eut angesteckt werden; denn müssen
 nur Eutige einer solchen Eut Eut und Eut zu
 heiratlichen Eut Eutig vermeiden werden.

Syphilis kann auch durch einen Eut, durch den geschlechts-
 lichen Eut von Eut- und Eutigen, der
 Eutige durch Eutigen, Eutigen, Eutigen,
 Eutigen, Eutigen und Eut. Eutigen werden.
 Verweise sich auch hier auf Eut hat. Licht immer die
 vollständige Sanierung.

Eutigen die Verweise, die Euch die Verweise ist,
 Verweise, die nur der Eut und Eutigen ist,
 Eutigen nicht die Eut ist ein vollständiges Eut
 Eutige Eut, sondern ist auch Eut Eut durch das Eut-
 Verweise, das es nur der Eut ist sich vermeiden, Eut-
 Verweise geschlechtlich macht.

¹⁾ Von. 1) bei Verweise zur Verweise der Geschlechtskrankheiten
 vom 11. Dezember 1915.

VI.
 Die die Verweise ist, Eutige ist auch nur der Verweise und
 Eutigen ist, das es nur der Verweise und Verweise Verweise
 ist, mit der Verweise ist es bei Eutigen ist, Eutige ist Eut
 und Eutigen Eutigen ist Eutigen Eutigen.
 Die Verweise ist, Eutige ist Eutigen und Verweise Eutigen
 nur auf Eutigen ist.
 Die Verweise ist Eutigen ist Eutigen.

Empfehlenswerte Schriften aus den Veröffentlichungen der DGBG:

Heft 8: Grundlagen und Gefahren des Geschlechtslebens. Von Dr. Franziska Lördes, Berlin.
 5. überarbeitete Auflage. 14 Seiten mit einer Tafel. Preis 30 Pfg.

Heft 17: Wie erhalten wir die Gesundheit der Frau? Ein Mütter- und Frauenheft von Wilfa Fritsch.
 Preis 30 Pfg.

Heft 18: Das Kind und die Geschlechtskrankheiten. Von Dr. Gerhard Dahn, Berlin. 3. Auflage,
 16 Seiten. Preis 30 Pfg.

Heft 24: Geschlechtskrankheiten und Ehe. Von Sanitätsrat Dr. Leven, Eberfeld. 2. neu bearbeitete Auf-
 lage. 19 Seiten. Preis 30 Pfg.

Brannen & Dorn, Berlin 1915.

Abbildung 2d. Merkblatt zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, verfasst von Medizinalrat Karl Dohrn, illustriert von Otto Schendel, herausgegeben von der DGBG.

Nur das Eine im Kopf? Benutzt Kondome.



Es ist deins.
Schütze es.



Eine Aktion der
Bundeszentrale für
gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)
gefördert durch
die Bundesrepublik
Deutschland.
Bestell-Nr.: 70604012

BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

 [liebesleben.de](https://www.liebesleben.de)

Abbildung 3. Kopfkino-Kampagne, Plakat Motiv "Nur das Eine im Kopf". Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2019).




EGAL WORAUF
IHR STEHT.

BENUTZT KONDOME.

www.liebesleben.de

**GIB AIDS
KEINE
CHANCE**

**LIEBES
LEBEN**

 Eine Aktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), gefördert durch die Bundesrepublik Deutschland. Bestell-Nr. 70601006

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

dehochhaus.de & stefan-wilkus.de

Abbildung 4. Cartoon-Kampagne, Plakat Motiv "Lackstiefel". Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2016).

**ERSTAUNLICH
EINFACH.**

**BENUTZT
KONDOME.**

www.liebesleben.de

**GIB AIDS
KEINE
CHANCE**

**LIEBES
LEBEN**

 Eine Aktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), gefördert durch die Bundesrepublik Deutschland. Bestell-Nr. 70601007

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

das-hochhaus.de & stefan-wirkus.de

Abbildung 5. Cartoon-Kampagne, Plakat Motiv "Kunststück". Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2016).

Brennt's im Schritt?



Es ist deins.
Schütze es.

Lass dich
auf sexuell
übertragbare
Infektionen
testen.



Eine Aktion der
Bundeszentrale für
gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)
gefördert durch
die Bundesrepublik
Deutschland.
Bestell-Nr.: 70604014



 [liebesleben.de](https://www.facebook.com/liebesleben.de)

Abbildung 6. Kopfkino-Kampagne, Plakat Motiv "Brennt's im Schritt? (Mann)". Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2019).

Brennt's im Schritt?



Es ist deins.
Schütze es.

Lass dich
auf sexuell
übertragbare
Infektionen
testen.



Eine Aktion der
Bundeszentrale für
gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)
gefördert durch
die Bundesrepublik
Deutschland.
Bestell-Nr.: 70604015

BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

 [liebesleben.de](https://www.facebook.com/liebesleben.de)

Abbildung 7. Kopfkino-Kampagne, Plakat Motiv "Brennt's im Schritt? (Frau)". Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2019).



www.liebesleben.de



Eine Aktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), gefördert durch die Bundesrepublik Deutschland. Bestell-Nr. 70601008



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



Abbildung 8. Cartoon-Kampagne, Plakat Motiv "Feuerwehr". Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2016).

DISCO IM SCHRITT?

DEIN ARZT HILFT.

Wenn's unten juckt, kann das ein Anzeichen für eine sexuell übertragbare Infektion (STI) sein.

www.liebesleben.de

LIEBES LEBEN

Es ist deins. Schütze es.

Verband der Privaten Krankenversicherung

Eine Aktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., gefördert durch die Bundesrepublik Deutschland.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

dasthochhaus.de & stein-wirkus.de

Abbildung 9. Cartoon-Kampagne, Plakat Motiv "Disco im Schritt". Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2017).

GIB AIDS KEINE CHANCE in Ost und West: Ein Vergleich der Aufklärungsarbeit der BZgA und des DHMD über HIV und AIDS in den 1980er Jahren

Helene Baumbach

Universität Erfurt

Zusammenfassung

Die Themen HIV und AIDS prägten in den 1980er Jahren die Gesundheitsaufklärung in Deutschland. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in der Bundesrepublik Deutschland und das Deutsche Hygiene-Museum Dresden für die Deutsche Demokratische Republik agierten als zentrale Einrichtungen zur umfassenden Aufklärung über das Virus, seine Verbreitungswege und die Erkrankung auf sehr unterschiedliche Art und Weise. Während in der BRD an die Eigenverantwortung und Solidarität gegenüber Betroffenen appelliert wurde, standen in der DDR ganz andere Werte wie die Treue und Stabilität in der Partnerschaft im Vordergrund der Aufklärung. Die unterschiedlichen Wertesysteme in Ost- und Westdeutschland wirkten sich somit auch auf verschiedene Art und Weise auf die Aufklärungsarbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Deutschen Hygiene-Museums Dresden in beiden deutschen Staaten aus. So wählte die sich immer als fortschrittlich verstehende DDR einen eher konservativen, kleinbürgerlichen Weg, während in der BRD aktiv mit sexuell definierten Randgruppen zusammengearbeitet wurde. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es daher aufzuzeigen, welchen Einfluss politische Systeme auf die Gesundheitsaufklärung hatten. Dafür wird zunächst die gesundheitspolitische Ausgangssituation in den beiden Staaten skizziert. Anschließend werden die verschiedenen Aufklärungsansätze anhand der Kampagnenlogik rekonstruiert und miteinander verglichen.

Keywords: AIDS/HIV, BZgA, DHMD, DDR, BRD, Gesundheitskommunikationskampagnen

Summary

The topics HIV and AIDS influenced German health communication in the 1980s. While the 'Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung' was assigned to inform the population of the Federal Republic of Germany about the virus, the illness and how the infection spreads, the 'Deutsches Hygiene-Museum Dresden' was responsible to provide information for the German Democratic Republic. Both institutions approached the task very differently. Self-responsibility and solidarity towards people with HIV or AIDS were preached in Western Germany. In contrast to this, loyalty and stability in relationships were addressed as main prevention methods in East Germany. These different value systems in the two states had an impact on the distinct public health measures of the two institutions. The GDR, which liked to consider itself as rather progressive, choose a rather conservative way, whereas the institution in the FRG worked actively together with sexually defined marginal groups. This paper aims to illustrate the influence that political systems may have on the method and distribution of health information. This will be done by firstly outlining the political and health-related situations at the beginning of the pandemic. Susequently, the distinct health communication approaches will be analysed based on the model of campaign logic for both East and West Germany.

Keywords: AIDS/HIV, Health Communication Campaigns, GDR, FRG

1 Einleitung

Das Humane Immundefizienz-Virus (HIV) und das Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) sind eine der größten globalen Herausforderungen und kosteten seit dem Beginn der Epidemie in den 1980er Jahren bereits über 29.000 Menschen in Deutschland das Leben (Robert-Koch-Institut, 2019). Dennoch kann im Vergleich zu anderen Ländern in Westeuropa die Situation in Deutschland als gut beschrieben werden (BZgA, 2018). Seit Ende der 1990er Jahre konnte eine deutliche Reduzierung an Neuinfektionen mit HIV nach dem Höhepunkt Mitte der 1980er Jahre verzeichnet werden (Robert-Koch-Institut, 2019). Die Ursache für den Rückgang besteht vor allem in der Aufklärungsarbeit zu HIV und AIDS, die verhaltensbezogene Maßnahmen zur Vermeidung der Ansteckung in den Vordergrund stellte. Die Promotion der Maßnahmen erfolgte mittels Aufklärungskampagnen, die über das Virus, die AIDS-Erkrankung sowie Ansteckungswege und Präventionsmöglichkeiten informierten. Durch die Teilung Deutschlands 1949 gab es keine gesamtdeutsche AIDS-Aufklärung. So wurden verschiedene Aufklärungsstrategien verfolgt, die insbesondere durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für die BRD, sowie das Deutsche Hygiene-Museum in Dresden (DHMD) für die DDR erfolgte, und in beiden Teilen Deutschlands für ein hohes Niveau an Wissen bei der Bevölkerung über die Ansteckungswege des HIV und entsprechende Schutzmaßnahmen sorgte (Häder, 1994).

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, die Aufklärung über HIV und AIDS in der DDR und BRD vor dem Hintergrund der verschiedenen politischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Kontexte entlang der jeweiligen Kampagnenlogiken vergleichend zu analysieren. Als Materialgrundlage wird dabei die Aufklärungsarbeit der BZgA für Westdeutschland und des DHMD für Ostdeutschland in den 1980er Jahren berücksichtigt. Zu Beginn wird der historische Kontext in Bezug auf die Entstehung des DHMD und der BZgA skizziert. Danach folgt eine kurze Zusammenfassung der jeweiligen gesundheitspolitischen Systeme der BRD und DDR. Im Hauptteil der Arbeit werden die verschiedenen Herangehensweisen der BZgA und des DHMD vorgestellt und miteinander verglichen.

2 Historischer Kontext

Mithilfe von Karl August Lingner (1861–1916), der mit dem Mundwasser „Odol“ bekannt und reich geworden war, wurden zahlreiche Gesundheitsausstellungen in Deutschland durchgeführt (Weinert, 2017). 1903 wurde im Rahmen einer Städteausstellung unter Lingners Federführung der Pavillon „Volkskrankheiten und ihre Bekämpfung“ in Dresden präsentiert, mit dem der Bevölkerung Hygiene und Medizin auf eine attraktive Art und Weise näher gebracht werden sollte (Vogel, 2003; Weinert, 2017). Die von Lingner 1911 initiierte „I. Internationale Hygieneausstellung“, welche unter anderem Informationen zur Anatomie des Menschen, Hygiene, Gesundheitsvorsorge sowie Ernährung vermittelte, erwies sich als so erfolgreich, dass sich 1912 das „National-Hygiene-Museum“ etablieren ließ. Als dessen Mission erklärte Lingner: „Das Hygiene-Museum soll eine Stätte der Belehrung sein für die ganze Bevölkerung, in der jeder sich durch Anschauung Kenntnisse erwerben kann, die ihn zu einer vernünftigen und gesundheitsfördernden Lebensführung befähigen.“ (Lingner, 1912, S. 5).

Bis zur Eröffnung des Museumsgebäudes 1930 mit der „II. Internationalen Hygieneausstellung“ wurden zunächst Wanderausstellungen gezeigt. Mithilfe von Schautafeln, Broschüren, Plakaten, Moulagen, Präparaten und weiteren Wissensobjekten sollte das Volk hygienisch belehrt werden. Diese Ausstellungsmittel wurden in einer Lehrmittelwerkstatt produziert (Blume, 2017). So entstand auch der gläserne Mensch, welcher 1930 erstmals vorgeführt wurde, zu dieser Zeit schon mit dem Schwerpunkt Vererbung und Rassenhygiene (Lienert, 2009).

Während der Zeit des Nationalsozialismus diente das Museum ebenso als Vermittlungs- und Ausstellungsort für die nationalsozialistische Rassenideologie (Vogel, 2003; Weinert, 2017; siehe hierzu den [Beitrag von Graf & Schiefeneder](#)). Im Zuge des Bombenangriffs auf Dresden im Zweiten Weltkrieg wurde 1945 das Museumsgebäude weitgehend zerstört, weshalb sich bis zum Wiederaufbau wenige Jahre später hauptsächlich auf die Wiederaufnahme der Lehrmittelproduktion und auf Wanderausstellungen konzentriert wurde. 1954 wurde das DHMD zum „Zentralinstitut für medizinische Aufklärung“ in der DDR ernannt, welches mit der allgemein-verständlichen Vermittlung medizinischen Wissens zur Erhaltung von Gesundheit, Vorbeugung und Behandlung von Krankheit beauftragt wurde (Sammer, 2015).

Mit der Teilung Deutschlands spaltete sich ebenso das Personal des Hygiene-Museums. Lingners Nachfolger Georg Seiring, Geschäftsführer und Direktor des Museums, ging nach seiner Entlassung in Dresden 1947 nach Köln und gründete dort ein neues Museum in Anlehnung an das DHMD (Vogel, 2003). 1949 entstand das Deutsche Gesundheits-Museum (DGM) als Zentralinstitut für Gesundheitserziehung, welches die „Wissensvermittlung populärwissenschaftlicher medizinischer Sachverhalte“ (BZgA, 2007, S. 1) in den Mittelpunkt stellte.

Das DGM galt als westliches Pendant zum DHMD und produzierte auch diverse Lehr- und Anschauungsmaterialien. Gesundheitsaufklärung im geteilten Deutschland war stark politisch geprägt. Kooperationen zwischen den beiden Einrichtungen waren politisch bedingt nicht realisierbar, da die Verantwortlichen des DGM den ostdeutschen Konkurrenten aufgrund von „ideologisch-propagandistischen Publikationen und Ausstellungen“ (Sammer, 2013, S. 144) ablehnten. 1967 wurde das DGM zu einer bundesunmittelbaren Behörde für Gesundheitsaufklärung erhoben und damit strukturell das, was zuvor bereits das DHMD in der DDR geworden war (BZgA, 2007; Sammer, 2013; Vogel, 2003).

Gesundheitspolitik in West- und Ostdeutschland

Die Entwicklung der verschiedenen Gesundheitssysteme in Deutschland war stark von wirtschaftlichen, politischen sowie gesellschaftlichen Einflüssen geprägt. Nach dem Zweiten Weltkrieg erfolgte 1949 eine politische Teilung Deutschlands, die durch die gescheiterte Einigung der Besatzungsmächte bezüglich der Gestaltung von Politik, Wirtschaft und Gesellschaft verursacht wurde (Busse & Riesberg, 2005; Hartmann, Schardt & Weiß, 1971). Während durch den Einfluss der Sowjetunion in der DDR der Weg des Sozialismus eingeschlagen wurde, beeinflusste insbesondere die Besatzungsmacht der Vereinigten Staaten die gesundheitspolitische Entwicklung in der BRD (Hartmann et al., 1971).

Das Gesundheitssystem der BRD

Nach der Spaltung Deutschlands strömten viele Mediziner*innen nach Westdeutschland. Ideologische Werte wie die persönliche sowie medizinisch-berufliche Freiheit standen bei der Restauration des Gesundheitswesens als leitende Ideen im Vordergrund (Diederichs, Klotmann & Schwartz, 2008). Zunächst

besann man sich auf das Gesundheitssystem der Weimarer Republik zurück, welches auf dem Bismarck'schen System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von 1883 aufbaute (Busse & Riesberg, 2005). 1975 wurden schließlich die vielen Einzelgesetze im Sozialgesetzbuch als einheitliches Gesetzwerk zusammengefasst (Berger & Stock, 2008). Die Grundprinzipien der GKV wurden im Gesundheitssystem der BRD beibehalten. Dazu zählten die Arbeiterkranken-, Unfall-, Renten- sowie Invaliditätsversicherungen. Zusätzlich wurden der Personenkreis der Versicherten sowie die Leistungen angepasst (Knieps, 2017). Verbandsvertreter*innen übernahmen die Selbstverwaltung der Versicherungen (Busse & Riesberg, 2005). Die Beiträge wurden zu gleichen Teilen von Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen gezahlt. In der BRD entwickelte sich somit ein Gesundheitssystem, welches noch heute in seinen Grundzügen in Deutschland zu finden ist.

Der Stellenwert der Eigenverantwortung in gesundheitlichen Belangen nahm insbesondere ab den 1980er Jahren zu (Diederichs et al., 2008). Primär zielte man darauf ab, die Bürger*innen zu „gesundheits-erhaltenden und gesundheitsförderlichen Lebensgewohnheiten und Verhaltensgewohnheiten zu erziehen“ (Sammer, 2015, S. 273). Dabei stand die Selbstbestimmung des und der Einzelnen im Vordergrund und die Krankheitsprävention wurde aus sozialwissenschaftlicher Sicht betrachtet. Gesundheitsaufklärung sollte passives Wissen effizient in aktives Handeln umwandeln und somit eine individuelle Verhaltensbeeinflussung bewirken. Gleichmaßen sollten Hilfestellungen an die Hand gegeben werden, mit denen eine gesunde Lebensweise eigenverantwortlich gestaltet werden konnte. Laut Sammer (2015) appellierte diese etwas widersprüchliche Aufklärungsstrategie einerseits an die Emanzipation und Selbstbestimmtheit, wollte aber gleichzeitig individuelles Verhalten gezielt beeinflussen.

Die Gesundheitspolitik der DDR

In der DDR mangelte es an Personal, medizintechnischen Geräten und Verbrauchsmaterialien (Linek, 2016). Dabei führten die erratischen Verstaatlichungs- und Zentralisierungsbemühungen zu Protest und Abwanderung aufseiten der Ärzteschaft (Busse & Riesberg, 2005). Die Gesundheitspolitik wurde betrieblich festgesetzt und stark auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit fokussiert, um hohe Erwerbsquoten sicherzustellen (Manow, 1993). Im Vordergrund

standen Vorbeugung und Prophylaxe, außerdem die Erhaltung und Förderung der Gesundheit, womit an die Traditionen der Sozial-hygiene während der Weimarer Republik angeknüpft wurde (Linek, 2016). Die Abteilung Gesundheits-politik im Zentralkomitee der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands agierte dabei als übergeordnetes Organ, welches eine zunehmend zentralisierte Strukturierung des Systems medizinischer Versorgung schuf (Busse & Riesberg, 2005; Linek, 2016).

Eine gesunde Lebensweise wurde als Schutz der Gesundheit aller und damit auch als Aufgabe aller verstanden. Laut Linek (2016) wurde Krankheit dabei als Belastung für die Wirtschaft und Gesellschaft angesehen, denn Krankheit und Gesundheit galten nicht als persönliche Problematik, sondern als gesellschaftsrelevant. Der Gesundheitszustand sollte daher vom Staat verstärkt, gesteigert, aber auch kontrolliert und überwacht werden. Staat und Individuum standen in enger Beziehung zueinander: Während sich der Staat verfassungsrechtlich um den Schutz der Gesundheit der Bürger*innen kümmerte, hatte sich die Bevölkerung selbst zu einer gesunden Lebensweise zu verpflichten, um leistungsstark zu sein und somit wiederum die Gesundheitspolitik zu stärken (Linek, 2016). So sollte auch Einfluss auf die Lebensweisen der Menschen genommen werden, um gesundheitsbewusste Verhaltensweisen in der Entwicklung der sozialistischen Persönlichkeit zu verankern.

Nutz (1999) beschreibt die sozialistische Persönlichkeit als „jene in eine sozialistische Gesellschaft und von der sozialistischen Ideologie geprägte Persönlichkeit, die sich allen Postulaten der sozialistischen Gesellschaft unterordnet“ (S. 249f.). Die sozialistische Persönlichkeit diene als Leitbild eines kollektiv orientierten, im Kern durch klein-bürgerliche Tugenden geprägten Subjekts. Dabei wurde stets die Wichtigkeit der eigenen Arbeits- und Leistungsfähigkeit für die Gesellschaft als ideologisches Gut betont. Als zentrale Prinzipien galten Jugend, Tüchtigkeit und Leistungsfähigkeit, wobei Gesundheit als Ressource aufgefasst wurde, die zur Erbringung von Leistung essenziell schien. Im Gegensatz zur Gesundheitspolitik der BRD zählte in der DDR Selbstbestimmung nicht zu den vorrangigen Zielen der Gesundheitserziehung zur sozialistischen Persönlichkeit, da sich der sozialistische Staat als „Fürsorgediktatur“ allzuständig wähnte (Sammer, 2015, S. 282).

Die Gesundheitserziehung in der DDR erfolgte primär durch das DHMD. Dabei kam der „Gesundheitspropaganda“ ein hoher Stellenwert zu, um die „Ansichten und Überzeugungen, Normen und Wertvorstellungen sowie [...] Weltbilder jedes einzelnen DDR-Bürgers an das Ideengebäude des Marxismus-Leninismus – auch in Bezug auf die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit“ (Linek, 2016, S. 65) anzugleichen. So war in die Gesundheitserziehung nicht nur die Vermittlung von medizinischem Wissen eingelassen, sondern auch die Lenkung von Verhaltensweisen, die dem Erhalt der Gesundheit und Stärkung der eigenen Leistungsfähigkeit dienten.

3 AIDS-Aufklärung im geteilten Deutschland

Westdeutsche AIDS-Kampagne der BZgA

Bereits ab 1983 thematisierten westdeutsche Medien die Gesundheitsbedrohung, die von einem Phänomen ausging, das als AIDS bezeichnet werden sollte (Tümmers, 2013). Das Klima in der Bevölkerung wurde durch Angst bestimmt, Mythen über Ansteckungswege machten sich breit (BZgA, 2018; Müller, 1998). Bereits Mitte der 1980er Jahre war sicher, dass es in naher Zukunft keinen Impfstoff und kein Heilmittel geben würde, weshalb Prävention an erste Stelle zur Bekämpfung von HIV und AIDS rückte (BZgA, 2012). Als Schwierigkeit zeigte sich dabei, dass Themen wie Sexualität, Drogen, Kondome sowie Tod und Sterben hochtabuisiert waren und somit zu Kontroversen und Diskussionen in der Gesellschaft führten (Müller, 1998; Tümmers, 2017). 1985 befürwortete etwa ein Drittel der Bevölkerung die Ausgrenzung von HIV-Betroffenen und AIDS-Erkrankten aus der Gesellschaft (Müller, 1998). Es wurde über Zwangsuntersuchungen, namentliche Meldepflicht, verordnete HIV-Antikörpertests und Isolation debattiert (Tümmers, 2013). Doch der Großteil der Politiker*innen stimmte gegen restriktive Maßnahmen, nur Bayern führte ab 1987 Zwangsuntersuchungen bei Verdachtsfällen ein (Tümmers, 2017). Dies stellte einen starken Kontrast zur liberalen Strategie der restlichen Bundesländer dar. Dort wurde eine „gesellschaftliche Lernstrategie“ beschlossen, die an Freiwilligkeit, Eigenverantwortung sowie Anonymität appellierte (BZgA, 2012; Müller, 1998; Tümmers, 2013). Mitte der 1980er Jahre wurde die BZgA mit dem „Sofortprogramm zur Bekämpfung von AIDS“ beauftragt (BZgA, 2018) und startete mit der Deutschen Aidshilfe (DAH) 1987 die Aufklärungskampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“.

Als zentrales Ziel der Aufklärungsarbeit durch die BZgA gilt seit 1987, über Ansteckungswege und Schutzmaßnahmen aufzuklären. So soll Aufmerksamkeit auf das Thema gelenkt werden, um die Risikowahrnehmung zu steigern und die Bevölkerung dazu zu animieren, sich mit AIDS auseinanderzusetzen und eine Enttabuisierung von Sexualität herbeizuführen (Winkelmann, Müller & von Räden, 2015). In der Aufklärungsarbeit sollte Freiwilligkeit, gleichzeitig auch die Wichtigkeit der Verwendung von Kondomen als Präventivmaßnahme betont und somit zum Selbstschutz motiviert werden (BZgA, 2018). Wichtig war dabei, Panik zu vermeiden sowie das Verantwortungsbewusstsein der Bürger*innen zu fördern (Tümmers, 2013). Im Vordergrund stand zudem bereits in den 1980er Jahren die Etablierung eines gesellschaftlichen Klimas, bei dem Betroffene weder diskriminiert noch stigmatisiert werden (BZgA, 2012; Müller, 1998). Somit zielte die BZgA mit der Kampagne auch darauf ab, Solidarität für HIV-positiv Getestete in der Gesellschaft aufzubauen.

Für die breit angelegte Aufklärungskampagne zur Prävention von AIDS kooperierte die BZgA mit nichtstaatlichen Institutionen wie der DAH. Dabei wurde die Aufklärungsarbeit aufgeteilt, indem sich die BZgA vorrangig an die breite Bevölkerung richtete, die DAH die zielgruppenspezifische Aufklärung bei besonders gefährdeten Gruppen übernahm (BZgA, 2018; Tümmers, 2013). Die BZgA entwickelte auch diverse Materialien für verschiedene Zielgruppen. Zielgruppenspezifische Materialien adressierten HIV-positive Personen, Mitarbeiter*innen im Gesundheits- und Pflegebereich, in der Drogen- und Suchttherapie sowie im Bereich Hygiene und Kosmetik. Zudem gab sie Basisinformationen für Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen, sowie ab 1990 zunehmend auch für Jugendliche, heraus (BZgA, 2020b). Die 1983 gegründete DAH gilt als Dachverband für lokale Hilfsorganisationen für AIDS-Erkrankte, drogenabhängige Personen sowie Zentren für Homosexuelle. Zu den Hauptbetroffenen und besonders gefährdeten Gruppen zählten dabei drogenabhängige Personen, homosexuelle Männer sowie Männer, die Sexualverkehr mit Männern hatten (MSM; BZgA, 2018). Durch die enge Zusammenarbeit mit den Hochrisikogruppen sollte die Glaubwürdigkeit der Präventionsangebote gesteigert werden.

Die Problematik der Aufklärung über HIV und AIDS zeigte sich rasch darin, dass es einen Themenbereich ansprach, der stark emotional behaftet und tabuisiert war. Die Thematik reichte weit in die

Intimsphäre hinein, was wiederum die Kommunikation der Aufklärung enorm erschwerte (Tümmers, 2017). Mithilfe der „gesellschaftlichen Lernstrategie“ (Winkelmann et al., 2015, S. 83) sollte massenmedial sowie reichweitenstark informiert werden, um die Bevölkerung über möglichst viele Kommunikationskanäle zu erreichen und so eine Auseinandersetzung mit dem Thema zu erzwingen (BZgA, 2012; Müller, 1998). Diese Strategie baute auf einen nachhaltigen Lernprozess auf, bei dem die Allgemeinbevölkerung wie auch spezifische Zielgruppen einbezogen werden sollten (BZgA, 2018). In den Kampagnen wurde an die Selbstverantwortung appelliert, um mithilfe von Wissensvermittlung Präventionsverhalten zu fördern.

Der Titel der Kampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“ wurde laut Tümmers (2013) bewusst gewählt, weil die Erkrankung an AIDS nicht als schicksalhaft aufgefasst werden sollte, sondern als vom eigenen Verhalten abhängig. Daher standen Appelle an das „Präventive Selbst“ (Lengwiler & Madarász, 2010), also Appelle an ein eigenverantwortlich handelndes Subjekt, stets im Vordergrund der Aufklärung. Weiterhin wurden soziale Appelle verwendet, um die Wichtigkeit der Unterstützung Betroffener zu betonen und zur Solidarität aufzurufen. Ab 1990 rückten auch emotionale Appelle durch die Verwendung von Humor in den Fokus, denn laut der BZgA (2018) nahm die „humorvolle Ausrichtung [...] dem Thema die Scham und ermutigt zu einem offenen Umgang“ (S. 82).

Um eine hohe Reichweite zu erzielen, wurden diverse Massenmedien eingesetzt (Winkelmann et al., 2015). Neben vielen multimedialen Angeboten stellte die BZgA Möglichkeiten zur interpersonalen Kommunikation, wie der AIDS-Telefonberatung, zur Verfügung. Für eine vertiefende Kommunikation bot die DAH persönliche Gespräche an (Müller, 1998). Dem Massenmedium Plakat kam bei der Aufklärungsarbeit der BZgA in Kooperation mit der DAH eine zentrale Bedeutung zu. Der flüchtige Charakter des Mediums Plakat erzwang, die Botschaften kurz und prägnant zu formulieren. Dabei wurde selten die tödliche Gefahr von AIDS thematisiert, um Panik zu vermeiden und die sowieso schon bestehende Angst nicht weiter zu verschlimmern. Der Fokus der Kampagnen lag auf Gesundheit und Leben (Roeßiger, 2013). Safer Sex und Solidarität sollten mittels der Aufklärung über Schutzmaßnahmen, Ansteckungswege sowie Diskriminierung Betroffener vermittelt werden.

1987 wurde das erste Plakat zum Auftakt der Kampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“ als Anzeige in der Publikumspressen und Tageszeitung veröffentlicht (BZgA, 2020b). Das Plakat zeigt einen Mann auf einer Bank sitzend mit der Aufschrift „Lasst mich nicht allein.“ (siehe Abbildung 1). Der Text darunter appelliert an die Mitmenschlichkeit und betont, wie wichtig es sei, Betroffene zu unterstützen (Roefiger, 2013). Die mit dem auszulösenden Mitgefühl bezweckte erhöhte Bereitschaft zur Solidarität sollte zudem der Vorstellung entgegenwirken, dass HIV durch bloßen sozialen Kontakt übertragen werden könne. Auf diesem Plakat, sowie auch auf den folgenden, wird zudem auf die telefonische Beratung der BZgA verwiesen.



Abbildung 1. Erstes Plakat der BZgA-Kampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“ (Quelle: BZgA, 2020b)

Als Reaktion auf Kritik von Betroffenen und Aktivist*innen der DAH, dass das Plakat zu harmlos sei und nicht genug über das Ansteckungsrisiko und die Übertragungswege informiere, produzierte die BZgA in Kooperation mit westdeutschen Apotheken noch im selben Jahr eine umfangreiche Informationskampagne über Ansteckungs- und Nicht-ansteckungswege von HIV. Das Plakat wird bis heute von der BZgA verwendet, wie in Abbildung 2 zu sehen ist, nun mit ergänzenden Informationen zu aktuelleren Informations- und Kontaktmöglichkeiten.

Eine weitere Plakatreihe aus dem gleichen Jahr, befasste sich zudem mit den Themen Verantwortung und Treue. Hierbei wurde insbesondere Untreue und die Gefahr von Urlaubsbekanntschaften thematisiert. So heißt es auf einem Plakat: „Daher gilt im Urlaub, wie auch überall: Partnerschaftliche Treue ist der beste Schutz vor Aids.“. Neben Informationen über das Risiko der Untreue wird lediglich auf die Telefonberatung hingewiesen, jedoch keine alternativen

Verhütungsmöglichkeiten aufgezeigt.

DAS WICHTIGSTE ÜBER AIDS

Aids kann nur durch Eindringen des Aids-Erregers HIV in die Blutbahn übertragen werden. Vor allem:

- Durch ungeschützten Geschlechtsverkehr, Kondome schützen!
- Durch infiziertes Blut, vor allem beim gemeinsamen Gebrauch von Spritzen und Nadeln. Keine Spritzen und Nadeln austauschen! Drogenberatung aufsuchen!
- Durch eine angesteckte Mutter auf ihr Kind während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder eventuell beim Stillen. Vom Arzt oder Gesundheitsamt beraten lassen!

Eine HIV-Infektion kann man niemandem ansehen! Sie ist nur über den HIV-Test nachweisbar.

Der Aids-Erreger HIV wird auf folgenden Wegen nicht übertragen:

- Durch Körperkontakte wie Händeschütteln, Umarmen, Zärtlichkeiten oder Küsse.
- Durch Anaten oder Anhusten
- Durch Besuche im Schwimmbad, in der Sauna oder beim Sport.
- Durch Zusammenleben mit Infizierten oder Kranken.
- Durch gemeinsames Arbeiten im Betrieb
- Durch Benutzen von Toilette, Bad und Dusche.
- Durch Insektenstiche und Haustiere.
- Durch das Spenden von Blut.

Das Wichtigste über HIV und Aids steht auf diesem Plakat. Mehr über sexuell übertragbare Krankheiten und den Schutz beim Sex finden Sie in der Broschüre "Safer sex ... sicher" und im Internet unter www.aidskeinechance.de
Die Broschüre und weitere Medien können Sie kostenlos anfordern. Per Post: BZgA, 51101 Köln, e-mail: order@bzga.de, Fax: 0221-8992-257

Wenn Sie persönliche Fragen haben, rufen Sie uns an: täglich ab 10 Uhr 01800 - 920 444 (12 Ct/Min, von 09:00 bis 19:00 Uhr)
Über www.aidsberatung.de können Sie sich auch online beraten lassen.

GIB AIDS KEINE CHANCE

Abbildung 2. Plakat in Kooperation mit Apotheken, aktuelle Ausgabe (Quelle: BZgA, 2020b)

1988 startete die BZgA auch eine Kampagne für junge Menschen. In Kooperation mit dem Deutschen Studentenwerk wurde ein zweiseitiges Plakat (siehe Abbildung 3) an Universitäten verteilt, um besonders die sexuell aktiven Studierenden über HIV und die Ansteckungsrisiken aufzuklären (Cajkovac, 2015).



Abbildung 3. Plakat für Studierende (Quelle: Sammlung Deutsches Hygiene-Museum Dresden, Inventar-Nummer: 1997/699 DHMD/David Brandt)

Auf der Vorderseite sind sieben Studierende abgebildet, die sich die Hände vor das eigene Gesicht halten. In der Mitte steht geschrieben „Nur wer durchblickt, kann sich schützen“. Damit sollte zum

Informieren und verantwortungsbewusstes Handeln aufgerufen werden. Auf der Rückseite erfolgte die Aufklärung „Was Studierende über AIDS wissen sollten“. Hier waren die wichtigsten Informationen zu HIV und AIDS in 17 Punkten zusammengefasst.



Abbildung 4. Plakat zu Bisexualität (Quelle: Sammlung Deutsches Hygiene-Museum Dresden, Inventar-Nummer: 1996/1392 DHMD/David Brandt)

Noch kurz vor der Wiedervereinigung 1990 startete eine weitere Plakatreihe der BZgA, die für Safer Sex warb. Diesmal wurde ein Kondom sogar als grafisches Element unter dem bekannten Slogan verwendet, sowie mit dem Spruch „Dem Leben zuliebe.“ ergänzt. Die neue Reihe sollte nun verschiedene Gruppen ansprechen und thematisierte daher Bisexualität, Homosexualität, Treue, Prostitution, Drogenkonsum, Promiskuität, aber auch die Verantwortung und Solidarität gegenüber HIV-positiven Personen und AIDS-Erkrankten. Das Plakat in Abbildung setzte zum Beispiel Bisexualität ins Bild. Abgebildet sind zwei Männer, die eine Frau "einrahmen". Auch hier wird mit einem Spruch zu Safer Sex aufgerufen. Mittels der nun offeneren Umgangsweise der BZgA sollte auch eine Entstigmatisierung verschiedener Gruppen und Sexualpraktiken in der Gesellschaft bewirkt werden, - ein Aufklärungsziel, das von der DAH explizit eingefordert wurde (Tümmers, 2017).

1985 veröffentlichte die BZgA die Broschüre „AIDS – Was Sie über AIDS wissen sollten“ (siehe Abbildung 5), die als Postwurfsendung an alle 27 Millionen

Haushalte Westdeutschlands gesendet wurde (BZgA, 2020a). Diese Informationsbroschüre enthielt eine erste Zusammenfassung der bis dahin bekannten Informationen über AIDS, wie Ansteckungswege und Schutzmaßnahmen. Mithilfe einer Broschürenreihe sollten zudem Basisinformationen weitere Zielgruppen erreichen.

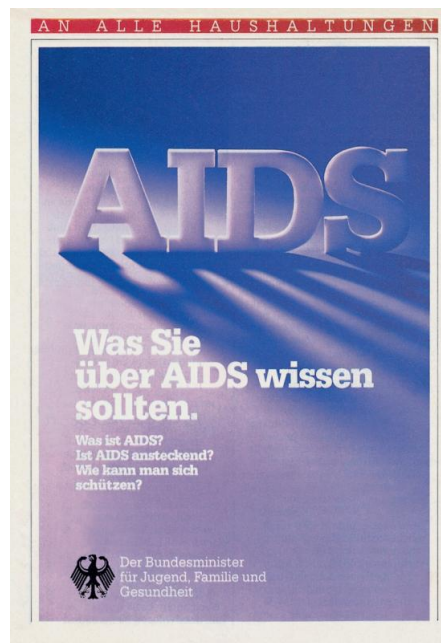


Abbildung 5. Erste Informationsbroschüre (Quelle: BZgA, 2020b)

Von 1988 bis 1990 wurden diverse Informationshefte an HIV-positive Personen, Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen im Gesundheits-, im Hygiene- und Kosmetikbereich sowie in der Drogenarbeit und Suchttherapie herausgegeben. Diese wurden auch in diverse „Gastarbeiter*innen-Sprachen“ wie Serbokroatisch, Italienisch, Spanisch und Portugiesisch übersetzt (BZgA, 2020b). Speziell für Jugendliche veröffentlichte die BZgA 1990 die Broschüre „...Na Nu?“ (siehe Abbildung 7). Thematisiert wurden Liebe, Kommunikation, Freundschaft, aber auch Sexualität und Safer Sex. Mithilfe einer Fotogeschichte sollten Sachinformationen zu Sexualität allgemein und AIDS insbesondere vermittelt werden. Zudem wurde eine kleinere Informationsbroschüre über die Verwendung von Kondomen sowie ein Kondom beigelegt.

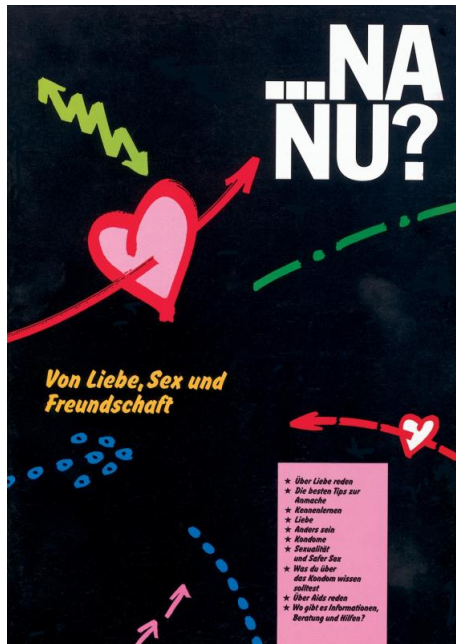


Abbildung 6. Broschüre für Jugendliche (Quelle: BZgA, 2020b)

Das Thema der sozialen Verantwortung wurde ab 1987 auch in TV- und Kinospots aufgegriffen (BZgA, 2020b). In insgesamt 11 Spots, die sich hauptsächlich an die Allgemeinbevölkerung richteten, sollte die Bedrohung bei sexuellen Kontakten dargestellt und an die Treue appelliert, aber auch die Gefährlosigkeit sozialer Kontakte betont werden (Tümmers, 2017). So erzählt beispielsweise im Spot „Herr Trost“ ein Mann von seiner Erfahrung mit AIDS und ruft zu mehr Mitmenschlichkeit und Solidarität auf. Ebenso wird im Spot „Menschen“ die Annahme kritisiert, ohne Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe oder Kontakt zu Personen aus diesen nicht von AIDS betroffen zu sein. So heißt es im Spot: „Gleichgültigkeit führt zur Ausbreitung von AIDS. Das Problem geht jeden an.“ Somit wird dazu aufgefordert, selbst verantwortungsbewusst zu handeln, um sich selbst wie auch andere zu schützen. Im wohl bekanntesten TV-Spot „Supermarkt“ mit Hella von Sinnen und Ingolf Lück von 1990 nimmt das Kondom die zentrale Rolle ein (siehe dazu [hier](#) das Video). Ein junger Mann versucht unauffällig Kondome zu kaufen, aber die Kassiererin ruft lautstark „Tina, was kosten die Kondome?“ und richtet somit die Aufmerksamkeit auf den jungen Mann. Der Spot bleibt aufgrund seiner humorvollen und kurzen Art im Gedächtnis und wurde zum Klassiker (BZgA, 2018).

Ostdeutsche AIDS-Aufklärung durch das DHMD

In der DDR wurde AIDS zunächst als Problem des Westens abgestempelt, obwohl bereits Anfang der 1980er Jahre Mediziner*innen vor der Gefahr der Erkrankung auch in Ostdeutschland warnten und dazu aufforderten, die Bevölkerung aufzuklären (Geißler, 2007). Der Staat führte stattdessen seuchenpolitische Maßnahmen wie die namentliche Meldepflicht oder Isolation Infizierter ein (Tümmers, 2013). 1984 entschied sich das Gesundheitsministerium zunächst dafür, keine Öffentlichkeitsarbeit bezüglich AIDS zu starten. Die vermeintlich hauptbetroffenen Homosexuellen in Berlin sollten sich gegenseitig durch „Mund-zu-Mund-Propaganda“ warnen (Geißler, 2007). Doch die Existenz von AIDS konnte in der DDR trotz aller Bemühungen des SED-Regimes nicht verschwiegen werden, denn viele DDR-Bürger*innen informierten sich über die westlichen Medien (Tümmers, 2013). Die Verschleierungstaktik scheiterte und begünstigte das sich in den 1980er Jahren rapide verschlechternde Vertrauensverhältnis zwischen Staat und Bürger*innen der DDR (Tümmers, 2017).

Im Vergleich zu Westdeutschland waren HIV-positive Personen Mitte der 1980er Jahre tatsächlich nur eine Randerscheinung. So waren bis März 1986 nur vier Fälle bekannt, im November des Jahres gab es den ersten Todesfall und Ende 1987 zählte man lediglich 39 Infizierte, von denen vier an AIDS erkrankten (Tümmers, 2017). 1987 wurde trotz der vergleichsweise geringen Zahlen beschlossen, statt der bisher restriktiven Informationspolitik zu einer umfangreichen Aufklärung der Allgemeinbevölkerung überzugehen (Leser, 1993). Das DHMD wurde als zentrale Konsultationsstelle für die AIDS-Aufklärung der DDR ernannt und mit der Öffentlichkeitsarbeit zu HIV und AIDS beauftragt.

Zentrales Ziel war ab 1988 die Aufklärung über das Virus, Übertragungswege sowie den sozialen Umgang mit Betroffenen. Somit sollten, wie auch in der BRD, Ansteckungen verhindert sowie die Verantwortung der Bürger*innen hervorgehoben werden, um ebenso der drohenden Stigmatisierung Betroffener entgegenzuwirken (Tümmers, 2013). Neben diesen gesundheitsbezogenen Zielen der AIDS-Aufklärung wollte der sozialistische Staat der DDR gleichzeitig das Vertrauen in das politische System durch die Demonstration von Kontrolle und Fürsorge zurückgewinnen (Tümmers, 2017).

Das DHMD verfolgte ab 1988 einen Maßnahmenplan, der die Gesamtbevölkerung der DDR umfassend

aufklären sollte. Zudem sollten zielgruppenspezifische Materialien erstellt werden. Zielgruppenspezifisch meinte dabei jedoch nicht die Aufbereitung von Informationen für risikobehaftete Gruppen, sondern die Ansprache Jugendlicher, deren Verhalten als sehr naiv gegenüber Verhütung und Infektionsschutz angesehen wurde (Tümmers, 2017). Obwohl die Mehrzahl der HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten Homosexuelle waren, wurde AIDS nicht als Krankheit Homosexueller angesehen, sondern als solche aller DDR-Bürger*innen. Niels Sönnichsen, AIDS-Forscher und Vorsitzender der zentralen AIDS-Beratung der DDR, war der Auffassung, dass zielgruppenspezifische Prävention für Risikogruppen nicht notwendig sei (Leser, 1993).

In der Gesundheitserziehung der DDR standen aber vor allem Appelle an Verantwortung, Vernunft und Treue im Vordergrund. Die Bürger*innen hatten selbst Verantwortung zu tragen, sollten sich eigenständig über Schutzmaßnahmen informieren und dem-entsprechend ihr Sexualverhalten anpassen. Die DDR verfolgte dabei, wie auch die BRD, eine multimediale Strategie. Durch die Nutzung vieler Informationskanäle sollte eine Botschaft vermittelt werden, die „eindeutig, leichtverständlich und überzeugend“ war (Tümmers, 2017, S. 278).

Nach der eher zögerlichen Auseinandersetzung mit AIDS fing das DHMD zum Ende der 1980er Jahre damit an, verschiedene traditionelle wie neue Medienkanäle zu nutzen. Die AIDS-Aufklärungsarbeit durch das DHMD begann 1988 mit einer Ausstellung. Dieses Massenmedium galt als wichtiges Mittel der hygienischen Volksbelehrung Anfang des 20. Jahrhunderts, welches über den menschlichen Körper, dessen Anatomie und Physiologie, sowie Gesundheit, Krankheit und Hygiene informierte. Ausstellungen sollten Wissen um Gesundheit möglichst vielen verschiedenen Gesellschaftsschichten glaubwürdig und zugänglich machen, wozu in ihnen Wissenskommunikation zu Gesundheitsthemen mit Unterhaltung und Spektakel vermischt wurde (Brecht & Nikolow, 2000). Hatten in den 1960er Jahren Gesundheitsausstellungen mit dem Wandel des Aufklärungsmodus zur Gesundheitserziehung viel an Attraktivität verloren, so erlebten sie 20 Jahre später eine Renaissance (Sammer 2019).

Am ersten Welt-AIDS-Tag, dem 1. Dezember 1988, startete mit der Ausstellung „Gib AIDS keine Chance“ die Aufklärungsarbeit zu AIDS des DHMD für Ostdeutschland. Ursprünglich war die Ausstellung

unter dem Namen „AIDS – Ein Schatten auf unserer Welt“ geplant worden, wurde jedoch kurzerhand in Anlehnung an den westdeutschen Kampagnenclaim umbenannt, da „Gib AIDS keine Chance“ eine modernere Botschaft übermittle und für Jugendliche zugänglicher sei (Tümmers, 2017). Die ostdeutsche Variante des Slogans unterschied sich somit lediglich durch die Groß- und Kleinschreibung von der westdeutschen AIDS-Kampagne. Das DHMD erntete für die Anlehnung an das bundesrepublikanische Wording vom Ministerium für Gesundheitswesen viel Kritik, behielt aber trotzdem den geänderten Titel bei (Tümmers, 2013).

Über 20 Stationen mit Computern, interaktiven Leuchttafeln und Modellen lockten die DDR-Bevölkerung (Tümmers, 2013). Neben Informationen zum Virus, der Verbreitung und Übertragung gab es auch Verhaltensempfehlungen zum Schutz. Im Mittelpunkt stand dabei die Verantwortung füreinander. Es wurde an die Treue in der Partnerschaft als Präventivmaßnahme appelliert. Sexualität sollte dabei trotz HIV und AIDS als wichtiger Bestandteil einer stabilen Beziehung fortbestehen, wie folgendes Zitat der Ausstellung verdeutlicht: „Sex und Erotik sind Ausdruck und Quelle für Lebenslust und Lebensfreude. Das soll trotz AIDS auch so bleiben. Gefragt sind nicht Angst voreinander, sondern Offenheit und Klarheit in allen Fragen, die mit Liebe, Partnerschaft und Sexualität zusammenhängen.“ (zitiert nach Tümmers, 2013, S. 498). Zwar wurde auch die Verwendung von Kondomen als präventive Schutzmaßnahme thematisiert, doch als sicherste Methode eine stabile Partnerschaft empfohlen.

Das Medium Plakat spielte in der Aufklärungsarbeit des DHMD keine so große Rolle wie in Westdeutschland. In der DDR wurde es hauptsächlich dafür genutzt, um auf die Ausstellung „Gib AIDS keine Chance“ aufmerksam zu machen und so die Besucher*innen ins DHMD zu locken. Für die Ausstellung wurden Plakate entworfen, von denen eines beispielhaft in Abbildung 7 zu sehen ist. Dieses Plakat zeigt ein junges glückliches heterosexuelles Paar in der Natur. Ebenso ist der Ausstellungstitel „Gib AIDS keine Chance“ auf dem Plakat abgedruckt. Das Motiv des jungen Glücks verbildlichte die in der Ausstellung angepriesene partnerschaftliche Treue und gegenseitige Verantwortung. Somit wurde versucht, bereits in der Werbung auf die sozialistischen Werte und Ideale hinzuweisen. Ein weiteres Plakat warb mit nebeneinander abgedruckten Kondomverpackungen

der DDR-Marke „mondos“ für Kondome. Überraschend ist dabei vor allem, dass Kondome zwar in der Ausstellung auch als Verhütungs- und Präventionsmittel erwähnt wurden, ihnen jedoch keine so große Bedeutung zugeschrieben wurde. Kondome waren in der DDR Mangelware (Tümmers, 2013). Die Versorgungsengpässe mit Kondomen sowie Hygienematerialien wurden jedoch gänzlich verschwiegen.

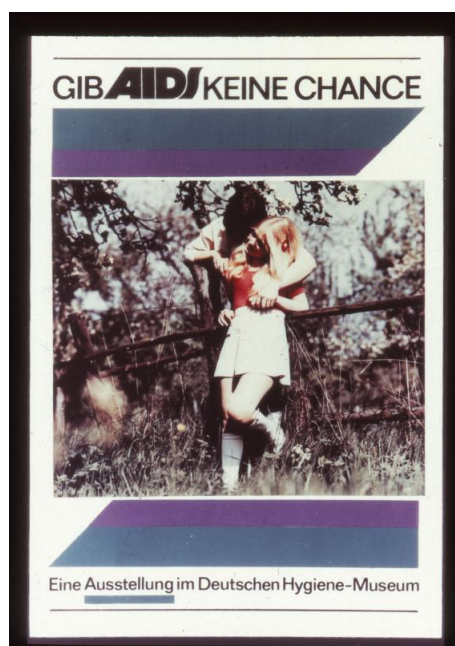


Abbildung 7. Ausstellungsplakat (Quelle: Sammlung Deutsches Hygiene-Museum Dresden, Inventar-Nummer: 2014/198)

Im Anschluss an die Ausstellung „Gib AIDS keine Chance“ brachte das DHMD 1989 eine Dia-Serie heraus. Hierbei wurden auf 50 Dias auf den Ursprung von HIV und die Entstehung von AIDS, die epidemiologische Lage weltweit und in der DDR speziell, auf Einflussfaktoren, Verlauf der Erkrankung, sexuelle Übertragungswege und die Funktionsweise des HIV-Antikörpertest eingegangen. Laut der Lichtbildreihe bestehe Gefahr für jeden und jede, der und die „nicht in einer treuen Partnerschaft lebt“, häufig Sexualkontakte wechsle, sich Seitensprünge erlaube, im Urlaub mit fremden Personen verkehre, sowie gefährliche Sexualtechniken anwende. Als Einflüsse, die vor der Ansteckung schützen können, wurden eine gesunde Ernährungsweise, psychische Stabilität, gute körperliche Konditionierung sowie umfassende soziale Einbindung angegeben.

Die Dia-Serie beinhaltete auch Informationen zu

Kondomen und deren Verwendung, dennoch wurde Safer Sex definiert als „miteinander reden über Sexualität“, „herauszufinden, was mir und meinem Partner besonders gefällt“ und „wie jeder von uns bereit ist, auf den anderen einzugehen“ (siehe Abbildung 8). Sexual- und paarmoralisch biedere Präventionsbotschaften wurden vor allem im Begleitheft deutlich, in dem Tipps zur Praxis des Safer Sex gegeben wurden. Hierbei sollte zunächst vor dem Sexualverkehr intensiv kommuniziert werden und erst danach körperliche Annäherungen wie das „Einmassieren von Körperlotionen“, „Streicheln mit weichen Pelzhandschuhen“ oder „Reiten auf dem Schenkel“ erfolgen. Auffällig ist dabei, dass auf den Diapositiven nur heterosexuelle Paare abgebildet waren.

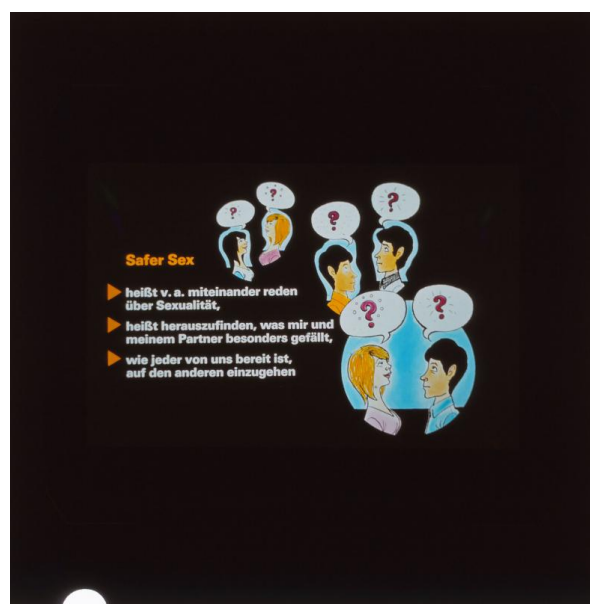


Abbildung 8. Diapositiv zu Safer Sex (Quelle: Sammlung Deutsches Hygiene-Museum Dresden, Inventar-Nummer: 2014/112)

Die Dia-Serie zeigte noch konservativere Werte von Sexualität und Familienleben als die Ausstellung davor. Der Fokus lag dabei auf der sozialistischen Gemeinschaft (Tümmers, 2017). Zur Gesundheitsförderung wurde geraten, sich aktiv an der Gemeinschaft zu beteiligen, indem man sich sozial einbinde und eine stabile Partnerschaft pflege, die wiederum die Gesellschaft stärken sollte. Sexualverkehr fernab des Partners oder der Partnerin würde jeglicher Vernunft und Menschenwürde widersprechen, so hieß es im Begleitheft der Dia-Serie: „Die Loslösung des Sexualverkehrs von einer den anderen Menschen in seiner Gesamtheit erfassenden

Partnerschaft, die Auffassung vom ungebundenen, durch sich selbst gerechtfertigten Geschlechtsverkehr hat mit Liebe nichts mehr zu tun. Die Gefährdung beim Sexualverkehr mit häufig wechselnden Partnern liegt in erster Linie im Verlust an persönlicher Würde. [...] Die tatsächliche Vielfalt sexueller Erlebnismöglichkeiten kann sich jeder nur in einer stabilen Liebesgemeinschaft erschließen.“ (Tümmers, 2013, S. 499).

Das Hygiene-Museum folgte auch hier der eigenen Tradition in Sachen Wissenspopularisierung, indem es in Begleitbroschüren „die Fülle des Ausstellungsmaterials allgemeinverständlich zusammenfass[t]e“ (Leuthardt, 2015, S. 343). Während auf den Lichtbildern hauptsächlich grafische Elemente wie Fotografien oder Illustrationen, auf manchen auch kurze Merksätze oder Aufzählungen abgebildet waren, erhielten die Besucher*innen schriftliche Ausführungen im Begleitheft. Darin wurden die Visualisierungen der Lichtbildreihe ausführlich erläutert sowie weiterführende Informationen, Handlungsanweisungen und Ratschläge in Textform festgehalten.

Das Medium Film hatte bei der Verbreitung medizinischer Botschaften, insbesondere über Geschlechtskrankheiten, seit der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine wichtige Rolle gespielt. So ermöglichten Aufklärungsfilm eine „medizinisch-pädagogische Prophylaxe“ (Gertiser, 2008, S. 63), die mithilfe einer anschaulichen und ansprechenden Darstellung der Inhalte auch bildungsferne Gesellschaftsschichten erreichen konnte. Seit dem Beginn der Verwendung in den 1920er Jahren galt das DHMD als essenzieller Akteur bei lehrreichen Filmproduktionen (Laukötter, 2015). Neben Informationen über Symptome, Übertragungswege, Therapien sowie Präventionsmaßnahmen zielten Sexualaufklärungsfilm besonders darauf ab, die Zuschauenden dazu zu erziehen, gesundheitsschädigendes Verhalten eigenständig zu erkennen und zu vermeiden.

Besonders in den 1980er Jahren häuften sich die Filmproduktionen zum Thema Sexualität, die sich unter anderem auf Verhütung, Partnerschaft, Teenagerschwangerschaften, sowie AIDS und Homosexualität bezogen (Roeßiger & Schwarz, 2011). So gab beispielsweise der populärwissenschaftliche Film „Mann und Frau intim“ von 1984 Einblicke in die Partnerschaft und das Sexualeben eines Paares und betonte die Wichtigkeit von Kommunikation und Partnerreue (Roeßiger & Schwarz, 2011). 1988 thematisierte der Dokumentarfilm „Aids geht jeden

an“ erstmals AIDS. Die zentrale Botschaft war dabei, dass unmoralisches Verhalten schwere gesundheitliche Konsequenzen nach sich ziehe, aber einem moralisch handelnden Menschen eine glückliche und gesunde Zukunft bevorstehe (Laukötter, 2015). Dabei zeigte sich deutlich, dass der Bezug zu Gefühlen und individuellen Erfahrungen nun in den Vordergrund der Aufklärung rückte. So fanden auch in den Aufklärungsfilm die sich ändernden gesellschaftlichen Vorstellungen der Werte von Sexualität Beachtung (Roeßiger & Schwarz, 2011).

Zudem sollte ein positives Bild von Sexualität vermittelt werden, um Ängste vor AIDS in der DDR-Bevölkerung abzubauen. So wollte bereits der Titel des populärwissenschaftlichen Films „Liebe ohne Angst“ von 1989 Furcht reduzieren. Der Aufklärungsfilm zeigt verschiedene Szenen und Einstellungen: Von einer jungen Frau, die sich bei der Blutspende testen lässt, über Diskussionen mit Jugendlichen über das richtige Sexualverhalten, bis hin zu Expert*inneninterviews (DHMD, 2019). In diesen wird beispielsweise über die Ansteckungswege von HIV aufgeklärt und klargestellt, dass die Krankheit nicht durch Homosexualität übertragen werde. Ein junger Mann berichtet außerdem über sein HIV-positives Ergebnis und erzählt von seiner Reaktion und seinen Gefühlen. Der Film ruft einerseits dazu auf, sich selbst und andere zu schützen, andererseits aber auch dazu, Betroffene nicht auszugrenzen. Die AIDS-Aufklärungsfilm des DHMD zielten darauf ab, mithilfe von simplen stilistischen Mitteln in optimistischer Art und Weise die Werte des Sozialismus zu vermitteln, ohne dabei die Bürger*innen zu bevormunden (Laukötter, 2015). Auffällig ist dabei, dass sich die Filme hauptsächlich an junge Menschen richteten und der Fokus auf positive Sexualerfahrungen sowie ein erfülltes Liebesleben gelegt wurde.

Neben bewegten Bildern wurden auch Printprodukte speziell für Jugendliche zur Aufklärung über AIDS angefertigt. In der DDR waren vor allem Elternratgeber präsent (Höffer-Mehlmer, 2007). Erziehungsratgeber wurden in den 1980er Jahren auch zur AIDS-Aufklärung für Jugendliche verwendet, wie etwa der Ratgeber „Laßt uns über AIDS sprechen“ von 1989. Dieser richtet sich direkt an junge Menschen und forderte dazu auf, Sexualität trotz AIDS ohne Angst zu leben. So sollte man laut dem Ratgeber Sexualität in dieser Zeit nicht als „verdächtig, dunkel, sündig“ (zitiert nach Tümmers, 2017, S. 292) betrachten, sondern als wichtigen Entwicklungsschritt zur

sozialistischen Persönlichkeit unter Berücksichtigung des Schutzes vor AIDS. Dabei wurde an die ostdeutsche Auffassung von Safer Sex appelliert: einen verantwortungsvollen Umgang miteinander, sowie Kommunikation und Partnertreue.



Abbildung 9. Merkblatt zu AIDS (Quelle: Sammlung Deutsches Hygiene-Museum Dresden, Inventar-Nummer: 2001/1818.002)

Ein weiteres, oft verwendetes Printprodukt, stellten Merkblätter dar. Diese wurden verwendet, um Jugendliche über die Gefahr der Erkrankung aufzuklären und Handlungshinweise zu geben. Unter dem Titel „AIDS berührt unser Leben, AIDS macht angst [sic].“ wird die Furcht vor der Erkrankung und Ansteckung angesprochen. Das Merkblatt richtet sich direkt an „junge Leute“, stellt die Gefahr von AIDS klar und fordert dazu auf, sich zu informieren, um sich vor einer Infektion schützen zu können. So lautete es: „Wissen hilft, Angst zu überwinden, ohne ängstlich zu werden.“. Neben Informationen zu Übertragungswegen werden Hinweise zum Schutz gegeben: „Der beste Schutz ist eine stabile Partnerschaft mit gegenseitigem Vertrauen und gegenseitiger Verantwortung.“. Weiterhin wird auf Kondome als Schutzmaßnahme verwiesen und im Gegensatz zu der eigentlich primär angepriesenen Treue durch größere Schrift hervorgehoben. Dies könnte bewusst so gewählt worden sein, um für die Verwendung von Kondomen zu werben. Laut einer Umfrage von Clement und Starke 1988 (nach Habermehl, 1991) benutzten nämlich 44 Prozent der

ostdeutschen Jugendlichen kein Verhütungsmittel beim ersten sexuellen Kontakt, gegenüber 26 Prozent in der BRD. Kondome waren in der DDR nicht nur Mangelware, sondern galten generell als sehr unbeliebt (Tümmers, 2017). Weiter heißt es auf dem Merkblatt: „Laßt Euch nicht zu etwas drängen, was Ihr selbst nicht wollt.“, womit an die Eigenverantwortung sowie eine gewisse Selbstbestimmtheit appelliert wurde.

4 Vergleich der Aufklärungsarbeit

Wie das letzte Kapitel darstellte, erfolgte in beiden deutschen Staaten zum Ende der 1980er Jahre hin eine umfassende AIDS-Aufklärung durch die jeweiligen Institute. Der politische Umgang mit AIDS gestaltete sich sehr unterschiedlich, was sich auch in der Aufklärungsarbeit zeigte. Dem liberalen Aufklärungsansatz der BRD stand zu Beginn eine restriktive Informationspolitik der DDR gegenüber. In beiden Staaten wurde jedoch eine breit angelegte AIDS-Aufklärung aufgebaut, in der BRD bereits Mitte der 1980er Jahre, die auf verschiedene Art und Weise die Bevölkerung informieren sollte. Im Vergleich der Aufklärungsarbeit der BZgA und des DHMD zeigen sich sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede (siehe hierzu Tabelle 1 im Anhang). Gemeinsamkeiten werden vor allem in Bezug auf die Ziele und verwendeten Strategien deutlich. So beabsichtigten sowohl die BZgA als auch das DHMD durch Aufklärung eine Verbreitung des Virus zu stoppen, gleichermaßen das Verantwortungsbewusstsein in der Gesellschaft zu steigern sowie ein gesellschaftliches Klima zu erzeugen, das einer Stigmatisierung Betroffener entgegenwirkte. Neben diesen gesellschaftlichen Zielen sollte mittels der Aufklärungsarbeit des DHMD das Vertrauen in den sozialistischen Staat der DDR gestärkt werden. Bei den Strategien zeigen sich Parallelen in Hinsicht auf Appelle an die Selbstverantwortung sowie die Aufklärung über möglichst viele verschiedene Massenmedien.

Die größten Differenzen in der Aufklärungsarbeit der BZgA sowie des DHMD zeigen sich in Bezug auf die Zielgruppen und verwendeten Medien. Hier ist eindeutig zu erkennen, dass durch die AIDS-Aufklärung der BZgA viele verschiedene Personen (-gruppen) wurden. Zudem wurde die Aufklärungsarbeit durch die DAH ergänzt und so der Kreis der Adressat*innen noch weiter vergrößert. Im Gegensatz dazu wurden in Ostdeutschland fast ausschließlich nur die Allgemeinbevölkerung sowie Jugendliche zielgruppenspezifisch adressiert. Auch die Verwendung der Medien unterschied sich größtenteils. Auffällig ist

besonders, dass das DHMD kaum Plakate zu HIV und AIDS produzierte, sondern lediglich dafür nutzte, um auf ihre Ausstellung aufmerksam zu machen. In der BRD hingegen wurde Plakaten die größte Bedeutung zugeschrieben. So wurden einige Plakatserien mit diversen Motiven und Themen entworfen. Besonders im Fokus standen dabei gesellschaftliche Aspekte wie Solidarität, soziales Miteinander und medizinisch relevante Informationen (Müller, 1998; Tümmers, 2017). Die unterschiedliche Durchdringung des öffentlichen Raumes mit diesem "Kommunikationsmittel im Vorbeigehen" (der Werbung) mag diesen Unterschied erklären.

Außerdem wurden traditionelle Werte wie Treue an modernere Verhütungsmethoden des Safer Sex gekoppelt (Roßiger, 2013). Zur Ergänzung dieser Aufklärungsstrategie produzierte die BZgA Broschüren mit Basisinformationen sowie zielgruppengerechter Aufklärung und warb mittels TV-Spots für die Kampagne. Das DHMD setzte derweil auf andere Massenmedien, wie Ausstellung und Dia-Serie, die sehr viel Inhalt transportieren konnten. Außerdem wurden einige Printprodukte wie Ratgeber und Merkblätter entworfen sowie mittels Sexualaufklärungsfilmern auf das Thema AIDS aufmerksam gemacht. Neben medizinischen Informationen zum Virus, dessen Ursprung und Übertragungswegen, bezogen sich die zentralen Botschaften auf Monogamie, Treue und Vernunft.

Auffällig ist zudem die sehr unterschiedliche Auffassung des Konzeptes Safer Sex in Ost- und Westdeutschland. Während in der BRD Safer Sex als geschützter Sexualverkehr mittels Kondomen definiert wurde, war das Konzept in Ostdeutschland ideologisch geprägt und an die sozialistische Persönlichkeit gekoppelt (Tümmers, 2017). Im Vordergrund sozialistischer Werte der Partnerschaft standen die Partnertreue und gegenseitige Anerkennung sowie Verantwortung füreinander (Geene, 2000). So wirkt die ostdeutsche Auffassung von Safer Sex moralisch-konservativer als in der BRD. Doch könnte damit versucht worden sein, von den Versorgungsengpässen bei Kondomen in der DDR abzulenken.

Ein weiterer Unterschied zeigt sich im Umgang mit Homosexualität. Während in der BRD offen mit Homosexualität umgegangen wurde sowie homosexuelle und bisexuelle Personen durch die DAH angesprochen wurden, wurden Homosexuelle in Ostdeutschland zwar als Hauptgefährdete eingestuft, jedoch nicht explizit aufgeklärt (Auerbach, 2008). Im

Vergleich zu Westdeutschland habe in der DDR keine Schwulenszene bestanden. Eine direkte Aufklärung Homosexueller sei dadurch weder notwendig noch möglich gewesen, da diese sich untereinander informieren könnten, so die offizielle Position (Geißler, 2007). Dabei kam hinzu, dass AIDS-Selbsthilfegruppen in der DDR bis 1988 nur unter dem Schutz der Kirche entstehen konnten und es dadurch kaum Anlaufstellen für Homosexuelle gab, obwohl laut Zahlen aus dem Jahr 1988 80 Prozent der HIV-positiv Getesteten homosexuelle Männer waren (Leser, 1993).

Zudem fällt auf, dass in Bezug auf die Übertragungswege in der DDR Drogenabhängigkeit kaum thematisiert wurde. So hieß es 1986 in einer Dokumentation des Politbüros des Zentralkomitees: „Rauschgiftsucht existiert [...] in der DDR als gesellschaftliches Problem nicht.“ (Tümmers, 2017, S. 218). In der Dia-Serie von 1989 wurde über die Möglichkeiten der Übertragung von infektiösem Blut und von einer Mutter auf ihr Kind informiert, jedoch kaum über die erhöhte Gefährdung beim Tausch von Injektionsnadeln.

Die Orientierung der ostdeutschen Aufklärung am westdeutschen Vorbild stand vordergründig im Widerspruch zum Konkurrenzverhalten der beiden Staaten. Daher ist es verwunderlich, dass sich das DHMD entschied, den westdeutschen Slogan zum (nur minimal veränderten) Titel der eigenen Ausstellung zu machen. Zudem wurden gerade gegen Ende der 1980er Jahre weitere Konzepte aus Westdeutschland in die ostdeutsche Aufklärungsarbeit integriert, wie Appelle an die Selbstverantwortlichkeit der Bürger*innen, die der DDR-Staat der Bevölkerung zu Beginn der Pandemie nicht zugetraut hatte. Die Strategien der Prävention hatten sich einander angenähert.

5 Fazit und Ausblick

„GIB AIDS KEINE CHANCE“ forderte ost- und westdeutsche Bürger*innen dazu auf, sich mit der in den 1980er Jahren neu aufkommenden Infektionskrankheit AIDS und dem HI-Virus zu befassen sowie ihr Sexualverhalten entsprechend zu verändern, um einer Ansteckung vorzubeugen. Ziel dieser Arbeit war es, die Aufklärung in West- und Ostdeutschland durch die jeweils zuständigen staatlichen Einrichtungen DHMD und BZgA unter Berücksichtigung der zugrunde liegenden politischen sowie gesundheitlichen Systeme miteinander zu vergleichen. Zum Thema hinführend wurde dabei zunächst die Entwicklung der beiden Einrichtungen skizziert.

Die Entstehung des DHMD war auf den Odol-Fabrikanten Karl August Lingner zurückgegangen, der mit seiner Vision von Gesundheitsausstellungen als Ort des Erlernens einer gesunden Lebensweise den Grundstein für die Entstehung des Hygiene-Museums gelegt hatte (Lienert, 2009). Nach der Teilung Deutschlands entwickelte sich das DGM zur Konkurrenz des Dresdner Hygiene-Museums, insbesondere in Bezug auf die museums-eigenen Produktionsstätten von Lehr- und Anschauungsmaterialien (Sammer, 2013). Mit der Verstaatlichung des DGM entstand 1967 die BZgA, die fortan die primäre Rolle in der Gesundheitsaufklärung Deutschlands spielen sollte.

Die in dieser Arbeit analysierte AIDS-Aufklärung in Ost- und Westdeutschland in den 1980er Jahren soll dabei verdeutlichen, welchen Einfluss politische Systeme auf die Gesundheitsaufklärung hatten. Der sehr unterschiedliche politische Umgang mit HIV und AIDS resultierte in verschiedenen Aufklärungsansätzen der beiden Staaten. Während in der BRD eher liberale Maßnahmen in Form einer „gesellschaftlichen Lernstrategie“ verfolgt wurden (BZgA, 2012), agierte der DDR-Staat zunächst seuchenpolitisch und informierte die Bürger*innen nur sehr restriktiv über die Bedrohung (Tümmers, 2013). Diese Unterschiede waren auch durch die verschiedenen zugrunde liegenden Gesundheitssysteme bedingt. So stand die Trennung von Staat und Gesellschaft sowie die Selbstverwaltung der Versicherungen (Berger & Stock, 2008; Busse & Riesberg, 2005) in der BRD im Kontrast zum staatlichen Gesundheitssystem der DDR mit starker Orientierung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Manow, 1993) sowie der sozialistischen Persönlichkeit als gesellschaftlichem Leitbild (Nutz, 1999).

Die verschiedenen gesundheitspolitischen Systeme nahmen somit auch Einfluss auf die jeweilige Gesundheitsaufklärung im Kontext HIV und AIDS. Gemeinsamkeiten in der Aufklärungsarbeit der BZgA und des DHMD zeigten sich vor allem in Bezug auf Ziele und Strategien. Die deutlichsten Unterschiede sind bei den Zielgruppen sowie verwendeten Medien und der Umsetzung der Aufklärung zu finden. So setzte die BZgA vor allem auf Plakatkampagnen unterstützt durch TV- und Kino-Spots sowie Printmaterialien. Gestärkt werden sollte damit das eigenverantwortliche Handeln - das im Kern aus dem Praktizieren von Safer-Sex bestand. Das DHMD griff zunächst auf traditionellere Medien wie Ausstellung und Dia-Serie zurück, publizierte aber im Verlauf der späten 1980er

Jahre Informationen über diverse Medienkanäle, darunter Ratgeber und Broschüren, sowie Sexualaufklärungsfilme, die sich hauptsächlich an die jüngere Generation richteten. Die Botschaften in Ostdeutschland waren stets sozialistisch-ideologisch geprägt und appellierten vor allem an die partnerschaftliche Treue als Safer-Sex-Methode. Weitere Differenzen wurden in Bezug auf die Thematisierung von Homosexualität und Übertragung von HIV durch intravenöse Drogenutzung deutlich.

Nach dem Mauerfall 1989 und der Wiedervereinigung Deutschlands ein Jahr später übernahm die BZgA die Aufgabe der gesamtdeutschen Gesundheitsaufklärung. Das DHMD wurde 1991 neu strukturiert und ergänzte als „Museum vom Menschen“ den bisherigen Fokus auf medizinische sowie gesundheitsbezogene Fragestellungen nun durch kulturgeschichtliche und gesellschaftspolitische Themengebiete (Vogel, 2003). „GIB AIDS KEINE CHANCE“ als zentrale AIDS-Aufklärungskampagne blieb bestehen und differenzierte Motive wie bunte Kondome, Liebesorte, Personen und Comics aus. Dabei spielen emotionale Appelle wie Humor weiterhin eine besonders große Rolle. Dem Medienkanal Plakat wird auch heutzutage noch große Relevanz zugeschrieben und als zentrales Mittel der Aufklärungsarbeit der BZgA eingesetzt. Neue Medien unterstützen nun die Plakatkampagnen, während Ausstellungen eher in den Hintergrund gerückt sind (Winkelmann et al., 2015).

Durch die Visualisierungsmöglichkeiten von Plakaten können verschiedenste Bereiche angesprochen und so auch schambehaftete Themen ein Stück weit enttabuisiert werden. Dadurch konnte die in den 1980er Jahren gestartete Kampagne zu AIDS und HIV dazu beitragen, Tabugrenzen zu schambehafteten Themen wie Homosexualität, Promiskuität und sexuellem Erleben zu verschieben. 2016 wurde die Kampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“ nach etwa 30-jährigem Bestehen und Bewährung überarbeitet und in „LIEBESLEBEN“ umbenannt, um nun auch andere sexuell übertragbare Infektionskrankheiten in die Aufklärungsarbeit mit einzubeziehen (BZgA, 2018). HIV und AIDS bleiben aber trotz Rückgang und guten Behandlungsmöglichkeiten heutzutage weiterhin gesundheitlich Herausforderungen. Die Grundlagen diesen zu begegnen, wurden in den 1980er Jahren gelegt: eine breite Aufklärungskampagne, die bis heute fortbesteht und weiterhin als Präventionsstrategie der BZgA zur fortlaufenden Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten gilt.

Hinweise zu den Abbildungen der BZgA

Die Bilder/Grafiken dürfen nicht verändert werden.

Das Copyright verbleibt bei der BZgA.

Eine anderweitige Verwendung ohne gesonderte Genehmigung und eine Weitergabe der Bilder an Dritte ist nicht gestattet.

Die Veröffentlichung erfolgt mit freundlicher Genehmigung und Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Literaturverzeichnis

Auerbach, A. (2008). *Die Sexualitätsgeschichte der DDR* [Diplomarbeit]. Universität Wien. Abgerufen von <https://core.ac.uk/download/pdf/11581949.pdf> (08.05.2020)

Berger, H., & Stock, C. (2008). Grundlagen der Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie. In B. Schmidt-Rettig & S. Eichhorn (Hrsg.), *Krankenhaus-Managementlehre: Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts* (S. 3–36). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer GmbH.

Blume, D. (2017). *Die Internationale Hygiene-Ausstellung 1911*. Abgerufen von <https://www.dhm.de/lemo/rueckblick/die-internationale-hygiene-ausstellung-1911.html#> (07.03.2020)

Brecht, C., & Nikolow, S. (2000). Displaying the invisible: Volkskrankheiten on exhibition in Imperial Germany. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 31(4), 511–530.

Busse, R., & Riesberg, A. (2005). *Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Abgerufen von http://www.hpi.sk/cdata/Documents/HIT/Germany_2005.pdf (24.03.2020)

BZgA (2007). *40 Jahre Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1967 bis 2007, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Pressemitteilung - LifePR* (S. 1–5) [Pressemitteilung].

Abgerufen von <https://www.lifepr.de/pressemitteilung/bundeszentrale-fuer-gesundheitliche-aufklaerung/40-Jahre-Bundeszentrale-fuer-gesundheitliche-Aufklaerung-1967-bis-2007/boxid/7663> (03.03.2020)

BZgA (2012). *AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2010: Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor AIDS. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln* [Endbericht]. Abgerufen von https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/aids_2010_1--8bfcc47b4191fa6d5f0bd746425944e7.pdf (01.04.2020)

BZgA (2018). *HIV- und STI-Prävention in Deutschland. Ein Überblick*. [Dokumentation]. Abgerufen von https://www.liebesleben.de/media/presse/mediathek/factsheet_infografik/LIEBESLEBEN_Dokumentation_HIV-STI-Praevention_Deutschland.pdf (01.04.2020)

BZgA (2020a). *HIV - Ein Rückblick*. LIEBESLEBEN. Es ist deins. Schütze es. Abgerufen von <https://www.liebesleben.de/fuer-alle/hiv-aids/hiv-ein-rueckblick/> (01.04.2020)

BZgA (2020b). *Pressemotive: HIV/STI-Prävention - Im Rückblick*. Abgerufen von <https://www.bzga.de/presse/pressemotive/hivsti-praevention-im-rueckblick/> (30.03.2020)

Cajkovic, V. (Hrsg.). (2015). *AIDS - Nach einer wahren Begebenheit: Bilder, Medien, Kunst. Eine Ausstellung des Deutschen Hygiene-Museums*. Dresden: Verlag des Deutschen Hygiene-Museums.

DHMD (2019). *Liebe ohne Angst*. Abgerufen von [https://dhmd.de/emuseum/eMuseumPlus?service=direct/1/ResultListView/result.t1.collection_list.\\$TspTitleImageLink.link&sp=10&sp=Scollection&sp=SfieldValue&sp=0&sp=0&sp=2&sp=SdetailList&sp=0&sp=Sdetail&sp=0&sp=F&sp=T&sp=0](https://dhmd.de/emuseum/eMuseumPlus?service=direct/1/ResultListView/result.t1.collection_list.$TspTitleImageLink.link&sp=10&sp=Scollection&sp=SfieldValue&sp=0&sp=0&sp=2&sp=SdetailList&sp=0&sp=Sdetail&sp=0&sp=F&sp=T&sp=0) (07.04.2020)

Diederichs, C., Klotmann, K., & Schwartz, F. W. (2008). Zur historischen Entwicklung der deutschen Gesundheitsversorgung und ihrer Reformansätze. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51(5), 547–551.

Geene, R. (2000). *AIDS-Politik: Ein neues Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung*. Berlin: Alice Salomon Hochschule.

- Geißler, E. (2007). „Lieber AIDS als gar nichts aus dem Westen“. Wie Partei- und Staatsführung der DDR mit dem AIDS-Problem umgingen. *Zeitschrift des Forschungsverbundes SED-Staat*, 22, 91–116.
- Gertiser, A. (2008). Ekel. Beobachtungen zu einer Strategie im Aufklärungsfilm zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten der 1920er Jahre. *Figurationen*, 9(1), 61–76.
- Habermehl, W. (1991). Zur Sexualität in der BRD und in der DDR. In R. Kuntz-Brunner & H. Kwast (Hrsg.), *Sexualität BRD/DDR im Vergleich* (S. 31–40). Braunschweig: Gerd J. Holtzmeier.
- Häder, M. (1994). Einstellungen und Verhaltensweisen der Bundesbürger zu HIV und AIDS. In M. Braun & P. P. Mohler (Hrsg.), *Blickpunkt Gesellschaft 3: Einstellungen und Verhalten der Bundesbürger* (S. 237–260). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Hartmann, A., Schardt, S., & Weiß, G. (1971). Zur Entwicklung der Spaltung Deutschlands. In *BRD-DDR: Vergleich der Gesellschaftssysteme* (S. 13–34). Köln: Pahl-Rugenstein.
- Höffer-Mehlmer. (2007). Erziehungsratgeber. In J. Ecarus (Hrsg.), *Handbuch Familie* (S. 669–687). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Knieps, F. (Hrsg.). (2017). Die Geschichte der sozialen Absicherung von Gesundheitsrisiken. In *Gesundheitspolitik: Akteure, Aufgaben, Lösungen* (S. 7–16). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Laukötter, A. (2015). Vom Ekel zu Empathie. Strategien der Wissensvermittlung im Sexuaufklärungsfilm des 20. Jahrhunderts. In S. Nikolow (Hrsg.), *Erkenne dich Selbst! Strategien der Sichtbarmachung des Körpers im 20. Jahrhundert* (S. 305–319). Köln: Böhlau Verlag.
- Lengwiler, M., & Madarász, J. (2010). Das präventive Selbst: Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik. Bielefeld: transcript Verlag.
- Leser, O. (1993). Entwicklung von AIDS-Selbsthilfegruppen in der ehemaligen DDR. In AIDS-Forum D.A.H. (Hrsg.), *10 Jahre Deutsche AIDS-Hilfe: Geschichten und Geschichte* (S. 33–35). Dresden: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- Leuthardt, A.-G. (2015). „Die Fülle des Ausstellungsmaterials allgemeinverständlich zusammenfassen“: Populäre Führer im Medienensemble der Ausstellungen des Deutschen Hygiene-Museums. In S. Nikolow (Hrsg.), *Erkenne dich Selbst! Strategien der Sichtbarmachung des Körpers im 20. Jahrhundert* (S. 343–356). Köln: Böhlau Verlag.
- Lienert, M. (2009). Das Deutsche Hygiene-Museum in Dresden. In D. Schultheiss & F. Moll (Hrsg.), *Die Geschichte der Urologie in Dresden* (S. 107–116). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Linek, J. (2016). *Gesundheitsvorsorge in der DDR zwischen Propaganda und Praxis*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- Lingner, K. A. (1912). Denkschrift zur Errichtung eines National-Hygiene-Museums in Dresden.
- Manow, P. (1993). *Die Sozialversicherung in der DDR und der BRD: 1945–1990: Über die Fortschrittlichkeit rückschrittlicher Institutionen, MPIfG Discussion Paper* (Bd. 93/8). Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.
- Müller, W. (1998). „Gib Aids keine Chance“. Die Aids-Präventions-Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). In S. Roeßiger & H. Merk (Hrsg.), *Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation* (S. 93–102). Marburg: Jonas Verlag.
- Nutz, W. (1999). *Trivialliteratur und Populärkultur: Vom Hefromanleser zum Fernsehzuschauer. Eine literatursoziologische Analyse unter Einschluß der Trivialliteratur der DDR*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Reifegerste, D., & Ort, A. (2018). *Studienkurs Medien & Kommunikation: Gesundheitskommunikation*. Baden-Baden: Nomos.
- Robert-Koch-Institut (2019). Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen, die mit HIV in Deutschland leben. *Epidemiologisches Bulletin*, 46, 483–504.
- Roeßiger, S., & Schwarz, U. (Hrsg.). (2011). *Kamera! Licht! Aktion! Filme über Körper und Gesundheit 1915-1990* (Bd. 4). Dresden: Sandstein Verlag.

Roeßiger, S. (2013). Safer Sex und Solidarität Die Sammlung internationaler Aidsplakate im Deutschen Hygiene-Museum. *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History*, 10, 502–514.

Sammer, C. (2013). Das Ziel ist das gesunde Leben. In D. Brunner, U. Grashoff, & A. Kötzing (Hrsg.), *Asymmetrisch verflochten? Neue Forschungen zur gesamtdeutschen Nachkriegsgeschichte* (S. 133–147). Berlin: Christoph Links Verlag.

Sammer, C. (2015). Die „Modernisierung“ der Gesundheitsaufklärung in beiden deutschen Staaten zwischen 1949 und 1975: Das Beispiel Rauchen. *Medizinhistorisches Journal*, 50(3), 249–294.

Sammer, C. (2019). Gesundheitserziehung – die Ver(sozial)wissenschaftlichung der Gesundheitsaufklärung in den 1950er und 1960er Jahren. *NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin*, 27(1), 1–38.

Tümmers, H. (2013). „GIB AIDS KEINE CHANCE“ Eine Präventionsbotschaft in zwei deutschen Staaten. *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History*, 10, 491–501.

Tümmers, H. (2017). *AIDS: Autopsie einer Bedrohung im geteilten Deutschland*. Göttingen: Wallstein Verlag.

Vogel, K. (Hrsg.). (2003). *Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden 1911–1990*. Dresden: Michel Sandstein Verlag.

Weinert, S. (2017). *Der Körper im Blick: Gesundheitsausstellungen vom späten Kaiserreich bis zum Nationalsozialismus*. Berlin: De Gruyter.

Winkelmann, C., Müller, W., & von Räden, U. (2015). Von der AIDS-Aufklärung zur HIV- und STI-Prävention: Die Entwicklung von „Gib AIDS keine Chance“. In BZgA (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland - Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Bd. Sonderband 01* (S. 82–94). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

	AIDS-Kampagne der BZgA	AIDS-Aufklärung durch das DHMD
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> - Ausbreitung stoppen durch die Aufklärung über HIV und AIDS - Verantwortungsbewusstsein fördern - Stigmatisierung entgegenwirken 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausbreitung stoppen durch die Aufklärung über HIV und AIDS - Verantwortungsbewusstsein fördern - Stigmatisierung entgegenwirken - Vertrauen in den Staat zurück erlangen
Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeinbevölkerung - Studierende - Jugendliche - HIV-positive Personen - Werkstätige in den Bereichen Gesundheit und Pflege, Drogenarbeit und Suchttherapie, Gastarbeitende - Homosexuelle durch die DAH 	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeinbevölkerung - Jugendliche
Strategien	<ul style="list-style-type: none"> - „gesellschaftliche Lernstrategie“ - Appelle an Eigenverantwortung - Appelle an das „Präventive Selbst“ - soziale Appelle - massen- und multimedial 	<ul style="list-style-type: none"> - Appelle an Vernunft und Treue - Appelle an Verantwortungsbewusstsein und Eigenverantwortung - Appelle an das „Präventive Selbst“ - massen- und multimedial
Medien	<ul style="list-style-type: none"> - Plakate - Broschüren - TV-Spots 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausstellung - Plakate - Dia-Serie - Sexualaufklärungsfilme - Ratgeber - Merkblatt

Tabelle 1. Vergleich der AIDS-Aufklärungskampagnen in BRD und DDR

Evaluation von Gesundheitskommunikationskampagnen am Beispiel der BZgA-Kampagnen zur HIV/AIDS-Prävention von 1987 bis 2017

Helene Paschold

Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

Zusammenfassung

Die Aufklärung über HIV und AIDS durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Deutschland war wegweisend für die Renaissance gesellschaftsbezogener Reaktionsweisen auf Infektionskrankheiten in der Bundesrepublik am Ende des 20. Jahrhunderts. Im Zuge der Pandemie in den 1980er-Jahren entwickelten sich in Westdeutschland Konzepte und Grundlagen für die partizipative Aufklärung über Gesundheitsprobleme, die ihre sozialen Probleme in den Blick nehmen und nach 30 Jahren noch immer Anwendung finden. In diesem Beitrag wird die Evaluation von Gesundheitskommunikationskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu HIV und AIDS von 1987 bis 2017 mittels qualitativer und quantitativer Inhaltsanalyse untersucht, um deren These des evaluationsgestützten Lernens zu überprüfen. Abschließend wird diskutiert, inwiefern die Evaluationsstudien zu einer Weiterentwicklung der Aufklärungsarbeit und des Verständnisses für Kampagneneffekte beigetragen haben.

Keywords: Evaluation, Gesundheitskommunikationskampagnen, BZgA, AIDS/HIV, Inhaltsanalyse

Summary

The education about HIV and AIDS by the Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Germany was groundbreaking for a change in society's way of reacting to infectious diseases in the Federal Republic at the end of the 20th century. In the course of the pandemic in the 1980s, concepts and principles for education about health problems were developed in West Germany, focusing on their social problems and still being applied 30 years later. This paper examines the evaluation of health communication campaigns of the Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung on HIV and AIDS from 1987 to 2017 using qualitative and quantitative content analysis to test the thesis of evaluation-based learning. Finally, it will be discussed to what extent the evaluation studies have contributed to a further development of educational work and the understanding of campaign effects.

Keywords: Evaluation, Health Communication Campaigns, AIDS/HIV, Content Analysis

1 Einleitung

Neben Corona zählen das Humane Immundefizienz-Virus (HIV) und das daraus resultierende Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) zu den weltweit schwerwiegendsten Gesundheitsproblemen der letzten Jahrzehnte, die auf Infektionsgeschehen zurückgehen (Hamouda et al., 2007). Im Jahr 1981 gab es erste epidemiologische Berichte über ungewöhnlich häufige Lungenentzündungen bei homosexuellen Männern in New York (Amort & Kuderna, 2007). Diese ersten Fälle waren der Beginn eines sich zur Pandemie auswachsenden Infektionsgeschehens, die bis heute präsent und gesundheitsbedrohend ist. Das HI-Virus schädigt das Immunsystem und die körpereigenen Abwehrkräfte. Es führt zu einer erhöhten Anfälligkeit für eine Vielzahl von Infektionen und Krebskrankheiten, die bei Nichtbehandlung das schwerwiegende AIDS zur Folge haben kann (WHO, 2019). Seit dem Beginn der Pandemie in den 1980er-Jahren verstarben weltweit etwa 32 Millionen mit dem HI-Virus infizierte Menschen (WHO, 2019). In Deutschland starben etwa 29.000 Menschen an den Folgen von HIV und AIDS (Robert Koch-Institut, 2019). Trotz guter Therapiemöglichkeiten und einem Rückgang der Infektionszahlen seit Mitte der 1990er-Jahre bleiben HIV und AIDS auch heutzutage eine Herausforderung.

HIV und AIDS sind aus Sicht der Gesundheitskommunikation besonders interessante Beispiele, da sich im Zuge der Pandemie der gesellschaftliche Umgang mit Gesundheitsproblemen grundlegend verändert hat. Verhaltensbezogene Maßnahmen rückten in den Vordergrund, die mithilfe von Gesundheitskommunikationskampagnen als wichtige Präventionsinstrumente die Bevölkerung über Gesundheitsrisiken informierten und den subjektiven Selbstschutz der Bürger*innen ermöglichten. Mithilfe breit angelegter Aufklärungskampagnen konnte die Pandemie eingedämmt sowie HIV und AIDS auf einer permissiven Art und Weise begegnet werden. Die Aufklärungsstrategie setzte in den 1980er-Jahren in Deutschland nicht nur den Grundstein für die Prävention von HIV und AIDS, sondern auch für die Aufklärung über und Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten im Allgemeinen (siehe dazu den Beitrag von Schaller in diesem Band). Im Paradigma der Zeit hatte sich bereits die Überzeugung durchgesetzt, dass die Kampagnenmaßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Prävention von HIV und AIDS zu evaluieren seien, um ihre Effekte zu

erkennen und gegebenenfalls den Eingriff in die Kampagnengestaltung und -umsetzung zu orientieren. Eben diese Maßnahmen wurden seit 1987 begleitend evaluiert und hinsichtlich ihrer Wirkung bewertet. Bislang ist allerdings unklar, welche Evaluationsmethoden bei diesen Studien zum Einsatz kamen, welche Wirkungen sie auf Wissen, Schutzverhalten und Einstellungen erzielten und wie sie zur Weiterentwicklung des Aufklärungsansatzes angewendet wurden.

Das Ziel der Arbeit umfasst daher eine Analyse der Evaluationsstudien der BZgA zu Präventionsmaßnahmen von HIV und AIDS ab 1987 mit besonderem Fokus auf deren nicht-intendierte Wirkungen. Dafür werden zunächst grundlegende Begriffe der Gesundheitskommunikation mit Fokus auf Modelle und Theorien der Kampagnenkonzption, -wirkung sowie Konzepte der Evaluation definiert und ein Überblick über die Aufklärung in Deutschland im 20. Jahrhundert und deren Entwicklung gegeben. Vor dem theoretischen und historischen Hintergrund werden nach der Skizzierung des Untersuchungsdesigns deren Ergebnisse vorgestellt sowie abschließend interpretiert und deren Bedeutung diskutiert.

2 Gesundheitskommunikationskampagnen

Rückblick

Geschichtlich betrachtet gehen erste Ansätze bzw. Anwendungen von Public Health in Gegenden, die heute zu Deutschland gehören, bereits auf das 17. Jahrhundert zurück. Public Health umfasst die „Theorie und Praxis der auf Gruppen beziehungsweise Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien zur Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von Gesundheitsbelastungen und Stärkung beziehungsweise Vermehrung von Gesundheitsressourcen“ (Rosenbrock, 2001, S. 754), indem mithilfe von vorwiegend nicht medizinischen Maßnahmen die Gesundheit der Bevölkerung observiert und geschützt werden soll, zum Beispiel im Kontext von Infektionskrankheiten (Egger et al., 2017).

Hygiene etablierte sich als öffentliches und persönliches Anliegen, als Lehren der kollektiven und individuellen Gesunderhaltung. Zu ersterem zählten Interventionen in Hinblick auf die Lebensverhältnisse, darunter sozialhygienische Ansätze, die in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts Krankheitsinzidenzen mit sozialer Ungleichheit (Wohnbedingungen, Ernährung,

Einkommen) korrelierten oder rassenhygienische Praktiken, wie die Zwangssterilisation von Epileptiker*innen und Alkoholsüchtigen. Maßnahmen der Gesundheitsaufklärung, also Informationsvermittlung, die über Verhaltensänderung krankheitspräventive Effekte abzielt, gehören zu letzterem Teilbereich (Rosenbrock, 2001; Egger et al., 2017).

Gesundheitsförderung wiederum sah auch Elisabeth Pott (2011), langjährige Leiterin der BZgA, als Novum der 1980er-Jahre in der Aufklärung über Geschlechtskrankheiten an. Bis ins 20. Jahrhundert sollte die Ausbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten (Sexually Transmitted Infections, *STI*) unter Anwendung der sogenannten „Vermeidungsstrategie“ verhindert werden. Diese Strategie verwendete Furcht- und Angstappelle und rief zu Enthaltbarkeit, Monogamie und Minimierung risikoreichen Verhaltens wie Drogen- und Alkoholkonsum auf. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts rückte dann eine neue Strategie in den Vordergrund. Aufgrund der Behandelbarkeit von *STI* wie die Bekämpfung von Syphilis mit Arsen ab 1910, wurde weniger auf Enthaltbarkeit und Abschreckung gesetzt, sondern sich eher auf die schnelle Identifikation und Isolation von Infektionsquellen konzentriert. Diese „Suchstrategie“ befürwortete Zwangstestungen, namentliche Meldepflicht und Behandlungszwang. Im Fokus stand dabei das Allgemeinwohl der Bevölkerung, dem die Freiheitsrechte des Individuums untergeordnet wurden. Vor allem in der Zeit der Sozial- und Rassenhygiene fand dieser Präventionsansatz Anwendung.

In den 1980er-Jahren im Kontext der AIDS-Bekämpfung etablierte sich nach ausführlicher Debatte eine neue Strategie, die Selbstverantwortung in den Mittelpunkt setzte. Durch die Kampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“ konnte eine sogenannte „gesellschaftliche Lernstrategie“ umgesetzt werden, welche heute als erste umfassende Anwendung von New-Public-Health in Deutschland gilt (Töppich et al., 2001).

Die Umsetzung der Public-Health-Strategie erfolgt für ganz Deutschland seit den 1990er-Jahren durch die BZgA, eine dem Bundesministerium für Gesundheit untergeordnete Behörde. Sie verfolgt den Auftrag, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, indem Konzepte, Strategien und Maßnahmen der Prävention entwickelt und implementiert werden (Wiegard et al., 2019). Nach dem Zweiten Weltkrieg ging die BZgA im Zuge der Teilung Deutschlands aus dem Deutschen Hygiene-Museum Dresden (DHMD) hervor. Eine

ausführliche Darlegung der Entstehung und Entwicklung des DHMD und der BZgA sowie einer vergleichenden Analyse der Aufklärungsarbeit der beiden Einrichtungen in den 1980er-Jahren ist im Beitrag von [Baumbach](#) in diesem Band zu finden. Die BZgA widmete sich seit den 1970er-Jahren vor allem der Aufklärung über illegale Suchtmittel, Ernährung, Bewegung, die Integration von Menschen mit Behinderung, HIV und AIDS, Rauschgifte sowie ab der Jahrtausendwende weiteren Themenbereiche wie Familienplanung und Sexuaufklärung, Stressregulation, Organ- und Blutspende (Bonfadelli & Friemel, 2020; BZgA, 2007; Pott, 2011; Reifegerste & Ort, 2018).

Die seit 1987 durchgeführte Kampagne „GIB AIDS KEINE CHANCE“ setzte auf „Eigenverantwortung, Freiwilligkeit, Anonymität und Nichtausgrenzung von Betroffenen [...] als Voraussetzung dieses initiierten gesellschaftsweiten Lernprozesses“ (Töppich et al., 2001, S. 788). In ihrem Grundgedanken besteht die Kampagne auch heute noch nach über 30 Jahren, ist jedoch auf *STI* und Themen rund um Sexualität, Liebe und Freundschaft ausgeweitet (BZgA, 2019). Eine detaillierte Beschreibung der Ziele, Zielgruppen, Botschaftsstrategien und Kommunikationsmittel der Maßnahmen und Kampagnen der BZgA zur HIV- und AIDS-Prävention seit 1987 ist in den Beiträgen von [Baumbach](#) sowie von [Schaller](#) zu finden.

Die Rolle der Evaluation in der Kampagnenentwicklung

Die Umsetzung der Aufklärung über gesundheitsbezogene Themen erfolgt vorrangig mithilfe von Kampagnen. Kampagnen werden als prozessorientiertes Set zusammengehöriger Aufgaben betrachtet (Bonfadelli & Friemel, 2020). Gesundheitskampagnen bestehen im heutigen Verständnis aus der „Konzeption, Durchführung und Evaluation von systematischen und zielgerichteten Kommunikationsaktivitäten zur Veränderung von Wissen, Einstellung und Verhaltensweisen definierter Zielgruppen zur Gesundheitsförderung und Prävention“ (Friemel & Frey, 2019, S. 400).

Zu relevanten Modellen zur Konzeption und Durchführung von Kampagnen zählen das Systemmodell nach Bonfadelli und Friemel (2010, 2020) und konkret im Kontext von Public Health der Gesundheitspolitische Aktionszyklus nach Rosenbrock (1995). Beide Modelle bestehen aus aufeinander aufbauenden Prozessschritten und definieren die kontrollierte Bewertung der Wirkung einer Kampagne bzw. Maßnahme

unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Kriterien als wichtigen Bestandteil der Kampagnenentwicklung. Dabei soll überprüft werden, ob die entwickelte Kampagne die vorab festgelegten Ziele sowie Zielgruppen erreicht hat, die Gesundheitsbotschaften entsprechend vermittelt werden konnten und die gewählten Kommunikationsmittel dafür geeignet waren. Insbesondere der Gesundheitspolitische Aktionszyklus sieht die Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahme als maßgebliche Voraussetzung für die Anpassung und fortschreitende Aufklärungsstrategie und somit als integralen Bestandteil der Qualitätssicherung der Präventionsarbeit (Pott, 2009; Rosenbrock & Gerlinger, 2014).

Erwünschte Kampagnenwirkungen

Die Wirkung von Medieninhalten und Kampagnen auf die Rezipierenden kann auf verschiedenen Ebenen erfolgen: kognitiv auf das Wissen, affektiv auf Emotionen oder konativ auf das Verhalten (Bonfadelli & Friemel, 2020). Denn zentrales Ziel von Gesundheitskommunikation ist es, gesundheitsrelevantes Wissen, Einstellungen und Verhalten im Vorfeld als Gesundheit definierter Normen entsprechend zu beeinflussen.

Im Rahmen der Medienwirkungsforschung wird der Einfluss der Medieninhalte auf die Wahrnehmung, Einstellung und Verhalten in Bezug auf Gesundheitsthemen untersucht (Rossmann & Ziegler, 2013). Annahmen über die Wirkung der Medien variierten im 20. Jahrhundert stark. Bonfadelli und Friemel (2017) identifizierten vier Phasen in der Medienwirkungsforschung: In der Phase der Medienallmacht in den 1920er-Jahren wurde den Medien eine enorme Überzeugungskraft und große Effekte auf Verhaltenesebene durch Manipulation, Propaganda und Imitation zugeschrieben. Ab den 1950er-Jahren wandelte sich die Allmachtstheorie zum Gegenpol, zur Ohnmacht der Medien, Massenmedien wurden aufgrund der zunehmenden Heterogenität und Individualität in der Gesellschaft nur eine sehr geringe Wirkung beigemessen. Stärkere Medienwirkungen wurden zunehmend ab den 1970er-Jahren beobachtet, da sich die Medien an den Rezipierenden neu orientierten und kognitive Effekte wie Vermittlung von Wissen und Lernen erzielt wurden. Die vierte Phase der Medienkonvergenz beginnt ab den 1990er-Jahren mit dem Wandel der Medienwelt im Zuge der Initiierung des Internets sowie der damit verbundenen Digitalisierung und Informationsflut. Die Ergebnisse der Medienwirkungsforschung im 20. Jahrhundert

betonen vor allem die Relevanz der Orientierung an den Rezipierenden und der Individualität, denn die Wirkung von Botschaften gilt als abhängig von sozialen Einflüssen, Prädispositionen und anderen bestimmten Bedingungen (Rossmann & Ziegler, 2013).

Unerwünschte Kampagnenwirkungen

Kampagnen können jedoch auch durchaus unerwartete Effekte zeigen und sich positiv oder negativ auf das Gesundheitsverhalten auswirken (Meitz & Kalch, 2019). Negative Effekte oder abwehrende Reaktionen sind dabei häufig Folgen von gesundheitsbezogenen Interventionen und „nicht nur fundamentale Barrieren für eine erfolgreiche Erhöhung der Gesundheitskompetenz, sondern bedeuten oft sogar, dass trotz bester Absichten und eines substanziellen Ressourceneinsatzes das Gegenteil des angestrebten Ziels erreicht“ wird (Hastall, 2017, S. 63). Unerwünschte Effekte wurden bisher selten thematisiert und es gibt nur wenig empirische Befunde zu potenziellen „Nebenwirkungen“ von gesundheitspolitischen Interventionen (Hastall, 2017; Lorenc & Oliver, 2014). Die Analyse unerwünschter Effekte ist aber notwendig, um Gesundheitskommunikationskampagnen effektiver zu gestalten, gesundheitsschädliche Wirkungen zu erfassen, gegebenenfalls auch zu berücksichtigen und – wenn möglich – durch eine Anpassung oder sogar Neukonzeption der Intervention zu mindern (Cho & Salmon, 2007; Lorenc & Oliver, 2014).

Nicht-intendierte Effekte wurden bislang auf verschiedene Art und Weise kategorisiert (für einen Überblick siehe Tabelle 2 im Anhang). Nach Cho und Salmon (2007) treten nicht-intendierte Effekte entlang verschiedener Dimensionen auf: Zeit, Wirkung, Publikum, Inhalt und Valenz. Zu diesen Effektdimensionen definieren sie elf nicht-intendierte Effekte: Missverständnis, Dissonanz, Bumerangeffekt, Befürchtungsepidemie, Desensibilisierung, Schuldhaftigkeit, Opportunitätskosten, Soziale Reproduktion, Soziale Normierung, Ermächtigung und Systemaktivierung. Lorenc und Oliver (2014) unterscheiden fünf verschiedene Arten von Effekten, die sich auf individuelle Schäden wie längerfristige Gesundheitsrisiken, negative Beeinträchtigung des psychologischen Wohlbefindens sowie gesellschaftliche Auswirkungen in Hinblick auf soziale Ungleichheiten, Stigmatisierung von Gruppen oder Opportunitätskosten beziehen. Meitz und Kalch (2019) führten diese Kategorisierungen zusammen und fügten die positiven, erwünschten Effekte Sensibilisierung, Bestätigung und Verstärkung hinzu.

Evaluationsforschung

Welche Effekte und Wirkung Maßnahmen bzw. Kampagnen erzielt haben, kann, wie in den zuvor beschriebenen Modellen, anhand von Evaluationsstudien analysiert werden. Eine Evaluation beschreibt, analysiert und bewertet Prozesse, Strukturen und Organisationen, vor allem in den Bereichen Bildung, Gesundheit oder Wirtschaft (Hussy et al., 2013), und soll ein sozialwissenschaftlich fundiertes Feedback für die Kampagnengestaltung geben (Bonfadelli & Friemel, 2020). Im Fokus steht dabei die kontrollierte, systematische und nachvollziehbare Erhebung empirischer Daten anhand von Kriterien, um Interventionsprogramme zu untersuchen (Christiansen, 2000). Als Instrument der empirischen Sozialforschung begannen sich Evaluationsstudien laut Döring und Bortz (2016) in den USA der 1930er-Jahre zu etablieren, die vor allem Programme im Bildungs- und Gesundheitsbereich bewerteten. In den 1960er- und 1970er-Jahren verbreitete sich die Durchführung von Evaluationen und gilt heutzutage als eine entscheidende Komponente der Beurteilung von Kampagnen. Gegenstand von Evaluationen im Gesundheitsbereich sind heute meist ganze Programme bzw. Kampagnen oder Einzelmaßnahmen wie zum Beispiel TV-Spots oder Broschüren (Pott, 2009).

Es sind drei Arten an Evaluationen zu unterscheiden: Die formative oder Konzeptevaluation bewertet eine Maßnahme vor deren Umsetzung in Bezug auf ihre Tauglichkeit bzw. Durchführbarkeit (Döring & Bortz, 2016; Friemel & Frey, 2019). Die Prozessevaluation wird im Zuge der Maßnahmenumsetzung durchgeführt, also in der Implementationsphase, und betrachtet die Abläufe einer Kampagne, um auf Veränderungen in Politik, Wirtschaft, Gesellschaft oder der Zielgruppe zu reagieren (Bonfadelli & Friemel, 2020; Friemel & Frey, 2019; Reifegerste & Ort, 2018). Summative oder Ergebnisevaluationen erheben die Wirkungen der Kampagnenmittel während und nach der Implementation, vergleichen dabei den angestrebten mit dem erzielten Zustand und legitimieren die Fortführung, die Absetzung oder die Veränderung einer Maßnahme (Bonfadelli & Friemel, 2020; Döring & Bortz, 2016; Reifegerste & Ort, 2018).

Bei der Evaluationsforschung kann auf ein großes Repertoire an sozialwissenschaftlichen quantitativen und qualitativen Methoden zurückgegriffen werden (Christiansen, 2000). Während bei formativen und Prozessevaluationen meist qualitative Methoden wie Interviews, Gruppendiskussionen oder Dokumenten-

analysen Anwendung finden, werden bei summativen Evaluationen oft quantitative standardisierte Verfahren wie repräsentative Bevölkerungsumfragen genutzt (Bonfadelli & Friemel, 2020; Friemel & Frey, 2019). Die meisten Studien verfolgen jedoch einen Mixed-Method-Ansatz, nutzen also sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsmethoden (Döring & Bortz, 2016). Evaluationskriterien helfen dabei, die Wirksamkeit einer Intervention zu untersuchen (Reifegerste & Ort, 2018).

3 Forschungsfragen

Gesundheitskommunikationskampagnen der BZgA in Deutschland sind Teil der Public-Health-Strategie, um die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen. Diese öffentliche Kommunikation über mögliche Gesundheitsrisiken erfolgt zu Themen wie Alkohol, Organspende, Sexualität oder Infektionskrankheiten wie HIV und AIDS (Loss & Nagel, 2009). Im 20. Jahrhundert entwickelte sich im Zuge der HIV/AIDS-Pandemie der New-Public-Health-Ansatz der gesellschaftlichen Lernstrategie, der – anders als die Vermeidungs- und Suchstrategie –, der Bevölkerung vor allem Selbstverantwortung zuschrieb (Pott, 2011). Dieser neue Ansatz von Public Health versteht sich als ein lernendes System, in welchem Evaluationen als wichtige Mittel zur kontinuierlichen Weiterentwicklung von Gesundheitskommunikation fungieren.

Um Präventionseffekte der Maßnahmen zu HIV und AIDS zu erreichen und stabil zu halten, wurde seit den späten 1980er-Jahren kontinuierlich über Ansteckungswege, Symptome und Schutzmaßnahmen aufgeklärt (Töppich et al., 2001). Die Kampagnen wurden dazu fortlaufend mithilfe von Evaluationsstudien überprüft, um ihre Wirkung(en) einschätzen zu können (Friemel & Frey, 2019). Zu Beginn der Aufklärungskampagne wurde parallel ein Evaluationskonzept entwickelt und seit 1987 durch verschiedene externe Einrichtungen umgesetzt (Töppich et al., 2001).

Daher gibt es ein großes Repertoire an Studien, die daraufhin untersucht werden können, wie sich die Evaluationsforschung zu den Aufklärungsmaßnahmen der HIV/AIDS-Prävention der BZgA von 1987 bis 2017 entwickelt hat, um den Anspruch zu überprüfen, ein selbstlernendes System und mit diesem einen neuen, permissiven Modus bevölkerungsbezogener Prävention etabliert zu haben. Dabei sind zunächst Merkmale der Studien (evaluierte Maßnahmen und Botschaftsstrategien, angesprochene Zielgruppen) von

Interesse, die sich am Systemmodell nach Bonfadelli und Friemel (2020) orientieren. Zudem wird auch die methodische Herangehensweise (Methode und Kriterien der Evaluation zur Messung des Outcomes) analysiert, mithilfe derer die untersuchten Maßnahmen ausgewertet und beurteilt wurden. Zuletzt interessieren die Wirkungen der Maßnahmen, vor allem deren unerwünschte, da solche bisher nur selten Bestandteil wissenschaftlicher Studien waren (Hastall, 2017; Lorenc & Oliver, 2014).

4 Methode

Design

Die Analyse der Evaluationsstudien zu HIV- und AIDS-Kommunikationsmaßnahmen der BZgA wurde mittels eines Mixed-Method-Ansatzes in Form einer quantitativen und qualitativen Inhaltsanalyse umgesetzt. Hierbei wurden Daten aus dem Online-Archiv der BZgA qualitativ und quantitativ mithilfe verschiedener Methoden aus den beiden Forschungssträngen zusammengetragen, analysiert und ausgewertet. Die Mixed-Method-Forschung erlaubt es vor allem, umfangreiche und mehrperspektivische Erkenntnisse zu erlangen. Zudem ermöglicht „die Kontextualisierung der quantitativen Forschungsergebnisse durch die Ergebnisse der qualitativen Forschung [...] ein besseres Verständnis des untersuchten Problems“ (Kuckartz, 2014, S. 54).

Sample

Als Material dienten Studien der BZgA zum Thema HIV und AIDS aus dem Studienarchiv der BZgA, das umfassend online gestellt ist. Das Material umfasst nach Tilgung von Duplikaten $N = 87$ Studien. Anschließend wurden diese Studien anhand von Kriterien ausgewählt: Es musste sich um Evaluationsstudien handeln, ein Bezug zu Kommunikationsmaßnahmen bestehen, sich auf die Aufklärungsarbeit der BZgA beziehen und HIV/AIDS thematisieren. Nach Anwendung der Auswahlkriterien blieben $N = 62$ Studien zur inhaltsanalytischen Auswertung übrig. Der Auswahlprozess sowie ein Überblick über ausgeschlossene Studien sind in Abbildung 1 im Anhang als Flow Chart visualisiert.

Vorgehen

Die Erstellung des Kategoriensystems und Codierung der Studien erfolgte mithilfe des Programms MAXQDA 12 (Version 12.3.5). Dazu wurden die

Kategorien im Kategoriensystem gemäß Rössler (2017, S. 101) vom Formalen und Allgemeinen zum Inhaltlichen und Spezifischen angeordnet. Die Definitionen der einzelnen Kategorien wurden zudem in einem Codebuch festgehalten. Zunächst wurden Hauptkategorien entwickelt und diese in einem Pretest anhand von fünf möglichst unterschiedlichen Studien codiert. Im Zuge dieses Pretests wurde ein Teil des Materials gegencodiert, um Ungenauigkeiten und Fehler zu minimieren sowie eine hohe Reliabilität und Validität zu gewährleisten. Dieses doppelte Codieren gibt Auskunft darüber, ob Codierungen vergleichbar und verlässlich sind. Die Ergebnisse der beiden unabhängigen Codierungen stimmten überein.

Im Anschluss daran wurden induktiv Subkategorien gebildet und das überarbeitete Codesystem anhand fünf weiterer Studien getestet. Schließlich wurde das gesamte Material mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem codiert. Als Kategorien wurden zunächst deduktiv Merkmale der Studien festgelegt, die sich an der Kampagnenlogik nach Bonfadelli und Friemel (2020) orientierten sowie allgemeine Informationen der Studien erfassten. Zu diesen zählten die Zielstellung, Forschungsmethode, Maßnahme, Stichprobe, Zielgruppe, Kriterien, Botschaftsstrategien, Kooperationspartner*innen, Ergebnisse, Indikatoren und nicht-intendierte Effekte. Weiterhin wurden Textstellen zu nicht-intendierten Effekten zunächst offen codiert und anschließend anhand der Typologien nach Cho und Salmon (2007), Lorenc und Oliver (2014) sowie Meitz und Kalch (2019) kategorisiert. Zudem wurden Zusammenhänge nicht-intendierter Effekte mit anderen Kategorien untersucht. Die Daten der quantitativen und qualitativen Analysen sollten veranschaulichen, wie sich die Evaluationsforschung der BZgA zu Aufklärungsmaßnahmen der HIV/AIDS-Prävention von 1987 bis 2017 entwickelt hat.

5 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Analysen werden in diesem Kapitel mit der deskriptiven Beschreibung der Dokumente beginnend ausformuliert. Hierbei werden zunächst die Ergebnisse der quantitativen Analyse der formalen und danach der inhaltlichen Kategorien präsentiert. Im Anschluss werden mithilfe der explorativen Datenanalyse inhaltliche Kategorien analysiert und mögliche Zusammenhänge aufgedeckt. Außerdem werden die Ergebnisse zu nicht-intendierten Effekten vorgestellt und erläutert sowie Unterschiede und Gemeinsamkeiten im zeitlichen Verlauf in Hinblick auf das Forschungsinteresse identifiziert.

Evaluationsart

In Hinblick auf die Art der Evaluation wird zwischen formativen, summativen und Prozessevaluationen unterschieden. In den codierten Studien wurden $n = 44$ summative und $n = 21$ formative Evaluationen durchgeführt. Vier Studien davon hatten sowohl eine formative als auch eine summative Funktion. Prozessevaluationen wurden nicht angewandt. Der Großteil der Studien ($n = 50$) wurde wiederholt durchgeführt, nur $n = 11$ Studien einmalig. Der zeitliche Schwerpunkt der Studien liegt in den Jahren 1990 und 1991 mit jeweils $n = 7$ Evaluationen sowie in den Jahren 1995, 1996 und 1998 mit jeweils $n = 5$ Studien. In den Jahren davor, dazwischen sowie ab der Jahrtausendwende stagnierte die Evaluation der Maßnahmen auf je $n = 1$ Studie pro Jahr. Zuletzt wurden 2017 $n = 2$ Evaluationen durchgeführt.

Untersuchte Maßnahmen und Publikationsjahre

Die Hälfte der evaluierten Maßnahmen bezog sich auf den Gesamteffekt der Kampagne ($n = 31$) (siehe hierzu Abbildung 2 im Anhang). Drei Studien bewerteten sowohl die Wirkung von Kampagnen als auch die der Webseiten und Plakatkampagne. Etwa ein Drittel der Evaluationen befasste sich mit massenkommunikativen Medien ($n = 22$). Dazu zählten TV- und Kino-Spots, Plakate, Broschüren, das Fernsehen und der Hörfunk. Personalkommunikative Maßnahmen wie Aktionstage, Schulungen, Telefonberatung, Mitmach-Parcours und eine Ausstellung wurden in $n = 11$ begutachtet. Lediglich eine Studie untersuchte die Wirksamkeit der Webseiten der BZgA als Bestandteil von Prävention über das Internet.

Hinsichtlich der Publikationsjahre der Evaluationsstudien zeigte sich eine Häufung an Studien in den 1990er-Jahren, überwiegend zu audiovisuellen Medien wie TV- und Kino-Spots. Ab Februar 1991 wurden die Spots für die alten und neuen Bundesländer in getrennten Studien evaluiert und ab September 1991 für alle Bundesländer in einer Studie zusammengefasst. Zudem wurde eine Vielzahl personalkommunikativer Aufklärungsangebote in den 1990er-Jahren evaluiert. Darunter zählten unter anderem die Auswertung der Telefonberatung von 1989 bis 1991 sowie die der Aktionstage und Schulungen bis 1992 in den alten Bundesländern und von 1992 bis 1997 auch in den neuen Bundesländern. Die Bewertung des gesamten Maßnahmenpakets wurde von 1987 bis 2017 kontinuierlich jährlich (bis auf 1989, 2009 und 2016) in Form von repräsentativen Bevölkerungsumfragen

durchgeführt. Ab 1991 wurden auch ostdeutsche Bürger*innen befragt.

Während summative Evaluationen über den gesamten Zeitraum der Evaluation überwiegend für repräsentative Bevölkerungsumfragen, die Telefonberatung, eine Ausstellung, Aktionstage, Parcours und Schulungen verwendet wurden, fanden formative Evaluationen nur von 1987 bis 1998 für die Bewertung von TV- und Kino-Spots sowie Broschüren Einsatz. Zu den Maßnahmen bzw. Medien, die einmalig evaluiert wurden, zählten Broschüren, eine Ausstellung, eine Plakatkampagne, der Hörfunk und Fernseh-Filme. Maßnahmen, die wiederholt evaluiert wurden, waren Bevölkerungsumfragen, die von 1987 bis 2017 jährlich mithilfe von computergestützten Telefoninterviews (CATI) durchgeführt wurden, um „Veränderungen von Wissen, Einstellungen und Verhalten im Hinblick auf HIV und Aids zu beobachten“ (Christiansen & Töppich, 2001, S. 5). Die Wirkung von TV- und Kino-Spots wurde zudem in den 1990er-Jahren mehrfach analysiert. Außerdem wurden personalkommunikative Maßnahmen von 1992 bis 1997 wiederholt evaluiert, denn die Kampagnenkonzepion hatte sich verändert, was „eine Adaptation des evaluativen Vorgehens notwendig machte, gleichzeitig jedoch auch den Bedarf für eine Fortführung der Begleitforschung“ begründete (Bengel et al., 1994, S. 5).

Beauftragtes Institut

Der Großteil der Studien ($n = 50$) wurde durch Marktforschungsinstitute wie forsa (Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen) oder Treiber+Partner realisiert. Außerdem wurden universitäre Forschungsinstitute wie die Arbeitsgruppe Sozialwissenschaftliche AIDS-Forschung des Psychologischen Instituts der Universität Freiburg oder das Institut für Soziologie der Universität Karlsruhe beauftragt. Personalkommunikative Maßnahmen wie Aktionstage, Parcours, Schulungen oder Ausstellung wurden dabei überwiegend von universitären Forschungseinrichtungen evaluiert. Eine Ausnahme stellt die Auswertung der Telefonberatung dar, die durch das Marktforschungsinstitut IMW Köln erfolgte. Massenkommunikative Medien wie TV- und Kino-Spots, Broschüren, Filme, Hörfunk und der Gesamteffekt von Kampagnen wurden durch Marktforschungsinstitute untersucht.

Teilnehmende, Zielstellung und Botschaftsstrategien

Der Großteil der evaluierten Maßnahmen adressierte die Allgemeinbevölkerung. Dazu gehörten vor allem allgemeine HIV/AIDS-Kampagnen (n = 28), Kampagnen anlässlich des Welt-AIDS-Tages (n = 2), die Mehrheit der TV-Spots (n = 13), Fernseh-Filme (n = 2) und einige personalkommunikative Maßnahmen wie die Telefonberatung (n = 3), Aktionstage (n = 3), Mitmach-Parcours (n = 2) und eine Ausstellung. Junge Menschen gehörten zudem zu den spezifischen Zielgruppen der AIDS-Prävention, die vor allem mit Kampagnen (n = 13), Kino-Spots (n = 2), Broschüren (n = 2) und personalkommunikativen Maßnahmen wie Aktionstagen (n = 5) oder Mitmach-Parcours (n = 2) angesprochen werden sollten, denn:

Die Information zu HIV und STI über intensivere Medienformen ist insbesondere für die junge nachwachsende Bevölkerung von Bedeutung [...], weil junge Menschen zunächst ein Basiswissen zu Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten erwerben müssen und [...], weil insbesondere in Phasen von Partnerwechseln potenziell höhere Risiken für HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen bestehen. (von Rüden, 2017, S. 11)

Weitere Zielgruppen umfassten Multiplikator*innen – dazu zählten Lehrende, Mitarbeitende im Gesundheitswesen und Jugendarbeitende, die nur in personalkommunikativen Maßnahmen wie Schulungen (n = 7) adressiert wurden – sowie Risikogruppen, die in Studien zu Kampagnen (n = 5), einer Telefonberatung, einer Broschüre und einem Aktionstag erwähnt wurden.

Bei den Studienteilnehmenden war jedoch auffällig, dass sich die Adressierung der Allgemeinbevölkerung und junger Erwachsener nicht in der Stichprobe wiederfinden (siehe hierzu Abbildung 3 im Anhang). Der Anteil der jungen Erwachsenen in den Stichproben für die Evaluationsstudien (n = 14) ist um einiges geringer als in den Zielgruppen der Kampagnen (n = 24). Entgegengesetzt verhält es sich mit den Risikogruppen: Diese wurden in der Stichprobe (n = 24) um ein Dreifaches mehr berücksichtigt als durch die Maßnahmen adressiert (n = 7).

Die meisten Studien (n = 34) widmeten sich der Frage nach dem Stand des Informations- und Kommunikationsverhaltens sowie dem Einstellungswandel. Jeweils n = 11 Studien prüften die kommunikative Leistungsfähigkeit und Qualität der Maßnahmen hinsichtlich deren Umsetzung, Durchführung und

Effektivität. Die Reaktion auf die Maßnahme und Akzeptanz dieser durch die Rezipierenden wurde in n = 10 Studien untersucht.

In 30 der 62 Studien konnten Strategien codiert werden. Insgesamt waren Humorappelle am meisten vertreten (n = 22). Laut den Erwähnungen in den Studien wurden Humorappelle vor allem in den 1990er Jahren verwendet, dabei besonders 1991 (n = 3), 1996 (n = 4) und 1998 (n = 2). In Hinblick auf die untersuchten Aufklärungsmaßnahmen zeigte sich, dass Humor besonders bei Kampagnen (n = 11) eingesetzt wurde. Jedoch war dies nur implizit durch Hintergrundwissen zur Kampagne zu erkennen: „Das Gestaltungsprinzip von „mach’s mit“ besteht darin, die bunten, kreisförmig stilisierten Kondome mit skizzierten Bildelementen und kurzen sprachlichen Kennzeichnungen so miteinander zu verbinden, dass eine bestimmte sexuelle Situation erkennbar wird“ (Christiansen & Töppich, 2002, S. 26).

Explizit erwähnt wurde die Verwendung von Humor bei TV-Spots (n = 6), Kino-Spots (n = 4) und einer Ausstellung. Fallbeispiele wurden am häufigsten in Studien von 1990 (n = 3) sowie in jeweils einer Studie von 1996, 1998 und 2014 sichtbar. Die Verwendung dieser Strategie konnte explizit bei jeweils einer Studie zu Kino-Spots, einer Broschüre, einer Plakatkampagne im Rahmen des Welt-AIDS-Tages, einer Ausstellung und bei einem Fernseh-Film identifiziert werden. Deutlich seltener wurden Fallbeispiele (n = 6), Strategien zur Wissensvermittlung (n = 5) und soziale Appelle (n = 2) verwendet.

Methodische Herangehensweise

Insgesamt wurden häufiger quantitative als qualitative Forschungsmethoden in den Evaluationen eingesetzt (siehe hierzu Abbildung 4 im Anhang). Am häufigsten wurden CATI (n = 32) sowie Fragebögen (n = 24) angewandt. Weitere quantitative Methoden umfassten das Commercial-Check-System (n = 13), bei dem durch Wählen von fünf Tasten (von ++ bis --) auf einer handgroßen Eingabetastatur Spontanreaktionen abgefragt wurden, sowie quantitative Inhaltsanalysen (n = 11). Als qualitative Forschungsinstrumente kamen vor allem Leitfadeninterviews (n = 14), Fokusgruppeninterviews (n = 13) und Beobachtungen (n = 5) zum Einsatz. In n = 25 Studien wurde ein Mixed-Method-Ansatz gewählt, der quantitative und qualitative Methoden miteinander kombinierte, wie Fokusgruppeninterviews mit dem Commercial-Check-System und Fragebögen (n = 10).

Die eingesetzten Methoden waren stark von der zu evaluierenden Maßnahme abhängig (siehe hierzu Abbildung 5 im Anhang). Während CATI nur für die Repräsentativbefragungen zum Gesamteffekt von Kampagnen eingesetzt wurden, wurde das Commercial-Check-System ausschließlich für die Evaluation von TV- und Kino-Spots (n = 12) und einem Film verwendet. Mithilfe von Fragebögen wurden diverse Maßnahmen wie TV- und Kino-Spots (n = 11), Aktionstage (n = 6) und Schulungen (n = 4) sowie in je zwei Studien Repräsentativbefragungen, Broschüren und Filme evaluiert. Inhaltsanalysen wurden vor allem bei der Bewertung der Telefonberatung (n = 3) und von Aktionstagen (n = 7) genutzt. Qualitative Leitfadeninterviews wurden am häufigsten für die Evaluation von Aktionstagen (n = 6) und Schulungen (n = 4) genutzt, aber auch für Kampagnen (n = 3), Broschüren (n = 2) und einen Fernsehfilm. Mithilfe von Fokusgruppen wurden besonders audiovisuelle Medien wie TV-Spots (n = 6), Kino-Spots (n = 4) und Fernseh-Filme (n = 2) evaluiert. Beobachtungen wurden nur bei Aktionstagen (n = 4) und einem Parcours eingesetzt. In einem Expert*inneninterview wurde die allgemeine Einschätzung des Konzeptes der personalen AIDS-Prävention beurteilt. In Hinblick auf Mixed-Method-Ansätze zeigten sich verschiedene Kombinationen qualitativer und quantitativer Methoden bei TV- und Kino-Spots (n = 11) sowie bei personal-kommunikativen Maßnahmen (n = 7).

Es zeigte sich ebenfalls, dass eine große Vielfalt und Anzahl an Kriterien verwendet wurde, um die Wirksamkeit und den Erfolg der Maßnahmen zu messen. Beachtet werden muss jedoch, dass die Kriterien nicht in allen Studien transparent dargelegt wurden. In n = 56 Studien konnten Kriterien codiert werden, in n = 5 waren diese nicht eindeutig und wurden interpretativ erfasst und in einer Studie gab es gar keine Auskunft darüber. Mit Abstand am häufigsten wurden die Kriterien Mediennutzung (n = 41), Informationsstand (n = 36), Einstellung zum Umgang mit AIDS und Betroffenen (n = 34) und Schutzverhalten (n = 31) genannt. Weitere identifizierte Kriterien sind in Abbildung 6 im Anhang ablesbar.

Auch die verwendeten Kriterien zur Bewertung der verschiedenen Kommunikationsmaßnahmen hingen sehr von der untersuchten Maßnahme ab. Die Evaluation der Kampagnen erfolgte beispielsweise anhand der Kriterien Mediennutzung, Informationsstand, Schutzverhalten, Risikowahrnehmung, Einstellung und Kommunikationsanreize. TV- und

Kino-Spots wurden vor allem mit Kriterien wie Recall (Durchsetzungsfähigkeit), Likes und Dislikes, Spontan-Involvement, Akzeptanz und Wahrnehmung der Kommunikationsinhalte evaluiert.

Anhand der verwendeten Kriterien konnten Handlungsempfehlungen für zukünftige Maßnahmen abgeleitet werden. Bei dem Großteil der Studien (n = 47) wurde der Bedarf an weiteren Informationen deutlich. Dieser zeigte sich überwiegend bei Studien zum Kampagneneffekt sowie zu personalkommunikativen Maßnahmen und bezog sich vor allem auf die Lebenssituation von und den Umgang mit Betroffenen (n = 23), Übertragungswege von HIV (n = 22), allgemeine Schutzmöglichkeiten (n = 19), medizinische Maßnahmen und Fortschritte (n = 18) sowie allgemeine Informationen zu HIV und AIDS (n = 12) und zu STI (n = 12). Bei n = 26 Studien wurden Empfehlungen in Bezug auf den Inhalt der Maßnahme wie die Relevanz zielgruppenadäquater Botschaften (n = 12), allgemeine Anforderungen der inhaltlichen Gestaltung von Maßnahmen (n = 11), Integration von Homosexualität (n = 5) und unterschiedlicher Schulungsbedarf der Teilnehmenden (n = 4) besonders in Studien zu TV-Spots und Kino-Spots formuliert. Hinweise zur Umsetzung und Durchführung der Maßnahmen wurden in n = 16 deutlich, besonders bei personalkommunikativen Maßnahmen wie Mitmach-Parcours (n = 3), Aktionstagen (n = 2) und einer Ausstellung in Bezug auf die Relevanz der multimedialen Strategie (n = 13) und auf die Organisation und strukturierte Durchführung (n = 5) der Präventionsangebote.

Nicht-intendierte Effekte

Unbeabsichtigte Effekte zeigten sich in 15 von 62 Studien und wurden zunächst offen codiert. Die Kategorisierung und Auswertung der Effekte unter Einbezug der verschiedenen Kategorien erfolgte in Anlehnung an die Typologien nach Cho und Salmon (2007), Lorenc und Oliver (2014) sowie Meitz und Kalch (2019). Bei der Auswertung der Effekte wurde der Grad der Explizität berücksichtigt, welcher im Zuge der Kategorisierung mit erfasst wurde. In n = 6 Studien konnten nicht-intendierte Effekte explizit (direkt benannt) zugeordnet werden, implizit (angedeutet) doppelt so viele (n = 12). Als nicht-intendierte Effekte konnten Missverständnis, Bumerangeffekte und Befürchtungsepidemie identifiziert werden.

Allgemein betrachtet zeigten sich solche Effekte besonders in Studien aus den 1990er-Jahren, bis auf

zwei Ausnahmen aus den Jahren 2010 und 2017. In Hinblick auf die evaluierten Maßnahmen fanden sich unerwünschte Effekte besonders bei audiovisuellen Medien in neun der 15 Studien, in jeweils $n = 3$ Studien zu personalkommunikativen Maßnahmen oder Kampagnen. Der Großteil der Studien ($n = 10$) unterlag dabei einer formativen Evaluation. Etwa die Hälfte der Evaluationsstudien ($n = 8$) wurde durch das Marktforschungsinstitut Treiber+Partner durchgeführt, außerdem durch das Marktforschungsinstitut forsa ($n = 3$) und durch die Arbeitsgruppe AIDS-Forschung der Universität Freiburg ($n = 2$). Die Zielgruppen umfassten bei fast allen Studien die Allgemeinbevölkerung ($n = 13$), bei einigen die junge Bevölkerung ($n = 7$) und in wenigen auch spezifische Rezipierende wie Risikogruppen ($n = 2$) oder Berufstätige ($n = 2$). Eine verwendete Botschaftsstrategie war in $n = 12$ Studien ersichtlich (für einen Überblick der Effekte und mögliche Zusammenhänge siehe Tabelle 3 im Anhang).

Der am häufigsten gefundene unerwünschte Effekt war der des Missverständnisses ($n = 9$). Dieser Effekt wurde in je einer Studie aus den Jahren 1987 und 1989, sowie in einigen Studien aus den Jahren 1991 ($n = 3$), 1995 ($n = 1$), 1996 ($n = 2$) und 1998 ($n = 1$) festgestellt. Die evaluierten Maßnahmen umfassten Kino-Spots ($n = 6$), TV-Spots ($n = 4$) und eine Ausstellung. Explizit zeigte sich die nicht-intendierte Wirkung nur in einer Evaluationsstudie zu Kino-Spots. Implizit konnte der Effekt in $n = 8$ Studien anhand von Textpassagen wie der folgenden identifiziert werden: „Die wie selbstverständliche Rede- und Darstellungsweise von AIDS und Kondomen, vorwiegend locker, unterhaltsam und witzig inszeniert, riskiert nämlich auch, die Eindringlichkeit ihres Aufklärungsthemas zu verharmlosen, zu verdrängen oder ganz auszuklammern“ (Treiber+Partner, 1991, S. C7).

In Hinblick auf verwendete Botschaftsstrategien fällt auf, dass bei fast allen Studien explizit Humorappelle ($n = 7$) erkennbar waren. Die Verwendung dieser Strategie deutete in den Studien negative Auswirkungen an, wie die fehlende Ernsthaftigkeit als Resultat der humoristischen Botschaft in diesem Textbeispiel verdeutlicht:

Der amüsant-lustige Kondom-Umgang verniedlicht die vielfältigen Schwierigkeiten und Lästigkeiten aus der persönlichen Erfahrung gerade von Jugendlichen. Auch wird so das Thema "AIDS" nicht mehr bedrohlich, eben auch nicht mehr hinreichend eindringlich. Die Folge ist, daß der Film als gut geeignet "für Anfänger" gilt, vom

breiteren Publikum aber für komisch gehalten und danach rasch vergessen wird. (Treiber+Partner, 1989, S. 25)

Bumerangeffekte waren in $n = 7$ Studien ersichtlich. Diese konnten in drei weitere Untereffekte gegliedert werden. Auf der einen Seite zeigten sich sowohl implizit als auch explizit negative soziale Effekte (Group and Social Harms, Lorenc & Oliver, 2014), die die Ausgrenzung Betroffener entgegen der Zielstellung der Maßnahmen beschreiben:

Bei der Bewertung unterschiedlicher Situationen, die bei der Begegnung oder dem Zusammenleben mit HIV-positiven Menschen auftreten können, zeigt sich über verschiedene Lebensbereiche hinweg, dass Bedenken und Sorgen umso größer werden, wenn es zum direkten (Körper-)Kontakt kommt. Direkt oder indirekt können hieraus Situationen entstehen, in denen Menschen mit HIV im Alltag Diskriminierungserfahrungen ausgesetzt sind. (von Räden & Kostrzewski, 2017, S. 19 f.)

Solche Effekte wurden vor allem in der ersten Hälfte der 1990er-Jahre, aber auch nochmals 2017 festgestellt. In Hinblick auf die Evaluationsart wurden summativ wiederholte ($n = 3$) und formativ einmalige ($n = 2$) Studien durchgeführt. Die evaluierten Maßnahmen umfassten Aktionstage als personalkommunikative Angebote ($n = 2$), Kampagnen ($n = 2$) und einen Fernseh-Film. Zudem zeigten sich in Hinblick auf die Stichprobe Unterschiede zwischen ost- und west-deutschen Bürger*innen in Bezug auf den Umgang mit HIV-positiven und an AIDS erkrankten Personen, wie folgendes Textbeispiel hervorhebt:

Ferner nimmt die Tendenz zur Ausgrenzung von Betroffenen mit steigender Angst des Einzelnen vor AIDS zu. [...] In den östlichen Bundesländern [ist] die Tendenz zur Ausgrenzung von HIV-Infizierten und AIDS-Patienten stärker und zur solidarischen Haltung gegenüber von AIDS Betroffenen schwächer ausgeprägt [...]. Etwa die Hälfte (49%) der dort Befragten plädiert für die Einführung einer Meldepflicht für Infizierte, für die Testung von Hauptbetroffenengruppen auf HIV (41%) und für die Einschränkung der Prostitution (41%). (Bengel et al., 1993, S. 50)

Außerdem wurden in $n = 2$ Studien zu einem Fernseh-Film und zu einem Aktionstag implizit Botschaftsstrategien zur Wissensvermittlung und die Verwendung von Fallbeispielen erkannt. Jedoch fehlte der Einsatz der Strategie sein Ziel und bewirkte eine Abneigung und Ausgrenzungstendenz bei den

Befragten, wie folgenden Zitaten aus einer Fokusgruppennachbesprechung zu entnehmen sind: „Nach dem Film könnte ich mir nicht vorstellen, mehr Kontakt mit AIDS-Kranken haben zu wollen. Ich würde sie mir vom Halse halten, wenn es nicht gerade ein guter Freund wäre.“ Auch wurde festgestellt, dass sich eine Person „eher von AIDS-Kranken distanzieren“ würde (Treiber+Partner, 1990, S. 55).

Ein anderer Bumerang-Effekt konnte implizit identifiziert werden, der sich durch das Fehlen von persönlicher Relevanz auf die Ablehnung der Maßnahme bezog. Die Folge war, dass eine Distanz geschaffen wurde und die Maßnahme „als ‚für andere‘ gemacht, aber nicht als auf einen selbst rückbeziehbar beschrieben“ (Treiber+Partner, 1989, S. 22) wurde. Als zugrunde liegende Botschaftsstrategie war implizit ein sozialer Appell ersichtlich, jedoch wurde die maßgebliche Identifikationsfigur des Spots von den Befragten abgelehnt. Weitere Bumerangeffekte wurden codiert, die sich explizit auf die Ausübung riskanten Sexualverhaltens bezogen, da es bei Teilgruppen aufgrund der Kenntnis über Kombinationstherapien „zu einem leichten Anstieg potenziell riskanteren Verhaltens gekommen ist“ (von Rügen & Töppich, 2010, S. 28). Somit konnten drei verschiedene Arten bzw. Spezifizierungen von Bumerangeffekten im Kontext der AIDS-Aufklärung festgestellt werden: eine Ausgrenzungstendenz, das Fehlen persönlicher Relevanz und der Anstieg des Risikoverhaltens.

Der Effekt einer „Befürchtungsepidemie“ wurde in lediglich $n = 2$ Studien explizit festgestellt. Diese evaluierten TV-Spots (1987) und einen Fernseh-Film (1990). Die Maßnahmen wurden einmalig evaluiert, die Spots summativ, der Film formativ. In beiden Studien konnten implizit Botschaftsstrategien festgestellt werden: soziale Appelle bei den Spots und Fallbeispiele beim Film. In der Studie zum Fernseh-Film bezog sich der nicht-intendierte Effekt, wie auch schon bei einem gefundenen Bumerangeffekt der Ausgrenzungstendenz, auf die verwendete Strategie Fallbeispiel: „der Film schüre Angst und Panik“ (Treiber+Partner, 1990, S. 55). Die beiden Studien weisen nur wenige Gemeinsamkeiten auf. Mögliche Zusammenhänge mit anderen Kategorien in Bezug auf den nicht-intendierten Effekt wurden hierbei nicht deutlich.

Periodisierung

Anhand der vorgestellten Ergebnisse der letzten Kapitel lassen sich drei „Generationen“ von Aufklärungskampagnen und -medien erkennen: Die erste

Generation an Maßnahmen zur HIV- und AIDS-Prävention kann bis 1994 eingeordnet werden und umfasste TV-Spots, Broschüren sowie Informationsveranstaltungen wie Aktionstage und Mitmach-Parcours. Ab dem Jahr 1994 wurden in Kooperation mit dem Fachverband für Außenwerbung Großplakate aufgestellt und mithilfe von Radio- und Kino-Spots wurde auch an die jüngere Bevölkerung appelliert. Diese vergrößerte Reichweite der Aufklärungsmedien definiert die zweite Generation. Die dritte und aktuell letzte Generation startete in den 2000er-Jahren mit Informationsangeboten im Internet wie Websites und Kanälen in sozialen Netzwerken wie YouTube, Twitter oder Facebook. Maßnahmen der Internetkommunikation wurden jedoch erst ab dem Jahr 2008 im Rahmen der bevölkerungsbezogenen Repräsentativbefragungen evaluiert.

Botschaftsstrategien in Form von Humorappellen und Fallbeispielen zeigten sich vor allem in Studien zu TV- und Kino-Spots, Filmen, Broschüren und einer Ausstellung in den 1990er- und 2000er-Jahren. Die Methodenwahl war an das beauftragte Institut und die zu evaluierende Maßnahme gebunden und zeigte keine Entwicklung. Häufig wurde auf eine Kombination quantitativer und qualitativer Methoden zurückgegriffen. Solche Mixed-Method-Ansätze fanden laut Kuckartz (2014) ab Mitte der 1980er-Jahre besonders im Bereich der Evaluationsforschung Anwendung, was sich in den analysierten Studien auch widerspiegelte, vor allem in den Studien aus den 1980er- und 1990er-Jahren.

Nicht-intendierte Effekte wurden größtenteils in Studien aus den 1990er-Jahren deutlich, dabei vor allem der Effekt des Missverständnisses in Studien zu TV- und Kino-Spots aus den 1990er-Jahren. Weiterhin wurden Effekte der „Befürchtungsepidemie“ bei Studien zu TV-Spots (1987) und einem Fernseh-Film (1990) gefunden. Außerdem fanden sich Bumerangeffekte bei überwiegend personalkommunikativen Maßnahmen der 1990er-Jahre, TV-Spots von 1989 und einer Kampagne von 2010.

6 Fazit und Diskussion

Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Evaluationsstudien der BZgA zur HIV/AIDS-Prävention hinsichtlich formaler und inhaltlicher Kriterien im zeitlichen Verlauf zu analysieren. Dafür wurden $N = 62$ Studien von 1987 bis 2017 untersucht, von denen die

meisten in den 1990er-Jahren publiziert wurden. Während dieser Zeit evaluierten beauftragte Marktforschungsinstitute und universitäre Forschungseinrichtungen formativ vor allem TV- und Kino-Spots sowie summativ Fernseh-Filme, den Gesamteffekt von Kampagnen und personalkommunikative Maßnahmen wie die Telefonberatung, Aktionstage und Schulungen. Der Großteil der analysierten Studien richtete sich an die Allgemeinbevölkerung und diese wurde auch größtenteils in den Studien befragt. Als wichtige Zielgruppen wurden außerdem junge Erwachsene und Multiplikator*innen definiert, jedoch als Stichprobe häufiger Risikogruppen und Kooperationspartner*innen untersucht. Bei der Methodenwahl wurden sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsinstrumente sowie eine Kombination beider eingesetzt. Indikationen für zukünftige Studien zeigten sich vor allem in Bezug auf bestehenden Informationsbedarf zu Übertragungswegen, Schutzmöglichkeiten, medizinischen Fortschritten, der Lebenssituation von und dem Umgang mit Betroffenen sowie STI.

Nicht-intendierte Effekte wurden nur in einem Viertel der Studien ersichtlich. Gefundene Effekte umfassten Missverständnisse, „Befürchtungsepidemie“ sowie Bumerangeffekte, die wiederum in einzelne Unterkategorien eingeteilt werden konnten.

Einordnung der Ergebnisse

Auffallend ist, dass sich einige Maßnahmen nicht im Studienarchiv der BZgA finden lassen, was auf fehlende Evaluationen hindeutet. Dazu gehört die Hörfunkstrategie, die lediglich formativ situationsanalytisch als mögliches Aufklärungsmedium in einer Studie eruiert wurde. Ab dem Jahr 2000 wurde nur noch einmal jährlich der Gesamteffekt der Kampagne anhand von Repräsentativbefragungen evaluiert, jedoch lassen sich davon nur schwer Rückschlüsse auf einzelnen Maßnahmen ziehen. Es liegen auch keine Wirksamkeitsstudien zu neuen Maßnahmen und Botschaftsstrategien im Zuge der neuen Dachkampagne „LIEBESLEBEN“ im Studienarchiv der BZgA vor. Ein möglicher Grund für den Rückgang der Evaluationsstudien könnte sein, dass die Maßnahmen in den Jahren davor bereits Erfolge hinsichtlich eines hohen Wissensstands, Schutzverhaltens und Solidarität gegenüber HIV- und AIDS-Betroffenen erzielten. Außerdem führten verbesserte Behandlungsmöglichkeiten und Medikamente zur Bekämpfung des Virus, wie die antiretrovirale Therapie seit 1996, zu einer „Normalisierung“ von AIDS als chronische Krankheit“

(Rosenbrock, 2018, S. 236), die zu Beginn der Epidemie noch als tödliche Krankheit und große Bedrohung wahrgenommen wurde (Rosenbrock, 2007). Diese abnehmende Bedrohlichkeit und der Wandel der Wahrnehmung der Krankheit könnte ebenfalls den Studienumfang ab der Jahrtausendwende beeinflusst haben.

In Hinblick auf die Medienwirkungsforschung lassen sich die untersuchten Evaluationen der Phase der Orientierung an den Rezipierenden zuordnen. In den 1980er- und 1990er-Jahren zeigten sich auch die meisten nicht-intendierten Effekte. Die anschließende Phase beleuchtete im Zuge der Digitalisierung und Medienkonvergenz neue Medien und zielgruppenspezifische Kampagnen (Bonfadelli & Friemel, 2017). Dies fand sich in den Evaluationsstudien ab etwa der Jahrtausendwende wieder, da ab dieser Zeit das Internet in den Studien aufgeführt wurde, jedoch erst ab 2008 in den Studien konkrete Internetangebote benannt wurden. Zudem zeigte sich in den Studien ab 2000 eine Ausdifferenzierung der Zielgruppen sowie Themen. Weitere Personengruppen wie beispielsweise Migrierte wurden in die AIDS-Aufklärung einbezogen und auch in einer Stichprobe befragt. Ab 2002 wurde zudem zusätzlich das Wissen über STI in den Bevölkerungsumfragen abgefragt. Ab 2015 wurde der Fokus von HIV/AIDS auf STI insgesamt ausgeweitet.

Die Kombination aus formativen und summativen Evaluationen in den Evaluationsstudien deutet auf die Umsetzung der Aufklärungsstrategie anhand des Gesundheitspolitischen Aktionszyklus nach Rosenbrock (1995) hin. Vor allem Studien zu personalkommunikativen Maßnahmen beschrieben bis 1998 den Prozess der kontinuierlichen Anpassung der Aufklärungsmaßnahmen, also die Überarbeitung der Konzepte anhand vorheriger Studien, die Durchführung der Maßnahmen anhand neuer Konzepte sowie die Bewertung und Testung dieser an den Zielgruppen. Zudem zogen auch andere Maßnahmen Konsequenzen aus den Evaluationsergebnissen wie beispielsweise bei TV- und Kino-Spots Anforderungen an die inhaltliche Gestaltung der Maßnahmen zur erfolgreichen Botschaftsvermittlung bei den Zielgruppen.

Limitationen

Die Arbeit basiert auf einer Kombination quantitativer und qualitativer Inhaltsanalyse: Einerseits wurden dabei die Inhalte der Evaluationsstudien systematisch in einzelne Bestandteile zerlegt und in Kategorien sortiert, was jedoch die Interpretation der Kontexte erschwerte.

Andererseits ermöglichte der qualitative Aspekt auch interpretative Schlüsse, was wiederum die inter-subjektive Überprüfbarkeit beeinträchtigen kann. Zudem bietet das Studienarchiv der BZgA zwar ein großes Repertoire an Studien, jedoch wurden manche Maßnahmen wie Broschüren und Fernseh-Filme nur in wenigen Studien evaluiert, andere wie Hörfunk-Spots, Kampagnen in sozialen Netzwerken und konkret Plakatkampagnen gar nicht.

Ein zweiter Punkt betrifft die untersuchte Wirkung der Maßnahmen: Besonderes Augenmerk wurde auf die Analyse nicht-intendierter Effekte gelegt. Doch ab wann kann überhaupt von einem nicht-intendierten Effekt gesprochen werden? Ein schwacher intendierter Effekt könnte auch schon ein Zeichen für einen nicht-intendierten Effekt sein, da das beabsichtigte Ziel nicht in vollem Umfang erreicht wurde. So könnte beispielsweise die Abnahme der Mediennutzung in den 1990er- und 2000er-Jahren ein Anzeichen für einen nicht-intendierten Effekt wie Desensibilisierung sein. Zudem muss hinterfragt werden, inwiefern die gewählte Methode einen solchen Effekt abfragen kann. Außerdem wurden im Rahmen der vorliegenden Arbeit ausschließlich negative unerwünschte Effekte beleuchtet, aber keine möglichen positiven wie Verstärkung, Ermächtigung oder Sensibilisierung (Cho & Salmon, 2007; Meitz & Kalch, 2019).

Ausblick

Die Arbeit analysierte Evaluationsstudien der BZgA im Kontext der HIV/AIDS-Pandemie anhand verschiedener Modelle und Theorien zur Kampagnenkonzeption, -implementation und -auswertung. Die Ergebnisse indizieren, dass weiterer Forschungsbedarf zur Thematik besteht. So könnten durch die Anwendung explorativer Forschungsansätze Einblicke in die Prozesse und die Wirkweise von Gesundheitsbotschaften gegeben und wichtige Erkenntnisse geliefert werden, wie zum Beispiel negativen Emotionen in Maßnahmen begegnet werden kann. Auch in Zeiten von anderen Infektionskrankheiten wie aktuell zum Beispiel Corona ist Angst eine häufige Reaktion auf die unsichtbare Bedrohung durch Viren.

Zudem bedarf es weiterführenden Analysen von Maßnahmen im Bereich der Internetkommunikation. Besonders junge Menschen können in ihren Lebenswelten über soziale Plattformen erreicht werden, da andere Medien nur schwer an diese wichtige Zielgruppe der BZgA herankommen (Lindacher & Loss, 2019). So sollten zum Beispiel die Social-Media-

Kampagnen der „Infektastischen STI“, die auf humoristische Art und Weise über die Arten, Ansteckungswege und Schutzmöglichkeiten von STI aufklären, evaluiert werden. Humor kann sich auch negativ auf die Wahrnehmung der Botschaft sowie das eigene Verhalten auswirken, zum Beispiel in Form von fehlender Wahrnehmung der Bedrohung (Missverständnis), was sich bereits in dieser Arbeit zeigte. Zudem kann die Wirkung von Humor durch einen Viralitätseffekt im Internet verstärkt werden (Evers et al., 2013).

Es ist unerlässlich, Kommunikationsmaßnahmen im Gesundheitsbereich kontinuierlich zu evaluieren und die Wirkung von Botschaften zu bewerten. Gesundheitsbezogene Interventionen stehen häufig vor der Herausforderung, Risiken und Nutzen von Gesundheitsbotschaften abzuwägen (Meitz & Kalch, 2019). Evaluationen können daher dazu beitragen, Aufklärungsangebote zu optimieren und anzupassen sowie Erkenntnisse über erzielte Wirkungen zu liefern. Nicht-intendierte Effekte sind oft ungewollte Konsequenzen von Kampagnen und können sich negativ auf das Gesundheitsverhalten auswirken (Meitz & Kalch, 2019), wurden jedoch bislang kaum untersucht (Hastall, 2017). Daher besteht weiterhin dringender Forschungsbedarf hinsichtlich nicht-intendierter Effekte zu Themen und Maßnahmen von Gesundheitskommunikationskampagnen.

Literatur

Amort, F. M. & Kuderna, C. (2007). HIV-Prävention und Sexualverhalten: Wo liegt Potenzial für eine Verbesserung der Prävention? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(4), 442–448.

Bengel, J., Brungs, M., Herdt, J., Hoffmann-Markwald, A., Koch, U. & Strittmatter, R. (1993). *Evaluation der Personalen AIDS-Kommunikation der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Fortsetzung der Evaluation 1992*. BZgA. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/forschung/dokumentationen/140047_EvaluationDerPersonalenAidsKommunikationDerBzga.PDF

- Bengel, J., Bucherer, G., Bühlren-Armstrong, B., Herdt, J. & Koch, U. (1994). *Evaluation des Personalen Aids-Kommunikation der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Fortsetzung der Evaluation 1993*. BZgA. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/forschung/dokumentationen/140049_EvaluationDerPersonalenAidsKommunikationDerBzGAProjektbericht.PDF
- Bonfadelli, H. & Friemel, T. (2010). *Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich: Grundlagen und Anwendungen* (2. Aufl.). UVK Verlag.
- Bonfadelli, H. & Friemel, T. N. (2017). *Medienwirkungsforschung* (6. Aufl.). UVK Verlag.
- Bonfadelli, H. & Friemel, T. N. (2020). *Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich: Grundlagen und Anwendungen* (3. Aufl.). Herbert von Halem Verlag.
- BZgA. (2007, 20. Juli). *40 Jahre Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1967 bis 2007* [Pressemitteilung]. lifePR. <https://www.lifepr.de/pressemitteilung/bundeszentrale-fuer-gesundheitliche-aufklaerung/40-Jahre-Bundeszentrale-fuer-gesundheitliche-Aufklaerung-1967-bis-2007/boxid/7663>
- BZgA. (2019). *LIEBESLEBEN. Medienübersicht 2019/2020: Informationsmaterial, Kampagnen, Beratungs- und Internetangebote zur HIV- und STI-Prävention* [Dokumentation].
- Cho, H. & Salmon, C. T. (2007). Unintended Effects of Health Communication Campaigns. *Journal of Communication*, 57(2), 293–317.
- Christiansen, G. (2000). *Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung: eine Expertise* (2. Aufl.). BZgA.
- Christiansen, G. & Töppich, J. (2001). *Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2000: Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor Aids* (S. 103) [Endbericht]. BZgA. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/aids_2000--7185e00204a7a5afec0efbad7be89480.pdf
- Christiansen, G. & Töppich, J. (2002). *Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2001: Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor Aids* [Kurzfassung]. BZgA. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/aids_2001_k-28bfc184b959b9dde2a3ee3b344f375f.pdf
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (5. Aufl.). Springer-Verlag.
- Egger, M., Razum, O., Rieder, A., Fenner, L., Habermann-Horstmeier, L., Jahn, A. & Probst-Hensch, N. (2017). Public Health: Konzepte, Disziplinen und Handlungsfelder. In M. Egger, O. Razum, & A. Rieder (Hrsg.), *Public Health Kompakt* (3. Aufl., S. 1–30). De Gruyter.
- Evers, C. W., Albury, K., Byron, P. & Crawford, K. (2013). Young People, Social Media, Social Network Sites and Sexual Health Communication in Australia: “This is Funny, You Should Watch It”. *International Journal of Communication*, 7(1), 263–280.
- Friemel, T. N. & Frey, T. (2019). Kommunikationskampagnen zur Gesundheitsförderung und Prävention. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Hamouda, O., Marcus, U., Voß, L. & Kollan, C. (2007). Verlauf der HIV-Epidemie in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(4), 399–411.
- Hastall, M. R. (2017). Abwehrreaktionen und negative Effekte von Gesundheitsinformationen. *Public Health Forum*, 25(1), 63–65.
- Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (2. Aufl.). Springer-Verlag.
- Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Lindacher, V. & Loss, J. (2019). Die Bedeutung sozialer Online-Netzwerke für die Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation: kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (S. 185–196). Springer Fachmedien Wiesbaden.

- Lorenc, T. & Oliver, K. (2014). Adverse Effects of Public Health Interventions: A Conceptual Framework. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68, 288–290.
- Loss, J. & Nagel, E. (2009). Probleme und ethische Herausforderungen bei der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskommunikation. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 52(5), 502–511.
- Meitz, T. & Kalch, A. (2019). Nicht-intendierte Medienwirkungen im Gesundheitsbereich. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation: kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (S. 383–396). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Pott, E. (2009). Social Marketing und Kampagnen in der Prävention und Gesundheitsaufklärung. In R. Roski (Hrsg.), *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation: Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder* (S. 199–218). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pott, E. (2011). Konzepte der Aufklärung. *HIV&more*, 2, 45–47.
- Reifegerste, D. & Ort, A. (2018). *Studienkurs Medien & Kommunikation: Gesundheitskommunikation*. Nomos.
- Robert Koch-Institut. (2019). Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen, die mit HIV in Deutschland leben. *Epidemiologisches Bulletin*, 46, 483–504.
- Rössler, P. (2017). *Inhaltsanalyse* (3. Aufl.). UVK Verlag.
- Rosenbrock, R. (1995). Public Health als soziale Innovation. *Das Gesundheitswesen*, 57(3), 140–144.
- Rosenbrock, R. (2001). Was ist New-Public-Health? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 44, 753–762.
- Rosenbrock, R. (2007). AIDS-Prävention – ein Erfolgsmodell in der Krise. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 432–441.
- Rosenbrock, R. (2018). Aids – soziale Prävention und Medikalisierung. *Public Health Forum*, 26(3), 235–238.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2014). *Gesundheitspolitik: eine systematische Einführung* (3. Aufl.). Verlag Hans Huber.
- Rossmann, C. & Ziegler, L. (2013). Gesundheitskommunikation: Medienwirkungen im Gesundheitsbereich. In W. Schweiger & A. Fahr (Hrsg.), *Handbuch Medienwirkungsforschung* (S. 385–400). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Töppich, J., Christiansen, G. & Müller, W. (2001). Gib AIDS keine Chance: Public Health in Deutschland am Beispiel der AIDS-Prävention. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 44(8), 788–795.
- Treiber+Partner. (1989). *Cinema Commercial Check: „AIDS-Kino-Aufklärung“ im Kontext aktueller Kinowerbung*. BZgA. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/forschung/dokumentationen/140018_CinemaCommercialCheck-Aids-Kino-Aufkl%C3%A4rung-ImKontextAktuellerKinowerbung.PDF
- Treiber+Partner. (1990). *Evaluation des Spielfilms „Unsichtbare Mauern“*. BZgA. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/forschung/dokumentationen/140027_EvaluationDesSpielfilms-UnsichtbareMauern.PDF
- Treiber+Partner. (1991). *Evaluation der AIDS-Kino-Aufklärung: Analyse von Kino-Spots zur AIDS-Aufklärung im Umfeld aktueller Kino-Werbung*. BZgA. http://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/forschung/dokumentationen/140033_EvaluationDerAids-Kino-Aufkl%C3%A4rung-AnalyseVonKino-SpotsZurAids-Aufkl%C3%A4rung.PDF
- Tümmers, H. (2013). „GIB AIDS KEINE CHANCE“. Eine Präventionsbotschaft in zwei deutschen Staaten. *Zeithistorische Forschungen - Studies in Contemporary History*, 10, 491–501.
- von Rügen, U. (2017). *AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland: Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI)* (S. 106) [Kurzbericht]. BZgA. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/aioeb_2016_kurzbericht--a344710f2ec9af0c39b1d0bfe2ce140d.pdf

von Rüden, U. & Kostrzewski, D. (2017). *Repräsentative Bevölkerungsbefragung anlässlich des Welt-AIDS-Tages 2017* [Forschungsbericht]. BZgA. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/bericht_wat__2017_bzga--445042af55846fc894c03dca658edb30.pdf

von Rüden, U. & Töppich, J. (2010). *AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2008: Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor AIDS* (S. 91) [Endbericht]. BZgA. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/aids_2008_1--895be67accfadcecc286cef3b71cfc81.pdf

WHO. (2019, 15. November). *HIV/AIDS*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Wiegard, B., Zschorlich, B. & Koch, K. (2019). Gesundheitskommunikation öffentlicher Institutionen in Deutschland. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation*. Springer Fachmedien Wiesbaden.

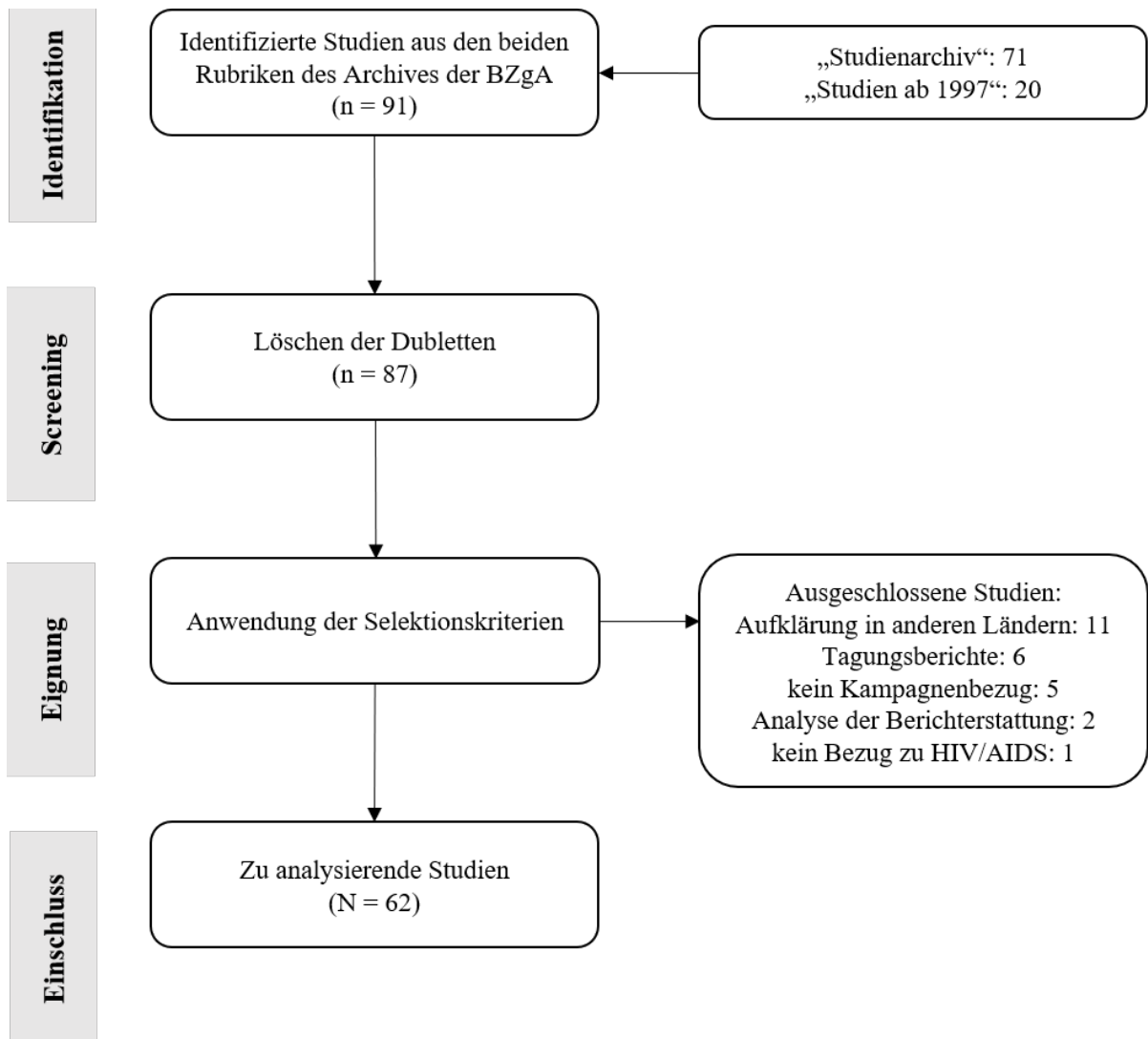


Abbildung 1. Selektionsprozess (eigene Darstellung)

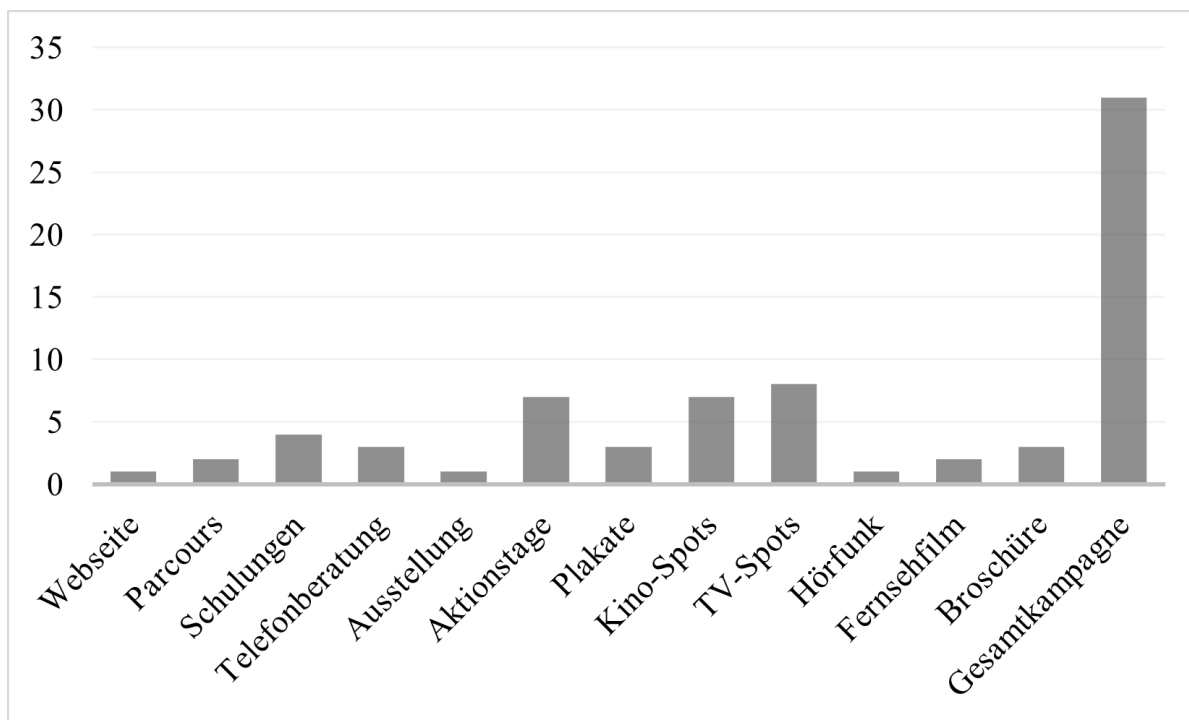


Abbildung 2. Anzahl evaluierter Maßnahmen (eigene Darstellung)

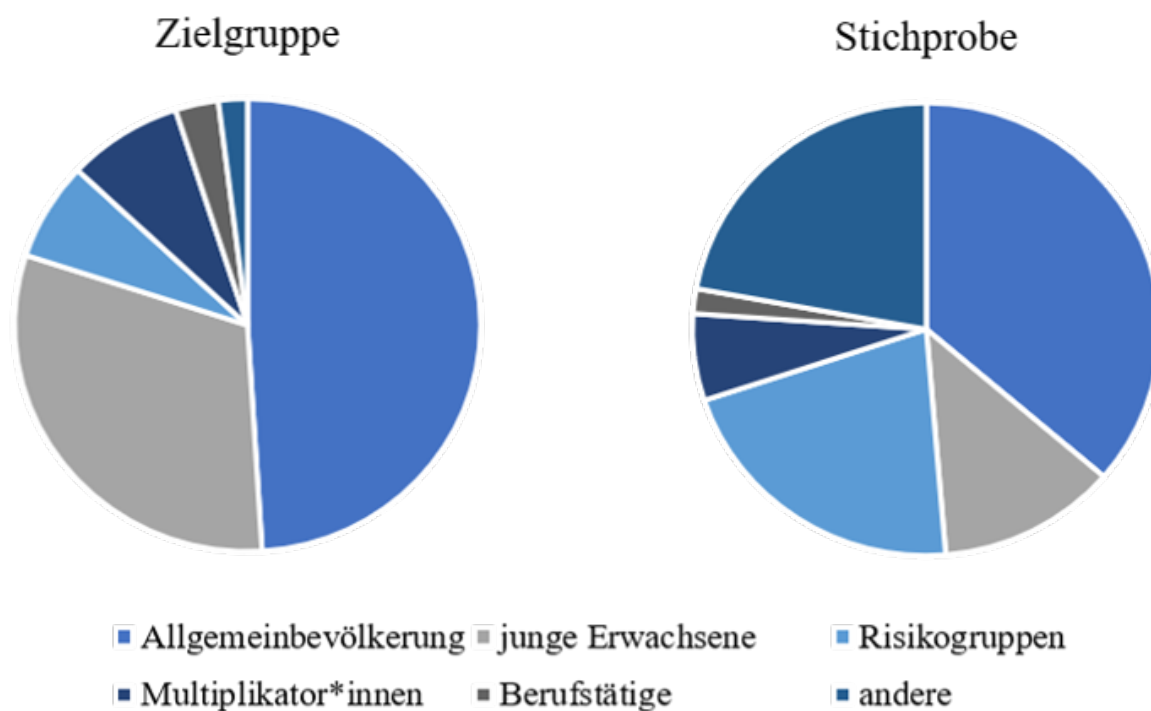


Abbildung 3. Vergleich der Zielgruppe und Stichprobe (eigene Darstellung)

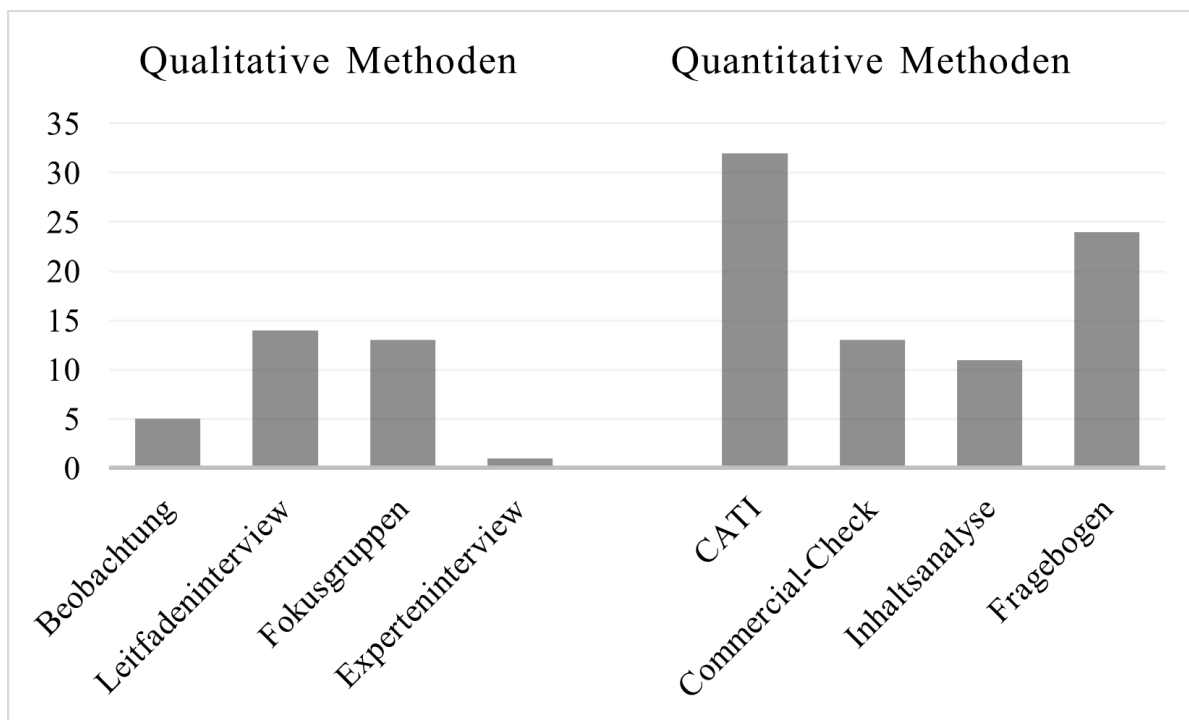


Abbildung 4. Verwendete Methoden (eigene Darstellung)

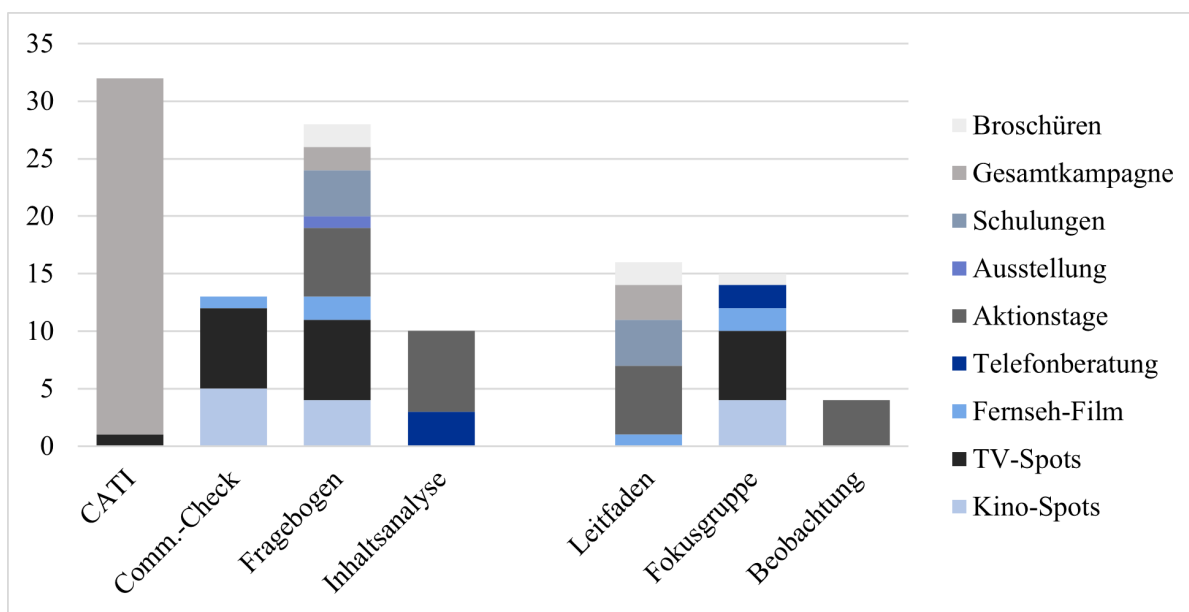


Abbildung 5. Verwendete Methoden für bestimmte Maßnahmen (eigene Darstellung)

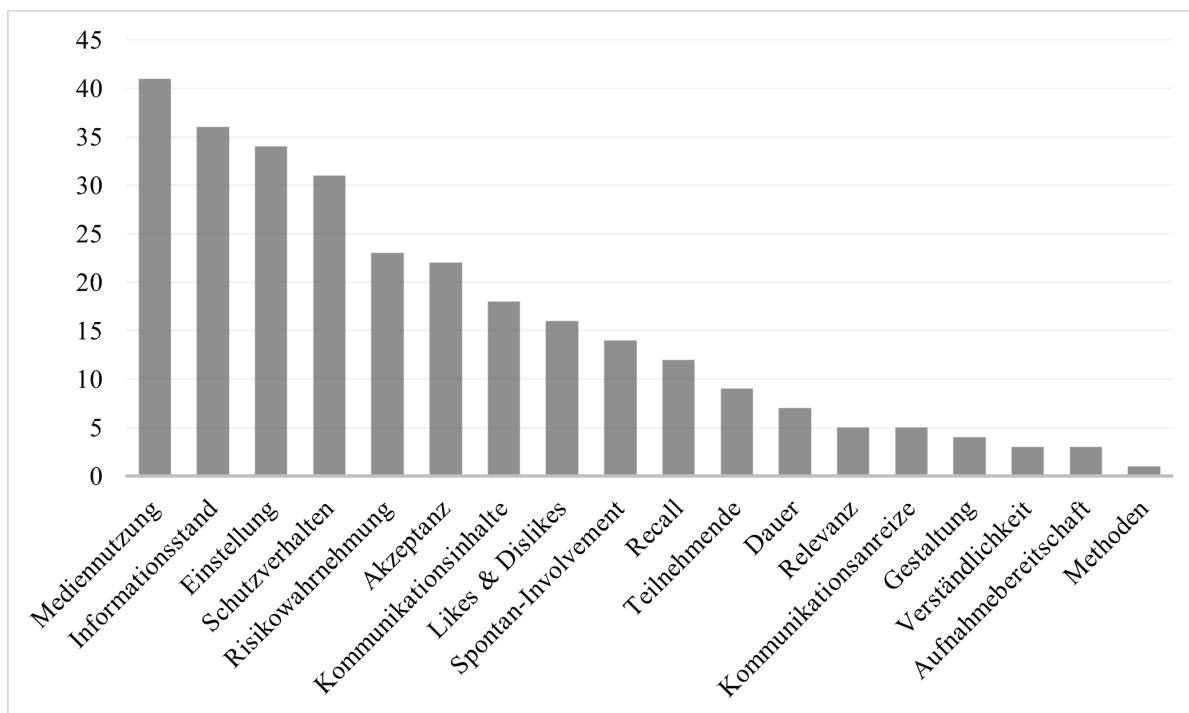


Abbildung 6. Identifizierte Kriterien (eigene Darstellung)

Strategie	Definition	Wirkungsebene	Beispiele
Wissensvermittlung	Vermittlung von evidenzbasiertem Gesundheitswissen	kognitiv	Texte oder Diagramme zu Gefahr, Symptomen, Ursachen und Prävention
Emotionale Appelle	emotionale Botschaften, um Aufmerksamkeit auf eine Gesundheitsproblematik zu lenken	affektiv	Furcht; Wut, Ekel, Scham, Schuld; Humor
Soziale Appelle	Ansprache psychischer und sozialer Konsequenzen des individuellen Verhaltens	sozial	Norm (Ablehnung oder Bestätigung), Bindung (Anerkennung oder Ausgrenzung), Partnerwahl (Attraktivität), Prosozialität (Solidarität)
Framing	Einbettung in „Deutungsrahmen“ und Aufzeigen von Konsequenzen für das Befolgen bzw. Nichtbefolgen von Handlungsempfehlungen	konativ	Gewinn-Framing betont positive Folgen bei Befolgen einer Handlung, Verlust-Framing betont negative Folgen bei Missachtung
Fallbeispiele	Aussagen von Personen, die sich für oder gegen ein bestimmtes Verhalten aussprechen	konativ	Prominente; Betroffene, die von eigenen Erfahrungen berichten

Tabelle 1. Zentrale Strategien der Gesundheitskommunikation (eigene Darstellung in Anlehnung an Reifegerste & Ort (2018))

Effekt	Definition	Valenz
Missverständnis	Botschaft wird falsch verstanden und Gesundheitsrisiken werden verwechselt	unerwünscht
Dissonanz	psychologischer Stress und Unwohlsein, wenn der angepriesene Gesundheitszustand vom eigenen abweicht	unerwünscht
Bumerangeffekt	Effekt wirkt in die entgegengesetzte Richtung als eigentlich beabsichtigt	unerwünscht
Befürchtungs-epidemie	unberechtigte Sorgen und Risikowahrnehmung durch verstärkte Thematisierung und Verbreitung von Risikobotschaften	unerwünscht
Opportunitätskosten	Vernachlässigung mancher Gesundheitsthemen, damit andere im Fokus stehen	unerwünscht
Schuldhaftigkeit	Ursachenzuschreibung beim Individuum, obwohl das Gesundheitsrisiko durch strukturelle und soziale Faktoren bedingt ist	unerwünscht
Soziale Reproduktion	Verstärkung bestehender sozialer Verteilung von Wissen, Einstellung und Verhalten	unerwünscht
Soziale Normierung	Konstruktion von sozialen Normen, durch die riskantes Verhalten abgelehnt oder Ausgrenzung gefördert wird	erwünscht und unerwünscht
Desensibilisierung	Ignorieren von Gesundheitsbotschaften durch häufige Wiederholung von Risiken	unerwünscht
Sensibilisierung	unbeabsichtigtes Sensibilisieren und Wissenserweiterung von Gesundheitsrisiken und Präventionsmaßnahmen	erwünscht
Bestätigung	Gesundheitsbotschaften bestätigen unbeabsichtigt das eigene Gesundheitsverhalten	erwünscht
Verstärkung	unbeabsichtigte Unterstützung eines intendierten Effekts	erwünscht
Ermächtigung	unbeabsichtigte Förderung des Einflusses von politischen oder öffentlichen Akteuren	erwünscht und unerwünscht
Systemaktivierung	unbeabsichtigter Einfluss auf verschiedene soziale Systeme und somit auf die Zielgruppe	erwünscht und unerwünscht

Tabelle 2. Überblick über nicht-intendierte Effekte und ihre Valenz (eigene Darstellung in Anlehnung an Cho & Salmon (2007), Lorenc & Oliver (2014), Meitz & Kalch (2019))

Effekt	Missverständnis	Bumerangeffekt	Befürchtungsepidemie
Referenz	Cho & Salmon (2007), Meitz & Kalch (2019)	Cho & Salmon (2007), Lorenc & Oliver (2014), Meitz & Kalch (2019)	Cho & Salmon (2007), Meitz & Kalch (2019)
Explizität	- implizit und explizit	- implizit und explizit	- explizit
Evaluationsart	- summativ, einmalig - formativ, wiederholt	- summativ, wiederholt - formativ, einmalig	- formativ, einmalig
Maßnahmen	- TV- und Kino-Spots - Ausstellung	- Aktionstage - Kampagnen - Fernseh-Film	- TV- Spot - Fernseh-Film
Strategien	- Humor - Fallbeispiel - sozialer Appell - Wissensvermittlung	- Fallbeispiel - Humor - Wissensvermittlung	- Fallbeispiel - sozialer Appell
Methoden	- Commercial-Check, Fragebogen, Fokus- gruppen - Leitfaden, Fragebogen - CATI	- Commercial-Check, Fragebogen, Fokus- gruppen - Fragebogen, Inhalts- analyse, Leitfaden, Beobachtung, Expert*innen- interview - CATI	- Commercial-Check, Fragebogen, Fokus- gruppen - CATI

Tabelle 3. Mögliche Zusammenhänge nicht-intendierter Effekte (eigene Darstellung)

Massenmediale STI-Präventionskommunikation der BZgA zwischen 2008 und 2018

Sophia Schaller

Universität Erfurt

Zusammenfassung

Während die HIV-Neuinfektionsrate mittlerweile auf einem niedrigen und stabilen Niveau ist, sind die Erkrankungszahlen verschiedener sexuell übertragbarer Infektionen (STI, z. B. Syphilis) in den letzten Jahren stark angestiegen. So ist neben der Prävention einer Infektion mit HIV heute auch die Prävention von anderen STI durch die mediale Aufklärung über Ansteckungswege, Schutzmaßnahmen und Symptome von großer Bedeutung für die öffentliche Gesundheit. Dementsprechend hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit kommunikationsstrategische Aufgaben für die STI-Prävention übernimmt, ihre ursprüngliche Kampagne GIB AIDS KEINE CHANCE schrittweise zur STI-Kampagne LIEBESLEBEN entwickelt. Zur Veranschaulichung dieses Wandels zeichnet der vorliegende Beitrag die Kampagnenkommunikation der BZgA seit 2008 nach.

Keywords: HIV-Prävention, STI-Prävention, GIB AIDS KEINE CHANCE, LIEBESLEBEN, BZgA, Gesundheitskommunikation

Summary

While the rate of new HIV infections is meanwhile at a low and stable level, the number of cases of various sexual transmitted infections (STI, e.g. syphilis) has increased dramatically in recent years. Therefore, in addition to the prevention of infection with HIV, the prevention of other STI through media education about infection routes, protective measures and symptoms is also of great importance for public health. Accordingly, the Federal Center for Health Education (BZgA), which is assigned communication strategy responsibilities for STI prevention by health department (BMG), developed the original campaign GIB AIDS KEINE CHANCE further into the STI campaign LIEBESLEBEN. To illustrate this change the present article portrays the BZgA's campaign communication since 2008.

Keywords: HIV prevention, STI prevention, GIB AIDS KEINE CHANCE, LIEBESLEBEN, BZgA, health communication

1 Einführung

Nach Angaben der WHO (2019) stecken sich weltweit täglich mehr als eine Million Menschen mit einer *sexuell übertragbaren Infektion* (STI) an. Dazu gehören neben der wohl bekanntesten STI, der Infektion mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV), bspw. Syphilis, Hepatitis oder eine Chlamydien-Infektion (Corsten & Piel, 2018). Da STI oftmals einen zunächst symptomfreien Verlauf haben, bleiben sie häufig lange unbehandelt, was in manchen Fällen zu schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen wie z.B. zu bleibenden Organschäden oder Unfruchtbarkeit führen kann (Matthiesen et al., 2017). Die Folgen einer HIV-Infektion sind dabei besonders weitreichend, da diese weiterhin nicht vollständig heilbar ist und bei ausbleibender kontinuierlicher medikamentöser Behandlung zu einer immer stärkeren Schädigung des Immunsystems bis hin zu AIDS führen kann (Bremer et al., 2017). Neben diesen körperlichen Beeinträchtigungen leiden einige Betroffene auch unter den sozialen Folgen von STI (BMG & BMZ, 2016). So sind STI in der Bevölkerung mit Scham und Stigmatisierung verbunden, sodass Erkrankte in verschiedensten Lebensbereichen Diskriminierung erfahren, was u.a. die offene Kommunikation in Partnerschaften sowie zwischen Ärzt*innen und Patient*innen einschränken kann (BMG & BMZ, 2016; von Rügen & Kostrzewski, 2017).

Als wichtigste Präventionsmaßnahme zum Schutz vor STI gilt die Nutzung eines Kondoms (Schmidt et al., 2018). Die Ansteckung mit einem Erreger kann dadurch allerdings nicht vollkommen verhindert werden, weshalb die frühe ärztliche Beratung bei Verdacht auf eine STI auch dahingehend von hoher Relevanz ist, Infektionsketten schnellstmöglich zu unterbrechen (Corsten & Piel, 2018). Während die HIV-Neuinfektionsrate im Zeitverlauf eine positive Entwicklung auf einem relativ niedrigen stabilen Niveau verzeichnet und die deutsche Bevölkerung mittlerweile gut über HIV informiert ist (Corsten & Piel, 2018), sind die Infektionsraten anderer STI in den vergangenen Jahren stark angestiegen (RKI, 2019a). Das Wissen über STI scheint dementsprechend verhältnismäßig gering ausgeprägt zu sein (von Rügen & Töppich, 2015). Außerdem ist davon auszugehen, dass vor allem in sexuellen Risikosituationen – also Situationen, in denen der HIV/STI-Status des Sexualpartners bzw. -partnerin unbekannt und die Nutzung eines Kondoms besonders wichtig ist – aufgrund von starken Affekten immer noch zu selten

mit Kondomen verhütet wird (Schmidt et al., 2018).

Für die Prävention von HIV und anderen STI ist daher die *Aufklärung* über Ansteckungswege, Schutzmaßnahmen und Symptome der Erkrankungen von zentraler Bedeutung, um eine informierte Entscheidung und somit einen selbstwirksamen Umgang mit Sexualität zu ermöglichen sowie Stigmatisierung entgegenzuwirken (Corsten & Piel, 2018; Nöcker, 2018). Gesundheitliche Aufklärung wird dabei insbesondere als Strategie im Kontext massenmedialer Interventionen bzw. Gesundheitskampagnen angewandt, um die gesamte Bevölkerung mit entsprechenden Inhalten zu erreichen (Nöcker, 2018). In der Bundesrepublik Deutschland übernimmt vor allem die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BZgA) kommunikations-strategische Aufgaben für die HIV- und STI-Prävention bzw. Aufklärung, die als obere Bundesbehörde die HIV- und STI Präventions-strategien der Bundesregierung umsetzt (Corsten & Piel, 2018).

So motiviert sie seit über 30 Jahren durch großangelegte Kampagnen zum Schutzverhalten in sexuellen (Risiko-)Situationen (Bremer & Winkelmann, 2012). Um die relevanten Zielgruppen wirksam zu erreichen, setzte die BZgA im Zeitverlauf gezielt unterschiedlichste Medienkanäle, Motive und vorwiegend positive Botschaften ein (Corsten & Piel, 2018). Ihr Präventionserfolg spiegelt sich u.a. in der mittlerweile vergleichsweise niedrigen HIV-Neuinfektionsrate Deutschlands wider (Winkelmann et al., 2015). Der starke Anstieg anderer STI stellte die Präventionsarbeit der BZgA allerdings vor neue Herausforderungen, sodass die ursprüngliche Kampagne GIB AIDS KEINE CHANCE schrittweise neu ausgerichtet und 2016 zu der HIV- und STI-integrierten Kampagne LIEBESLEBEN entwickelt wurde (Corsten & Piel, 2018).

Um diesen Wandel in der HIV- und STI-Prävention zu veranschaulichen, beschäftigt sich der vorliegende Beitrag mit der massenmedialen Kampagnenkommunikation der BZgA zwischen 2008 und 2018. Dadurch soll zum einen aufgezeigt werden, wie die BZgA mit ihrem Kampagnenwechsel von GIB AIDS KEINE CHANCE zu LIEBESLEBEN auf gesellschaftliche Entwicklungen reagierte. Zum anderen wird dadurch dargelegt, wie die BZgA den Herausforderungen, schambesetzte Themen anzusprechen sowie Menschen in sexuellen (Risiko-)Situationen zu einem verantwortungsvollen

Schutzverhalten zu motivieren, begegnete. Zum besseren Verständnis der Kampagnenkommunikation der BZgA werden zunächst die theoretischen Grundlagen und Leitlinien der HIV- und STI-Prävention sowie die historische Entwicklung dieser skizziert. Anschließend wird die massenmediale HIV- und STI-Kommunikation anhand der verschiedenen Aspekte von Gesundheitskampagnen (Ziele, Zielgruppen, Kanäle, Botschaftsstrategien) und vor dem Hintergrund kommunikationswissenschaftlicher Befunde in diesem Bereich dargestellt. Zur historischen Einordnung und Bewertung der Präventionskommunikation der BZgA endet der Beitrag mit einem länder- und zeitübergreifenden Vergleich.

2 Theoretische Grundlagen der STI-Prävention

Die HIV- und STI-Prävention der BZgA ist stark von einem positiven und ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit bzw. sexueller Gesundheit geprägt (WHO Regionalbüro für Europa & BZgA, 2011). So wird sexuelle Gesundheit als „Zustand physischen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf Sexualität“ (WHO, 2006, S. 6) begriffen. Sexuelles Wohlbefinden setzt dabei einen „positiven respektvollen Umgang mit Sexualität und sexuellen Beziehungen sowie die Möglichkeit lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt zu haben“ (WHO, 2006, S. 6) voraus. Die HIV- und STI-Prävention bildet somit einen Teilbereich neben anderen Themenfeldern der sexuellen Gesundheit – wie z.B. Partnerschaft, Lustempfinden oder Geschlechteridentitäten, eingebettet in einen ganzheitlichen und positiven Ansatz der Sexualaufklärung (BZgA, 1994, 2016b). Dieses *sexpositive Konzept* zeichnet sich dadurch aus, dass es die „Potenziale subjektiv zufriedenstellender Sexualitäten würdigt“ (Döring, 2017b, S. 350) und die Selbstbestimmung sowie die Befähigung zu einem eigen- und partnerverantwortlichen Umgang mit Sexualität in den Mittelpunkt stellt. Sexualaufklärung soll dabei zu einem gesellschaftlichen Klima beitragen, das sich offen gegenüber unterschiedlichen Wertüberzeugungen, Orientierungen und Lebensstilen zeigt (BZgA, 1994, 2016b).

Die sexuelle Aufklärung der BZgA orientiert sich in ihren grundlegenden Zielsetzungen und Maßnahmen an der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO (1986). Nach diesem *New-Public-Health-Ansatz* hat Gesundheitsförderung allgemein das Ziel „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über

ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO, 1986, S. 1). Durch zielgruppen- und lebenswelt-spezifische Aufklärung und Aktivierung soll es Präventionsarbeit daher ermöglichen, eine bewusste und *informierte Entscheidung* für die eigene sowie für die Gesundheit anderer zu treffen (Lehmann, 2015; Rosenbrock, 2001). Eine unterstützende soziale Umwelt sowie eine Gesellschaft, die es durch soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit allen Bürger*innen gleichermaßen ermöglicht, ihr Gesundheitspotential zu entfalten, werden dabei als Grundvoraussetzungen für Gesundheit angesehen (WHO, 1986).

Im Sinne einer informierten Entscheidung wird im Kontext der HIV- und STI-Prävention so ein Kommunikationsprozess angestrebt, der die Informationsvermittlung als unbedingt notwendige, aber als keine hinreichende Bedingung dafür betrachtet, Menschen zu einem lust- und verantwortungsvollen Umgang mit ihrer Sexualität zu befähigen. Vielmehr sollen auch Einstellungen, Motivation und Handeln positiv gefördert werden (BZgA, 2016b; Lehmann, 2015). Dieser Zielsetzung folgend basieren die HIV- und STI-Kampagnenplanungen der BZgA auf sozialkognitiven Gesundheitsverhaltenstheorien (z. B. sozialkognitive Lerntheorie) sowie auf dem *Modell der überzeugenden Kommunikation* von McGuire (1989). Letzteres verdeutlicht die grundlegende Bedeutung der Informationsphase und geht davon aus, dass mehrere aufeinander aufbauende, phasenbezogene Stufen durchlaufen werden müssen bis eine Kampagnenbotschaft zur Einstellungs- und Verhaltensveränderung führt (siehe Lehmann, 2015, S. 21).

Neben der reinen Informationsvermittlung sind vor allem eine bewusste Wahrnehmung sowie Verständnis und Akzeptanz der Botschaft wichtig, um positiv zu einem gesundheitsförderlichen Umgang mit Sexualität zu motivieren (Pott, 2007). Deshalb sollten Kampagnenbotschaften verbal und visuell so gestaltet werden, dass sie bei den Zielgruppen Aufmerksamkeit erzeugen und von ihnen verstanden werden, wofür insbesondere Deutlichkeit, affektive Valenz sowie persönliche Relevanz der Botschaft von Bedeutung sind (Bonfadelli, 2015; McGuire, 2001). Angelehnt an das Modell von McGuire (1989) verfolgt die BZgA in ihrer HIV- und STI-Prävention den kommunikationsstrategischen Ansatz einer Mehrebenen-Kampagne (Pott, 2007) mit dem Ziel, dass sich massenmediale und personalkommunikative Maßnahmen ergänzen und

gegenseitig verstärken (Corsten & Piel, 2018). Die massenmediale Kommunikation ist dabei für die ersten Stufen ausschlaggebend, indem sie dazu dient in der Bevölkerung *Awareness* (d.h. Aufmerksamkeit) für eine Botschaft zu schaffen. Die persönlich kommunizierenden Angebote (z.B. zielgruppenspezifische telefonische Beratung) werden dahingegen dazu genutzt, die persönliche Relevanz der Botschaft zu erhöhen und langfristig eine Verhaltensänderung zu fördern (Pott & Lulei, 2012).

3 Anfänge und Entwicklung der STI-Prävention

Die tödliche Immunschwächekrankheit AIDS wurde Anfang der 1980er Jahre erstmals in Deutschland ein Thema der Öffentlichkeit (Corsten & Piel, 2018; Winkelmann et al., 2015). Das geringe Wissen über die neue Virusinfektion und ihre Übertragungswege sowie die Tatsache, dass zunächst kein biomedizinischer Lösungsweg zur Verfügung stand, schufen ein gesellschaftliches Klima, das von Ängsten bis hin zu Panik geprägt war (Tümmers, 2017), einhergehend mit einer politischen und wissenschaftlichen Diskussion über die am besten geeignete Präventionsstrategie (siehe dazu den Beitrag von Baumbach in diesem Band). Nach einigen Jahren der Debatte erhielt die BZgA durch das *Sofortprogramm zur Aids-Bekämpfung der Bundesregierung* erstmals 1987 den Auftrag, unter der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eine umfassende nationale Strategie zur AIDS-Prävention zu entwickeln und umzusetzen, woraus noch im selben Jahr die weitbekannte Kampagne GIB AIDS KEINE CHANCE entstand (Pott, 2007).

Dabei konnte sich unter Bezugnahme zur Ottawa-Charta der WHO (1986) eine *Strategie des gesellschaftlichen Lernens* (Rosenbrock, 1987) durchsetzen, die bis heute die Grundkonzeption der gesamten HIV- und STI-Prävention der BZgA prägt. Diese nutzt gesundheits- und sozialwissenschaftliche Konzepte (z. B. sozialkognitive Lerntheorie) mit dem Ziel, einen nachhaltigen Lernprozess der gesamten Bevölkerung und relevanter Zielgruppen anzuregen (Winkelmann et al., 2015). Im Rahmen dieser Strategie sollte dabei im Sinne von *New-Public-Health* (Rosenbrock, 2001) einerseits ein stabiler Informationsstand über Infektionsrisiken und Nichtrisiken von HIV aufgebaut sowie positiv zum Selbstschutz in sexuellen (Risiko-)Situationen motiviert und befähigt werden (Corsten & von Räden, 2013). Andererseits zielte die Strategie darauf ab, ein soziales Klima, das sich gegen die Stigmatisierung und Diskriminierung von mit HIV infizierten Menschen

richtet, zu schaffen (Pott, 2007). Ein eigen- und partnerverantwortliches Verhütungsverhalten sowie ein gesellschaftliches Klima des Respekts gegenüber Betroffenen wurden als unverzichtbare Voraussetzungen für einen kollektiven Lernprozess angesehen (Rosenbrock, 2007; Winkelmann et al., 2015). Außerdem waren in Anlehnung an die Theorie von McGuire (1989) nicht nur die reine Informationsvermittlung, sondern auch die Motivation zum Handeln und Verhalten (Kompetenzförderung) Teil des angestrebten Kommunikationsprozesses (Lehmann, 2015). Andere STI spielten im Rahmen der Präventionsstrategie zunächst keine Rolle.

Für die Umsetzung der Präventionskampagne wurde eine Kooperationsstruktur entwickelt, die von einer Arbeitsteilung zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Organisationen geprägt war (Corsten & Piel, 2018). Dadurch sollte gewährleistet werden, alle relevanten Zielgruppen in ihren unterschiedlichen Lebensstilen zu erreichen (Pott, 2007). Auf Bundesebene arbeitet die BZgA dementsprechend bis heute neben dem Öffentlichen Gesundheitsdienst insbesondere eng mit der Deutschen Aidshilfe (DAH) zusammen. Während die BZgA so seit dem Ende der 1980er Jahre für die Ansprache der Allgemeinbevölkerung verantwortlich ist, soll die DAH vor allem Menschen ansprechen, die besonders häufig von HIV-Infektionen betroffen sind (Corsten & Piel, 2018).

Neben Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), gehören dazu auch drogenkonsumierende Menschen sowie Personen aus Hochprävalenzregionen (Corsten & Piel, 2018; Pott & Lulei, 2012). Da die 1983 von Aktivist*innen der Homosexuellenbewegung gegründete DAH bereits über Zugangsmöglichkeiten zur Zielgruppe verfügte (Tümmers, 2012), konnte sie diese besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen besser erreichen als die BZgA (Corsten & Piel, 2018). Außerdem war davon auszugehen, dass eine Ansprache durch Zielgruppenvertreter*innen den Adressat*innen glaubwürdiger erscheint (Corsten & Piel, 2018). Auf kommunaler Ebene äußert sich diese Arbeitsteilung bis heute durch die Kooperation zwischen den Gesundheitsämtern und den lokalen Aidshilfen (Pott, 2007). Aufgrund der föderalistischen Struktur Deutschlands sind auch die Bundesländer immer noch zentrale Kooperationspartner in der Gesamtstrategie (Corsten & Piel, 2018).

Der Lernstrategie folgend konzentrierte sich die HIV-Prävention der BZgA bis zur Mitte der 90er Jahre

zunächst auf die Wissensvermittlung über Risiken und Nichtrisiken einer Ansteckung mit HIV, Ansteckungswege und Schutzmaßnahmen (Kondome), um ein angemessenes Risikobewusstsein für HIV zu fördern, Panik abzubauen und die Menschen zu einem rationalen Schutzverhalten zu motivieren (Corsten & Piel, 2018; siehe dazu auch den Beitrag von Baumbach in diesem Band). So sank die HIV-Neuinfektionsrate seit ihrem Höhepunkt im Jahr 1985 mit über 5.000 Neuinfektionen (RKI, 2019a) u. a. durch die Aufklärungsarbeit der BZgA kontinuierlich bis Ende der 1990er Jahre (Corsten & Piel, 2018).

Die medikamentöse Behandelbarkeit von HIV um die Jahrtausendwende und die abnehmende massenmediale Berichterstattung zum Thema AIDS führten allerdings dazu, dass das Gefühl für die von der Immunschwächeerkrankung ausgehende Bedrohung in der Bevölkerung sank und das Schutzverhalten stagnierte (BZgA, 2000; Pott, 2007). Auch die Neuinfektionszahlen stiegen zu dieser Zeit wieder stark an (RKI, 2019a). Obwohl die Bevölkerung sehr gut über Risiken und Nichtrisiken zu HIV informiert war, zählten im Jahr 2000 nur knapp ein Drittel der Menschen AIDS zu einer der gefährlichsten Erkrankungen, wohingegen es 1987 noch zwei Drittel waren (BZgA, 2006).

Deshalb ging es in der Kommunikation der BZgA ab 2000 insbesondere darum, dem Thema HIV bzw. AIDS wieder mehr Öffentlichkeit zu verschaffen und zu einem gesellschaftlichen Klima der Solidarität gegenüber Betroffenen beizutragen (Corsten & Piel, 2018). Dabei erwiesen sich die Einstellungen gegenüber Personen mit HIV oder AIDS in den folgenden Jahren kontinuierlich positiv: So lehnten 96 Prozent der Bevölkerung die Isolierung von AIDS-Kranken ab und 70 Prozent gaben an, dass sie bei der Betreuung eines bzw. einer Betroffenen geholfen hätten (von Rügen & Töppich, 2015).

Der starke Anstieg anderer STI ab Mitte der 2000er Jahre (Bremer et al., 2017) sowie die damit zusammenhängende Tatsache, dass die Bekanntheit von STI sowie das Wissen über STI verhältnismäßig gering in der Bevölkerung ausgeprägt waren, stellten die Präventionsarbeit der BZgA vor neue Herausforderungen (BZgA, 2006). So kannten 2006 nur 5 Prozent der Männer und 3 Prozent der Frauen die sexuelle Infektionskrankheit Chlamydien und auch Genitalherpes und Hepatitis waren nur den Wenigsten bekannt (BZgA, 2006). Hinzu kamen die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse, dass STI das

Ansteckungsrisiko mit HIV deutlich steigern können (Winkelmann et al., 2015). Daher wurde 2007 im *Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung* eine „verstärkte Thematisierung des Schutzes vor sexuell übertragbaren Infektionen (STI) in der AIDS-Kampagne“ (BMG et al., 2007, S. 14) als neuer wesentlicher Schwerpunkt der Prävention definiert. Mit der Neuausrichtung des Präventionsauftrags erweiterten sich auch die Ziele von GIB AIDS KEINE CHANCE um den STI-Aspekt, wodurch die Kampagne ab 2012 sukzessive zu einer integrierten HIV- und STI-Kampagne wurde (Corsten & von Rügen, 2013).

Bis heute verfolgt diese u. a. einen schrittweisen Wissensaufbau zu STI, die Befähigung zum Schutz vor STI in sexuellen (Risiko-)Situationen, die Sensibilisierung für Symptome und mögliche gesundheitliche Folgen von STI bei ausbleibender Behandlung sowie die Förderung der Handlungsfähigkeit bei Verdacht auf eine STI. Außerdem soll dadurch das Thema insgesamt enttabuisiert und die Kommunikation über STI erleichtert werden (Pott & Lulei, 2012). Trotzdem werden auch zukünftig HIV-spezifische Ziele verfolgt, da HIV gerade in Hinblick auf die nachwachsenden Generationen ein wichtiger Themenbereich der Präventionsarbeit bleibt, um die Neuinfektionszahlen nachhaltig auf einem niedrigen Niveau zu halten (seit 2006 ca. 3.000 jährlich, RKI, 2019a) oder sogar zu senken (Corsten & Piel, 2018).

Trotz der neuen Präventionsmaßnahmen gelang es jedoch nicht, für andere STI in gleicher Weise ein Bewusstsein zu schaffen wie für HIV-Infektionen. Auch 2014 kannten nur 10 Prozent der Bevölkerung die besonders häufig vorkommende Chlamydien-Infektion (von Rügen & Töppich, 2015). Die Anzahl der neu diagnostizierten Syphilis-Fälle hatte sich von 2010 bis 2016 fast verdoppelt, indem sie von 4.000 Fällen auf ungefähr 7.500 neue Fälle im Jahr anstieg (RKI, 2019b). Deshalb verfolgen das BMG und das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) seit 2016 eine integrierte, bedarfsorientierte und sektorübergreifende *Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen* (Corsten & Piel, 2018). Dadurch sollen zum einen sowohl Gemeinsamkeiten von HIV und anderen STI in der Prävention genutzt als auch „spezifische Anforderungen einzelner Infektionskrankheiten“ (BMG & BMZ, 2016, S. 16)

berücksichtigt werden. Zum anderen trägt die neue Strategie stärker einem ganzheitlichen Verständnis von Sexualität Rechnung (Corsten & Piel, 2018). Im Rahmen dieser umfassenden Gesamtstrategie der Bundesregierung wurde GIB AIDS KEINE CHANCE von der BZgA zu LIEBESLEBEN entwickelt (Corsten & Piel, 2018).

Die arbeitsteilige Ansprache zur HIV-Prävention wird dabei auch in der integrierten HIV- und STI-Prävention fortgesetzt, sodass sich durch die Einbindung anderer STI das Netzwerk der BZgA erweiterte. So sind heute neben der DAH und den Bundesländern noch weitere Akteur*innen wie z.B. die Deutsche STI-Gesellschaft (DSTIG) und andere medizinische Fachgesellschaften fester Bestandteil der Gesamtstrategie (Corsten & Piel, 2018).

4 STI-Prävention der BZgA von 2008 bis 2018

Die Darstellung der Entwicklung der massenmedialen HIV- und STI-Prävention der BZgA zwischen 2008 und 2018 erfolgt anhand der verschiedenen Aspekte von Kommunikationskampagnen nach Bonfadelli und Friemel (2020). Ein besonderer Fokus liegt dabei auf a) den Zielgruppen, b) den jeweiligen Zielen sowie c) der Umsetzung, die sich in Präventionsbotschaften, Botschaftsstrategien und Medienkanälen der Kampagnenkommunikation äußert.

Zielgruppen

Die Zielgruppenansprache der BZgA ist bis heute von der Arbeitsteilung mit der DAH geprägt (siehe Kapitel 3). In dieser Arbeitsteilung war die BZgA sowohl im Kontext von GIB AIDS KEINE CHANCE als auch bei LIEBESLEBEN hauptsächlich für die Ansprache der Allgemeinbevölkerung mit der Schwerpunktsetzung auf *Jugendliche und junge Erwachsene* zuständig (Corsten & von Rüden, 2013; Pott & Lulei, 2012). Dieser Fokus folgt der Annahme, dass jüngere Menschen in Phasen der Partner*innensuche potenziell häufigere Partner*innenwechsel haben als der Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (von Rüden, 2017). Außerdem konnten die jeweils nachwachsenden Generationen „aus Altersgründen von der bisherigen Prävention noch nicht erreicht werden“ (Pott, 2007, S. 430). Diesen muss daher kontinuierlich Wissen über STI und Schutzmaßnahmen vermittelt werden, um von Grund auf einen verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität zu fördern (Corsten & Piel, 2018). Neben Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden in der massenmedialen Kommunikation bis heute vor allem

auch *nicht monogam lebende Erwachsene* berücksichtigt, da davon auszugehen ist, dass diese häufiger spontane Sexualkontakte mit unbekanntem Partner*innen haben und deshalb ebenfalls ein erhöhtes Infektionsrisiko für HIV und andere STI besitzen (Winkelmann et al., 2015).

Ziele und Kampagnenbotschaften

Alle Präventionskampagnen der BZgA verfolgen das Ziel, die Menschen positiv zu motivieren und zu befähigen sich selbst und andere vor STI zu schützen (Corsten & Piel, 2018). Die jeweiligen Zielschwerpunkte und Präventionsbotschaften der Kampagnen ergeben sich insbesondere aus den epidemiologischen Entwicklungen der Erkrankungen, die eng mit dem Wissenstand und dem Risikobewusstsein der Bevölkerung zu HIV bzw. STI verknüpft sind. Infolge des abnehmenden Risikobewusstseins um die Jahrtausendwende und der damit einhergehenden Zunahme von HIV-Neuinfektionen (Winkelmann et al., 2015) setzte die HIV/AIDS-Kommunikation der BZgA bis 2011 mit der Teilkampagne *mach's mit* ihren Fokus auf die Kondomnutzung. Dadurch sollte dem Thema weiterhin eine Öffentlichkeit geschaffen sowie die Schutzmotivation auf einem hohen Niveau gehalten werden (Corsten & Piel, 2018). Die Kondombotschaft von *mach's mit* wurde dabei im Laufe der Zeit anhand unterschiedlicher Motive vermittelt, um die Aufmerksamkeit für HIV aufrechtzuerhalten (Müller, 2009). So wurde sie zwischen 2006 und 2008 durch die *Obst- und Gemüse-Kampagne* umgesetzt (siehe Abbildung 2).



Abbildung 2. Beispielmotiv der „Obst und Gemüse“-Kampagne (2006-2008) (BZgA, o. J. a).

Von 2009 bis 2011 wurde die Kampagne durch das neue Motiv *Liebesorte* weitergeführt (siehe Abbildung

3), das die verschiedenen Lebenswelten aufgriff (Richter-Kuhlmann, 2009). Die zentrale Botschaft „Kondome schützen“ wurde dabei durch die Darstellung verschiedener Orte, an denen Geschlechtsverkehr stattgefunden haben könnte, vermittelt (Winkelmann et al., 2015).

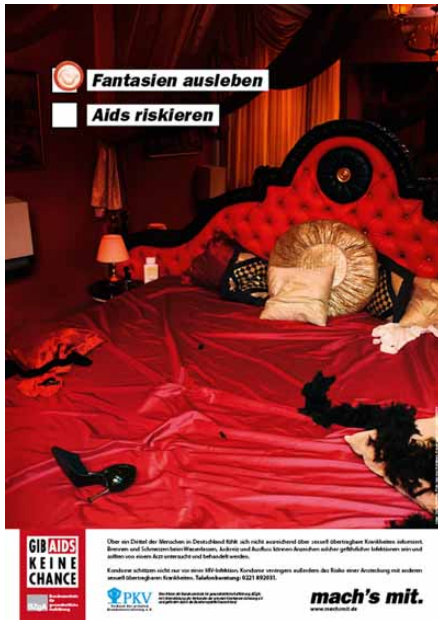


Abbildung 3. Beispielmotiv der „Liebesorte“-Kampagne (2009-2011) (BZgA, o. J. a).

Aufgrund des starken Anstiegs anderer STI und der damit einhergehenden Neuausrichtung des Präventionsauftrags der BZgA wurde die massenmediale Präventionsbotschaft ab 2012 zunehmend um Inhalte zur Sensibilisierung für andere STI erweitert, sodass aus *mach's mit* die Teilkampagne *mach's mit – Wissen & Kondom* wurde (siehe Abbildung 4) (Corsten & von Rügen, 2013). Die Integration anderer STI in die Prävention verkomplizierte jedoch die Präventionsbotschaft, da Kondome zwar das Infektionsrisiko von STI reduzieren können, allerdings nicht vor allen STI einen ausreichenden Schutz gewährleisten (Corsten & von Rügen, 2013; Pott & Lulei, 2012). Demzufolge wurden für die Präventionsbereiche HIV und STI unterschiedliche Präventionsbotschaften erforderlich, die in eine Kampagne integriert werden mussten (Pott & Lulei, 2012). Die zentrale Herausforderung der neuen Präventionskampagne bestand darin, die gelernte Botschaft, dass Kondome vor HIV schützen, aufrechtzuerhalten und diese gleichzeitig um weitere Informationen zum Schutz vor anderen STI zu erweitern (Pott & Lulei, 2012). Außerdem war die

Abkürzung „STI“ für „sexuell übertragbare Infektionen“ noch weitgehend unbekannt, weshalb die Einführung und Erklärung dieser Abkürzung in der massenmedialen Kommunikation berücksichtigt werden musste (Corsten & von Rügen, 2013). Die zentrale Präventionsbotschaft von *mach's mit* „Kondome schützen“ wurde so zu „Mit Wissen und Kondom schützt Du Dich vor HIV und verringert das Risiko einer Ansteckung mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI)“ erweitert (Corsten & von Rügen, 2013, S. 266). Das neue Logo „STI-informier' Dich!“ sowie der Verweis auf das Onlineportal der Kampagne, das die zentrale Informationsplattform der Kampagne darstellte, sollten dazu motivieren sich tiefergehend über HIV und andere STI zu informieren (Pott & Lulei, 2012). Die Kampagne *mach's mit – Wissen & Kondom* fokussierte also auf eine allgemeine Sensibilisierung für STI sowie auf die Vermittlung von Basiswissen über Ansteckungswege, Schutz- und Behandlungsmöglichkeiten von STI (Corsten & von Rügen, 2013). Die Kommunikationsstrategie von *mach's mit – Wissen & Kondom* war dabei im Sinne eines gesellschaftlichen Lernprozesses auf zwei Phasen innerhalb von drei Jahren angelegt, wobei in Phase 1 zunächst der STI-Begriff und die um den Informationsaspekt erweiterte Schutzbotschaft eingeführt wurde. In der darauffolgenden Phase 2 sollte differenzierter zu einzelnen STI informiert werden, die wesentliche Präventionsbotschaft wurde dabei weiterhin aufrechterhalten (Pott & Lulei, 2012; Winkelmann et al., 2015).



Abbildung 4. Beispielmotiv der Kampagne „mach's mit – Wissen & Kondom“ (2012-2015) (BZgA, o. J.-a).

Mit dem Übergang von GIB AIDS KEINE CHANCE zu LIEBESLEBEN verfolgt die BZgA seit 2016 eine

noch umfassendere integrierte HIV- und STI-Prävention, die bis 2018 durch die *Cartoon-Kampagne* umgesetzt wurde (Corsten & Piel, 2018). Neben der Kondombotschaft beim Geschlechtsverkehr („Benutzt Kondome“), sensibilisierte die massenmediale Kommunikation von LIEBESLEBEN für mögliche Symptome anderer STI und stellte insbesondere die Relevanz ärztlicher Beratung bei Verdacht auf eine STI in den Mittelpunkt (BZgA, 2016a). Mit Aussagen auf Plakaten wie „Alarm in der Bikinizone? – Dein Arzt hilft!“ (siehe Abbildung 5) zielte die *Cartoon-Kampagne* insbesondere darauf ab, die Hemmschwelle für einen Arztbesuch zu senken und einen achtsamen Umgang mit dem eigenen Körper zu fördern (Corsten & Piel, 2018). So sollte die Bevölkerung durch die Kampagne dazu ermutigt werden, selbst bei leichten körperlichen Irritationen ärztliche Beratung in Anspruch zu nehmen (Corsten & Piel, 2018).



Abbildung 5. Beispielmotiv der „Cartoon-Kampagne“ (2016-2018) (BZgA, o. J. b).

Im Gegensatz zu den vorherigen Kampagnen von GIB AIDS KEINE CHANCE thematisierte die *Cartoon-Kampagne* neben HIV und anderen STI außerdem weitere Aspekte sexueller Gesundheit wie Verantwortung für sich und andere, Lust, Leidenschaft sowie sexuelle Vielfalt und betonte dabei Selbstbestimmung und Freiheit (BZgA, 2016a).

Einen Gesamtüberblick der jeweiligen Kampagnen, Zielschwerpunkte und Motive liefert die Tabelle 1 im Anhang.

Medienkanäle

Zur Ansprache der Gesamtbevölkerung nutzt die BZgA seit den Anfängen der HIV-Prävention massenmediale Kommunikationskanäle (z. B. Plakate, Fernsehen, Radio). Aufgrund ihrer Reichweite und Sichtbarkeit sind diese in besonderem Maße dazu geeignet, die Bekanntheit von STI (Pott, 2007; Winkelmann et al., 2015), eine offene Diskussion über Sexualität sowie Solidarität gegenüber Betroffenen zu fördern (Corsten & Piel, 2018).

Dazu dienten bis 2009 hauptsächlich Großplakate. Infolge veränderter Mediennutzungsgewohnheiten wurde zunehmend auch die Internetkommunikation Bestandteil der Kommunikationsstrategie der BZgA, um insbesondere die junge Generation zu erreichen (Winkelmann et al., 2015). Mit der Weiterentwicklung der *Obst- und Gemüse-Kampagne* zu *Liebesorte*, wurde die Plakatkampagne *mach's mit* so zunehmend zu einer crossmedialen Kampagne ausgebaut, die neben Printmedien auch audiovisuelle Medien und Onlineformate nutzt, um verschiedene Lebenswelten zu berücksichtigen (Corsten & von Rügen, 2013; Winkelmann et al., 2015). Auch die integrierte Kampagne *mach's mit – Wissen & Kondom* verbreitete die grundlegenden Präventionsbotschaften neben Plakaten über weitere aufeinander bezogene Kommunikationskanäle wie Anzeigen, Radio-, TV- oder Kino-Spots, Internetangebote und Social-Media-Aktivitäten (Corsten & von Rügen, 2013; Pott & Lulei, 2012). So verwiesen bspw. die Plakate von *mach's mit – Wissen & Kondom*, die hauptsächlich der Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung für STI dienten, auf die Kampagnenwebsite, die vertiefendes Wissen über STI vermittelte (Corsten & von Rügen, 2013). Außerdem griff das Internetportal der Kampagne in Videoclips Protagonist*innen der Plakate auf, um durch diesen aufeinander bezogenen Medienmix die Motivation zum Schutzverhalten zu stärken (Corsten & Piel, 2018).

Dieser crossmediale Einsatz von Printmedien (v. a. Plakate), audiovisuellen Medien und Onlineformaten findet auch durch die aktuelle Forschungslage zur Kampagnenkommunikation Bestätigung. Demnach sind crossmediale Kampagnen aufgrund ihrer Vielzahl von Kommunikationswegen im besonderen Maße dazu geeignet, die Gesamtbevölkerung und vielfältige Zielgruppen wirksam zu erreichen (Reifegerste & Ort, 2018). Dabei hat sich gezeigt, dass insbesondere der Einsatz von aufmerksamkeitsstarken Großplakaten im öffentlichen Raum die allgemeine Bekanntheit von

Gesundheitsthemen fördern können (Schweiger & Schmitt-Walter, 2009). Der Fokus auf die Onlinekommunikation (z. B. Kampagnenwebsite) zur vertiefenden Ansprache Jugendlicher und junger Erwachsener deckt sich ebenfalls mit den Forschungsergebnissen zu den Nutzungsgewohnheiten der Zielgruppe (Bode & Heßling, 2015). So gebrauchen diese hauptsächlich das potentiell anonyme Internet als Informationsquelle für schambesetzte Themen sexueller Gesundheit (Bode & Heßling, 2015; Döring, 2017a; Holstrom, 2015).

Mit LIEBESLEBEN wurde insbesondere die Social-Media-Präsenz der Kampagne ausgebaut mit dem Ziel, Jugendliche und junge Erwachsene weiterhin zeit- und zielgruppengerecht anzusprechen (Corsten & Piel, 2018). Im Jahr 2017 startete erstmals die Social-Media-Kampagne *Die Infektastischen STI*, die durch kurze Geschichten über Ansteckungswege und den Schutz vor STI sowie über andere Aspekte von Sexualität (z. B. Geschichten über misslungene Dates) die junge Zielgruppe für dieses Themenfeld sensibilisiert (BZgA, 2020a). Außerdem ist LIEBESLEBEN auch auf Twitter und Facebook vertreten. Dadurch kann die BZgA beispielweise über das Facebook-Profil in direkten Dialog mit den Nutzer*innen treten und so den offenen Umgang mit der eigenen Sexualität und die Kommunikation über die verschiedenen Aspekte sexueller Gesundheit fördern (Corsten & Piel, 2018).

Obwohl Social Media-Kanäle durch die Möglichkeit der individualisierten Ansprache und des direkten Austauschs ein großes Potenzial in der Kampagnenkommunikation zugesprochen wird (Reifegerste & Ort, 2018), weisen einige Befunde allerdings darauf hin, dass diese gerade bei mit Scham verbundenen Themen wie STI für die Informationssuche eher gemieden werden (Byron et al., 2013; Döring, 2017a; Lim et al., 2014). Grund hierfür ist vor allem die Angst vor Stigmatisierung. So fürchten Jugendliche um den Verlust ihrer Privatsphäre sowie um ihre Selbstdarstellung (Byron et al., 2013), indem bspw. Inhalte über STI für Freund*innen sichtbar auf dem Facebook-Profil erscheinen könnten (Döring, 2017a). Die Verbreitung humorvoller Videos zu sexuellen Gesundheitsinformationen auf Social Media-Plattformen wird dabei noch am ehesten als akzeptabel empfunden (Döring, 2017a; Evers et al., 2013). Onlineformate, die eine proaktive und zugleich anonyme Informationssuche zu Themen sexueller Gesundheit ermöglichen, scheinen deshalb besser geeignet zu sein, die Zielgruppe anzusprechen (Döring, 2017a; Lim et al., 2014). Neben der Google-Suche

erweist sich so insbesondere *YouTube* zunehmend als Anlaufstelle für Jugendliche (Döring, 2017b).

Vor diesem Hintergrund trägt die BZgA den Mediennutzungsgewohnheiten nur teilweise Rechnung, denn ihre Online-Präventionskommunikation findet hauptsächlich über die Kampagnenwebsite statt. Die Plattform *YouTube* blieb bis dato hingegen unberücksichtigt.

Botschaftsstrategien

Sowohl die Teilkampagnen von GIB AIDS KEINE CHANCE als auch LIEBESLEBEN zeichnen sich dadurch aus, dass sie positive und vorwiegend humorvolle Botschaften nutzen, um die HIV- und STI-spezifischen Ziele in der Bevölkerung zu realisieren (Corsten & Piel, 2018; Corsten & von Räden, 2013; Müller & Domschat, 2003). Diese Verbindung kognitiver (Wissensvermittlung zu Schutzmaßnahmen), verhaltensbezogener (konkrete Handlungsempfehlungen zum Schutz vor STI) und affektiver Aspekte (Einsatz von Humor) findet nicht nur in der mittlerweile relativ niedrigen HIV-Neuinfektionsrate, sondern auch durch zahlreiche empirische Befunde Unterstützung (u. a. Schmidt et al., 2018; Yoon, 2015). So hat die Forschung in diesem Kontext gezeigt, dass Menschen nicht ausschließlich auf der Grundlage von Wissen Entscheidungen treffen, sodass davon auszugehen ist, dass vor allem auch affektive Zustände das Verhalten beeinflussen (Hastall, 2014; Schmidt et al., 2018). Daher sind neben kognitiven Aspekten, insbesondere auch emotionale Appelle wie Furchtappelle oder Humorappelle von zentraler Bedeutung für die Einstellungs- und Verhaltensänderung, da diese im Gegensatz zu kognitiven Strategien spezifische Gefühlszustände auslösen (Hastall, 2014; Reifegerste & Ort, 2018).

Alle Präventionskampagnen der BZgA verzichten dabei bewusst auf furchterregende Motive, da Furchtappelle oftmals entmutigend wirken oder sogar zu Reaktanz und somit zu einer Ablehnung der Präventionsbotschaft führen können (Ort, 2019). Außerdem kann dadurch die Stigmatisierung von Betroffenen und besonders vulnerablen Personen noch befördert werden (Corsten & Piel, 2018; Müller & Domschat, 2003). Dementsprechend setzt die BZgA in ihrer massenmedialen HIV- und STI-Kommunikation hauptsächlich humorvolle Botschaften ein, um auf positive Weise für HIV und andere STI zu sensibilisieren, zu einem verantwortungsvollen Schutzverhalten in sexuellen (Risiko-) Situationen zu

motivieren sowie insgesamt die Kommunikation über dieses Themenfeld zu fördern (Corsten & Piel, 2018; Müller, 2009). So trug die *Obst und Gemüse-Kampagne* durch ihre plakative und humoristische Darstellungsweise der Kondomnutzung (siehe Abbildung 2) vermutlich dazu bei, dass Kondome sowohl im privaten als auch im öffentlichen Leben zu einem „allgemein akzeptablen Gegenstand“ (Winkelmann et al., 2015, S. 87) wurden.

Mit *mach's mit – Wissen & Kondom* kam es zu einem Motivwechsel, sodass erstmals reale Menschen als Kampagnenmotiv eingesetzt wurden (Corsten & Piel, 2018). Dabei zeigte die Kampagne der BZgA verschiedene Charaktere unterschiedlicher Zielgruppen mit ihren individuellen Vorstellungen zur Sexualität (siehe Abbildung 4). Mit selbstbewussten und humorvollen Aussagen der Kampagnenmotive wie bspw. „Ich will's lustvoll“ oder „Ich will's andersrum“ sollte positiv sowohl Aufmerksamkeit für das Thema geschaffen als auch eine offene Haltung hinsichtlich HIV und STI gefördert werden (Corsten & Piel, 2018; Pott & Lulei, 2012). Die positive Präventionskommunikation der BZgA zeigte sich insbesondere auch darin, dass *mach's mit – Wissen & Kondom* durch die Einführung des Begriffs „sexuell übertragbare Infektionen (STI)“ bewusst auf den tabubehafteten Begriff „Geschlechtskrankheiten“ verzichtete (Corsten & von Räden, 2013). Die emotionale und humoristische Ansprache der Bevölkerung äußerte sich vor allem auch mit dem Wechsel der BZgA zu LIEBESLEBEN. So bildete die Kampagne von 2016 bis 2018 gezeichnete Cartoon-Charaktere ab (siehe Abbildung 5), um durch diese auffälligen und überraschenden Motive auf eine positive und humorvolle Weise erneut Aufmerksamkeit und Zugänglichkeit für das immer noch teilweise tabuisierte Thema STI und andere Aspekte sexueller Gesundheit zu erzeugen (Corsten & Piel, 2018; Reifegerste & Ort, 2018). Dabei nutzten die *Cartoon-Kampagne*, aber auch die anderen HIV- und STI-Kampagnen der BZgA, einfache und konkrete Botschaften, die bewusst nicht belehrend wirken sollten, um sowohl die Verständlichkeit als auch die Akzeptanz der Botschaft zu fördern und somit insgesamt positiv zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität zu motivieren (Corsten & Piel, 2018; Müller, 2009).

Auch aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive wird dem Einsatz von Humor von einigen Autor*innen ein großes Potenzial zugeschrieben, tabuisierte Themen wie STI anzusprechen und

Gefühlen von Scham entgegenzuwirken (Schwarz & Reifegerste, 2019; Sukalla et al., 2017; Yoon, 2015). Humorappellen wird zugeschrieben, sich durch affektive sowie kognitive Wirkungsmechanismen positiv auf Einstellungen auszuwirken (Bartsch & Kloß, 2019; Blanc & Brigaud, 2014; Schwarz & Reifegerste, 2019). Dabei ist davon auszugehen, dass Humor auf affektiver Ebene bei Rezipient*innen positive Emotionen hervorruft, die auf die Präventionsbotschaften übertragen werden können. Diese evozierte positive Stimmung führt außerdem auf kognitiver Ebene dazu, dass eine weniger kritische Informationsverarbeitung gefördert wird (Hastall, 2014). Als „Vehikel der Botschaft“ (Cernerud & Olsson, 2004, S. 397) erleichtert es Humor folglich, sich mit unangenehmen Themen auseinanderzusetzen. In diesem Kontext konnten einige Studien außerdem nachweisen, dass humoristische Inhalte die Redebereitschaft über STI erhöhen und somit die Anschlusskommunikation über das Thema fördern können (Byron et al., 2013; Evers et al., 2013; Sukalla et al., 2017). Allerdings existieren auch gegenteilige Befunde, die auf einen negativen Effekt von Humor im Kontext von *safer sex* hindeuten, da humorvolle Botschaften den Schweregrad der Folgen ungeschützten Geschlechtsverkehrs verharmlosen können (Moyer-Gusé et al., 2011).

Hinzu kommt, dass humorvolle Inhalte, die betroffenen Personen – wenn auch unintendiert – als lächerlich porträtieren können, was von ernsthaft Erkrankten zusätzlich als stigmatisierend empfunden werden und insgesamt soziale Ausgrenzungsprozesse verstärken kann (Röhm et al., 2019). Aufgrund dieser widersprüchlichen Befunde ist anzunehmen, dass die Humorwirkung davon abhängt, welche Aspekte der Präventionsbotschaft in Verbindung mit Humor thematisiert werden und welche Art von Humor eingesetzt wird (Schwarz & Reifegerste, 2019; Sukalla et al., 2017). Die Befunde weisen darauf hin, dass vor allem die angemessene humorvolle Darstellung von Bewältigungsstrategien und Schutzmaßnahmen Schamgefühlen entgegenwirken und Stigmatisierung verhindern könnten (Schwarz & Reifegerste, 2019; Yoon, 2015). Auch an welche Zielgruppe sich die jeweilige Präventionsbotschaft richtet, kann entscheidend für die Humorwirkung sein. Besonders die junge Generation scheint dabei gut durch Humorappelle erreichbar zu sein (Schwarz & Reifegerste, 2019).

Da sich die massenmediale HIV- und STI-Kommunikation der BZgA vor allem an Jugendliche

und junge Erwachsene richtet, scheint der Einsatz von Humor daher generell als geeignete Vermittlungsstrategie, um die junge Zielgruppe mit den Präventionsbotschaften zu erreichen. In Hinblick auf die verschiedenen Kampagnenmotive der BZgA ist vor diesem Hintergrund allerdings zu vermuten, dass bspw. die *Obst und Gemüse-Kampagne* besser dazu geeignet ist, das Thema STI zu entstigmatisieren als die *Cartoon-Kampagne*, die Betroffene teilweise als lächerlich porträtiert.

5 Fazit und Ausblick

Die HIV- und STI-Prävention der BZgA verfolgt seit der zweiten Hälfte der 1980er Jahre das Ziel, die gesamte Bevölkerung, insbesondere aber die junge Generation, für HIV bzw. STI zu sensibilisieren, sie zu einem eigen- und partnerverantwortlichen Umgang mit Sexualität zu befähigen sowie insgesamt einer Tabuisierung und Stigmatisierung dieser Themen entgegenzuwirken. Dabei sind umfassendes Wissen, Motivation und der gemeinsame Austausch grundlegend dafür, sich selbst und andere Mitglieder der Gesellschaft vor STI zu schützen. Neben diesen Grundprinzipien ist die massenmediale Kommunikation der BZgA stark von der epidemiologischen Entwicklung verschiedener STI geprägt. So wurde die ursprüngliche Präventionsbotschaft, die den Fokus auf Kondomnutzung setzte, schrittweise um den STI-Aspekt erweitert. Sie thematisiert heute im Sinne eines ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit auch andere Aspekte von Sexualität.

Dazu setzte die BZgA seit dem Beginn ihrer Präventionskommunikation auf eine vornehmlich positive und humorvolle Kommunikation über zahlreiche Kanäle, um die Bevölkerung wirksam mit ihren Präventionsbotschaften zu erreichen. Zur Förderung eines selbstbestimmten Umgangs mit Sexualität zeigt sie den Menschen konkrete Schutzmittel wie bspw. die Kondomnutzung auf, was bis 1927 noch explizit verboten war (siehe hierzu den Beitrag von Berlekamp in diesem Band). Ländervergleichend ist vor allem auch die offene Thematisierung von Sexualität zur Entstigmatisierung sexueller Themen charakteristisch für die Präventionskommunikation der BZgA. So wird bspw. in vielen Ländern Lateinamerikas Sexualität bis heute stark tabuisiert, sodass auf Plakaten zur HIV-Prävention statt sexuellen Personenverhältnissen vorwiegend die familiäre Fürsorge im Vordergrund steht.

Die Verbindung von kognitiven und affektiven Aspekten der Kampagnenkommunikation der BZgA ist vor dem Hintergrund des Forschungsstandes ebenfalls positiv hervorzuheben. Der Einsatz von Humor ist dabei gerade in Hinblick auf die nachkommende Generation auch in Zukunft sinnvoll, um das immer noch schambesetzte Thema STI anzusprechen sowie die Anschlusskommunikation über STI zu erleichtern. Allerdings scheint in Anbetracht der Forschungslage zu Humorappellen eine angemessene humorvolle Darstellung der Kondomnutzung, wie sie z.B. in der *Obst und Gemüse-Kampagne* vorzufinden ist, besser dazu geeignet, schambehaftete Themen sexueller Gesundheit zu entstigmatisieren als die teilweise lächerliche Darstellung von Personen mit Anzeichen einer STI der *Cartoon-Kampagne*. Die Tatsache, dass die *Cartoon-Kampagne* im Jahr 2019 von der derzeit laufenden *Kopfkino-Kampagne* abgelöst wurde, die ähnlich wie *mach's mit – Wissen & Kondom* weniger provokativ erscheinende Motive bzw. Testimonials zeigt (BZgA, 2020b), unterstützt diese Vermutung.

Bezogen auf die Medienkanäle scheint außerdem die Erweiterung des Medienrepertoires durch einen YouTube-Kanal zur Ansprache von Jugendlichen zwingend notwendig (Döring, 2017b), um die junge Zielgruppe wirksam mit den Botschaften von LIEBESLEBEN zu erreichen. Dies scheint außerdem auch insofern relevant zu sein, als dass für bestimmte Zielgruppen wie z. B. LSBTIQ(A)-Jugendliche (lesbisch, schwul, bisexuell, trans- und intergeschlechtlich, queer, asexuell) oder Jugendliche mit Migrationsgeschichte die Online- bzw. YouTube-Aufklärung eine besonders wichtige Ressource darstellt (Döring, 2017a).

Aktuelle Befunde zu den Kondomnutzungszahlen weisen ebenfalls darauf hin, dass andere Teilzielgruppen wie bspw. ältere Menschen, die im Vergleich zu jüngeren Befragten deutlich seltener Kondome in sexuellen (Risiko-)Situationen benutzen (Renner, 2020), bei der Kampagnenkommunikation der BZgA in Zukunft noch genauer in den Blick genommen werden sollten.

Insgesamt gilt es auch weiterhin durch zielgruppen- und zeitgerechte Präventionsmaßnahmen das Wissen zu STI, die Motivation zum Schutzverhalten sowie ein gesellschaftliches Klima der Toleranz und Offenheit zu fördern und aufrechtzuerhalten. Denn nur durch den Zugang zu einer ganzheitlichen Gesundheitsaufklärung kann die Möglichkeit, sichere sexuelle Erfahrungen frei von Stigmatisierung und Diskriminierung zu haben

sowie ein umfassendes sexuelles Wohlbefinden, gewährleistet werden.

Die Bilder erscheinen mit freundlicher Genehmigung und Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Das Copyright verbleibt bei der BZgA.

Literatur

Bartsch, A., & Kloß, A. (2019). Emotionen in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (S. 257–267). Springer VS.

Blanc, N., & Brigaud, E. (2014). Humor in Print Health Advertisements: Enhanced Attention, Privileged Recognition, and Persuasiveness of Preventive Messages. *Health Communication*, 29(7), 669–677.

BMG, & BMZ (2016). *Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Strategie_BIS_2030_HIV_HEP_STI.pdf

BMG, BMZ, & BMBF (2007). *Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung*. <https://repository.publisso.de/resource/frl:2471270-1/data>

Bode, H., & Heßling, A. (2015). *Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung*. BZgA.

Bonfadelli, H. (2015). Kampagnen-Kommunikation. In R. Fröhlich, P. Szyzka, & G. Bentele (Hrsg.), *Handbuch der Public Relations* (S. 815-821) (3. Auflage). Springer.

Bonfadelli, H., & Friemel, T. N. (2020). *Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich: Grundlagen und Anwendungen* (3., völlig überarbeitete Auflage, S. 256). Herbert von Halem Verlag.

Bremer, V., Dudareva-Vizule, S., Buder, S., an der Heiden, M., & Jansen, K. (2017). Sexuell übertragbare

Infektionen in Deutschland: Die aktuelle epidemiologische Lage. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 60(9), 948–957. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2590-1>

Byron, P., Albury, K., & Evers, C. (2013). “It would be weird to have that on Facebook”: Young people’s use of social media and the risk of sharing sexual health information. *Reproductive Health Matters*, 21(41), 35–44.

BZgA (o. J. a). *Pressemotive: HIV/STI-Prävention – im Rückblick*. <https://www.bzga.de/presse/pressemotive/hivsti-praevention-im-rueckblick/>. Abgerufen am 04.03.2021.

BZgA (o. J. b). *Cartoon-Kampagne. Plakate*. <https://www.bzga.de/infomaterialien/hivsti-praevention/liebesleben-kampagne/liebesleben-plakate/>. Abgerufen am 04.03.2021.

BZgA (1994). *Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Abstimmung mit den Bundesländern*.

BZgA (2000). *Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 1999: Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor Aids*.

BZgA (2006). *Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2006 Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor Aids*.

BZgA (2016a). *Aus »Gib AIDS keine Chance« wird LIEBESLEBEN. Ganzheitliche Prävention zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI)*. https://www.liebesleben.de/media/presse/mediathek/factsheet_infografik/Liebesleben-Factsheet-Kampagne.pdf

BZgA (2016b). *Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Abstimmung mit den Bundesländern*.

BZgA (2020a). *Die infektiösen STI*. <https://www.liebesleben.de/presse/themen/die-infektastischen-sti/>

BZgA (2020b). *Die Kopfkino-Kampagne*. <https://www.liebesleben.de/presse/themen/die-kopfkino-kampagne/>

Cernerud, L., & Olsson, H. (2004). Humour seen from a public health perspective. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(5), 396–398.

- Corsten, C., & Piel, L. (2018). *HIV-Prävention in Deutschland*. BZgA.
- Corsten, C., & von Rueden, U. (2013). Prävention sexuell übertragbarer Infektionen (STI) in Deutschland: Von der HIV- zur STI-Prävention. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(2), 262–268.
- Döring, N. (2017a). Sexualaufklärung im Internet: Von Dr. Sommer zu Dr. Google. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 60(9), 1016–1026.
- Döring, N. (2017b). Online-Sexualaufklärung auf YouTube: Bestandsaufnahme und Handlungsempfehlungen für die Sexualpädagogik. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 30(04), 349–367.
- Evers, C. W., Albury, K., Byron, P., & Crawford, K. (2013). Young People, Social Media, Social Network Sites and Sexual Health Communication in Australia: „This is Funny, You Should Watch It“. *International Journal of Communication*, 7(0), 18.
- Hastall, M. R. (2014). Persuasions- und Botschaftsstrategien. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 399–412). Verlag Hans Huber.
- Hendriks, H., & Janssen, L. (2018). Frightfully funny: Combining threat and humour in health messages for men and women. *Psychology & Health*, 33(5), 594–613.
- Holstrom, A. M. (2015). Sexuality Education Goes Viral: What We Know About Online Sexual Health Information. *American Journal of Sexuality Education*, 10(3), 277–294.
- Lehmann, H. (2015). Nationale Prävention und Gesundheitsförderung – Die Umsetzungsstrategien der BZgA. In BZgA (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (S. 16–29).
- Lim, M. S., Vella, A., Sacks-Davis, R., & Hellard, M. E. (2014). Young people's comfort receiving sexual health information via social media and other sources. *International Journal of STD & AIDS*, 25(14), 1003–1008.
- Matthiesen, S., Dekker, A., von Rueden, U., Winkelmann, C., Wendt, J., & Briken, P. (2017). Sexsurveyforschung in Deutschland und Europa: Die Studie Liebesleben: Pilotstudie zu sexuellen Erfahrungen, Einstellungen und Beziehungen von Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 60(9), 971–978.
- McGuire, W. J. (1989). The theoretical foundations of campaigns. In R. E. Rice & C. K. Atkin (Hrsg.), *Public communication campaigns* (2. Auflage). Sage.
- McGuire, W. J. (2001). Input and Output Variables Currently Promising for Constructing Persuasive Communications. In *Public Communication Campaigns* (S. 22–48). SAGE Publications.
- Moyer-Gusé, E., Mahood, C., & Brookes, S. (2011). Entertainment-Education in the Context of Humor: Effects on Safer Sex Intentions and Risk Perceptions. *Health Communication*, 26(8), 765–774. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.566832>
- Müller, W. (2009). *Dokumentation Gib Aids keine Chance 1985-2009*. BZgA.
- Müller, W., & Domschat, R. (2003). *10 Jahre „mach's mit“*. BZgA.
- Nöcker, G. (2018). Gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 185–190).
- Ort, A. (2019). Furchtappelle in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 1–12). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Pott, E. (2007). AIDS-Prävention in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(4), 422–431.
- Pott, E., & Lulei, V. (2012). „mach's mit – Wissen und Kondom“ – die Kampagne zur Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). *Sexuologie*, 19(3–4), 105–109.
- Reifegerste, D., & Ort, A. (2018). *Gesundheitskommunikation*. Nomos.
- Renner, I. (2020). *Verhütungsverhalten Erwachsener:*

Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2018. BZgA.

Richter-Kuhlmann, E. (2009). Kampagne „Liebesorte“ gestartet. *Deutsches Ärzteblatt*, 106(15), 688.

RKI (2019a). Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen, die mit HIV in Deutschland leben Stand Ende 2018. *Epidemiologisches Bulletin*, 49, 484–504.

RKI (2019b). Syphilis in Deutschland im Jahr 2018 – Anstieg der Vorjahre stagniert auf hohem Niveau. *Epidemiologisches Bulletin*, 19, 545–558.

Röhm, A., Hastall, M. R., & Ritterfeld, U. (2019). Stigmatisierende und destigmatisierende Prozesse in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation* (S. 615–625). Springer Fachmedien Wiesbaden.

Rosenbrock, R. (2001). Was ist New Public Health? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 44, 753–762.

Rosenbrock, R. (1987). Prävention von Aids: Herausforderung an die Gesundheitswissenschaften. *Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 10(3), 67–71.

Rosenbrock, R. (2007). AIDS-Prävention – ein Erfolgsmodell in der Krise. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(4), 432–441.

Schmidt, D., Matthiesen, S., & Briken, P. (2018). Kondomnutzung in unterschiedlichen heterosexuellen Settings: Erste Ergebnisse einer Pilotstudie zum Sexualverhalten von Erwachsenen in Deutschland. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 31(03), 263–276.

Schwarz, U., & Reifegerste, D. (2019). Humorappelle in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (S. 459 – 470). Springer VS.

Schweiger, W., & Schmitt-Walter, N. (2009). Crossmedia-Verweise als Scharnier zwischen Werbeträgern. *Publizistik*, 54(3), 347–371.

Sukalla, F., Kollinger, S., & Wagner, A. (2017). Bringt Humor die Leute nicht nur zum Lachen, sondern auch

zum Reden? Die Wirkung von Humor in Gesundheitsspots auf die Redebereitschaft über sexuell übertragbare Krankheiten. In M. Grimm & C. Lampert (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation als transdisziplinäres Forschungsfeld*. Nomos.

Tümmers, H. (2012). Aidspolitik. Bonn und der Umgang mit einer Bedrohung. *Archiv für Sozialgeschichte*, 52, 231–252.

Tümmers, H. (2017). *AIDS. Autopsie einer Bedrohung im geteilten Deutschland*. Wallstein Verlag.

von Rügen, U. (2017). *AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2016. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI)*. BZgA.

von Rügen, U., & Kostrzewski, D. (2017). *Repräsentative Bevölkerungsbefragung anlässlich des Welt-AIDS-Tages 2017*. BZgA.

von Rügen, U., & Töppich, J. (2015). *AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2014. Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI)*. BZgA.

WHO (1986). *Ottawa Charter for health promotion*. <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>

WHO (2006). *Defining Sexual Health. Report of a Technical Consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/

WHO (2019). *Sexually transmitted diseases (STIs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)). Abgerufen am 04.03.2021.

WHO Regionalbüro für Europa, & BZgA. (2011). *Standards für die Sexualaufklärung in Europa. Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten*.

Winkelmann, C., Müller, W., & von Rügen, U. (2015). Von der Aids-Aufklärung zur HIV- und STI-Prävention. In BZgA (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Konzepte*,

*Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung.*

Yoon, H. J. (2015). Humor Effects in Shame-Inducing Health Issue Advertising: The Moderating Effects of Fear of Negative Evaluation. *Journal of Advertising*, 44(2), 126–139.

Dachkampagne	Teil-Kampagne	Zeitraum	Zielschwerpunkte	Motive
GIB AIDS KEINE CHANCE	Obst und Gemüse	2006-2008	Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit für das Thema HIV sowie der Schutzmotivation	Obst- und Gemüsesorten, über die ein Kondom abgerollt ist
GIB AIDS KEINE CHANCE	Liebesorte	2009-2011	Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit für das Thema HIV sowie der Schutzmotivation	Authentische Orte, an denen Geschlechtsverkehr stattgefunden haben könnte
GIB AIDS KEINE CHANCE	mach's mit – Wissen & Kondom	2012-2015	Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit für das Thema HIV sowie der Schutzmotivation Sensibilisierung für andere STI	Verschiedene Charaktere mit individuellen Statements zu ihrer Sexualität
LIEBESLEBEN	Cartoon-Kampagne	2016-2018	Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit für das Thema HIV sowie der Schutzmotivation Sensibilisierung für Symptome anderer STI Motivation zum Arztbesuch	Cartoons

Tabelle 1. Übersicht der HIV- und STI-Kampagnen der BZgA von 2006 bis 2018.

Sexualaufklärung an Schulen im 21. Jahrhundert

Vivien Kretschmer

Universität Erfurt

Zusammenfassung

*Schon im frühen Alter wird in Schulen den Kindern das menschliche Sexualleben mit allen Risiken aber auch den positiven Seiten näher gebracht. Somit können ungewollte Schwangerschaften, sexuell übertragbare Infektionen oder andere negative Folgen von Unwissenheit um das Thema Sexualität vermieden und fundiertes Wissen darüber generiert werden. Dieser Beitrag beschäftigt sich mit der Sexualaufklärung der heutigen Zeit. Er fokussiert sich auf die Sexualaufklärung im Kontext der Schule und thematisiert hierbei die verschiedenen Kommunikationsformate. Wichtig bei einer Sexualaufklärung in der Schule ist das interaktive Lernformat. Die Schüler*innen sollen durch Fragen, Diskussionen und Reflexionen von eigenen Erfahrungen den Verlauf der Lerneinheiten mitbestimmen dürfen. Ein weiterer Schwerpunkt dieser Arbeit sind die Anforderungen an die Fachkräfte. Lehrer*innen und Erzieher*innen benötigen unterschiedliche Kompetenzen und Qualifikationen in Bezug auf die altersgerechte Vermittlung von Themen der Sexualität. Empathiefähigkeit spielt hierbei eine große Rolle. Außerdem bietet dieser Beitrag einen kleinen Exkurs zur Sexualaufklärung in anderen europäischen Ländern. Schwerpunkte sind die Themen und Ziele der Sexualaufklärung in Finnland, Estland, Niederlande, England und Spanien.*

Keywords: Sexualaufklärung, Sexualerziehung, Schule, Sexualaufklärung in Europa

Summary

Already at an early age in schools children are introduced to the human sexual life with all its risks but also its positive sides. In this way, unwanted pregnancies, sexually transmitted infections or other negative consequences of ignorance about sexuality can be avoided and sound knowledge about it can be generated. This article deals with sexuality education today. It focuses on sexuality education in the context of school and deals with communication formats. The interactive learning format is important for sex education in schools. The students should be allowed to participate in the course of the learning units through questions, discussions and reflections of their own experiences. A further focus of this work is the requirement on professionals. Teachers and educators need different competences and qualifications with regard to an age-appropriate teaching of sexuality topics. Empathy plays a major role here. In addition, this article offers a small digression on sexuality education in other European countries. The topics and goals of sexuality education in Finland, Estonia, the Netherlands, England and Spain are discussed.

Keywords: sex education, school, sex education in Europe

1 Einleitung

Das Statistische Bundesamt Deutschland veröffentlichte in einer Pressemitteilung im Dezember 2019, dass 24,1 Prozent der 18 bis 24-jährigen Frauen im dritten Quartal 2019 ihre Schwangerschaft abgebrochen haben. Der Anteil der unter 18-jährigen liegt bei 2,4 Prozent. Weiterhin wird ausgesagt, dass in Deutschland 3,9 Prozent mehr Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt wurden, als noch im Vorjahr. Die Ursachen von ungewollten Schwangerschaften waren Forschungsgegenstand der Studie „Frauen leben - Familienplanung im Lebenslauf“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2016). Ergebnisse dieser Studie konnten zeigen, dass Frauen mit einem niedrigeren Bildungsstand häufiger ungewollt schwanger wurden, als Frauen mit einem höheren Bildungsstand. Weiterhin ist das Verhütungsverhalten ein wichtiger Einflussfaktor für ungewollte Schwangerschaften. Finanzielle und zeitliche Knappheit sowie unzureichendes Wissen über diverse Verhütungsmethoden und die weibliche Fruchtbarkeit waren Gründe für ungewollte Schwangerschaften bei Frauen.

Liebesleben, eine Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), versucht dem entgegen zu wirken und klärt über sexuell übertragbare Infektionen auf. Erschreckend ist, dass sich die Anzahl der Syphilis-Erkrankten in Deutschland von 2000 bis 2013 mehr als verdoppelt hat. Dabei wird auch deutlich, dass vor allem Jugendliche prädestiniert für die Ansteckung mit Chlamydien sind und somit ein Zusammenhang mit ungenügender Aufklärung besteht. Gerade im 21. Jahrhundert ist dies unerwartet, da Tabuisierung und Stigmatisierung zwar immer noch ein Thema sind, allerdings über Geschlechtsverkehr, Folgekrankheiten und verschiedenste Verhütungsmethoden öffentlich kommuniziert wird. Sei es in Präventionsprojekten der Beratungsstellen profamilia, Gesundheitskampagnen und auf Plakaten der BZgA, im Aufklärungsunterricht in der Schule oder gar in Gesprächen mit der Familie oder Freund*innen (Liebesleben, 2020).

Aber nicht nur die Zahl der Syphilis-Erkrankten steigt, es ist auch eine steigende Tendenz von HIV/AIDS zu verzeichnen. Auch der sexuelle Missbrauch von Kindern und Jugendlichen, ein sich immer wieder veränderndes Sexualverhalten, die Tatsache, dass der biologische Reifungsprozess immer früher einsetzt und die große Rolle der Sexualität in den Medien, sorgen

für Diskussionspotential (BZgA, 2011). Dies alles sind Gründe, weshalb die Sexualaufklärung in Schulen von hoher Bedeutung ist. Zudem ist das Schamgefühl der Jugendlichen während der Pubertät sehr hoch. Das Gespräch mit den Eltern über Sexualität wird als unangenehm und peinlich empfunden (Sielert 2007). Es zeigte sich, dass vielfach Eltern nicht mit ihren Kindern über die körperliche und sexuelle Entwicklung sprechen.

Es wird nun offensichtlich, dass die Sexualerziehung der heutigen Zeit trotz vieler Angebote genauer betrachtet werden sollte. Es ist essentiell, Kindern schon im frühen Alter das Sexualleben mit allen Risiken aber auch den positiven Seiten näher zu bringen, um ungewollte Schwangerschaften und sexuell übertragbare Infektionen oder andere negative Folgen von Unwissenheit in der Sexualität zu vermeiden und fundiertes Wissen darüber zu generieren.

2 Geschichte der Sexualaufklärung

Um die Relevanz der Sexualaufklärung zu verdeutlichen, ist es wichtig, einen Blick auf die geschichtliche Entwicklung der Sexualität und wie diese kommuniziert wurde zu werfen.

Um 1970 kam es zur Enttabuisierung der Sexualität, das Sexualverhalten der Jugendlichen wandelte sich und die Abgrenzung von den Eltern nahm verstärkt zu (BZgA, 2011). Das Alter des ersten sexuellen Kontakts sank in dieser Zeit immer weiter, wohingegen Familienplanung und Heirat bei den Jugendlichen später relevant wurden. Im Jahr 1980 erreichte die Ausbreitung der sexuell übertragbaren Infektionskrankheit AIDS ihren Höhepunkt, wodurch das Interesse an der Thematik stieg und somit die Sexualaufklärung immer mehr in den Vordergrund rückte und als Notwendigkeit angesehen wurde (BZgA, 2011).

West-Berlin war die erste Region, die „Richtlinien für die Sexualerziehung“ erarbeitete und veröffentlichte. Die Bundesländer Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen folgten und führten den Sexualkundeunterricht an Schulen ein (BZgA, 2004). Die Kultusministerkonferenz gab 1968 „Empfehlungen zur geschlechtlichen Erziehung in der Schule“ heraus. Ab diesem Zeitpunkt war die Sexualaufklärung ein wichtiger, jedoch noch nicht gesetzlich verpflichtender Bestandteil des Schulunterrichts und sollte interdisziplinär in allen Bereichen thematisiert werden.

Heute ist die Sexualaufklärung in allen Bundesländern verpflichtend, wobei jedes Land eigene Richtlinien verfolgt und die Umsetzung nicht einheitlich ist (BZgA, 2004).

3 Sexualaufklärung im Kontext der Schule

Die Sexuelle Entwicklung eines Kindes

Grundlage für die Sexualaufklärung sind die Phasen der sexuellen Entwicklung, die schon ab dem Zeitpunkt der Geburt beginnen. Die Entwicklungsverläufe orientieren sich am statistischen Normalfall, wobei Normabweichungen oder individuelle Verläufe der sexuellen Entwicklung nicht ungewöhnlich sind. Säuglinge von null bis zwölf Monaten entdecken die Welt und auch ihren eigenen Körper mit all ihren Sinnen und genießen die Körperberührungen durch ihre Eltern und andere Bezugspersonen. Körperkontakt, wie schmusen und streicheln, spielt für die kindliche Entwicklung eine große Rolle. Durch Zufall und unbewusst werden in diesem Alter auch die eigenen Genitalien berührt.

Bei Kleinkindern im Alter von zwei bis drei Jahren dominiert die Neugierde und die Erkundung des eigenen Körpers. Die Kinder erfahren Selbstbewusstsein und die Geschlechtsidentität wird ausgeprägt. Sie erlangen Wissen drüber, welches Geschlecht sie sind. Erstmals werden im Laufe der Entwicklung die eigenen Genitalien bewusst berührt, erkundet und anderen Menschen gezeigt. Auch die Erforschung von anderen Körpern kommt in diesem Alter vor. So sind sexuelle Spiele keine Seltenheit und gehören zu dieser Entwicklungsphase dazu.

Ab dem vierten bis zum sechsten Lebensjahr lernen die Kinder soziale Normen. Im Zuge dessen setzen in dieser Phase erste Anzeichen für ein Schamgefühl ein. Kinder lernen, dass es unangenehm sein kann, den eigenen Körper vor anderen zu zeigen und genießen sich. Bereits in diesem Alter zeigen Kinder ein ausgeprägtes Interesse an der Fortpflanzung, was durch viele Fragen an Erziehungsberechtigte oder andere Bezugspersonen zum Ausdruck kommt. Auch die Geschlechterrollen werden erlernt.

Im Alter von sieben bis neun Jahren entwickeln sich erste Verliebtheitsgefühle und die Scham, sich nackt vor anderen zu zeigen, nimmt weiter zu. Ab dem Einsetzen der Vorpubertät mit ungefähr zehn Jahren werden sie Sexualhormone aktiv. Annährungsversuche an Gleichaltrige, wie Küssen oder Händchen

halten, steigen in diesem Alter.

Die Jugendlichen nehmen in der Pubertät eine Veränderung ihres Körpers wahr und interessieren sich nun mehr für die Sexualität, allerdings werden weniger Fragen zu dieser gestellt, da die Jugendlichen die Tabuisierung dieses Themas in der Gesellschaft wahrnehmen. Mit steigendem Alter entwickelt sich auch die sexuelle Orientierung. Sie spüren, ob sie sich eher zum eigenen oder zum anderen Geschlecht hingezogen fühlen. Es können Angst und Unbehagen durch fehlendes Wissen über die sexuelle Orientierung entstehen. Ab 16 Jahren hat sich die sexuelle Orientierung weitestgehend herauskristallisiert und die ersten sexuellen und intimen Erfahrungen werden gemacht (BZgA, 2011).

Voraussetzungen der schulischen Sexualaufklärung

Sielert 2007 (S. 68) definiert *Sexualaufklärung* als „die Informationen über Fakten und Zusammenhänge zu allen Themen menschlicher Sexualität [...], meist als einmaliges Geschehen, mehr oder weniger zielgruppenorientiert. Sexualaufklärung ist damit ein Teil der Sexualerziehung“. *Sexualerziehung* definiert Sielert (2007, S. 68) als „die kontinuierliche, intendierte Einflussnahme auf die Entwicklung sexueller Motivationen, Ausdrucks- und Verhaltensformen sowie von Einstellungs- und Sinnesaspekten der Sexualität von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.“ Der Unterschied besteht also darin, dass die Sexualerziehung eine fortlaufende Einwirkung auf die sexuelle Entwicklung des Menschen ist. Die Sexualaufklärung dagegen, geschieht zu einem bestimmten Zeitpunkt. Kinder und Jugendliche haben das Recht auf Sexualaufklärung, bei der die sexuelle Entwicklung gefördert und geschützt werden soll (BZgA, 2011).

In Bezug auf die sexuelle Entwicklung eines Kindes ist es wichtig, die Sexualaufklärung nicht ausschließlich im außerschulischen Kontext stattfinden zu lassen. Eine altersgerechte Sexualaufklärung sollte in der Schule gewährleistet werden, um das Thema der Sexualität detailliert fokussieren zu können. Da die Entwicklung der sexuellen Identität eines Kindes schon früh anfängt, ist es wichtig bereits in der Grundschule Grundsteine für die Sexualaufklärung zu legen. In diesem Alter kann allerdings, unter der Voraussetzung, dass die Aufklärung altersgerecht sein soll, eine ganzheitliche Sexualaufklärung noch nicht erfolgen, da Kinder im Grundschulalter noch nicht alle Zusammenhänge verstehen können.

Deshalb muss in der Pubertät der Kinder eine umfassende Sexualaufklärung durchgeführt werden. Eine schrittweise Erarbeitung des Themengebiets spielt eine große Rolle, genauso wie die Voraussetzung, dass entwicklungspezifische Themen und Schwerpunkte schon vor der entsprechenden Entwicklungsphase besprochen und erklärt werden. Kinder und Jugendliche sollten beim Eintritt einer Veränderung wissen, wie sie damit umzugehen haben, beispielsweise sollte mit Mädchen über die monatliche Regelblutung gesprochen werden, noch bevor diese eintritt. Somit kann Überforderung, Ängsten und Schamgefühlen vorgebeugt werden (BZgA, 2011). In der Pubertät sind die Jugendlichen besonders an der Sexualität interessiert und sensibel für diese Thematik. Sie haben viele Fragen, die sowohl Eltern als auch Gleichaltrige nicht beantworten können oder wollen (Sielert, 2007).

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat basierend auf den Entwicklungsphasen Grundsätze der Sexualaufklärung erarbeitet. Sie soll an das Alter und den Wissenstand der Kinder angepasst sein und den kulturellen, sozialen und genderspezifischen Umständen der Kinder entsprechen. Außerdem soll sich die Sexualaufklärung an den Menschenrechten orientieren. Es soll nicht nur die Sexualität im Vordergrund stehen, sondern das gesamte gesundheitliche Wohlbefinden. Zentral ist dabei, dass die verschiedenen Geschlechter und sexuellen Orientierungen gleichbehandelt werden und die Sexualaufklärung auf evidenzbasierten Informationen aufbaut (BZgA, 2011).

Somit beinhaltet eine ganzheitliche Sexualaufklärung nicht nur die Auseinandersetzung mit der Sexualität, sondern auch emotionale, körperliche, soziale und kulturelle Perspektiven, wie auch die Identitätsbildung der Jugendlichen (Sielert, 2007). Bei diesen Aspekten spielt die Interdisziplinarität der Lehrkräfte eine große Rolle, um die verschiedenen Blickwinkel aus unterschiedlichen Fachgebieten betrachten zu können (BZgA, 2011). Da bei der Sexualität das Geschlecht im Mittelpunkt steht, ist es bei der Sexualaufklärung wichtig sich die verschiedenen Aspekte der Geschlechterwahrnehmung und die diversen sexuellen Orientierungen in den Blick zu nehmen. Die Jugendlichen sollen diese kennenlernen und akzeptieren sowie verstehen, dass sich die menschliche Sexualität in einem Kontinuum befindet und eine sexuelle Orientierung nicht immer klar definierbar oder von anderen direkt abgrenzbar ist (Sielert, 2007).

Bei den verschiedenen Betrachtungsweisen der

Sexualaufklärung ist es wichtig, dass sich die Jugendlichen wohlfühlen, ihre Privatsphäre geschützt wird und sie nicht verängstigt werden, um „eine positive Grundhaltung zu sexuellem Wohlbefinden zu vermitteln“ (BZgA, 2011, S.33). Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt fest, dass es keine Ausnahmeregelungen gibt, die Kinder vom Sexualaufklärungsunterricht zu entschuldigen. Die schulische Sexualaufklärung ist für alle Jugendlichen Pflicht. Außerdem empfiehlt sie, bei der Erstellung der Lehrpläne für die Sexualaufklärung die Erziehungsberechtigten einzubeziehen und die Thematik mit ihnen abzusprechen, um gegenläufige Erklärungen oder Konflikte zu vermeiden (BZgA, 2011). Neben den Fakten, stehen auch „Kompetenzen hinsichtlich Kommunikation, Verhandlungsführung, Selbstreflexion, Entscheidungsfindung und Problemlösung [...] im Mittelpunkt einer qualitativ hochwertigen Sexualaufklärung“ (BZgA, 2011, S.35).

Ziele und Grenzen der Sexualaufklärung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung formuliert folgende Ziele, die eine qualitative Sexualaufklärung anstreben sollte. Es soll eine gewisse Toleranz, Offenheit und Respekt gegenüber der Sexualität geschaffen werden. Die Sexualaufklärung unterstützt und fördert die Akzeptanz über die verschiedenen sexuellen Orientierungen und verbindet das Bewusstsein über den menschlichen Körper mit seiner Entwicklung, besonders in Bezug auf die Sexualität. Außerdem fördert sie die Kommunikation der Jugendlichen und ermöglicht so eigen- und partnerverantwortliches Handeln. Durch evidenzbasierte Sexualaufklärung sollen die Lernenden dazu im Stande sein, „sich als sexuelle Wesen zu entwickeln“ (BZgA, 2011, S.31).

Dazu gehört es, seine Gefühle und Bedürfnisse kommunizieren zu können, positive Erfahrungen der Sexualität zu sammeln und sich mit seiner sexuellen Identität identifizieren zu können. Ein weiteres und zentrales Ziel der Sexualaufklärung ist das Bereitstellen von Informationen über sexuell übertragbare Infektionen, deren Folgen sowie auch deren Prävention. Auch sexueller Missbrauch wird thematisiert. Im Hinblick auf Probleme oder Fragen gibt eine gesamtheitliche Sexualaufklärung auch Informationen über mögliche medizinische oder Jugendberatungsstellen. Weiterhin ist es auch sehr wichtig, den Kindern und Jugendlichen die gesellschaftlichen Normen und Werte zu vermitteln und ihnen die Möglichkeit zu geben, ihre eigene

Meinung darüber bilden zu können. Diese Meinung sollten sie auch lernen vertreten, reflektieren und kommunizieren zu können. Die Sexualaufklärung lehrt ebenfalls einen respektvollen Umgang miteinander, um gleichberechtigte Beziehungen führen zu können (BZgA, 2011).

Schon im 20. Jahrhundert werden aber auch Grenzen der Sexualaufklärung diskutiert, die bis heute aktuell sind. Qualifizierte Fachkräfte sind die Voraussetzung für eine angemessene Sexualaufklärung. Der deutsche Lehrerverband sorgt sich jedoch um einen Lehrermangel in Deutschland. 15.000 Stellen werden im Schuljahr 2019/2020 nicht besetzt (Boberg und von Castell, 2020). Somit müssen die vorhandenen Lehrer*innen mehrere Klassen übernehmen, den Lehrplan einhalten und viel mehr Schüler*innen betreuen.

Anforderungen an die Fachkräfte

Sexualaufklärung ist ein hoch sensibles Thema, das mit Vorsicht und Feingefühl an die Jugendlichen gebracht werden sollte. Um die Sexualität mit all ihren Chancen und Risiken behutsam den Lernenden näher zu bringen, sind qualifizierte Fachkräfte die Voraussetzung.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nennt verschiedene Anforderungen an die Qualifikation der pädagogischen Fachkräfte. Zum einen ist es relevant für die Planung und Durchführung in welcher Klassenstufe oder Altersgruppe die Sexualaufklärung nähergebracht werden soll. Erzieher*innen im Kindergarten benötigen andere Qualifikationen und Kompetenzen als Lehrer*innen am Gymnasium (BZgA, 2011). Zum anderen ist es wichtig, dass die Lehrkräfte die Sexualaufklärung aus eigener und intrinsischer Motivation heraus vermitteln wollen. Es ist von hoher Bedeutung, dass die Lehrkräfte, die über Sexualität berichten, lehren und aufklären, offen über die Thematik sprechen können. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung fordert, dass eine Lehrkraft sich darüber im Klaren sein muss, dass sie als Vorbild für die Jugendlichen fungiert, sie muss bereit sein positiv über ihre eigene Sexualität und gesellschaftliche Normen und Werte zu berichten. Auch sollten Lehrkräfte, die Sexualaufklärung vermitteln, Möglichkeiten zur Supervision offen stehen (BZgA, 2011).

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung thematisiert ebenso die Empathiefähigkeit

der Fachkräfte und die Fähigkeit sich in die Lage der Jugendlichen versetzen zu können und ihre Sprache an diese anzupassen. Erzählungen aus der Perspektive von Erwachsenen werden nicht so gut verstanden und sollten vermieden werden (BZgA, 2011).

Sofern es noch keine fertig ausgebildeten Fachkräfte gibt, sollte eine schulische Aufklärung trotzdem stattfinden. Fachkräftemangel sollte kein Grund sein, um auf eine Sexualaufklärung zu verzichten. Wissenschaftler*innen, politische Entscheidungsträger*innen, pädagogische Fachkräfte, Sozialarbeiter*innen, Vertreter*innen der Zielgruppe und medizinisches Personal sollten bei einer evidenzbasierten Sexualaufklärung zusammenarbeiten (BZgA, 2011).

4 Kommunikationsformate

Bei der schulischen Sexualaufklärung muss neben einer angemessenen Methodik und Didaktik besonders auf unterschiedliche Kommunikationsformate geachtet werden. Langeweile, Desinteresse oder Abwehrhaltungen sollten vermieden werden, da diese Thematik eine große Rolle im Verlauf des zukünftigen Lebens der Kinder und Jugendlichen spielt. Inhalte dieser Lehrveranstaltungen sollten keineswegs vergessen werden und immer präsent sein.

Wie im obigen Abschnitt aufgeführt gibt es Grundsätze und Ziele, die eine ganzheitliche Sexualaufklärung einhalten sollte, doch es wird von einem festgelegten Lehrplan abgeraten. Die Lerninhalte, die Geschwindigkeit und die Tiefgründigkeit der diversen Themen sollten durch die Schüler*innen bestimmt werden. Die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen stehen in jedem Fall im Mittelpunkt der Sexualaufklärung. Mit Fragen, Diskussionen und Reflexionen bestimmen die Schüler*innen das Tempo der Lerneinheiten. Eine interaktive Unterrichtsgestaltung, bei der die Lernenden den Ablauf mitgestalten dürfen und zu jeder Zeit eigene Erfahrungen einbringen können, ist bei einer altersgerechten Sexualaufklärung sehr wichtig (Horn, 2019).

Kinder- und jugendgerechte Sprache sind im Rahmen dieser Thematik unumgänglich. Allerdings sollte die Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen im Fokus stehen, um sich adäquat in Bezug zu diesem Thema ausdrücken zu können. Kommunikation sollte der Mittelpunkt der Sexualaufklärung sein. Jeder Teilnehmer und jede

Teilnehmerin hat das Recht, seine eigene Meinung, Fragen oder Anmerkungen offen zu kommunizieren. Die Lehrer*innen als auch die Fachkraft fungieren weniger als Lehrpersonen, sondern eher als Moderator*innen, die die Diskussionen zwischen den Schüler*innen leiten. Von reinem Frontalunterricht wird daher abgeraten, stattdessen sollen bei der Sexualaufklärung alle menschlichen Sinne durch unterschiedliche Methoden angesprochen werden (BZgA, 2011).

Ebenso wie Horn (2019) betont auch die BZgA die Wichtigkeit der aktiven Rolle der Schüler*innen. Die Jugendlichen sollen systematisch eingebunden werden und selbst Bestandteil der Organisation und Evaluation der Sexualaufklärung sein. So kann sichergestellt werden, dass die Sexualaufklärung ganz nach den Bedürfnissen der Jugendlichen aufgebaut ist (BZgA, 2011).

Peer Education, also das Lernen von und mit Gleichaltrigen, kann auch ein Vorteil bei der Sexualaufklärung sein, allerdings muss hierbei ebenfalls darauf geachtet werden, dass die Gleichaltrigen geschult werden (BZgA, 2011). Gleichaltrige können bei heiklen Themen gut als Gesprächspartner*innen fungieren, weshalb verschiedene Modellprojekte zur Peer Education entwickelt wurden (Sielert, 2007). Außerdem führt Sielert (2007) einige Formate auf, die bei der Sexualaufklärung angebracht sind. Dies sind das bewusst initiierte Modelllernen, der sexualpädagogische Unterricht, die sexualpädagogische Gruppenarbeit sowie methodenübergreifende Projekte und Medienproduktionen (Sielert, 2007).

Weitere mögliche Kommunikationsformate für die Sexualaufklärung sind spielerische Anwendungen, die absichtsvoll für gesundheitsförderliche Zwecke eingesetzt werden können. Diese sog. Serious Games haben in empirischen Studien gezeigt, dass sie einen positiven Einfluss auf das Sozialverhalten, persönliche Kompetenzen oder die Stressbewältigung haben (Dadaczynski & Tolks, 2018). Hierbei spielt der Entertainment-Education-Ansatz eine Rolle, der unterhaltsame Medieninhalte nutzt, um Informationen zu transportieren. So können auch Zielgruppen erreicht werden, an denen gängige Informationskampagnen vorbeigehen. Gesundheitshemen werden damit in Unterhaltungsprogramme integriert, um so den Kindern und Jugendlichen die Relevanz der Thematik spielerisch näher zu bringen (Dadaczynski & Tolks, 2018).

5 Sexualaufklärung international

Ebenso wie in Deutschland ist auch in Europa die Sexualaufklärung nicht einheitlich. Die Sexualaufklärung wurde nicht in allen Ländern Europas zur gleichen Zeit eingeführt und die Meinungen, ab welchem Alter die Sexualaufklärung beginnen sollte, unterscheiden sich von Land zu Land. Weiterhin liegen auch in einigen europäischen Ländern keine zentralen Standards vor, womit es keine einheitlichen Ziele und Grundsätze gibt (Apter, 2011). Die BZgA erstellte daraufhin 2011 Standards für die Sexualaufklärung in Europa. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat allerdings keine Zuständigkeit für Europa und somit hat sie keinen Anspruch darauf, dass diese Standards in allen Ländern umgesetzt werden. Betrachtet werden in der vorliegenden Arbeit Finnland, Estland, Niederlanden, England und Spanien.

In *Finnland* wurde die Sexualaufklärung 1970 für alle Schulen verpflichtend. Im Laufe der Zeit haben sich dann die Angebote zur Sexualaufklärung verbessert. Auch aus dem Grund, dass Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich die Sexualaufklärung übernahmen. Die Schwangerschaftsabbrüche und Geburten bei Mädchen unter 18 Jahren hatten um 1990 ihren Tiefpunkt, was für eine funktionierende und greifende Sexualaufklärung spricht (Apter, 2011). Allerdings verschlechterte sich die Situation in Finnland während der Wirtschaftskrise in den 1990er Jahren. Die Fachkräfte für Sexualaufklärung verloren aus finanziellen Gründen ihre Stellen und aus dem verpflichtenden Schulfach wurde wieder ein freiwilliges.

Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche, die stark gesunken war, stieg erneut um 50 Prozent an. Auch die sexuell übertragbaren Infektionen wurden zu einem zentralen Thema. Ab 2006 waren die Themen der Gesundheitserziehung und der Sexualaufklärung wieder für alle Schulen verpflichtend. Ziel ist es nun, die „Kompetenzen zum Erlangen von Gesundheit, Sicherheit und Wohlbefinden zu fördern.“ (Apter, 2011, S. 6). Die Sexualaufklärung wurde für die achte Klasse angesetzt. Lernziele sind die Grundlagen der sexuellen Gesundheit und ein verantwortungsvolles sexuelles Verhalten, ebenso wie das eigene Verhalten reflektieren zu können und Kenntnisse über übertragbare Krankheiten zu erlangen. Außerdem sollen die Kinder und Jugendlichen wissen, an wen sie sich bei Fragen und Problemen wenden können. Die Eltern und die Schüler*innen selbst können den Lehrplan der Sexualaufklärung mitbestimmen.

Väestöliitto, die Familienföderation in Finnland, hat diverse Studien zum Thema Sexualaufklärung durchgeführt. Zentrale Ergebnisse dieser Studie waren, dass der Umfang der schulischen Sexualaufklärung stark mit dem Wissen der Schüler*innen zusammenhängt. Außerdem konnte beobachtet werden, dass der Sexualkundeunterricht auf ein früheres Alter gelegt wurde. Das Thema der Verhütung wurde immer mehr zur Selbstverständlichkeit und die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche nahm wieder ab (Apter, 2011).

In *Estland* gab es vor 1991 keine schulische Sexualaufklärung. In der Schule wurde den Kindern und Jugendlichen lediglich geraten, auf Geschlechtsverkehr zu verzichten, allgemein wurde die Thematik der Sexualität negativ dargestellt. Erst nach der Unabhängigkeit Estlands setzten sich medizinische Fachleute für die schulische Sexualaufklärung ein (Part, 2011). 1996 wurde das erste Curriculum für Sexualaufklärung an Grund- und weiterführenden Schulen eingeführt. An Grundschulen war dies ein Pflichtfach. Dieser Lehrplan wurde allerdings 2002 überarbeitet (Part, 2011). Seitdem ist Sexualaufklärung in Estland kein eigenständiges Schulfach, sondern Bestandteil des Fachs „Human Studies“. Ein weiteres Problem stellt die Lehrerschaft dar, denn diese kann aus Scham häufig nicht mit ihren Schüler*innen über das Thema der Sexualität sprechen und hat durch fehlende Angebote keinerlei Möglichkeit sich in dieser Thematik weiterzubilden. Außerdem ist es den Lehrer*innen freigestellt, wie viele Stunden sie sich der Sexualaufklärung widmen wollen, weshalb das Thema oft umgangen wird. Um dem entgegen zu wirken, wurde in einem neuen Curriculum von 2010 eine bestimmte Stundenanzahl definiert, in der Sexualaufklärung stattfinden muss. Die Themen bauen von Klassenstufe zu Klassenstufe aufeinander auf und werden altersgerecht immer tiefgründiger und genauer behandelt. Typisch für Estland sind die Beratungsangebote für Jugendliche. Diese werden auch zahlreich genutzt und sind für Schüler*innen kostenfrei (Part, 2011).

In den *Niederlanden* gibt es keine verpflichtende Sexualaufklärung. Die Schulen entscheiden eigenständig, ob und wie sie den Sexualkundeunterricht gestalten wollen. Mit der Einführung von Schlüsselkompetenzen durch das Bildungsministerium, die Schüler*innen in Bezug auf das Thema der Sexualität besitzen sollten, änderte sich die Einstellung zur Sexualaufklärung. Dennoch soll jede Schule den Lehrplan individuell anpassen, was

bedeutet, es gibt kein einheitliches und strukturiertes System nach dem alle Schulen lehren (van der Doef, 2011). Im Gegensatz dazu können zwar die Grundschulen auch eigenständig entscheiden, ob sie Sexualaufklärung abseits des Lehrplans durchführen aber in den Niederlanden soll mit der Sexualaufklärung so früh wie möglich begonnen werden. Gründe dafür sind, dass die sexuelle Entwicklung der Kinder schon ab der Geburt beginnt. Kinder stellen schon sehr früh Fragen zur Thematik und äußern explizit ihr Interesse.

Außerdem ist es wichtig, den Kindern alle Informationen vorzeitig zu geben, damit vor der erstmaligen Konfrontation mit Sexualität ihre Fragen geklärt sind. Für die Grundschulen gibt es ein umfangreiches Curriculum „Beziehungen und Sexualität“ zur Unterstützung der schulischen Sexualaufklärung. Themen, die in der Grundschule angesprochen werden sollten, sind „Körperbewusstsein und Selbstachtung“, „Beziehungen“, „Fortpflanzung und Schwangerschaft“ und die „Prävention sexuellen Missbrauchs“ (van der Doef, 2011, S. 16) In dieses Curriculum werden die Eltern aktiv einbezogen. Im Fokus steht auch hier die altersgerechte Sexualaufklärung. Das Gesundheitsministerium bietet für die Umsetzung eine finanzielle Unterstützung (van der Doef, 2011).

Die Lage in Bezug auf die schulische Sexualaufklärung in *England* sorgt größtenteils für Verwirrung. Zum einen ist eine Sexualaufklärung nicht verpflichtend, zum anderen soll allerdings jede Schule einen Lehrplan mit Themen zur Sexualität mit Hilfe von Leitlinien der Regierung konzipieren (Emmerson, 2011). Aufgrund dieser Verwirrung findet in manchen englischen Schulen ganzheitliche Sexualaufklärung statt, in manchen jedoch wird das Thema nie angesprochen. Anhand einer Umfrage von „Sex Education Forum, 2011“ gab ein Viertel der Jugendlichen an, in der Schule nie etwas von HIV oder AIDS gehört zu haben (Emmerson, 2011). Auch die Schulbehörde Englands kommt zu den Ergebnissen, dass Sexualaufklärung entweder gar nicht thematisiert wird, zu wenig oder zu stark biologisch beleuchtet wird. Aufgrund dessen engagierten sich viele Jugendliche für eine umfassende Sexualaufklärung in allen Schulen (Emmerson, 2011). Allerdings steht die „Sexual- und Beziehungskunde“ vor einigen Problemen. Die Fachkräfte und Lehrpersonen, die die Sexualaufklärung durchführen sollen, sind oftmals nicht dafür qualifiziert, haben im Rahmen dieser Thematik nicht ausreichend Wissen oder sind gar nicht in der Lage neutral und ohne Schamgefühle über

Sexualität zu berichten. Ein weiteres Problem ist die Unwissenheit darüber, worüber überhaupt berichtet werden soll und die Angst davor, dass die Kinder sexualisiert und sie zur Sexualität ermuntert werden (Emmerson, 2011). Daher müssen nun Vorurteile beseitigt und Wissenslücken geschlossen werden, um eine angemessene, altersgerechte und umfassende Sexualaufklärung gewährleisten zu können. Um eine Änderung in die Wege zu leiten und die aktuelle Situation zu verbessern, benötigt es die Zusammenarbeit von allen Beteiligten (Emmerson, 2011).

In *Spanien* ist die schulische Sexualaufklärung ebenfalls ein wichtiges Thema und wird in den Schulen durchgeführt. Conchillo et al. (2011) betrachten folgende drei Modelle nach denen Sexualerziehung gelehrt werden kann. Das traditionelle Modell verbindet Sexualität mit Verboten und verursacht Angst. Ziel dieses Modells ist es Abstinenz zu fördern und außereheliche Sexualität weitestgehend zu unterbinden. Andere sexuelle Identitäten als die heterosexuelle Ehe wird nicht akzeptiert und verurteilt (Conchillo, 2011). Das Ziel des präventiven Modells besteht einzig und allein darin die Jugendlichen aufzuklären, um sexuell übertragbaren Infektionen und ungewollten Schwangerschaften präventiv entgegen zu wirken und die Gesundheit des Einzelnen aufrecht zu halten (Conchillo, 2011). Das biografische Modell beinhaltet auch die positiven Aspekte der Sexualität, die Entwicklung der sexuellen Identität und das allgemeine gesundheitliche Wohlbefinden (Conchillo, 2011). Im Gegensatz zu diesen Modellen und obwohl es Gesetze zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit gibt, wird Sexualität in den Schulen häufig gar nicht thematisiert oder es werden nur die biologischen Aspekte gelehrt. Weiterhin beginnt die Zielgruppe der Sexualaufklärung erst ab dem Jugendalter, Kinder in Spanien haben keinerlei Zugang zu Sexualaufklärung (Conchillo, 2011).

Trotz dieser kleinen Auswahl wird die Heterogenität der Sexualaufklärung in Europa sichtbar. Es wird außerdem deutlich, dass zukünftig weiter an der Sexualaufklärung gearbeitet werden muss, um Kindern und Jugendlichen eine angemessene Aufklärung über die Sexualität und die sexuelle Gesundheit bieten zu können.

6 Ausblick

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat Standards für die Sexualaufklärung in Europa

entwickelt, jedoch wird deutlich, dass es trotz einheitlicher Grundsätze und Vorschriften bereits Unterschiede zwischen den deutschen Bundesländern gibt. Bei Themen wie „Homosexualität“, „Schutz des ungeborenen Lebens“ und „Selbstbefriedigung“ herrscht in den Bundesländern noch keine Einigkeit (BZgA, 2004). Auch der Vergleich der Länder zeigt, dass es offensichtlich trotz der Standards keine einheitliche schulische Sexualaufklärung zwischen den Ländern gibt. Allerdings ist zu erwähnen, dass sich im Laufe der Geschichte eine positive Entwicklung der Sexualaufklärung in Schulen erkennen lässt.

Daneben spielt auch die außerschulische Lernumgebung eine große Rolle. Durch Smartphones, Tablets und PCs können Medien leicht genutzt werden. Das Internet und die Videoplattform YouTube erlangen im Leben der Kinder und Jugendlichen eine immer größer werdende Bedeutung. Durch Scham und Schüchternheit werden Fragen zur Sexualität und ähnlicher Themen anonym bei Google oder YouTube eingetippt. Deshalb ist es umso wichtiger Artikel und Videos glaubwürdig und evidenzbasiert zu gestalten, um Falschinformationen vorzubeugen und die Medienkompetenz der Kinder und Jugendliche zu fördern und im Bezug auf die Sexualität zu sensibilisieren. Die empirische Forschung hierzu ist leider begrenzt (Döring, 2017). Doch anhand der großen Bedeutung für Kinder und Jugendliche ist es wichtig zu überprüfen, wie sinnvoll solche YouTube Videos bei der Sexualaufklärung sind. In zukünftiger Forschung zur Sexualaufklärung wäre es interessant zu untersuchen, ob das Zeigen ausgewählter Videos in der Schule, sinnvoll ist, um den Unterricht spannend und interessanter zu gestalten. Dabei wäre es auch wichtig, zu evaluieren, ob diese Art von Sexualaufklärung die Lehrer*innen bei der Sexualaufklärung entlasten würde. Die Digitalisierung sollte in die Sexualaufklärung auf jeden Fall mit eingebunden werden, um die Aktualität und das Interesse der Kinder und Jugendlichen aufrecht zu erhalten.

7 Literaturverzeichnis

Apter, D. (2011). Sexualerziehung in Finnland: Aktuelle Entwicklungen und Konsequenzen. *BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*, S. 3-8.

Boberg, P.; Von Castell, F. (16.01.2020). tagesschau.de Verfügbar unter: <https://www.tagesschau.de/faktenfinder/lehrermangel-prognosen->

geschoent-101.html [28.08.2020]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004). *Richtlinien und Lehrpläne zur Sexualerziehung*. Köln: Script Abeln GmbH.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). *Standards für die Sexualaufklärung in Europa*. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2016). *Familienplanung im Lebenslauf von Frauen*. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2020). Sexuell übertragbare Infektionen (STI). Verfügbar unter: <https://www.liebesleben.de/fuer-alle/sexuell-uebertragbare-infektionen/> [23.03.2020]

Conchillo, M.P. (2011). Sexualpädagogische Konzepte in Spanien. *BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*, S. 23-27.

Döring, N. (2017). Online-Sexualaufklärung auf YouTube: Bestandsaufnahme und Handlungsempfehlungen für die Sexualpädagogik. *Zeitschrift für Sexualforschung* S. 1016-1026.

Dadaczynski, K., & Tolks, D. (2018). Spielerische Ansätze als innovative Kommunikationsstrategie der Gesundheitsförderung und Prävention. *Prävention und Gesundheitsförderung* 4, S. 269-271.

Emmerson, L. (2011). Erziehungs- und Sexualkunde in England. Was müssen Schulen unterrichten? *BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*, S. 18-22.

Horn, E. (2019). Aufklärung als Beginn und Herausforderung moderner emanzipativer Sexualerziehung und -pädagogik. In D. K. Ketelhut *Gender-Wissen-Vermittlung* (S. 15-32). Wiesbaden: Springer.

Linke, T. (2015). *Sexualität und Familie : Möglichkeiten sexueller Bildung im Rahmen erzieherischer Hilfen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Part, K. (2011). Schulische Sexualerziehung in Estland seit 1990: Entwicklung und Inhalte. *BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*, S. 9-13.

Sielert, U. (2007). *Sexualerziehung und*

Sexualpädagogik in
Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-
Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, S. 68-77.

Van der Doef, S. (2011). Der niederländische Ansatz: Mit der Sexualerziehung so früh wie möglich beginnen. *BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*, S. 14-17.

Propaganda für einen „gesunden Volkskörper“ im Nationalsozialismus

Eva Theresa Graf, Franziska Schiefeneder

Universität Erfurt

Zusammenfassung

Nicht nur heute werden spezielle Kommunikationstechniken eingesetzt, um Menschen zu überzeugen – auch die Nationalsozialisten versuchten mit propagandistischen Mitteln Ziele zu erreichen. Die Vision des „gesunden Volkskörpers“ stand dabei im Fokus der Nationalsozialisten, denn in der nationalsozialistischen Ideologie hatte insbesondere die körperliche Verfassung der Bevölkerung einen hohen Stellenwert. In der NS-Ideologie bildete der „arische“ Körper das Ideal des „neuen Menschen“. Die biologischen Eigenschaften eines Menschen sowie dessen „rassischer Wert“ entschieden darüber, ob der- oder diejenige in die „Volksgemeinschaft“ ein- oder davon ausgeschlossen wurde. Zur Schaffung eines „gesunden Volkskörpers“ wurden „Erbkranke“ getötet und „Erbgesunde“ „gezüchtet“. Eine „Ausmerzungen“ von „Erbkranken“ erfolgte beispielsweise im Rahmen der Aktion T4, in der über 70.000 geistig kranke und behinderte Menschen systematisch ermordet wurden. Im Gegensatz dazu wurde in den Heimen des Lebensborn e. V. eine – in den Augen der Nationalsozialisten – „wertvolle Rasse“ „herangezüchtet“. Bei diesem Verein handelte es sich jedoch keinesfalls um eine Wohltätigkeitsorganisation, denn die Lage von (ledigen) Schwangeren wurde ausgenutzt und es wurden lediglich diejenigen Frauen geschützt, die einen „rassisch wertvollen“ Nachwuchs gebären würden. Doch wie haben es die Nationalsozialisten geschafft dieses „Ideal des Volkskörpers“ zu kommunizieren? Dies soll im Beitrag genauer beleuchtet werden.

Keywords: Aktion T4, Lebensborn e.V., „gesunder Volkskörper“, Propaganda, Nationalsozialismus

Summary

It is not a novelty that special communication techniques are used to convince people of something or someone. The National Socialists already tried to reach their goal by means of propaganda. In doing so, the vision of the "healthy Volkskörper" was the National Socialists' focus, because the National Socialist ideology placed great emphasis on the physical condition of the population. In accordance with the NS-ideology, the "Aryan" represented the ideal of the "new human". Thus, the biological characteristics of a human being as well as his "racial value" decided whether he or she was included in or excluded from the "Volksgemeinschaft". To achieve the goal of a "healthy Volkskörper", "genetically ill" people were killed, and "genetically healthy" subjects were "bred". An "eradication" of people with genetic disorders took place in the Action T4, in which over 70.000 mentally ill and disabled people were systematically murdered. In contrast to this, a "valuable race" was "bred" in the homes of the Lebensborn e. V. By no means, this association was a charity organization, because the situation of (single) pregnant women was exploited and only those women were protected who would give birth to a "racially valuable" offspring. But how did the Nazis communicate this "ideal Volkskörper"? This will be examined in this article.

Keywords: Action T4, Lebensborn e.V., "Volkskörper", propaganda, National Socialism

1 Einleitung

Am 08. Mai 1945 endete der Zweite Weltkrieg in Europa. Die traurige Bilanz: mindestens 55 Millionen Tote, die meisten von ihnen Zivilistinnen und Zivilisten (Wildt, 2012b), darunter auch 100.000 Opfer der „Euthanasie“ – ermordet, weil sie nicht dem nationalsozialistischen Ideal vom „Volksgenossen“ entsprachen (Jochheim, 2012). Rassenhygienische beziehungsweise eugenische Ansichten waren zu Beginn des 20. Jahrhunderts keinesfalls nur in Deutschland, sondern international weit verbreitet (Kühl, 2014). So wurden Sterilisationsgesetze, die Zwangssterilisationen von als geistig behindert diagnostizierten Menschen legalisierten, unter anderem auch in den USA sowie in Skandinavien, verabschiedet (Kühl, 2014). Doch in keinem anderen Land fiel das eugenische Gedankengut auf solch fruchtbaren Boden wie im Deutschen Reich. Unter Adolf Hitler wurden rassenhygienische Vorstellungen ein Teil der Staatsideologie und ihre Umsetzung wurde mit fanatischem Eifer verfolgt (Kühl, 2014).

Die Vision von der Schaffung eines „gesunden Volkskörpers“ stand besonders im Fokus der nationalsozialistischen Rassenhygiene (Wunder, 2008), denn in der nationalsozialistischen Ideologie hatte insbesondere die körperliche Verfassung der Bevölkerung einen hohen Stellenwert. Die biologischen Eigenschaften sowie die „rassische“ Qualität des individuellen Körpers entschieden über den Ein- oder Ausschluss von Einzelnen in die neu zu gründende „Volksgemeinschaft“. Im Rahmen dieser Entwicklungen wurde die Eugenik beziehungsweise Rassenhygiene zur Leitwissenschaft der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik (Weingart et al., 2006).

Hierbei werden Maßnahmen der „positiven“ und „negativen Eugenik“ unterschieden: Die positive Eugenik umfasste bevölkerungspolitische und sozialstaatliche Maßnahmen, die der Erhöhung der Geburtenraten „Erbgesunder“ und „Tüchtiger“ diente, beispielsweise der Förderung kinderreicher „arischer“ Familien (Klee, 2014). Im Gegensatz dazu galten Maßnahmen zur Verhinderung der Vermehrung von Menschen, deren Erbanlagen als schlecht eingestuft wurden, als negative Eugenik (Klee, 2014). Zwangssterilisationen von als „erbkrank“ definierten Menschen zählten hierzu ebenso, wie die systematische Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens in der „Euthanasie-Aktion“ (Meyer, 1989).

Die Neugestaltung des „Volkskörpers“ und die Erschaffung eines vollkommenen „neuen Menschen“ waren wesentliche Elemente der nationalsozialistischen (NS) Politik (Diehl, 2006). Nach der NS-Ideologie bildete der „arische“ Körper das Ideal des „neuen Menschen“ (Wildt, 2012a). Das griechische Schönheitsideal der Antike aber auch andere mythische Vorbilder, wie Germanen, galten als Prototypen des „Ariers“, welcher als großer, blonder und blauäugiger junger Mann illustriert wurde (Diehl, 2006). Der vollkommene und krisenfeste „arische“ Körper symbolisierte Schönheit, Gesundheit und Reinheit und stellte nach nationalsozialistischer Vorstellung die Voraussetzung für einen gesunden Geist und starken Charakter dar (Diehl, 2006). Nach der NS-Utopie sollten die einzelnen Körper, die die rassenhygienischen Kriterien der Nationalsozialisten erfüllten, zu einem einzigen „Volkskörper“ homogenisiert werden (Diehl, 2006). Dies implizierte die Differenzierung zwischen „guten“ und „schlechten“ Körpern. Der „Volkskörper“ sollte von „rassisch Minderwertigen“ ebenso gereinigt werden wie von „Erbkranken“ (Diehl, 2006).

Nationalsozialistische Instanzen versuchten viel, um Legitimität für die Umsetzung dieses biopolitischen Einheitlichkeitsphantasmas zu produzieren. Ihre Propaganda nutzte emotionalisierende Appelle und vorurteilsbeladene Stereotype, die einerseits auf Marginalisierung und Exklusion abzielte, andererseits integrative Vorstellungen des Kollektiven (wie die Volksgemeinschaft) präsentierten (Witamwas, 2016). Indem die Abneigung gegen Andersartige und Verlustängste (zum Beispiel der Wohlstandsverlust) geschürt wurden, versuchte das NS-Regime die rassenhygienischen Maßnahmen und den bevorstehenden Krieg zu legitimieren (Witamwas, 2016).

Vor diesem Hintergrund der Spannung zwischen Ein- und Ausschluss befasst sich der vorliegende Beitrag mit der Fragestellung, welches Volksideal dem Nationalsozialismus zugrunde lag und wie dieses Ideal sowie Maßnahmen zu dessen Umsetzung kommuniziert wurden. Dies wird beispielhaft anhand historischer Dokumente aufgezeigt. Im nachfolgenden Kapitel wird dafür zunächst eine kurze Einführung in die historischen Grundlagen der Rassenhygiene in Deutschland vorgenommen. Das dritte Kapitel umfasst mit der Darstellung der Aktion T4 sowie der Schilderung der Tätigkeiten des Lebensborn e. V. jeweils ein Beispiel der „negativen“ sowie „positiven“

Eugenik“. Im vierten Kapitel wird auf die Ziele, Botschaftsstrategien und -kanäle sowie Zielgruppen der nationalsozialistischen Propaganda eingegangen und anhand einiger Beispiele illustriert.

2 Historische Grundlagen

Die Wurzeln der Rassenhygiene sind im Sozialdarwinismus zu finden, der als fester Bestandteil der NS-Ideologie angesehen werden kann und ideengeschichtlich bis ins 19. Jahrhundert zurückreicht (Baader, 1988; Heiler, 2009). In der naturgeschichtlichen Abhandlung „On the Origin of Species“ kam Darwin zur Schlussfolgerung, dass besser an die Umwelt angepasste Individuen eine höhere Überlebenschance hätten. Diese Ideen und Ansätze wurden 1864 von dem Briten Herbert Spencer in „Survival of the fittest“ auf den Menschen übertragen. Als „the fittest“ bezeichnete Spencer diejenigen, die sowohl dem Markt als auch dem sozialen Leben am besten angepasst waren (Becquemont, 2011; Weikart, 1993).

Bei der Rezeption Darwins im deutschsprachigen Kontext ist die Rolle des Biologen Ernst Haeckel kaum zu überschätzen (Weikart, 1993). Er machte Darwin nicht nur im deutschsprachigen Kontext bekannt, sondern folgte auch Spencer in der Übertragung naturgeschichtlicher Überlegungen auf die Sozial- bzw. Kulturgeschichte der Menschen. So transferierte er Darwins Selektionstheorie von einer individuellen auf eine kollektivistische Ebene („Rassen“) (Weingart et al., 2012a).

„Euthanasie“

Der Ausdruck „Euthanasie“ (griech. euthanasia = leichter Tod, zu: eu = gut, wohl u. thánatos = Tod) stand ursprünglich für „guten, leichten Tod“, meinte damit jedoch anfangs keine aktive Verkürzung des Lebens durch Beihilfe zum Suizid oder Tötung auf Verlangen (Beddies, 2008). Gegen Ende des 19. Jahrhunderts und Anfang des 20. Jahrhunderts wurde der Ausdruck unter der Entwicklung der Rassenhygiene als Deckmantel für die Tötung „lebensunwerten Lebens“ verwendet (Bryant, 2005). So kritisierte Alfred Jost 1895, dass der Staat dem Menschen ein individuelles Recht auf den Tod verwehrt. Jost ging es dabei um eine Legitimierung des Suizids im Falle von Krankheiten, die unheilbar waren, aber auch um den „Lebenswert“ von „Geisteskranken“ (Jost, 1895).

In der Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ schätzten Karl Binding und Alfred Hoche (1920) Menschen mit einer Hirnschädigung, einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung als „lebensunwert“ ein. So schreiben die Autoren: „[...] wir werden vielleicht eines Tages zu der Auffassung heranreifen, dass die Beseitigung der geistig völlig Toten kein Verbrechen, keine unmoralische Handlung, keine gefühlsmäßige Rohheit, sondern einen erlaubten nützlichen Akt darstellt“ (Binding & Hoche, 1920, S. 57). Die Autoren setzten psychisch kranke und behinderte Menschen mit Tieren gleich: „Die geistig Toten flehen auf einem intellektuellem Niveau, das wir erst ganz unten in der Tierreihe wiederfinden und auch die Gefühlsregungen erheben sich nicht über die Linie elementarster, an das animalische Leben gebundene Vorgänge.“ (Binding & Hoche, 1920, S. 57 – 58). Der Psychiater Hoche prägte Ausdrücke wie „Ballastexistenzen, Menschenhülsen, geistig Tote, Defektmenschen“ (Klee, 2014, S. 26) für diese Menschengruppen.

Die „Euthanasie“ im Kontext der nationalsozialistischen Erbgesundheits- und Rassenpolitik kann nicht als Einzelphänomen betrachtet werden, sondern muss als Peak einer Phase der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ angesehen werden, die 1934 mit der Sterilisierung von psychisch kranken und geistig behinderten Menschen begonnen hatte (Peter & Neugebauer, 2002). Somit bezeichnete in der Zeit des Nationalsozialismus Euthanasie letztlich die systematische Ermordung psychisch kranker und behinderter Menschen (Bryant, 2005).

Eugenik und Rassenhygiene

Der Begriff Eugenik wurde 1883 wesentlich von dem französischen Forscher Francis Galton geprägt (Klee, 2014). Francis Galton verstand unter Eugenik dasselbe wie Alfred Ploetz unter Rassenhygiene (Kühl, 2014). Die beiden Definitionen wurden im Rahmen der internationalen Eugenik-Bewegung weitestgehend synonym verwendet (Kühl, 2014). Der Arzt Alfred Ploetz gründete 1905 die Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene, um die Gesellschaft zu optimieren und die „rassisch wertvolle“ Bevölkerung zu erhalten (Baader, 1988). Die Rassenhygiene knüpfte an sozialdarwinistische Vorstellungen an und ging dabei davon aus, dass bestimmte Eigenschaften vererbt würden, welche die „Qualität“ eines als „Rasse“ bestimmten sozialen Kollektivs determinieren würden (Schoppmann, 1997).

Aufgrund einer schwierigen wirtschaftlichen Situation herrschte in Deutschland nach dem Ersten Weltkrieg ein Aufschwung für die eugenische Bewegung (Hohendorf et al., 2002; Weingart et al., 2006). Rassenhygienisches Denken sickerte in politische Kontexte ein (Weindling, 1987). Dabei spielten vor allem ökonomische Argumente eine wesentliche Rolle (Baader, 1988). Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten wurde die Rassenhygiene zur Staatsräson erhoben (Siemen, 1991). Gesetzliche Regelungen legalisierten und institutionalisierten Sterilisationen wider Willen („Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von 1933/1934) oder stellten Staatsbürgerschaft und Eheschließung mit den "Nürnberger Rassegesetzen" von 1935 unter rassenhygienischen Vorbehalt (Klee, 2014).

Sanktionierung durch NS-Gesetze

Mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wurde die Zwangssterilisierung „Erbkranker“ und alkoholabhängiger Menschen legalisiert (Christians, 2017). Als „erbkrank“ gemäß dem Gesetz, wurden Menschen mit

1. angeborenem Schwachsinn,
2. Schizophrenie,
3. zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein,
4. erblicher Fallsucht,
5. erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorea),
6. erblicher Blindheit,
7. erblicher Taubheit,
8. schwerer erblicher körperlicher Mißbildung.

Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet.“ (RGB I, 1933, S. 529, §1, Abs. 2 und 3). Ärzte waren von nun an verpflichtet, die Menschen, die nach diesen Kriterien als „erbkrank“ eingestuft wurden, zu melden (Frei, 2009; Meyer, 1989).

Ein Jahr nach der Einführung des Gesetzes erfolgte eine Erweiterung auf Abtreibungen (RGB I, 1935a, S. 1037, Art.12). Fortan gab es keine strafrechtliche Verfolgung mehr, wenn Abtreibungen aus rassenhygienischen Gründen durchgeführt wurden (Christians, 2017). Dabei mussten Schwangere, die als „erbkrank“ angesehen wurden, eine Abtreibung in Kombination mit einer Zwangssterilisation vornehmen lassen (Christians, 2017).

Eine weitere gesetzliche Entgrenzung der „Säuberung des Volkskörpers“ bot das „Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes“, das am 16. September 1935 veröffentlicht wurde (Christians,

2017). Gemäß dem Gesetz wurden Ehen zwischen deutschen Staatsangehörigen unter bestimmten Voraussetzungen verboten (RGB I, 1935b). Bevor eine Ehe geschlossen werden durfte, waren die Partner und Partnerinnen verpflichtet, eine Bestätigung beim Gesundheitsamt einzuholen, die ansteckende Krankheiten, eine Entmündigung, eine geistige Erkrankung oder eine Erkrankung, welche unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fiel (RGB I, 1935b, S. 1246, §1, Abs. 1), ausschließen musste. Wurde gegen das Gesetz verstoßen, so war die Ehe auch ex post als nichtig anzusehen. Beide gesetzlichen Regelungen führten zur Schaffung einer legalen Basis für Maßnahmen negativer Eugenik (Schmuhl, 2009). Doch die systematische und entgrenzte Ermordung von „Erbkranken“ (Aktion T4) fand niemals auf gesetzlichem Boden statt (Meyer, 1989).

„Euthanasie“-Morde

Zur Durchführung von Krankenmorden ermächtigte Hitler nach Beginn des Zweiten Weltkriegs persönlich und außerhalb der Gesetzesform. Nicht nur gegen den äußeren Feind sollte nun Krieg geführt werden, sondern auch gegen den im Inneren des Volkskörpers imaginierten (Bruns, 2014). In der ersten Phase der „Euthanasie“-Morde (1938 – 1941) wurden Kinder und Jugendliche mit größtenteils schweren Behinderungen durch die Verabreichung von Medikamenten oder durch systematische Unterernährung in sogenannten Kinderfachabteilungen getötet. Die Tötungen wurden dann – ohne Vorhandensein einer formal gesetzlichen Grundlage – auf Erwachsene ausgeweitet (1939 – 1941) und zunächst zentral gesteuert und verwaltet (vgl. Kapitel 3), nach Protesten jedoch nur formal eingestellt (Schmuhl, 1987).

3 Die Erschaffung eines „gesunden Volkskörpers“

„Wir gehen nicht von dem einen Menschen aus, wir vertreten nicht die Anschauung, man muss die Hungrigen speisen, die Durstigen tränken und die Nackten bekleiden [...]. Unsere Motive sind ganz anderer Art. Sie lassen sich am lapidarsten in einem Satz zusammenfassen: Wir müssen ein gesundes Volk besitzen, um uns in der Welt durchsetzen zu können.“ (zitiert nach Clay & Leapman, 1997, S. 99). In seiner Volkswohlfahrtsrede aus dem Jahr 1938 brachte es der Reichsminister für Volksaufklärung und Propaganda, Joseph Goebbels, auf den Punkt: Das Ziel der Nationalsozialisten war es, ein körperlich gesundes und starkes Volk zu erschaffen – nicht durch

Wohlfahrt gegenüber den Bedürftigen, sondern durch „Selektion“, um im angenommenen globalen Wettkampf der „Völker“ die Oberhand zu erlangen. Die nationalsozialistische „Volksgemeinschaft“ gründete vorrangig auf Exklusion – also der Frage, wer nicht dazu gehören durfte (Wildt, 2017). Hierbei bildete das Volk, welches im organisch-biologischen Sinne als „Volkskörper“ begriffen wurde, das zentrale Element der „Volksgemeinschaft“ (Wildt, 2017). Nach der Vorstellung der Nationalsozialisten war die „Volksgemeinschaft“ zu homogenisieren und qualitativ zu verbessern – durch die Heranzüchtung von „lebenswertem“ und die Exklusion (Vernichtung) von „lebensunwertem Leben“ (Wildt, 2017). Sämtliche Maßnahmen (u. a. wirtschaftlich, medizinisch, sozialfürsorglich) wurden hierbei bezüglich ihres kollektiven Nutzens für die „Volksgemeinschaft“ bewertet (Weinert, 2017). Anhand von Beispielen wird in den nachfolgenden Unterkapiteln darauf eingegangen, wie die Maßnahmen zur Erschaffung dieses nach den Nationalsozialisten „erstrebenswerten Volkskörpers“ umgesetzt wurden.

Die Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens: Aktion T4

Eine Maßnahme der „negativen Eugenik“ stellte die Tötung der – in den Augen der Nationalsozialisten – „lebensunwerten Subjekte“ im Rahmen der Aktion T4 dar. Der Ausdruck steht für die systematische Ermordung von über 70.000 Menschen aus psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1939 und 1941 (Kaminsky, 2014; Meyer, 1989; Steger et al., 2011). Die Bezeichnung Aktion T4 wurde erst in der Nachkriegszeit verwendet, früher waren Begriffe wie „Euthanasie-Aktion“, „Aktion Gnadentod“, „Aktion Columbushaus“ oder „Reichsausschussaktion“ gängig (Bruns, 2014; Kaminsky, 2014; Rotzoll et al., 2010). Die Grundlage für die „Euthanasie-Aktion“ waren rassenhygienische Überzeugungen von nationalsozialistischen Führungspersonen, jedoch waren auch ärztliche oder juristische Eliten maßgeblich beteiligt (Hohendorf et al., 2002; Kaminsky, 2014). Im Gegensatz zu den Zwangssterilisierungen, gab es für diese Maßnahmen der Massentötung keine gesetzliche Grundlage oder ministerielle Anordnung (Meyer, 1989).

Die systematische Tötung wurde von der Zentraldienststelle in der Tiergartenstraße 4 (siehe auch <https://www.t4-denkmal.de/Die-Aktion-T4>) in Berlin koordiniert und organisiert, weshalb die „Euthanasie-Aktion“ unter dem Namen Aktion T4 bekannt ist (Hohendorf et al., 2002). Von der Berliner

Tiergartenstraße aus wurden vier große Abteilungen geleitet, die zur Täuschung der Bevölkerung folgende Namen erhielten (Meyer, 1989): Die Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten (RAG), die für die Meldebögen, ärztliche Gutachten und die Koordination der Krankenmorde zuständig war. Eine weitere Abteilung war die Gemeinnützige Krankentransportgesellschaft (Gekrat), welche die Verlegung der Patienten und Patientinnen in die Zwischen- und Tötungsanstalten organisierte. Die Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege war für die Verwaltung des Personalwesens, die Beschaffung von Gas und Medikamenten und die Vereinnahmung von Wertsachen der Opfer beauftragt. Die Zentralverrechnungsstelle Heil- und Pflegeanstalten kümmerte sich hingegen um die finanzielle Abrechnung von Pflege- und Transportkosten (Kepplinger, 2013; Klee, 2014).

Die Leitung dieser Organisationen übernahm das Hauptamt II der Kanzlei des Führers (Meyer, 1989). Bereits durch diese Art der Koordination und Organisation wird deutlich, wie gründlich die Aktion T4 durchdacht und geplant wurde und wie strategisch verdeckt und vorgetäuscht wurde (Details zur strategischen Kommunikation vgl. Kapitel 4).

Erfassung und „Selektion“

Die Erfassung erfolgte durch Meldebögen, die flächendeckend an alle Heil- und Pflegeanstalten versandt wurden (Steger et al., 2010). Es wurden Menschen erfasst, die sich über fünf Jahre in der Anstalt befanden – und deshalb als unheilbar eingestuft wurden – „Erbkranke“ mit Schizophrenie, „Schwachsinn“, Epilepsie, Enzephalitis, senilen Erkrankungen, Chorea Huntington und anderen neurologischen Krankheiten und Patientinnen, die keine oder „nur“ eine mechanische Beschäftigung ausführen konnten. Auch kriminelle Erkrankte und nicht deutsche Patientinnen und Patienten wurden unter Angabe der „Rasse“ und Staatsangehörigkeit gemeldet (Hohendorf et al., 2002; Klee, 2014, S. 92; Meyer, 1989).

Nachdem die Meldebögen von den jeweiligen Anstalten ausgefüllt und anschließend an das Reichsinnenministerium geschickt worden waren, erhielten drei ärztliche Gutachter jeweils Kopien der Meldebögen. Diese beurteilten dann die Patientinnen und Patienten nach bestimmten Kriterien. Falls das Urteil nicht eindeutig war, entschied das abschließende Urteil eines Obergutachters oder einer Obergutachterin

über das Schicksal der Patientinnen und Patienten (Hohendorf et al., 2002; Kepplinger, 2013).

Die Gutachterinnen und Gutachter trugen die Bewertungen jeweils auf den Meldebögen ein: entweder wurde ein blaues Minus vergeben, wenn der Patient oder die Patientin weiterleben durfte, ein rotes Plus hingegen, wenn eine Tötung erfolgen sollte. Bei Unentschlossenheit wurde ein Fragezeichen eingetragen (Lilienthal, 2008b). Im Anschluss daran, wurde das Urteil der zwei Gutachterinnen und Gutachter an einen Obergutachter oder eine Obergutachterin übermittelt, welche letztendlich über das Schicksal der Opfer entschied (Kepplinger, 2013). Zu betonen ist hier, dass das abschließende Urteil von den Obergutachtern und Obergutachterinnen gefällt wurde, zumeist ohne die Patientinnen und Patienten jemals gesehen zu haben (Klee, 2014). Oftmals hing die Entscheidung zudem davon ab, ob die Patientinnen und Patienten regelmäßig Besuch bekamen, denn wenn dies nicht der Fall war, war eine Verschleierung der Vorgänge leichter möglich (Kepplinger, 2013). Falls die Meldebögen durch die Pflege- und Heilanstalten nicht oder nicht schnell genug ausgefüllt und weitergeleitet wurden, beauftragte die Zentrale der T4-Aktion eigene Kommissionen, die zu den Anstalten geschickt wurden, um die Patienten und Patientinnen zu erfassen (Jenner, 2003/2004).

Transport und Ankunft

Nachdem eine finale Entscheidung durch einen Obergutachter oder eine Obergutachterin gefällt wurde, erhielt die Gekrat alle mit einem roten Plus bewerteten Fälle und erstellte Transportlisten (Bryant, 2005). Die bestimmten Patienten und Patientinnen wurden dann mit Sammeltransporten, den [Gekrat-Bussen](#), zu Zwischenanstalten oder direkt zu den Tötungsanstalten gebracht (Hohendorf et al., 2002; Kepplinger, 2013). Es muss erwähnt werden, dass von Pflegerinnen und Pflegern teilweise eine höhere Anzahl an Patientinnen und Patienten getötet wurde als es die Zentrale anordnete, was vermutlich am Pflegeaufwand lag, der durch die jeweiligen Opfer vor ihrer Tötung entstand (Peter & Neugebauer, 2002). Zudem versuchten die Heil- und Pflegeanstalten während der Aktion T4, arbeitsfähige und zahlungskräftige Patientinnen und Patienten zurückzustellen und von den Transportlisten zu streichen, um diese aus ökonomischen Gründen in den Heil- und Pflegeanstalten zu behalten (Klee, 2014).

Tobie Schramm, ein Fahrer der Gekrat-Busse, beschrieb den Transportvorgang folgendermaßen:

„Jedem Omnibus wurden zwei Pflegekräfte beigegeben [...]. Gewalttätige Kranke konnten durch eine an den Sitzen angebrachte Vorrichtung angeschnallt werden. Die Pfleger hatten auch zumeist Handschellen bei sich, um besonders renitente Patienten anschließen zu können. Die Kraftfahrer waren durch Kabinenschläge von dem Wageninneren getrennt.“ (Amtsgericht Münsingen, 1948, Akte Schramm). Die sechs Haupt-Tötungsanstalten, zu denen die Opfer gebracht wurden, waren Grafeneck, Brandenburg an der Havel, Hartheim bei Linz, Pirna/Sonnenstein, Bernburg an der Saale und Hadamar in Hessen – und somit damals über das komplette [Großdeutsche Reich verteilt](#) (Hohendorf et al., 2002). Jeder Tötungsanstalt wurden jeweils verschiedene Zwischenanstalten, die gewöhnliche Heil- und Pflegeanstalten waren, zugewiesen, in denen Patientinnen und Patienten vorübergehend bis zum Weitertransport untergebracht wurden. Dieser Vorgang diente der Verschleierung von Transportwegen und sollte die Tötungen der Opfer noch effizienter gestalten (Lilienthal, 2008b).

Die Tötungsprozesse verliefen grundsätzlich nach einem einheitlichen Schema: Nachdem die Opfer die Busse verlassen hatten, wurden sie über eine Schleuse in das Gebäude geleitet (Lilienthal, 2008b). Im Anschluss daran mussten sich die Patientinnen und Patienten für eine angebliche Aufnahmeuntersuchung ausziehen (Hohendorf et al., 2002). Zunächst erfolgte eine kurze ärztliche Untersuchung, die der Identitätsprüfung und der Festlegung einer plausiblen Todesursache für die spätere Ausstellung der Sterbeurkunde diente (Hohendorf et al., 2002). Hierbei wurde darauf geachtet, dass die Todesursache nicht im Gegensatz zu den Befunden in den Krankenakten der Opfer stand, denn zu Beginn der Aktion kam es vor, dass beispielsweise ein Blinddarmdurchbruch als Todesursache angegeben wurde, obwohl der Blinddarm schon vor Jahren entfernt worden war (Lilienthal, 2008b). Zudem wurden Fotos zur Dokumentation angefertigt und Patientinnen und Patienten mit Goldzähnen mit einem Kreuz auf dem Rücken gekennzeichnet, um sie nach der Tötung identifizieren zu können (Klee, 2014; Lilienthal, 2008b). Unabhängig davon wurde den Opfern bei der Untersuchung eine Aktennummer auf aufgestempelt (Klee, 2014). Die Vorgänge verdeutlichen damit mehrfach eine enthumanisierte und dehumanisierende Praxis, die Pflegebedürftigen den Status der Subjekthaftigkeit verneinten (Welch, 2004).

Tötung, Bestattung und Verschleierung

Die Patientinnen und Patienten wurden bereits meist am Ankunftstag in den Vergasungsanstalten getötet, die in den erwähnten Pflegeeinrichtungen errichtet worden waren (Lilienthal, 2010). Nach einer ersten Untersuchung wurden die Patienten und Patientinnen in Vergasungsräume geführt, die als Duschräume getarnt waren (Meyer, 1989). Die Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen waren dabei angewiesen den Patientinnen und Patienten vorzuspielen, dass sie zum Duschen gebracht werden würden (Klee, 2014). Ein Arzt oder eine Ärztin regelte anschließend die Zufuhr von Kohlenmonoxid durch die getarnten Wasserleitungsrohre, indem ein Handrad aufgedreht wurde (Klee, 2014). Die Gaszufuhr wurde erst wieder gestoppt, wenn der Arzt oder die Ärztin keine Bewegung mehr erkennen konnte (Klee, 2014). Bevor dann die „Entsorgung der Leichname“ – meist durch Verbrennen in den nebenan errichteten Krematorien – erfolgte, entnahmen die sogenannten Brenner den gekennzeichneten Leichen Zahngold oder das Gehirn (Lilienthal, 2008b; Rotzoll & Hohendorf, 2012). Während das entnommene Gold eingeschmolzen wurde und der ökonomischen Bereicherung diente, wurden die Gehirne für Forschungszwecke verwendet (Peter & Neugebauer, 2002; Rotzoll & Hohendorf, 2012). Bei der Einäscherung der Leichen fielen Knochenreste durch den Rost des Ofens, die nach der Verbrennung der Toten zu Pulver zermahlen und anschließend an die Angehörigen der Verstorbenen geschickt wurden (Klee, 2014).

Da die Öfen durchgehend in Betrieb waren, konnten die Überreste nicht mehr nach Opfern unterschiedenen werden, sondern es wurden pauschal drei Kilogramm Knochenpulver pro Opfer berechnet (Klee, 2014). Die anschließende standesamtliche Abwicklung des Todes erfolgte durch nationalsozialistische Sonderstandesämter, die dafür in den Tötungsanstalten eingerichtet worden waren (Meyer, 1989). Angehörige erhielten fiktive Sterbeurkunden und „Trostbriefe“, die das Gefühl einer Erlösung der Patienten und Patientinnen von ihrem Leid vermittelten (Lilienthal, 2010). Für das Verfassen dieser Briefe und die damit intendierte Verschleierung der Morde (vgl. Kapitel 4) wurden Trostbriefschreiberinnen eingestellt, die die Briefe nach einem vorgefertigten Schema verfassten (Klee, 2014). Jedes Exemplar wurde jedoch extra verfasst, damit keinesfalls ein Eindruck eines vorgefertigten Schemas oder einer Kopie entstand (Klee, 2014). Oftmals erhielten die Angehörigen die Nachricht, dass die Verstorbenen bereits eingäschert werden mussten, damit keine Nachfragen hinsichtlich der Bestattung oder Leichenschau aufkamen

(Lilienthal, 2010; Meyer, 1989).

Um die Tötung der Menschen zu verheimlichen und so wenig Aufmerksamkeit wie möglich zu erregen, unterschrieben die leitenden Ärzte und Ärztinnen mit Decknamen. Und auch die Todesursachen, -orte und -zeiten waren gefälscht (Meyer, 1989). Todesorte wurden vor allem dann verändert, wenn Angehörige in der Nähe der Tötungsanstalt wohnten oder Geschwister in Heil- und Pflegeanstalten untergebracht waren (Lilienthal, 2008b). Das offizielle Todesdatum lag meist zwei bis vier Wochen nach dem wirklichen Sterbezeitpunkt, was vermutlich verschiedene Gründe hatte: einerseits sollte verhindert werden, dass zu viele Sterbezeitpunkte auf denselben Tag fielen, andererseits wollte man aus dem Tod der Patienten und Patientinnen noch Profit schlagen. Denn Angehörigen erhielten eine Rechnung für den Aufenthalt und die Pflege der Patienten und Patientinnen für den Zeitraum zwischen dem wahren und fiktiven Sterbetag (Lilienthal, 2008b, 2010). Das Grauen nahm also auch nach dem Tod der Opfer kein Ende.

Proteste und das Ende der Aktion T4

Trotz Vertuschungs- und Tarnversuchen (vgl. Kapitel 4) drangen Informationen über die Krankenmorde an die Öffentlichkeit. Vor allem von kirchlicher Seite waren Proteste zu verzeichnen, so beispielsweise vom Münsteraner Bischof Clemens August von Galen, der am 3. August 1941 in der Kirche St. Lamberti in Münster Folgendes predigte: „Wenn einmal zugegeben wird, daß Menschen das Recht haben, unproduktive Mitmenschen zu töten – und wenn es jetzt auch zunächst nur arme wehrlose Geisteskranke trifft – dann ist grundsätzlich der Mord an allen unproduktiven Menschen, also an allen unheilbar Kranken, den Invaliden der Arbeit und des Krieges, dann ist der Mord an uns allen, wenn wir alt und altersschwach und damit unproduktiv werden, freigegeben.“ (zitiert nach Klee, 2014, S. 256).

Infolge des Öffentlichwerdens der Aktion T4 wurde diese am 24. August 1941 wahrscheinlich durch eine telefonische Anweisung an die Heil- und Pflegeanstalten offiziell eingestellt (Kepplinger, 2013; Meyer, 1989). Historikerinnen und Historiker sind sich uneinig, was genau Hitler dazu bewog, die Beendigung der Massenvergasungen zu befehlen (Bryant, 2005). Die zunehmenden Unruhen in der Bevölkerung und der steigende Druck durch die Kirche trugen vermutlich maßgeblich dazu bei (Friedlander, 2002; Kepplinger, 2013; Klee, 2014; Meyer, 1989). Auch ein

Stimmungstief in der Bevölkerung, das neben den Krankenmorden, auch durch den Luftkrieg gegen Deutschland und den ins Stocken geratenen Krieg gegen die Sowjetunion entstand, führte wahrscheinlich zur Rücknahme der Aktion (Hohendorf et al., 2002; Kepplinger, 2013). Ein weiterer Beweggrund, der zu Hitlers Entscheidung führte, könnte folgender sein: Mit der Ermordung von 70.000 Patientinnen und Patienten war das Tötungsziel bereits erreicht oder sogar übertroffen worden (Bryant, 2005, S. 49). Auch wenn der August 1941 offiziell als das Ende der systematischen Ermordung „Erbkranker“ gilt, ging die Vernichtung in den Tötungsanstalten weiter (Hohendorf et al., 2002; Jenner, 2003/2004). Abteilungen der Aktion T4 arbeiteten nach dem offiziellen Stopp weiter (Klee, 2014). Im Sommer mussten Teile der bürokratischen Abwicklung der „Euthanasie-Aktion“ aus Kriegsgründen ausgelagert werden (Klee, 2014). Die Morde wurden nun nicht mehr zentral von der Tiergartenstraße 4 aus geplant, sondern dezentral organisiert, wodurch die Phase auch als „wilde Euthanasie“ bezeichnet wird (Bryant, 2005, S. 51; Kepplinger, 2013; Peter & Neugebauer, 2002).

Die Zielgruppe der Tötungen wurde unter anderem auf die Bewohner und Bewohnerinnen von Altersheimen, Arbeitshäusern und Fürsorgeheimen wie die des Lebensborn e. V. erweitert (Hohendorf et al., 2002; Lilienthal, 1989, 2008b). Dabei wurden die Opfer durch Unterernährung, Vernachlässigung oder die Gabe von tödlichen Medikamenten wie Luminal, Morphin und Skopolamin getötet (Kepplinger, 2013). Ob es für diese Maßnahmen eine zentrale Anweisung gab, ist bis heute nicht geklärt (Peter & Neugebauer, 2002). Es ist lediglich klar, dass die Zentrale eine Verringerung der Patientenzahlen wünschte (Peter & Neugebauer, 2002). Darüber hinaus wurden Beteiligte der Aktion T4 und deren Methoden später unter anderem in der Aktion Reinhardt – einer Maßnahme zur systematischen Ermordung von Juden und Roma des Generalgouvernements – eingesetzt (Berger, 2014; Daub, 1992; Peter & Neugebauer, 2002). Das Töten von Bedürftigen endete damit nicht mit dem Stopp der Aktion T4 – lediglich dessen Organisation änderte sich.

Über 70.000 Menschen fielen der Tötung von für die Nationalsozialisten „lebensunwertem Leben“ im Rahmen der Aktion T4 zum Opfer (Kaminsky, 2014; Meyer, 1989). Die Darstellung der Prozesse hinter der „Euthanasie-Aktion“ hat gezeigt, dass jeder einzelne Schritt systematisch überlegt und vorbereitet und somit auch die Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit dazu strategisch geplant wurde. Dazu gehörte eine

intensive Propagandaarbeit, welche Kranke enthumanisierte, deren Entfernung aus dem „Volkskörper“ zu rechtfertigen suchte und dazu zumindest eine stillschweigende Zustimmung herstellen sollte (Welch, 2004).

Die Züchtung „lebenswerten“ Lebens

„Heilig soll uns sein jede Mutter deutschen Blutes“ (zitiert nach Lenhart, 2013, S. 11). Unter diesem Leitspruch wurde der Verein Lebensborn gegründet. Neben der Auszeichnung gebärfreudiger Frauen mit dem Mutterkreuz und der finanziellen Unterstützung kinderreicher Familien, war der Lebensborn e. V. eine weitere Maßnahme zur Förderung des „arischen“ Geburtenwachstums (Seidler, 1990). Die Tätigkeiten des Lebensborn e. V. zählen überwiegend zur „positiven Eugenik“, wobei der Lebensborn indirekt auch an der Kinder-„Euthanasie“ beteiligt war, da Kinder mit Behinderungen aus Lebensbornheimen teilweise direkt in Tötungsanstalten gebracht wurden (Lilienthal, 1989).

Gründung und Aufgaben

Der Lebensborn e. V. wurde am 12. Dezember 1935, auf Geheiß des Reichsführers der Schutzstaffel (SS) Heinrich Himmler, von zehn namentlich nicht bekannten SS-Führern in Berlin gegründet (Lilienthal, 2008a). Die Eintragung als Verein hatte juristische Gründe und ermöglichte den Erwerb von Immobilien (Maiwald & Mischler, 1999). In der Vereinssatzung wurden folgende Aufgaben des Lebensborn definiert:

- „1. Rassisch und erbbiologisch wertvolle, kinderreiche Familien zu unterstützen,
2. Rassisch und erbbiologisch wertvolle werdende Mütter unterzubringen und zu betreuen, bei denen nach sorgfältiger Prüfung der eigenen Familie und der Familie des Erzeugers durch das Rasse- und Siedlungshauptamt-SS anzunehmen ist, daß gleich wertvolle Kinder zur Welt kommen;
3. für diese Kinder zu sorgen;
4. für die Mütter der Kinder zu sorgen.“ (Lilienthal, 2008a, S. 43)

Anlass für die Gründung war der seit dem Ersten Weltkrieg verzeichnete Geburtenrückgang und die damit einhergehende Befürchtung des Untergangs der „nordischen Rasse“ (Eckart, 2012; Seidler, 1990). Heinrich Himmler sah sich als Reichsführer einer Organisation, die wie keine andere vom Rassenwahn der Nationalsozialisten geprägt war, dazu auserkoren, das deutsche Volk vor diesem Schicksal zu bewahren und zu seiner „Aufordnung“ beizutragen (Lilienthal,

2008a). Er machte Geschlechtskrankheiten, Homosexualität und insbesondere Abtreibungen für die Kinderarmut verantwortlich (Thompson, 1971). Die geschätzte Zahl von 600.000 – 800.000 Abtreibungen pro Jahr führte Himmler vorrangig auf die Schwangerschaften lediger Frauen zurück, die sich nun den christlichen Moralvorstellungen der damaligen Zeit ausgesetzt sahen (Lilienthal, 2008a).

Beim Lebensborn handelte es sich jedoch keinesfalls um eine Wohltätigkeitsorganisation. Vielmehr wurde die missliche Lage von Schwangeren ausgenutzt (Lilienthal, 2008a). Dies zeigte sich unter anderem darin, dass dieser Schutz ausschließlich Frauen vorbehalten wurde, von denen „rassisch wertvoller“ Nachwuchs zu erwarten war (Lilienthal, 2008a). In diesen Zusammenhang ist auch der „Zeugungsbefehl“ Heinrich Himmlers vom 28. Oktober 1939 einzuordnen, in dem er deutsche Frauen „guten Blutes“ dazu aufforderte, auch außerhalb der Ehe „[...] Mütter der Kinder ins Feld ziehender Soldaten zu werden.“ (Hein, 2015, S. 57 – 58).

Das Heim „Hochland“ war das erste Entbindungsheim des Lebensborn und eröffnete am 15. August 1936 in Steinhöring bei München (Seidler, 1990). Es bot Platz für 50 Mütter und 109 Kinder (Lilienthal, 2008a). Die Leitung übernahm der Allgemein- und ehemalige Familienarzt Himmlers, Gregor Ebner, der seit 1931 Mitglied der SS war und innerhalb kürzester Zeit zum ärztlichen Leiter des gesamten Lebensborn aufstieg (Lilienthal, 1988). Bis zum Kriegsende wurden, verteilt über das ganze Reichsgebiet, acht weitere Entbindungs- sowie vier Kinderheime vom Verein Lebensborn in Betrieb genommen, oftmals in Gebäuden aus „arisiertem“ Besitz (Lilienthal, 2008a). Unter Ebners Aufsicht wurden die einzelnen Lebensbornheime von SS-Ärzten geführt, die jedoch – wie Ebner selbst – meist über keine ausreichende Qualifikation im Bereich der Gynäkologie beziehungsweise Pädiatrie verfügten (Lilienthal, 2008a). Die Finanzierung des Lebensborn erfolgte vor allem aus Spenden und Mitgliedsbeiträgen (Lilienthal, 2008a). Bis Kriegsende stieg die Mitgliederzahl auf etwa 17.000 Personen – für SS-Offiziere war die Mitgliedschaft verpflichtend (Clay & Leapman, 1997). Zudem wurden die Kosten für den Heimaufenthalt und die Verpflegung den Kindsvätern in Rechnung gestellt und durch Leistungen der Krankenkassen gedeckt (zum Beispiel Wochengeld), die die Mütter dem Verein überlassen mussten (Lilienthal, 2008a).

Aufnahmebedingungen und Auswahl

Da nach Himmlers Vorstellungen in den Lebensbornheimen Deutschlands Zukunft heranwachsen sollte, wurde über die Heimaufnahme der Mütter nach strengen rassistischen und erbbiologischen Kriterien entschieden (Koop, 2007). Zu den Antragsformalitäten zählten eine „Ahnentafel“, die idealerweise bis zum 1. Januar 1800 zurückreichte, ein „Erbgesundheitsbogen“, mit Angaben über mögliche „erbliche familiäre Belastungen“, sowie ein ärztlicher Untersuchungsbogen, der die gesundheitliche und „rassische“ Eignung nachwies (Maiwald & Mischler, 1999). Darüber hinaus ein Fragebogen, in dem Angaben zur Person, wie zum Beispiel Beruf, Krankenversicherung und Parteizugehörigkeit beantwortet werden mussten. Darin wurde auch beispielsweise erfragt, ob die Frauen eine Eheschließung mit dem Kindsvater beabsichtigen und welche Gründe gegebenenfalls dagegensprechen (Lilienthal, 2008a). Des Weiteren wurden ein handgeschriebener Lebenslauf, eine Ganzkörperfotografie der Bewerberin sowie die eidesstattliche Versicherung, dass der von ihr besagte Mann tatsächlich der Kindsvater sei, gefordert (Lilienthal, 2008a). Alle Unterlagen mussten sowohl von der Mutter als auch vom Vater, der somit bekannt sein musste, bei der Verwaltungszentrale vorgelegt werden (Lilienthal, 2008a). Ausschlusskriterien waren unter anderem eine Körpergröße unter 155cm, schwere körperliche sowie geistige Beeinträchtigungen, Geschlechtskrankheiten und „ekeleerregende“ Hautekzeme (Lilienthal, 2008a).

Die Auswahl nach gesundheitlichen und äußerlichen Voraussetzungen, sollte durch die Bewertung des Charakters vervollständigt werden, wozu das Verhalten der Frauen während des Heimaufenthaltes genau beachtet wurde (Lilienthal, 1989). Aus diesem Anlass wurden 1938 Fragebögen eingeführt, die von den Heimleitern und den Oberschwestern ausgefüllt wurden und für den Reichsführer-SS bestimmt waren. Anhand dieser sogenannten RF-Fragebögen (RF für Reichsführer) wurden die Fähigkeiten der jeweiligen Frau als Mutter sowie ihre „rassische“ Tauglichkeit beurteilt (Lilienthal, 2008a). Sie wurden ohne Kenntnis der Mütter angefertigt und waren streng geheim (Lilienthal, 1989). Neben der Gesinnung der Frauen und ihrem Benehmen wurde beispielsweise auch festgehalten, ob sich die Frauen noch weitere Kinder wünschten (Lilienthal, 2008a). Mit beiliegenden Informationen zum Kindsvater und zum Kind, gingen die ausgefüllten Fragebögen an die Zentrale in München, wo „rassische Gesamtnoten“ für Mütter und Väter gebildet wurden (Lilienthal, 1989). Himmler

hatte hierfür ein eigenes Bewertungsschema entwickelt und ließ sich jeden Fragebogen zur Kontrolle vorlegen (Lilienthal, 2008a). Sein Benotungssystem, das er im Laufe der Jahre immer wieder modifizierte, umfasste die folgenden drei Kategorien: „I = vollkommen der Auslese der SS entsprechend, II = guter Durchschnitt, III = der Auslese nicht mehr entsprechend“ (Lilienthal, 2008a, S. 97).

Leben im Heim und Zwangsgermanisierung

Der Einzug in ein Lebensbornheim war für ledige Frauen möglich, sobald die Schwangerschaft sichtbar wurde (Seidler, 1990). Auf Wunsch der Eltern sorgte der Verein zudem für eine Geheimhaltung der Entbindung (Maiwald & Mischler, 1999). Hierfür war es jedoch nötig, geltende Vorschriften, wie zum Beispiel die polizeiliche Meldepflicht des aktuellen Aufenthaltsortes und die Meldung der Geburt beim Standesamt, zu umgehen (Lilienthal, 2008a). So verfügten die Lebensbornheime über eigene polizeiliche Meldestellen sowie eigene Standesämter (Seidler, 1990). Zuweilen versorgte der Verein die Frauen sogar mit Deckadressen, so dass ihr tatsächlicher Aufenthaltsort nicht bekannt wurde (Maiwald & Mischler, 1999). Schon allein aufgrund der Verschleierung außerehelicher Schwangerschaften, wurde in den Heimen auf eine Gleichstellung lediger und verheirateter Frauen geachtet (Lilienthal, 2008a). So wurden alle Mütter mit „Frau“ anstatt „Fräulein“ angesprochen, um ihren Personenstand nicht zu offenbaren (Maiwald & Mischler, 1999).

Die Aufenthaltsdauer der Frauen in den Heimen war sehr verschieden (Lilienthal, 2008a). Verheiratete Mütter verblieben oftmals nur für die Geburt und das Wochenbett in den Einrichtungen, wohingegen ehelose Mütter im Schnitt bis zu zwei Monate nach der Geburt dort verweilten (Lilienthal, 2008a). Dies hing vor allem mit der, von der Vereinsführung vorgeschriebenen, Stillpflicht zusammen, da man davon ausging, dass die Stilldauer mit einer Verringerung der Säuglingssterblichkeit einhergehe (Clay & Leapman, 1997). Während ihrer Zeit in den Lebensbornheimen übernahmen die Frauen leichte Aufgaben im Haus und wurden in Haushaltsführung sowie Säuglingspflege unterrichtet (Lilienthal, 2008a). Darüber hinaus wurde die Gelegenheit genutzt, die Mütter für die nationalsozialistische Ideologie zu indoktrinieren (Clay & Leapman, 1997). Dreimal wöchentlich hielten die Heimleiter weltanschauliche Schulungen ab, in denen Propagandafilme gezeigt, Reden von Parteigrößen angehört und Parteilieder gesungen wurden (Clay &

Leapman, 1997).

Das gesunde, „rassisch wertvolle“ Kind wurde als angebrachte Entlohnung für die aufgebrachten Mühen des Vereins angesehen und in der sogenannten „Namensgebung“ erfolgte die feierliche Aufnahme des Nachwuchses in die „SS-Sippengemeinschaft“ (Lilienthal, 1988). Die Zeremonie, die die christliche Taufe ersetzte, führte der Heimleiter durch (Lilienthal, 2008a). Hierbei berührte er den Säugling mit einem SS-Dolch und sagte: „Ich nehme dich hiermit in den Schutz unserer Sippengemeinschaft und gebe dir den Namen – –! Trage diesen Namen in Ehren!“ (Lilienthal, 2008a, S. 100). Außerdem wurde jedem Kind ein SS-Pate an die Seite gestellt, der sich in die Erziehung seines Patenkindes einbringen sollte (Lilienthal, 2008a).

Für uneheliche Kinder übernahm der Verein Lebensborn die Vormundschaft und sorgte unter anderem dafür, dass die Kindsväter ihrer Unterhaltspflicht nachkamen (Seidler, 1990). Bei Bedarf suchte der Verein eine geeignete Pflege- oder Adoptivfamilie, die nach der Wunschvorstellung Himmlers aus den Reihen der SS kommen sollte (Seidler, 1990). Eine Adoption wurde jedoch aus ideologischen Gründen als letztes Mittel angesehen, weshalb großen Wert darauf gelegt wurde, dass das Kind auf lange Sicht bei seiner Mutter aufwuchs (Lilienthal, 2008a). So wurden bis Kriegsende nur circa 100 durch den Lebensborn eingeleitete Adoptionen verzeichnet (Lilienthal, 2008a). Damit die Frauen in der Lage waren den Lebensunterhalt für sich und ihr Kind zu verdienen, unterstützte sie der Lebensborn bei der Arbeitsplatzsuche, was in der damaligen Zeit für unverheiratete Mütter jedoch relativ schwierig war (Lilienthal, 2008a). Hierbei wurde darauf Rücksicht genommen, dass die neue Arbeitsstelle nicht zu weit entfernt vom Aufenthaltsort des Kindes war, um regelmäßige Besuche zu ermöglichen (Lilienthal, 2008a). Oftmals wurden die ehemaligen Heimbewohnerinnen auch vom Lebensborn selbst eingestellt, um damit den zunehmenden Bedarf an Arbeitskräften (wie Stenotypistinnen, Krankenpflegerinnen, Kindergärtnerinnen, etc.) zu decken (Lilienthal, 2008a). In der Regel verbrachten die unehelichen Kinder die ersten einhalb Lebensjahre im Heim, bis sich ihre Mütter selbst um sie kümmern konnten oder ihr Einverständnis für die Vermittlung in eine Pflegefamilie gaben (Lilienthal, 2008a).

Die Grausamkeit der nationalsozialistischen Rassen-

lehre, die „rassisch wertvolle“ Menschen glorifizierte und „Minderwertige“ gnadenlos „ausmerzte“, offenbarte sich im Lebensborn in besonderer Weise bei der Geburt eines Kindes mit Behinderung (Lilienthal, 2008a). Nach einer solchen Geburt wurden beide Elternteile und deren Familien wiederholt auf Erbkrankheiten hin überprüft (Lilienthal, 2008a). Aufgrund der Kriegswirren war jedoch eine genaue erbgesundheitliche Untersuchung nicht möglich, so dass man sich vorerst mit dem Versprechen der Eltern auf weiteren Nachwuchs zu verzichten, zufriedengab (Lilienthal, 1989). Den betroffenen Kindern blieb eine Vormundschaft durch den Lebensborn verwehrt und sie wurden aus den Heimen entlassen (Lilienthal, 1989). Litten die Kinder allerdings unter einer schweren, vor allem geistigen Beeinträchtigung, wurde ihnen damit auch ihre Existenzberechtigung abgesprochen (Lilienthal, 1989). Als „lebensunwertes Leben“ diffamiert, wurden sie in speziellen Einrichtungen auch nach dem offiziellen Stopp des Krankenkassenprogramms 1941 getötet (Lilienthal, 1989).

Mit der Besetzung weiter Teile Nord- und Westeuropas durch die Wehrmacht, ging auch die Expansion des Lebensborn einher (Lilienthal, 2008a). Da große Teile der norwegischen Bevölkerung dem als ideal imaginierten Phänotyp entsprachen, stand Norwegen besonders im Fokus des SS-Vereins (Lilienthal, 2008a). Bis Kriegsende führte der Lebensborn dort neun Entbindungs- und Kinderheime, in denen vor allem die unehelichen Kinder von Norwegerinnen und deutschen Soldaten betreut wurden. Insgesamt kamen in diesen Heimen rund 6.000 Kinder zur Welt, von denen etwa 200 – 250 in deutsche Heime gebracht und weiter in Pflegefamilien vermittelt wurden (Lilienthal, 2008a).

Östlich der deutschen Grenzen von 1937 wurde der „Rassenkampf“ früh mit radikaleren Mitteln geführt (Lilienthal, 2008a). Hierzu gehörte auch die Verschleppung überwiegend polnischer Kinder, die auf Geheiß Himmlers auch in Lebensbornheime aufgenommen wurden (Clay & Leapman, 1997). Die rechtliche Grundlage und Rechtfertigung für dieses Vorgehen lieferte Himmler selbst mit seiner Anordnung Nr. 67/I vom 19. Februar 1942 (Lilienthal, 2008a). Darin behauptete er, „dass die Polen ehemals systematisch alle Waisen Kinder, die von volksdeutschen Eltern stammten, als „Findelkinder“ in polnische Waisenhäuser oder in polnische Pflegefamilien gebracht hätten“ (Koop & Mühle, 2007, S. 169). Diese Kinder müssten nun, nach einem

„rassischen“ und psychologischen Ausleseverfahren, „dem Deutschtum wieder zugeführt werden“ (Lilienthal, 2008a, S. 208). Die rassische Begutachtung erfolgte durch eine Außenstelle des Rasse- und Siedlungshauptamtes der SS (RuSHA) in Litzmannstadt (Lilienthal, 2008a). Über verschiedene Zwischenstationen gelangten die als „eindeutschungsfähig“ erfassten Kinder letztlich in den Lebensborn, der als Abnahmestelle für die Zwei- bis Sechsjährigen fungierte und diese beizeiten in deutsche Pflegefamilien vermitteln sollte (Lilienthal, 2008a). Sieben- bis zwölfjährige Kinder wurden hingegen in „Deutschen Heimschulen“ untergebracht (Lilienthal, 2008a). Man war bestrebt die Kinder ihrer polnischen Nationalität zu berauben und sie zu „guten Deutschen“ zu erziehen (Lilienthal, 2008a). So mussten die Kinder Deutsch lernen, durften nicht mehr in ihrer Muttersprache kommunizieren und wurden gezwungen Nazilieder zu singen (Clay & Leapman, 1997). Zudem bekamen sie deutsche Namen und neue Geburtsurkunden (Lilienthal, 2008a). Bis 1945 war der Lebensborn an der Zwangsgermanisierung von mindestens 350 Kindern aus Ost- und Südosteuropa maßgeblich beteiligt (Lilienthal, 2008a).

Sowohl der Verein Lebensborn als auch die Aktion T4 wurden genaustens geplant und vorbereitet. Dazu gehörte auch eine intensive Propagandaarbeit (Welch, 2004). Doch wie funktionierte diese „Öffentlichkeitsarbeit“ genau? Das wird im nächsten Kapitel beleuchtet.

4 Nationalsozialistische Propaganda

Der Begriff „Propaganda“ (lat. ausbreiten, austreuen) kann im Allgemeinen als ein „Versuch der gezielten Beeinflussung des Denkens, Handelns und Fühlens von Menschen“ (Bundeszentrale für politische Bildung, 2012) definiert werden. Für die Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei (NSDAP) stellte „Propaganda“ einen der zentralen Begriffe dar, den die NSDAP in Bezug auf sich selbst verwendete (Welch, 2004; Zimmermann, 2006). Der Propagandabegriff wurde zunehmend politisiert und stellte eine kommunikative Technik dar, die zuvor festgelegte politische Ziele fokussierte und dafür bestimmte Strategien einsetzte – heute würde man sie als eine Form der politischen Kommunikation einordnen (Bussemer, 2005). Das Wort wurde von den Nationalsozialisten lediglich in Verbindung mit dem eigenen Verhalten verwendet, wenn die Propaganda von Gegnern oder Feinden ausging, wurde dies nicht als „Propaganda“, sondern als „Hetze“ betitelt (Zimmermann, 2006, S. 433).

Propaganda kann zudem als Zwangskommunikation verstanden werden, denn wenn bestimmte propagierte Handlungen nicht ausgeführt werden, drohte eine Sanktionierung. Ein weiteres Merkmal ist, dass Propaganda versuchte das Mediensystem beispielsweise durch Zensur oder Gleichschaltung zu unterwerfen (Bussemer, 2005).

Der Ausdruck Propaganda wurde außerdem von Begriffen wie „Werbung“, „Überredung“ und „Reklame“ abgegrenzt (Zimmermann, 2006, S. 433). Welche Rolle Propaganda für den Aufstieg Hitlers und die Durchsetzung nationalsozialistischer Gedankengutes hatte, spiegelt folgendes Zitat wider: „Das Genie des Nationalsozialismus war Propaganda. Ihr verdankte er nicht nur seine bedeutendsten Triumphe, sie war auch sein einziger originärer Beitrag zu den Bedingungen seines Aufstiegs und stets mehr als bloßes Machtinstrument: Propaganda war ein Teil seines Wesens“ (Fest, 1997 zitiert nach Breil, 2006, S. 102). Unter dem Leiter des Reichsministeriums für Volksaufklärung und Propaganda Joseph Goebbels, rückten Propaganda- programme immer mehr in den Vordergrund, wobei das Propagandaministerium ab Beginn des Zweiten Weltkrieges die vollkommene Kontrolle über alle Informationsmedien übernahm (Welch, 2016). Welche Ziele die nationalsozialistische Propaganda verfolgte, auf welche Zielgruppen sie abgestimmt war und welche Medien und Strategien eingesetzt wurden, soll in den nächsten Kapiteln thematisiert werden.

Ziele

Propaganda zielt darauf ab, bei den Adressaten eine spezifische Wahrnehmung von Ereignissen oder Meinungen hervorzurufen, so dass neue Informationen entsprechend der propagierten Ideologie eingeordnet und bewertet werden (Bussemer, 2013). Dies kann langfristig zu einer Manipulation der eigenen Weltsicht zugunsten der propagierten Ideologie führen (Bussemer, 2013). Im Nationalsozialismus wurde Propaganda unter anderem eingesetzt, um die Gegner zu diffamieren und politische beziehungsweise militärische Maßnahmen zu rechtfertigen. Propaganda zielte dabei auf Persuasion ab – Menschen sollten in ihrer Einstellung bekräftigt oder überzeugt werden, eine bestimmte Einstellung anzunehmen und nach dieser zu handeln (Bussemer, 2005). Versuchte Meinungsvorgaben und -steuerungen durch die Nationalsozialisten haben zu einer Verunsicherung des Volkes geführt, eine Rechtfertigung von Apathie und Empathieverzicht geliefert und zudem unterstützt, um

durchgehend vorhandene Ängste und Schuldgefühle zu „betäuben“ (Sösemann & Lange, 2011).

Durch den Einsatz von Propaganda sollte zudem rassenhygienisches Gedankengut verbreitet und die Akzeptanz der eingesetzten Maßnahmen gefördert werden (Breil, 2006). Außerdem wollten die Nationalsozialisten die deutsche Gesellschaft restlos umstrukturieren, so dass die vorherrschenden Klassen- und Religionsgemeinschaften durch ein neues nationales Bewusstsein ersetzt werden würden (Welch, 2004). Um dies zu erreichen, wurden verschiedene Instrumente und Botschaftsstrategien verwendet, wobei sich die NS-Propaganda an den Leitvorstellungen orientierte, die Hitler schon in „Mein Kampf“ verfasst hatte (Welch, 2016). Diese sollen im Folgenden beispielhaft dargestellt werden, um einen ersten Einblick in die „Propaganda-Arbeit“ der NSDAP zu bekommen.

Botschaftsstrategien

Im Gegensatz zur heutigen Zeit, in der sich politische Parteien mehr oder weniger strikt an eigene strategische Kommunikationskonzepte halten, hatten die Nationalsozialisten nie ein verbindliches Propagandakonzept. Jedoch fällt auf, dass auch damals schon verschiedene Strategien in der NS-Kommunikation Anwendung fanden, so benutzte beispielsweise Goebbels verschiedene Kommunikationsstrategien (Bussemer, 2005).

Die Propaganda der Nationalsozialisten war unter anderem durch sehr viele Wiederholungen geprägt (Bussemer, 2005; Klemperer & Fröhlich, 2018) und enthielt viele Visualisierungen (Diehl, 2006). Zudem wurde die Vermittlung kollektiver Emotionalität als eine Strategie eingesetzt, um das Zugehörigkeitsgefühl zur „NS-Volksgemeinschaft“ zu stärken (Sösemann & Lange, 2011). Auffällig sind außerdem Hitlers Inszenierungen: beispielsweise hat er der Presse im September 1935 verboten, über seine nicht-offiziellen Reisen und Reiserouten zu berichten, denn angeblich würde er durch „begeisterte Menschenmassen“ bei der Ausführung seiner Pflichten eingeschränkt werden (Sösemann & Lange, 2011). Es lässt sich eine deutliche Symbolstrategie, aber auch eine bewusste Zielgruppenansprache erkennen (z. B. Verleihung des Mutterkreuzes an Mütter), die zum Aufgabenkatalog der NS-Propagandisten gehörten (Bussemer, 2005).

Die Produktion und Verbreitung von Ideal- und Feindbildern stellten eine weitere wesentliche Strategie

der NS-Propaganda dar. Hierbei lag der Fokus auf der Vermittlung gegensätzlicher Körperbilder (Diehl, 2006). Zur Ideologisierung der Realität wurde immer wieder auf die Darstellung von Gegensätzen zurückgegriffen (Bussemer, 2005). Dies zeigt sich beispielsweise an Gegenüberstellungen von „gut“ und „böse“ oder von „Erbgesunden“ und „Erbkranken“. Der Blick der Betrachter und Betrachterinnen sollte für die Differenzierung zwischen „rassisch wertvollen“ und „minderwertigen“ Körpern geschult werden, so dass die „rassische“ Qualität des Körpers intuitiv erkannt wurde (Diehl, 2006). Das ideale Körperbild wurde durch den großen, blonden, blauäugigen „Arier“ visualisiert, der als Vorlage für die Schaffung eines „neuen Menschen“ galt. Mit der Darstellung der körperlichen Versehrtheit von sogenannten Minderwertigen oder „Erbkranken“ sollte hingegen ein negatives Körperbild transportiert sowie die Fürsorge für die eigene körperliche Gesundheit gestärkt werden (Diehl, 2006). Diese Ideologisierungen wurden oftmals mit spezifischen Handlungsaufforderungen verknüpft (Bussemer, 2005). Charakteristisch ist hierbei eine hysterische und anklagende Appellsprache, die Klemperer und Fröhlich (2018, S. 33) auch als „herausschreiend“ und „laut“ betiteln. Diese Merkmale zeigen sich vor allem in Hitlers Reden, sind jedoch auch auf Plakaten und Flugblättern klar erkennbar, denn im Nationalsozialismus entsprach die geschriebene der gesprochenen Sprache (Klemperer & Fröhlich, 2018).

Eine Strategie, die sich sowohl stringent durch die Aktion T4 und als auch durch den Verein Lebensborn zog, war die Täuschung. Die Täuschung ist in der strategischen Kommunikation sehr beliebt und findet zum Beispiel alltäglich in der Werbung Anwendung (Thummes, 2013). Das Ziel der Täuschung besteht darin, die Adressaten bewusst in die Irre zu führen, indem Informationen manipuliert oder unvollständig dargelegt werden (Thummes, 2013). Zu den Unterformen der Täuschung zählen beispielsweise die Lüge und die Geheimhaltung beziehungsweise Verschleierung (Thummes, 2013). Im Rahmen der Aktion T4 wurde ein großer bürokratischer Aufwand betrieben, um die Ermordung von über 70.000 Menschen systematisch zu verschleiern. Zudem wurden diese Täuschungs- und Verschleierungsstrategie eingesetzt, um nicht gerechtfertigte Pflegegelder zu erhalten, die zur Finanzierung der Massenmorde beitrugen. So wurden sämtliche Schreiben formularartig verfasst, die in ihren Details regional und zeitlich variierten, jedoch grundsätzlich dieselbe Argumentation enthielten (Lilienthal, 2008b). Diese Strategie zeichnete sich auch im Verein

Lebensborn eindeutig ab, der über eigene Standesämter verfügte, welche dafür sorgen sollten, dass niemand außerhalb der Heime von den Geburten erfuhr (Seidler, 1990). Auch versuchte man außereheliche Schwangerschaften zu verschleiern, indem alle Mütter mit „Frau“ an Stelle von „Fräulein“ angesprochen wurden (Maiwald & Mischler, 1999).

Die gezielte Täuschung und Manipulation zog sich nicht nur durch die Organisation der Aktion T4 und des Vereins Lebensborn, sondern wurde zum Beispiel auch auf Plakaten, Flugblättern und in den Printmedien eingesetzt. Hierbei wurden Sprache und Bild so manipuliert, dass neue Assoziationen zwischen positiven und negativen Überzeugungen zu bestimmten Themen hergestellt wurden. Dies kann entweder durch eine Verfälschung der Fakten oder durch eine gezielte Manipulation von textlichen und bildlichen Darstellungen geschehen. Es wird dabei versucht Botschaften und Handlungsanweisungen zu neutralisieren und resultierende Schlussfolgerungen als offensichtlich anzusehen (Bussemer, 2005). Propaganda benötigt ein Medium, das die Verbreitung ihrer Botschaften ermöglicht (Bussemer, 2005) – welche verschiedenen Kommunikationskanäle verwendet wurden, um die gesundheitsbezogene Propaganda der Nationalsozialisten zu verbreiten, soll nun thematisiert werden.

Instrumente und Kommunikationskanäle

Vor allem Printmedien wie Tages- und Wochenzeitungen oder Plakate nahmen eine zentrale Rolle in der NS-Zeit ein (Zimmermann, 2006). Einem Klavier gleich sollte nach Joseph Göbbels, Propaganda ein Instrument der Regierung sein (Kübler, 2009). Es wird deutlich, welche Rolle den Medien im Nationalsozialismus zukam. Sie dienten weder der eigenen Meinungsbildung noch der Information des Volkes, sondern waren ein Propagandainstrument des Regimes und wurden durchgehend durch dieses überwacht (Kübler, 2009). Denn das Propagandaministerium übernahm seit Beginn des Zweiten Weltkrieges die vollkommene Kontrolle über alle Informationsmedien (Welch, 2016). Zensur und Kontrolle waren somit ein fester Bestandteil der nationalsozialistischen Medienlandschaft. Die Zentraldienststelle bestimmte beispielsweise, was die Presse publizieren durfte (Klemperer & Fröhlich, 2018). Dadurch, dass nur bestimmte (wenige) Personen darüber entschieden, was gesagt und geschrieben werden durfte, kann die damalige Sprache als „arm“ und eintönig betitelt werden. Denn aufgrund fehlender

unabhängiger Alternativen in der Medienlandschaft mussten sich alle an denselben „Vorbildern“ orientieren (Klemperer & Fröhlich, 2018).

Zu bereits bekannten Medien, kamen neue Kanäle wie Radio und Film hinzu, vor allem der Hörfunk gewann innerhalb weniger Jahre immens an Bedeutung (Hickethier, 2009). Joseph Goebbels schätzte den Rundfunk. So pries er ihn in einer Rede am 25. März 1933 als „eine außerordentlich ernste Angelegenheit [...]. Ich halte den Rundfunk für das allermodernste und für das allerwichtigste Massenbeeinflussungsinstrument, das es überhaupt gibt“ (Goebbels, 1933, 00:28 – 00:50).

Im Laufe der Zeit wurde der Rundfunk weiter ausgebaut und dessen Reichweite besonders durch den Volksempfänger, ein durch die Nationalsozialisten entwickeltes Radiogerät, immens erhöht (Adena et al., 2015; Hickethier, 2009). Der Volksempfänger stellte ein erschwingliches Radiogerät dar, das für die „Volksgemeinschaft“ entwickelt wurde (Welch, 2004). Dabei wurde das Gerät als ein Symbol für die Errungenschaften des Volkes inszeniert (Welch, 2004). Eine der beliebtesten Radiosendungen der NS-Zeit, war das Format „Wunschkonzert“, in dem unter anderem Schlager, volkstümliche Musik und Humoristisches gesendet wurde (Koch, 2003). Auch wenn der Inhalt dieser Sendung auf den ersten Blick harmlos erscheint, sollte er doch zur Beeinflussung der Hörer und Hörerinnen eingesetzt werden (Koch, 2003). Einerseits sollten die Heimatliebe und die Gemeinschaft gestärkt werden, andererseits wurde eine kurze gedankliche Flucht aus dem Kriegsalltag ermöglicht (Koch, 2003).

Neben dem Radio und verschiedenen Printmedien, galt auch der Film als ein zentrales nationalsozialistisches Propagandamittel, wobei jedes Medium auf seine eigene Art überzeugen konnte (Kübler, 2009). Vor allem Ende der 1930er Jahre stieg die Nachfrage nach Filmen in der Bevölkerung (Zimmermann, 2006). In Propaganda- wie Unterhaltungsfilmen wurde „Erbkranke“ enthumanisierendes Gedankengut vermittelt, so beispielsweise in den Kultur- und Dokumentarfilmen „Die Sünden der Väter“ (1935), „Was du ererbet...“ (1936) oder „Opfer der Vergangenheit“ (1937), die zunächst nur innerhalb der Partei als eine Art Schulungsmaterial eingesetzt wurden (Kaminsky, 2014). [„Ich klage an“ \(1941\)](#) stellte dann den ersten Spielfilm dar, der als Propagandainstrument gegen sogenannte „Ballastexistenzen“ in Kinos aufgeführt wurde (Kaminsky, 2014). Auch feierliche Zeremonien wie Märsche oder Paraden und

Festlichkeiten in Schulen oder am Arbeitsplatz wurden abgehalten, um die NS-Propaganda in den Alltag der Bevölkerung zu integrieren (Zimmermann, 2006). Dabei wurde „rassisches“ und „völkisches“ Gedankengut mit traditionellen, und lokalen Elementen kombiniert (Zimmermann, 2006). In diesem Kontext spielten auch Propagandalieder eine bedeutende Rolle (Kater, 1979; Zimmermann, 2006).

Zudem waren Gesundheitsausstellungen immer noch ein vorherrschendes Medium in dieser Zeit, die eine zweifache Funktion erfüllten – einerseits sollte die individuelle Gesundheit verbessert werden, andererseits rückte eine Verbesserung der Gesundheit des „Volkskörpers“ immer mehr in den Vordergrund. In NS-Ausstellungen standen dabei die Vererbungslehre, Rassenhygiene und dabei vor allem die deutsche „Rasse“ im Fokus (Weinert, 2017). Flankierend wurden finanzielle Anreize für die „rassisch wertvolle“ Bevölkerung, wie beispielsweise Kindergeld und ein Ehestandsdarlehen für Ehepaare angeboten, die einer „wertvollen Rasse“ angehörten (Frei, 2009). Die pronatalistische Politik des nationalsozialistischen Regimes nutze auch symbolische Gratifikationen, wie das Mutterkreuz – ein Orden, der kinderreichen, deutschen Müttern verliehen wurde (Weyrather, 1993).

Zielgruppen

Über die Printmedien, den Rundfunk oder Kinofilme wurde die breite Masse angesprochen. Darüber hinaus gab es jedoch auch spezifische Zielgruppen, wie beispielsweise die Jugend und (werdende) Mütter, die aufgrund ihrer elementaren Rolle im Nationalsozialismus direkt adressiert wurden.

Eine Zielgruppe für die nationalsozialistische Propaganda stellte die Jugend dar (Welch, 2004). Die Intention der Nationalsozialisten war es, Jugendliche in jeder einzelnen Entwicklungsstufe zu beeinflussen (Welch, 2004). Dies setzte die NSDAP mithilfe von Organisationen wie dem „Bund Deutscher Mädel“ oder der „Hitlerjugend“ um (Breil, 2006; Kater, 1979). Dort wurde ihnen unter anderem die Zugehörigkeit zu einer vermeintlich „rassisch wertvollen Volksgemeinschaft“ vermittelt (Welch, 2004). Außerdem wurde auch der Schulunterricht dafür genutzt, um nationalsozialistisches Gedankengut zu verbreiten (Kater, 1979). Schaubilder und Schulbücher wurden gezielt entworfen, um rassenhygienische Vorstellungen auch den Jüngsten in der Gesellschaft näherzubringen. Unter anderem wurde ideologisches und rassenhygienisches Gedankengut im Rahmen von

Lesebüchern, Rechenaufgaben und im Biologieunterricht verbreitet (Flessau, 1984).

Eine weitere Zielgruppe stellten Frauen, insbesondere (werdende) Mütter, dar. Das Frauenbild war im Nationalsozialismus klar mit der Mutterrolle assoziiert. Frauen sollten durch das Gebären möglichst vieler Kinder zum Fortbestand der „arischen Rasse“ beitragen (Kipp, 2000). Finanzielle Anreize, wie beispielsweise Steuererleichterungen und die Verleihung des Mutterkreuzes sollten dabei die Gebärfreudigkeit steigern (Kipp, 2000). Die zentrale Aufgabe der Mütter bestand darin, die Kinder im Sinne des Nationalsozialismus zu versorgen und zu erziehen (Kipp, 2000). Mütterschulungen und Mütter-Ratgeber sollten Frauen in Pflorgetechniken, Ernährung und Erziehung unterweisen (Brockhaus, 2006). Gleichzeitig wurde darin jedoch auch die NS-Ideologie vermittelt. So wurde darin unter anderem propagiert, dass der Verzicht auf Ehe und Fortpflanzung verpflichtend sei, wenn man sich der eigenen „Erbgesundheit“ nicht ganz sicher war (Brockhaus, 2006).

Beispiele: Botschaftsinhalte

Die Vermittlung der von den Nationalsozialisten gewünschten „neuen Volksgemeinschaft“ und die Schaffung eines Zugehörigkeitsgefühls zu dieser Einheit waren zentrale Aspekte der NS-Propaganda (Welch, 2004). Gleichzeitig machten die Nationalsozialisten auch deutlich, wer in dieser „neuen Volksgemeinschaft“ unerwünscht war, darunter „Erbkranke“ und sogenannte „Asoziale“ (Wildt, 2012a). Zudem stand in der nationalsozialistischen Idee der Gemeinnutz im Vordergrund, wohingegen der individuelle Nutzen untergeordnet wurde (Welch, 2004). Die „Volksgemeinschaft“ kann dabei als Abgrenzung von gesellschaftlicher Zugehörigkeit und Ausgrenzung angesehen werden, wobei die Idee der „Volksgemeinschaft“ eine utopische Zielsetzung darstellte, die jedoch gleichzeitig als Legitimationsgrundlage für die Einmischung in das Leben der Menschen diente (Weinert, 2017). Solche Botschaftsinhalte wurden beispielsweise anhand von Visualisierung, durch statistische Schaubilder oder auch Metaphern kommuniziert. Nachfolgend wird dies anhand einiger Beispiele illustriert. Mit Plakaten wurde für das Monatsheft „Neues Volk“ geworben (Abb. 1), das besonders unter den NSDAP-Parteimitgliedern beliebt war (Eckart, 2012). Das hier abgebildete Plakat zielte darauf ab, in der Bevölkerung für die Akzeptanz von Eugenik und „Euthanasie“ zu werben (Husemann, 2015).

Abbildung 1. Propagandaplakat für das Monatsheft *Neues Volk*, herausgegeben vom Rassenpolitischen Amt der NSDAP (1938)



Quelle: © Deutsches Historisches Museum, Berlin 2020, Inv.-Nr.: 1988/1284

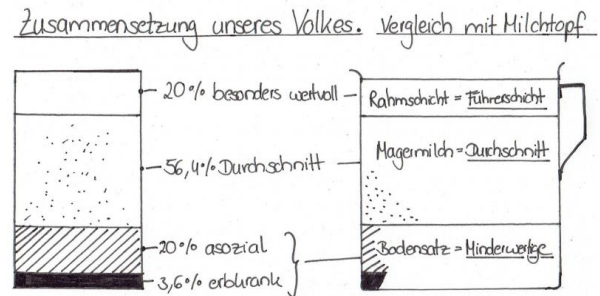
Das Plakat zeigt einen sitzenden, mutmaßlich körperlich behinderten Mann und einen hinter ihm stehenden Pfleger. Daneben prangt die Aussage „60.000 RM kostet dieser Erbkranke die Volksgemeinschaft auf Lebenszeit“, wobei die vermeintlichen Kosten durch eine große Darstellung der Zahl besonders hervorgehoben werden. In roter auffälliger Schrift steht darunter der Hinweis „Volksgenosse, das ist auch Dein Geld“, mit dem eine direkte, vertrauliche Ansprache des Betrachters bzw. der Betrachterin erfolgt. Die abschließende Aufforderung „Lesen Sie neues Volk“ macht deutlich, dass es sich um ein Werbeplakat handelt. Der körperbehinderte Mensch trägt schwarze Kleidung. Die Wörter „kostet“ und „Erbkranke“ sind ebenfalls in schwarzer Schrift verfasst. Im Kontrast dazu, wird der Pfleger in einem weißen Hemd dargestellt. Da der Titel der Zeitschrift „Neues Volk“ ebenfalls in weiß abgedruckt ist, könnte man dies so deuten, dass dieser Mann, das Ideal der „neuen Volksgemeinschaft“ verkörpern sollte. Die Überlegenheit der gesunden,

„arischen Rasse“ über „Erbkranke“ wird zudem durch die sitzende Position des behinderten Mannes verdeutlicht.

Auf dem Plakat wird bildlich einerseits die Fürsorge für behinderte Menschen inszeniert, zugleich jedoch textlich infrage gestellt. Die Betreuungsbedürftigkeit behinderter und unheilbar kranker Menschen – die als „Ballastexistenzen“, „Menschenhüllen“, „geistig Tote“, „Defektmenschen“ oder „unnütze Esser“ diffamiert wurden (Hohendorf et al., 2002; Klee, 2014, S. 26) – führe zu einer finanziellen Belastung, weshalb deren „Ausmerzung“ eine Ersparnis für alle gesunden Volksgenossen und -genossinnen sei (Hoffmann, 2008).

Die Jugend sowie deren Erziehung und Ausbildung standen besonders im Interesse der Nationalsozialisten, da die junge Generation das Fundament für die „Volksgemeinschaft“ der Zukunft bilden sollte (Wildt, 2012a). Damit stellte die Jugend eine besonders relevante Zielgruppe der NS-Propaganda dar. Die Indoktrination der nationalsozialistischen Ideologie erfolgte deshalb von klein auf und wurde auch in den Schulunterricht aufgenommen. So fanden Schaubilder im Unterricht Verwendung, die das deutsche Volk mit dem Inhalt eines Milchtropfes verglichen (Abb. 2). Hierbei werden die verschiedenen Schichten, die sich bei der Milchherstellung ergeben (Rahmschicht, Magermilch und Bodensatz), mit verschiedenen Teilen der Bevölkerung gleichgesetzt. Es wurden somit sowohl Metaphern als auch Visualisierungen zur strategischen (Gesundheits-)Kommunikation eingesetzt. Die oberste Schicht ist die sogenannte Führerschicht, die 20 Prozent der Bevölkerung ausmacht und als „besonders wertvoll“ bezeichnet wird. Diese Schicht, zu der offensichtlich Adolf Hitler und überzeugte Nationalsozialisten und -sozialistinnen zählten, wird mit der kostbaren, reichhaltigen Rahmschicht der Milch verglichen (Jochheim, 2012). Sogenannte „Asoziale“ und „Erbkranke“ werden hingegen mit dem ungenießbaren Bodensatz im Milchtropf gleichgestellt und bilden somit im übertragenen Sinne auch den „gesellschaftlichen Bodensatz“ (Jochheim, 2012). Sie haben zusammen einen Anteil von 23,6 Prozent an der Bevölkerung und werden als „Minderwertige“ betitelt, wobei die „Asozialen“ hierbei noch über den „Erbkranken“ stehen. Dazwischen befindet sich mit einem Anteil von 56,4 Prozent die durchschnittliche Bevölkerung, die mit der Magermilch verglichen wird, was zweifelsfrei einer Abwertung eines Großteils der Bevölkerung entspricht (Jochheim, 2012).

Abbildung 2. Schaubild aus einem Schulbuch



Quelle: Eigene Darstellung nach Burgstaller, 1941, S. 32; Original in Sütterlinschrift

In der Darstellung ist die unterste Schicht klar von den anderen beiden Schichten abgegrenzt (vor allem von den „Erbkranken“), was die Ausgrenzung der „Asozialen“ und „Erbkranken“ aus der Gesellschaft symbolisiert. Im Hinblick auf die „Asozialen“ wurde beispielsweise argumentiert, dass diese sich auch gar nicht in die deutsche „Volksgemeinschaft“ eingliedern wollten (Hoffmann, 2008). Zudem wird suggeriert, dass „Asoziale“ und „Erbkranke“ zusammen, nahezu ein Viertel der Bevölkerung bildeten und damit sogar den Anteil der „Führerschicht“ übertrafen. Somit liegt die Schlussfolgerung nahe, dass durch ein Herausfiltern des verunreinigten Bodensatzes eingeschritten werden müsse. Im Nationalsozialismus wurde den Schülerinnen und Schülern also vermittelt, dass die Gesellschaft nach einer durch „rassische“ Kriterien zu interpretierenden (natürlichen) Hierarchie aufgebaut ist.

Ein weiteres Ziel der Nationalsozialisten stellte die Propaganda für die „erbgesunde“ und „rassisch wertvolle“ Ehe und Familie dar, die sich an junge Menschen im fortpflanzungsfähigen Alter richtete. Die „arische“ Familie wurde als „Keimzelle der Volksgemeinschaft“ angesehen und stand daher ausdrücklich unter dem Schutz des NS-Regimes (Wildt, 2012a, S. 58), was sich beispielhaft an der Tätigkeit des Lebensborn zeigt (vgl. Kapitel 3). Die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt (NSV) war eine Organisation der NSDAP und als solche für Gesundheitsfürsorge, Vorsorgeuntersuchungen und die medizinische Betreuung zuständig (Eckart, 2012). Darüber hinaus war die NSV jedoch auch stark in die NS-Propaganda eingebunden (Vorländer, 1986). Eine wichtige Aufgabe der NSV stellte zum Beispiel auch die „erhygienische“ Schulung Erwachsener dar. Mit Werbeplakaten wurde zum Lesen der bevölkerungspolitischen Aufklärungsschriften der NSV aufgefordert (Abb. 3).

Abbildung 3. Plakat der NS-Volkswohlfahrt, 1936



Quelle: Sammlung Deutsches-Hygiene Museum Dresden, Inventar-Nummer 2004/0960.4.

Abgebildet ist eine deutsche Idealfamilie, wie sie die nationalsozialistische Ideologie propagierte: junge gesunde Eltern und vier gesunde, kräftige Kinder. Alle lachen strahlend, wirken sehr glücklich, haben gesunde rote Bäckchen und weisen mit ihrer vermutlich blonden Haarfarbe sowie der hellen Haut ein sogenanntes arisches Aussehen auf. Darüber hinaus tragen alle Familienmitglieder helle, zum Teil sogar weiße, Kleidung, was als ein Symbol für Reinheit gilt. Der Vater ist hochgewachsen und legt, als Familienoberhaupt, schützend die Hand auf die Schulter seines ältesten Sohnes, wohingegen seine Frau ihrer Mutterrolle gerecht wird, und das jüngste Kind auf dem Arm trägt. Die geballte Faust des ältesten Sohnes demonstriert Tatkraft und Kampfeswille. Die Perspektive von unten drückt die Überlegenheit der sogenannten arischen Rasse aus. Insgesamt erweckt das Plakat den Anschein einer sorglosen, harmonischen und kräftigen Familie.

Die Darstellung der Familie wird von dem kurzen, einfachen Appell „Gesunde Eltern – gesunde Kinder!“

umrahmt. Durch die Verwendung einer Anapher und der roten Schriftfarbe wird der Slogan besonders einprägsam. Das Plakat wirbt folglich einerseits für Kinderreichtum, Familienzusammenhalt und damit für die „Zukunft der Volksgemeinschaft“. Andererseits wird auch unmissverständlich zum Ausdruck gebracht, dass „erbkrank“ Menschen dieser „neuen Volksgemeinschaft“ nicht angehören sollten. Nur „erbgesunde“ Paare sollten sich möglichst zahlreich vermehren, „erbkranker“ Nachwuchs war hingegen unerwünscht.

5 Fazit

In der NS-Zeit lag der Fokus klar auf der Schaffung eines „gesunden Volkskörpers“, dem nur gesunde, starke und „rassisch wertvolle“ Menschen angehören sollten (Eckart, 2012). Diejenigen, die diesem Ideal nicht entsprachen, wurden gnadenlos aussortiert (Eckart, 2012). Welche grausamen Methoden hierbei ergriffen wurden, wurde anhand der Aktion T4 aufgezeigt. Der Verein Lebensborn e. V. sollte durch die Förderung des „arischen“ Geburtenwachstums zur Vision des „gesunden Volkskörpers“ beitragen (Seidler, 1990). Die Interessen einzelner Individuen wurden dem Ziel von einem gesunden und starken eigenen Volk klar untergeordnet (Hohendorf, 2014).

Mittels Propaganda versuchten die Nationalsozialisten die Bevölkerung von der nationalsozialistischen Utopie und den Maßnahmen zur Schaffung des „gesunden Volkskörpers“ zu überzeugen (Breil, 2006; Bussemer, 2005). Hierbei nutzten die Propagandisten und Propagandistinnen verschiedene Botschaftsstrategien, wie beispielsweise die gezielte Täuschung (Bussemer, 2005), die Gegenüberstellung von Feind- und Idealbildern, Visualisierungen (Diehl, 2006) und eine emotionalisierte Sprache (häufig in Appellform) (Klemperer & Fröhlich, 2018; Sösemann & Lange, 2011). Die Nationalsozialisten verbreiteten ihre Ideologie in der breiten Bevölkerung über Zeitungen und Plakate (Zimmermann, 2006), Rundfunk und Film (Hickethier, 2009) sowie Gesundheitsausstellungen (Weinert, 2017). Einige Zielgruppen wurden auch spezifisch angesprochen. So wurden beispielsweise der Schulunterricht oder Organisationen, wie die „Hitlerjugend“ und der „Bund Deutscher Mädel“ zur Verbreitung des nationalsozialistischen Gedankengutes unter Jugendlichen genutzt (Breil, 2006; Kater, 1979). Werdende Mütter wurden im Verein Lebensborn oder in Mütterschulungen für die Weltanschauung der Nationalsozialisten indoktriniert (Brockhaus, 2006; Clay & Leapman, 1997). Das angestrebte NS-Ideal des

„gesunden Volkskörpers“ wurde unter anderem über die Darstellung der „erbgesunden deutschen Idealfamilie“ und durch die Ausgrenzung bestimmter Bevölkerungsgruppen (sogenannte „Asoziale“, „Erbkranke“) kommuniziert.

Weiterführende Informationen

Schreiber, Jürgen: Ein Maler aus Deutschland: Gerhard Richter. Das Drama einer Familie. Pendo Verlag. München und Zürich.

Wessel, K. (2015/2016). Nebel im August. Spielfilm 121 min., Deutschland/Österreich: Constantin Film.

Gedenk- und Informationsort für die Opfer der nationalsozialistischen „Euthanasie“-Morde in der [Tiergartenstraße 4, Berlin](#)

Literaturverzeichnis

Adena, M., Enikolopov, R., Petrova, M., Santarosa, V. & Zhuravskaya, E. (2015). Radio and the Rise of The Nazis in Prewar Germany. *The Quarterly Journal of Economics*, 130(4), 1885 – 1939. <https://doi.org/10.1093/qje/qjv030>.

Amtsgericht Münsingen. (2. Juli 1948). Tobie Schramm (Kurierfahrer sowie Fahrer der Wirtschaftsfahrzeuge von Grafeneck und Hadamar), Landesarchiv Baden-Württemberg Wü 29/3 T 1 Nr. 1758/03/03 <https://www.deutsche-digitale-bibliothek.de/item/TDGv5JGPPHZH6AF4ZSZ6T7EZNNIFRA54>. (Zuletzt abgerufen am 13.09.2020).

Baader, G. (1988). Rassenhygiene und Eugenik: Vorbedingungen für die Vernichtungsstrategien gegen sogenannte „Minderwertige“ im Nationalsozialismus. *Deutsches Ärzteblatt*, 85(27), 1985 – 1988.

Becquemont, D. (2011). Social Darwinism: from reality to myth and from myth to reality. *Studies in history and philosophy of biological and biomedical sciences. Europe PubMed Central*, 42(1), 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2010.11.001>.

Beddies, T. (2008). Die Einbeziehung von Minderjährigen in die nationalsozialistischen Medizinverbrechen. In M. Hamm (Hg.), *Lebensunwert - zerstörte Leben: Zwangssterilisation und „Euthanasie“* (3. Aufl., S. 133 – 142). Bad Homburg: VAS Verlag.

Berger, S. (2014). *Experten der Vernichtung: Das*

T4-Reinhardt-Netzwerk in den Lagern Belzec, Sobibor und Treblinka. Zugl.: Bochum, Ruhr-Universität, Dissertation, 2011 (2. Aufl.). *Studien zur Gewaltgeschichte des 20. Jahrhunderts*. Hamburger Ed.

Binding, K. & Hoche, A. (1920). *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens: Ihr Maß und ihre Form* (1920). Juristische Zeitgeschichte Taschenbücher: Bd. 1. Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag.

Breil, A. (2006). *Studien zur Rhetorik der Nationalsozialisten: Fallstudien zu den Reden von Joseph Goebbels*. Bochum, Ruhr-Universität, Dissertation. <https://d-nb.info/984648100/34>.

Brockhaus, G. (2006). „Dann bist du verloren, liebe Mutter!": Angst und Rassismus in NS-Elternratgebern. In P. Diehl (Hg.), *Körper im Nationalsozialismus: Bilder und Praxen* (S. 33 – 49). München: Wilhelm Fink Verlag.

Bruns, F. (2014). Den „Volkskörper“ im Blick. Medizin und Moral im Nationalsozialismus. In W. Bialas & L. Fritze (Hg.), *Ideologie und Moral im Nationalsozialismus* (S. 211 – 234). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Bryant, M. S. (2005). *Confronting the "good death": Nazi euthanasia on trial, 1945 – 1953*. University Press of Colorado.

Bundeszentrale für politische Bildung (2012). Was ist Propaganda? <https://www.bpb.de/gesellschaft/medien-und-sport/krieg-in-den-medien/130697/was-ist-propaganda>. (Zuletzt abgerufen am 13.09.2020).

Bussemer, T. (2005). *Propaganda: Konzepte und Theorien* (1. Aufl.). Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften.

Bussemer, T. (2013). Propaganda. Theoretisches Konzept und geschichtliche Bedeutung. *Zentrum Für Zeithistorische Forschung Potsdam*. <https://doi.org/10.14765/ZZF.DOK.2.239.V1>

Christians, A. (2017). »Erbgesund und rasserein«: Die NS-Sterilisationsgesetzgebung als erste Phase legitimer Radikalexklusion. In H. Maas, T. de Maizière, M. Brechtken, H.-C. Jasch, C. Kreutzmüller & N. Weise (Hg.), *Die Nürnberger Gesetze – 80 Jahre danach: Vorgeschichte, Entstehung, Auswirkungen* (S. 53 – 70). Göttingen: Wallstein Verlag.

- Clay, C. & Leapman, M. (1997). *Herrenmensch* (Hg.), *Die Kultur der 30er und 40er Jahre* (S. 191 – 208). München: Wilhelm Fink Verlag.
- Daub, U. (1992). „Krankenhaus-Sonderanlage Aktion Brandt in Köppern im Taunus“ - die letzte Phase der „Euthanasie“ in Frankfurt am Main: zur politischen und historiographischen Rezeption der „Aktion Brandt“. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 16(2), 39 – 67.
- Deutsches Historisches Museum (2020). Nationalsozialistisches Propagandaplakat zur Akzeptanzbereiung für Eugenik und Euthanasie. Inventar-Nr.: 1988/1284. <https://www.dhm.de/lemo/bestand/objekt/plakat-zu-eugenik-und-euthanasie-um-1938.html>. (Zuletzt abgerufen am 24.10.2020).
- Diehl, P. (2006). Körperbilder und Körperpraxen im Nationalsozialismus. In P. Diehl (Hg.), *Körper im Nationalsozialismus: Bilder und Praxen* (S. 9 – 30). München: Wilhelm Fink Verlag.
- Eckart, W. U. (2012). *Medizin in der NS-Diktatur: Ideologie, Praxis, Folgen*. Köln/Wien: Böhlau.
- Flessau, K.-I. (1984). *Schule der Diktatur: Lehrpläne und Schulbücher des Nationalsozialismus* (16. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Frei, N. (2009). Einleitung. In N. Frei (Hg.), *Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit* (S. 7 – 32). München: Oldenbourg.
- Friedlander, H. (2002). *The origins of Nazi genocide: From euthanasia to the final solution* (5 [print.]). University of North Carolina Press.
- Goebbels, J. (25. März 1933). Ausschnitt der Rede des Reichsministers für Volksaufklärung und Propaganda [Tonaufnahme]. <https://www.dra.de/de/bestaende/ns-rundfunk/hoerfunk/>. (Zuletzt abgerufen am 13.09.2020).
- Heiler, T. (2009). *Die Unbestimmtheit des Begriffes Sozialdarwinismus: Probleme, Forschungsgeschichte und Nutzenanwendung für heutige Gesellschaftstheorien*. Advance online publication. <https://doi.org/10.5445/KSP/1000013024>.
- Hein, B. (2015). *Die SS: Geschichte und Verbrechen* (1. Aufl., v.2841). München: Verlag C.H.Beck.
- Hickethier, K. (2009). Hitler und das Radio. In W. Hoffmann, U. (2008). Von der „Euthanasie“ zum Holocaust: Die „Sonderbehandlung 14f13“ am Beispiel der „Euthanasie“-Anstalt Bernburg. In M. Hamm (Hg.), *Lebensunwert - zerstörte Leben: Zwangssterilisation und „Euthanasie“* (3. Aufl., S. 158 – 167). Bad Homburg: Verlag für akademische Schriften.
- Hohendorf, G., Rotzoll, M., Richter, P., Eckart, W. & Mundt, C. (2002). Die Opfer der nationalsozialistischen „Euthanasie-Aktion T4“. *Der Nervenarzt*, 73(11), 1065 – 1074. <https://doi.org/10.1007/s00115-002-1420-2>.
- Hohendorf, G. (2014). Die nationalsozialistischen Krankenmorde zwischen Tabu und Argument.: Zur aktuellen Debatte über die Sterbehilfe. In W. Bialas & L. Fritze (Hg.), *Ideologie und Moral im Nationalsozialismus* (S. 267 – 292). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Husemann, M. (2015). „Euthanasie“. *Deutsches Historisches Museum*. <https://www.dhm.de/lemo/kapitel/der-zweite-weltkrieg/voelkermord/euthanasie.html>. (Zuletzt abgerufen am 13.09.2020).
- Jenner, H. (2003/2004). *Quellen zur Geschichte der „Euthanasie“-Verbrechen 1939 – 1945 in deutschen und österreichischen Archiven*. https://www.bundesarchiv.de/geschichte_euthanasie/Inventar_euth_doe.pdf (Zuletzt abgerufen am 13.09.2020).
- Jochheim, G. (2012). 27. Januar - Gedenktag für die Opfer des Nationalsozialismus. *Informationen zur politischen Bildung*, 316(3), 1 – 16.
- Jost, A. (1895). *Das Recht auf den Tod*. Sociale Studie.TP Verone Publishing.
- Kaminsky, U. (2014). „Gnadentod“ und Ökonomismus.: Zu ethischen Rechtfertigungsmustern der NS - „Euthanasie“. In W. Bialas & L. Fritze (Hg.), *Ideologie und Moral im Nationalsozialismus* (S. 235 – 265). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kater, M. (1979). Hitlerjugend und Schule im Dritten Reich. *Historische Zeitschrift*, 228(1).
- Kepplinger, B. (2013). Die „Aktion T4“ – Struktur und Ablauf. In B. Kepplinger, G. Marckhogg & H. Reese

- (Hg.), *Oberösterreich in der Zeit des Nationalsozialismus. Tötungsanstalt Hartheim* (3. Aufl., S. 35 – 61).
- Kipp, M. (2000). *Die NS-Frauenpolitik*. <https://www.dh.m.de/lemo/kapitel/ns-regime/innenpolitik/frauenpolitik.html>. (Zuletzt abgerufen am 13.09.2020).
- Klee, E. (2014). *„Euthanasie“ im Dritten Reich: Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“* (2. Auflage, vollständig überarbeitete Neuausgabe). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Klemperer, V. & Fröhlich, E. (2018). *LTI: Notizbuch eines Philologen*. Ditzingen: Reclam Taschenbuch.
- Koch, H.-J. (2003). *Das Wunschkonzert im NS-Rundfunk*. Wien/Köln: Böhlau Verlag.
- Koop, V. (2007). *„Dem Führer ein Kind schenken“: Die SS-Organisation Lebensborn e.V.* Wien/Köln: Böhlau Verlag.
- Kübler, H.-D. (2009). Lenkung, Zensur und Propaganda. Die Presse unter dem NS-Regime. In W. Faulstich (Hg.), *Die Kultur der 30er und 40er Jahre*. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Kühl, S. (2014). *Die Internationale der Rassisten: Aufstieg und Niedergang der internationalen eugenischen Bewegung im 20. Jahrhundert* (2., aktualisierte Aufl.). Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Lenhart, A.-M. (2013). *Eine Darstellung der Organisation Lebensborn e.V.* Hamburg: Diplomica Verlag.
- Lilienthal, G. (1988). Medizin im Nationalsozialismus: Medizin und Rassenpolitik - Der „Lebensborn e.V.“ der SS. *Deutsches Ärzteblatt*, 85(44), A-3046. <https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/85/44/a3046.pdf>.
- Lilienthal, G. (1989). Der „Lebensborn e. V.“ - Förderung „wertvollen“ Lebens als Kontrast zur Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens. In Landeswohlfahrtsverband Hessen (Hg.), *Psychiatrie im Nationalsozialismus: Ein Tagungsbericht des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen* (S. 45 – 55). Eigenverlag des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen.
- Lilienthal, G. (2008a). *Der „Lebensborn e.V.“: Ein Instrument nationalsozialistischer Rassenpolitik* (2. Aufl., erw. Neuausg.). Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Lilienthal, G. (2008b). Wie die T4-Aktion organisiert wurde: Zur Bürokratie eines Massenmordes. In M. Hamm (Hg.), *Lebensunwert - zerstörte Leben: Zwangssterilisation und „Euthanasie“* (3. Aufl., S. 143 – 157). Bad Homburg: Verlag für Akademische Schriften.
- Lilienthal, G. (2010). Falsche Sterbebeurkundung durch die »T4« und ihre Korrektur im Bundesland Hessen. In P. Fuchs, W. U. Eckart, C. Mundt, M. Rotzoll, P. Richter & G. Hohendorf (Hg.), *Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“ und ihre Opfer*. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.
- Maiwald, S. & Mischler, G. (1999). *Sexualität unter dem Hakenkreuz: Manipulation und Vernichtung der Intimsphäre im NS-Staat*. Haan: Europa Verlag.
- Meyer, J.-E. (1989). Von der Zwangssterilisation zur „Euthanasie“. In Landeswohlfahrtsverband Hessen (Hg.), *Psychiatrie im Nationalsozialismus: Ein Tagungsbericht des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen* (S. 15 – 29). Eigenverlag des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen.
- Peter, M. & Neugebauer, W. (2002). NS-Gesundheitswesen und -medizin. In E. Tálos (Hg.), *NS-Herrschaft in Österreich: Ein Handbuch* (1. Aufl., S. 696 – 720). Wien: Österreichischer Bundesverlag.
- RGB I. (14. Juli 1933). *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*. <http://alex.onb.ac.at/cgi-content/alex?apm=0&aid=dra&datum=19330004&seite=00000529&zoom=2>. (Zuletzt abgerufen am 06.10.2020).
- RGB I. (18. Juli 1935a). *Vierte Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*. <http://alex.onb.ac.at/cgi-content/alex?aid=dra&datum=1935&page=1179&size=45>. (Zuletzt abgerufen am 06.10.2020).
- RGB I. (18. Oktober 1935b). *Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des Deutschen Volkes (Ehegesundheitsgesetz)*. <http://alex.onb.ac.at/cgi-content/alex?apm=0&aid=dra&datum=19350004&seite=00001246&zoom=2>. (Zuletzt abgerufen am 06.10.2020).
- Rotzoll, M., Fuchs, P., Richter, P. & Hohendorf, G.

- (2010). Die nationalsozialistische „Euthanasieaktion T4“: Historische Forschung, individuelle Lebensgeschichten und Erinnerungskultur. *Der Nervenarzt*, 81(11), 1326 – 1332. <https://doi.org/10.1007/s00115-010-3054-0>.
- Rotzoll, M. & Hohendorf, G. (2012). Krankenmord im Dienst des Fortschritts? Der Heidelberger Psychiater Carl Schneider als Gehirnforscher und „therapeutischer Idealist“. *Der Nervenarzt*, 83(3), 311 – 320. <https://doi.org/10.1007/s00115-011-3392-6>.
- Schmuhl, H.-W. (1987). *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie: Von der Verhütung zur Vernichtung lebensunwerten Lebens, 1890 – 1945*. Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft: Band 75. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmuhl, H.-W. (2009). Sterilisation, „Euthanasie“, „Endlösung“. Erbgesundheitspolitik unter den Bedingungen charismatischer Herrschaft. In N. Frei (Hg.), *Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit* (295 – 208). München: Oldenbourg.
- Schoppmann, C. (1997). Rassenhygiene. In C. Schoppmann (Hg.), *Frauen in Geschichte und Gesellschaft. Nationalsozialistische Sexualpolitik und weibliche Homosexualität* (2. Aufl., S. 57 – 78). Herbolzheim: Centaurus Verlag & Media.
- Seidler, F. W. (1990). Lebensborn e. V. der SS: vom Gerücht zur Legende. In U. Backes (Hg.), *Die Schatten der Vergangenheit: Impulse zur Historisierung des Nationalsozialismus* (S. 291 – 318). Berlin: Propyläen-Verlag.
- Siemen, H. L. (1991). Reform und Radikalisierung. Veränderungen der Psychiatrie in der Weltwirtschaftskrise. In N. Frei (Hg.), *Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit* (S. 191 – 200). München: Oldenbourg.
- Sösemann, B. & Lange, M. (2011). *Propaganda: Medien und Öffentlichkeit in der NS-Diktatur*. Geschichte: Bd. 25. Stuttgart: Steiner.
- Steger, F., Görgl, A., Strube, W., Winckelmann, H.-J. & Becker, T. (2011). Die „Aktion-T4“. *Der Nervenarzt*, 82(11), 1476 – 1482. <https://doi.org/10.1007/s00115-010-3031-7>.
- Steger, F., Görgl, A., Strube, W., Winckelmann, H.-J. & Becker, T. (2010). Die „Aktion-T4“ und die Rolle der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg. *Psychiatrische Praxis*, 37(6), 300 – 305. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1248439>.
- Thompson, L. V. (1971). Lebensborn and the Eugenics Policy of the Reichsführer-SS. *Central European History*, 4(1), 54 – 77. <https://doi.org/10.1017/S0008938900000443>.
- Thummes, K. (2013). *Täuschung in der strategischen Kommunikation: Eine kommunikationswissenschaftliche Analyse*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Vorländer, H. (1986). NS-Volkswohlfahrt und Winterhilfswerk des deutschen Volkes. *Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte*, 34(3), 341 – 380.
- Weikart, R. (1993). The Origins of Social Darwinism in Germany, 1859–1895. *Journal of the History of Ideas*, 54(3), 469. <https://doi.org/10.2307/2710024>.
- Weindling, P. J. (1987). Die Verbreitung rassenhygienischen/eugenischen Gedankengutes in bürgerlichen und sozialistischen Kreisen in der Weimarer Republik. *Medizinhistorisches Journal*, 22(4), 352 – 368. www.jstor.org/stable/25803920.
- Weinert, S. (2017). *Der Körper im Blick: Gesundheitsausstellungen vom späten Kaiserreich bis zum Nationalsozialismus*. Ordnungssysteme: Band 50. Berlin/München: De Gruyter/Oldenbourg.
- Weingart, P., Kroll, J. & Bayertz, K. (2006). *Rasse, Blut und Gene: Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland* (4. Aufl.). Berlin: Suhrkamp.
- Welch, D. (2004). Nazi Propaganda and the Volksgemeinschaft: Constructing a People's Community. *Journal of Contemporary History*, 39(2), 213 – 238. <https://doi.org/10.1177/0022009404042129>.
- Welch, D. (2016). Introduction. In D. Welch (Hg.), *Routledge library editions. Nazi Germany and the Holocaust. Nazi propaganda: The power and the limitations* (S. 1 – 9). Abingdon: Routledge.
- Weyrather, I. (1993). *Muttertag und Mutterkreuz: Der Kult um die „deutsche Mutter“ im Nationalsozialismus* (Orig.-Ausg.). Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Wildt, M. (2012a). „Volksgemeinschaft“.

Informationen zur politischen Bildung, 314(1), 46 – 63.

Wildt, M. (2012b). Verdrängung und Erinnerung. *Informationen zur politischen Bildung*, 316(3), 68 – 79.

Wildt, M. (2017). *Volk, Volksgemeinschaft, AfD*. Hamburg: Hamburger Edition HIS Verlagsgesellschaft mbH.

Witamwas, B. (2016). *Geklebte NS-Propaganda: Verführung und Manipulation durch das Plakat*. Berlin: Walter De Gruyter.

Wunder, M. (2008). Die genetische Verbesserung des Menschen: Der Traum, der zum Alptraum wurde. In M. Hamm (Hg.), *Lebensunwert – zerstörte Leben: Zwangssterilisation und „Euthanasie“* (3. Aufl., S. 220-232). Bad Homburg: Verlag für Akademische Schriften.

Zimmermann, C. (2006). From Propaganda to Modernization: Media Policy and Media Audiences under National Socialism. *German History*, 24(3), 431 – 454. <https://doi.org/10.1191/0266355406gh382oa>.

Aliens im Keller: Eine embryologische Universitäts- Ausstellung als Medium für Fachwissenschaft, Weltanschauung und Sammlungsgeschichte

Michael Markert

Georg-August-Universität Göttingen

Zusammenfassung

Medizinische Fachsammlungen und ihre Schaustücke spielen in der Regel in breiten gesellschaftlichen Diskursen keine Rolle. Eine so eigenwillige wie interessante Ausnahme ist die „Humanembryologische Dokumentationsammlung Blechschmidt“ am Zentrum Anatomie der Universitätsmedizin Göttingen. Sie geht auf den Anatomen Erich Blechschmidt (1904-1992) zurück, der von 1942 bis 1973 die Göttinger Anatomie leitete, dort einen humanembryologischen Schwerpunkt etablierte, mit ärztlicher Unterstützung Hunderte embryonaler Präparate sammelte und auf dieser Grundlage Forschungsmodelle herstellen ließ. Entstanden ist so neben einer Referenzsammlung histologischer Schnittserien eine beeindruckende Fachausstellung mit dutzenden, ausgesprochen detaillierten Kunststoffmodellen menschlicher Embryonen. Diese Ausstellung ist bis heute auch für ein Laien zugänglich und diente während der 1980er und 1990er Jahren im öffentlichen Diskurs um den Schwangerschaftsabbruch als fragwürdiger wissenschaftlicher Beleg dafür, dass jeder Embryo ein vollwertiger Mensch und deshalb vor Abtreibung zu schützen sei. Im Beitrag werde ich der Beziehung zwischen hochspezifischer Fachausstellung und gesellschaftspolitischer Auseinandersetzung nachgehen. Vorgestellt werden verschiedene Lesarten der Modellausstellung, die um Embryologie, Moral, NS-Verbrechen und Wissenschaftsgeschichte kreisen und die Frage aufwerfen, wie im Ausstellungsraum die vielfältigen historischen Kontexte sichtbar gemacht werden können.

Keywords: Embryologie, Lehrmodell, Anatomie, Medizinethik, Materielle Kultur

Summary

Medical collections and their exhibits usually do not play a role in broad social discourses. In this regard the “Human Embryology Collection” at the Centre for Anatomy, University Medical Center Göttingen is an idiosyncratic and interesting exception. The collection goes back to anatomist Erich Blechschmidt (1904-1992), who was head of the Göttingen Anatomy from 1942 to 1973. Blechschmidt established a focus on human embryology at his institute, collected hundreds of embryos at clinics and local surgeries, and had research models built using these specimens. His activities resulted in a reference collection of histological sections as well as an impressive exhibition with dozens of extremely detailed plastic models of human embryos addressing specialists and students. The exhibition is open to the public since its establishment and during the 1980s and 1990s was used within in the German public discourse on abortion to support the thesis that every embryo is a full human being and should therefore be protected from abortion. In this article I will explore the relationship between a highly technical exhibition and socio-political discourse. I will present different readings of the model exhibition that revolve around embryology, morality, Nazi crimes, and the history of science. These insights in the past of the collection ultimately raise the question of how the diverse historical contexts can be made visible within the collection space itself.

Keywords: embryology, teaching model, anatomy, medical ethics, material culture

1 Embryo und Fötus: Gesellschaftlicher Diskurs

Die Geschichte der wissenschaftlichen Beschäftigung mit menschlichen Embryonen und Feten innerhalb von Medizin und Biologie ist geprägt von den Methoden ihrer Sichtbarmachung. Die sich seit dem späten 19. Jahrhundert etablierende Embryologie, die sich auf die ersten acht Wochen der Entwicklung ab Befruchtung konzentriert, stellte ihren Untersuchungsgegenstand zunehmend isoliert von der ‚umgebenden‘ schwangeren Frau dar, die im Fokus von Gynäkologie und Geburtshilfswissenschaft steht. Ein Höhepunkt dieser visuellen Entwicklung war ein weltweit ausgesprochen erfolgreicher Bildband Lennart Nilssons (1922–2017), ein 1965 zuerst auf Schwedisch verlegtes Werk *Ett barn blir till (A Child is Born)*. Der Wissenschaftsfotograph Nilsson zeigte darin farbenprächtige Mikrofotografien lebendig wirkender, allerdings toter menschlicher Embryonen, die im Zuge von Operationen gewonnen worden waren. Seine Bilder von vermeintlich frei im Fruchtwasser treibenden, geradezu schwerelosen und körperlich autonomen Embryonen prägten maßgeblich und weltweit die Vorstellung von ungeborenem menschlichem Leben in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts und darüber hinaus (Jülich, 2015; Stabile, 1997). Vermutlich haben auch die meisten Leser*innen dieser Zeilen die ikonischen Bilder Nilssons im Kopf, ohne den Urheber zu kennen (vgl. etwa die Abbildungen in Time Magazine, 2020).

Die embryonale Bildwelt wurde aber nicht erst durch Nilsson einem breiten Publikum zugänglich. Präparate menschlicher Feten waren schon um 1900 auf Jahrmärkten präsent, aber auch Gegenstand von Hygiene- und Gesundheitsausstellungen und dies bis in die Gegenwart. Bei meinem letzten Besuch des Deutschen Hygienemuseums Dresden – gegründet 1912 als Institution der hygienischen Volksbelehrung, wie die Zeitgenoss*innen Gesundheitskommunikation damals nannten – konnte ich im Jahr 2018 in der Dauerausstellung präparierte menschliche Feten, aufgestellt als eine Entwicklungsreihe vom jüngsten zum ältesten sehen, ergänzt um wächserne Modelle von Embryonen aus dem 19. Jahrhundert.

Die Bildwelt des Vorgeburtlichen ist jedoch heute nicht nur auf Darstellungsformate mit wissenschaftlichem Unterbau begrenzt. Daniel Hornuff spricht in seiner Kulturgeschichte der Schwangerschaft unter Verweis insbesondere auf die Wirkung Nilssons von einem regelrechten „Pränatalismus“ mit heute allgegenwärtigen, sogar in der Automobilwerbung

eingesetzten Bildern von Embryonen und Feten, die er als „Testimonials“ begreift (Hornuff, 2014, S. 164). Warum sich Embryonen und Feten so gut als Projektionsfläche eignen, hat Lynn M. Morgan (2009, S. 4) in ihrer Monographie zu diesen „Icons of Life“ so formuliert: „Embryos are the central actors in the origin stories that many modern, educated people tell themselves – ourselves – about who we are and how we came to be.“ Der Embryo ist also Element eines universellen Ursprungsmythos und geht dem geborenen Menschen biologisch zugleich voraus wie er mit ihm identisch ist, zumindest in genetischer Hinsicht. Bilder von Embryonen spielen auch deshalb in gleich zwei gesellschaftspolitisch bedeutsamen Diskursen eine wesentliche Rolle: Einerseits in der Auseinandersetzung um die Evolutionstheorie und insbesondere bei der Frage, ob der Mensch von affenähnlichen Vorfahren abstammt (Hopwood, 2015) und zweitens in dem um den Schwangerschaftsabbruch. Einen öffentlichen Höhepunkt erreichte dieser mit einem massenmedialen Tabubruch im Jahre 1971, als sich im Magazin STERN 374 Frauen dem Titel zufolge bekannten: „Wir haben abgetrieben!“ Sie verstießen in einer Zeit der intensiven Debatte um die Einführung einer Fristenlösung öffentlich gegen damals geltendes Recht, das nach §218 Strafgesetzbuch (StGB) Abbrüche ohne medizinische, embryopathische oder kriminologische Indikation unter Strafe stellte, was Frauen für Abbrüche in die Illegalität oder das Ausland trieb.

Die komplizierte Geschichte der Paragraphen §218 und §219a, das irreführender Weise sogenannte „Werbeverbot für Abtreibungen“, kann hier nicht erzählt werden (Bundeszentrale für Politische Bildung, 2019; Diemel, 1993; Gante, 1993). Festzuhalten ist an dieser Stelle vor allem, dass die Debatte auch nach Einführung einer Fristenlösung 1972 in der DDR und 1974 in der Bundesrepublik, der Erklärung ihrer Verfassungswidrigkeit (1975), ihrem Ersatz durch ein Vier-Indikationen-Modell und der heute de facto (aber nicht de jure) gültigen Fristenlösung mit Beratungspflicht in den 1990er Jahren, weiter schwelt und immer wieder mit einiger Wucht in die Öffentlichkeit zurückkehrt. Große mediale Aufmerksamkeit wurde zuletzt 2019 den Strafprozessen gegen die Giesener Gynäkologin Kristina Hänel wegen Verstoßes gegen §219a StGB zuteil, die in massiven bundesweiten Protesten für eine Abschaffung des Paragraphen mündeten.

Als bei der letzten großen Novelle des §218 StGB in den 1990er Jahren die heutige Regelung eingeführt wurde, ging es vor allem um die Frage, wie sich im Zuge der Wiedervereinigung das in dieser Hinsicht verhältnismäßig liberale Strafgesetz der DDR (legaler Abbruch in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft) mit dem der BRD (straffreier, jedoch nicht legaler Abbruch mit vier medizinischen Indikationen) zusammenführen ließe. Einige Stimmen in diesem Aushandlungsprozess drängten auf eine weitere Verschärfung des Paragraphen. In den entsprechenden Argumentationsmustern tauchte immer wieder der Name Blechschmidt auf (Ritter, 1991), verbunden mit einer von ihm begründeten, am Göttinger Anatomischen Institut befindlichen embryologischen Fachsammlung: die „Humanembryologische Dokumentationssammlung Blechschmidt“ oder kurz: Blechschmidt-Sammlung. Dies ist ausgesprochen irritierend, wenn man bedenkt, dass es sich dabei um eine hochspezifische Fachsammlung handelt, die sich recht versteckt in einem eher unzugänglichen anatomischen Universitätsinstitut befindet. Sie wurde ab den 1940er Jahren für die anatomisch-embryologische Grundlagenforschung angelegt, zwar in der Lehre eingesetzt, aber nicht als ‚museale‘ Sammlung für ein Laienpublikum gedacht, als die sie später im Abtreibungsdiskurs auch eine Wirkung entfaltete.

Im Folgenden werde ich diesem überraschenden Zusammenhang nachgehen und dafür in einem ersten Schritt einen Einblick in die Sammlung und ihren fachlichen Rahmen geben. Vor diesem Hintergrund werde ich drei sehr unterschiedliche Lesarten der Modellausstellung vorstellen, deren historisch jüngste mögliche Verstrickungen des Sammlers Blechschmidt in NS-Verbrechen thematisiert. Anschließend wird dieser Aspekt näher ausgearbeitet und damit meine eigene, sammlungs- und wissenschaftshistorische Perspektive eingeführt. Sie dient in einem letzten Schritt als Ausgangspunkt für Überlegungen zu teilweise schon realisierten Ansätzen, die Blechschmidt-Sammlung auf eine neue Weise auszustellen. Im Fokus stehen durchgängig die gesammelten und aufbewahrten, nur teilweise öffentlich präsentierten Dinge und ihr Potential zur Beschreibung und Interpretationen historischer Prozesse sowie zur Vermittlung des dabei erworbenen Wissens.

2 Entstehung der Blechschmidt-Sammlung

Damals wie heute findet man die wochentags öffentlich zugängliche Blechschmidt-Sammlung im

Untergeschoss des „Zentrum Anatomie“ der Göttinger Universitätsmedizin in einem Saal von 200 Quadratmeter Fläche; jedenfalls wenn man von ihrer Existenz weiß, denn sie ist weder am, noch im Gebäude ausgeschildert. Im Ausstellungsraum sieht man sich zahllosen gläsernen Vitrinen mit fast quadratischem Grundriss gegenüber, insgesamt 60 an der Zahl, die große bemalte Objekte enthalten. Personen ohne medizinische oder biologische Vorbildung, mit denen ich im Rahmen von Führungen oder Lehrveranstaltungen den Raum betrat, fühlten sich manchmal an Aliens erinnert; an die vielberedeten, kleinen grauen Männchen mit ihren kompakten Körpern und riesigen Augen (siehe Abbildung 1).



Abbildung 1. Blick in den Ausstellungsraum (Foto: Michael Markert).

Da es weder eine einführende Informationstafel noch Beschriftungen an den Vitrinen gibt, ist es nur mit einiger fachlicher Expertise oder Vorwissen über die Ausstellung möglich, diese Körper als Modelle menschlicher Embryonen zu identifizieren. Die einzigen Textelemente im Saal sind kleine Schildchen in jeder Vitrine, die die Originalgröße des Objekts und sein biologisches Entwicklungsalter in der Form „7,5 mm. Mitte 2. Monat“ angeben. Keinerlei Hinweise finden sich darauf, wozu diese Ausstellung dient, wie sie entstand und was ihre (vorübergehende) gesellschaftspolitische Bedeutung begründete.

Der Anatom Erich Blechschmidt (1904–1992) leitete von 1942 bis 1973 das Anatomische Institut der Universität Göttingen. Sein Forschungsfeld war die menschliche Embryogenese, also die Individualentwicklung in den ersten acht Wochen nach der Befruchtung. Dieser Forschungszweig entstand um die Mitte des 19. Jahrhunderts und war – wie viele lebenswissenschaftliche Forschungsfelder dieser Zeit –

durch die Anlage spezifischer Sammlungen geprägt, wobei für die Humanembryologie eben menschliche Embryonen gesammelt wurden. Um die komplexe Anatomie von Wirbeltieren wie dem Menschen untersuchen zu können, wurden von den gesammelten Präparaten Modelle für Forschungszwecke angefertigt. Später überführte man die so gewonnenen Erkenntnisse für Lehr- und Vermittlungszwecke auch in andere Medien, etwa gegossene Gips- und Kunststoffmodelle oder Zeichnungen.

Bei der menschlichen Embryonalentwicklung sind anders als bei Modellorganismen wie Haushuhn oder Zebrafisch keine Lebendbeobachtung möglich. Forschende in diesem Bereich sind daher auch heute auf Sammlungen toter menschlicher Embryonen aus unterschiedlichen Entwicklungsstadien angewiesen, um aus deren morphologisch-anatomischen Merkmalen auf die unsichtbar ablaufenden Entwicklungsprozesse rückzuschließen. Solche Präparate stammten in der Frühphase der Humanembryologie vorrangig aus Spontanaborten. Wilhelm His (1831–1904), einer der wichtigsten Embryologen der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, konnte mit Unterstützung eines Netzwerkes von Ärzten und Hebammen über mehrere Jahrzehnte immerhin 79 forschungstaugliche Präparate zusammentragen (Hopwood, 2000). Später kamen als Quellen Operationen hinzu. Wissenschaftlich wertvolle Präparate aber blieben weiterhin seltene Ausnahmen, auch deshalb, weil sich die Embryologie für die ‚Normal‘entwicklung interessiert und spontane wie induzierte Abbrüche nicht selten wegen pathologischer Merkmale der Embryonen stattfinden.

Wie schon His etablierte Blechschmidt ein dichtes Netzwerk von teilweise freundschaftlichen Kontakten zu niedergelassenen Ärzt*innen und solchen in Kliniken. Diese schickten manchmal über Jahrzehnte Präparate nach Göttingen, derer sie bei begleiteten Spontanaborten, im Rahmen lebensrettender Operationen oder Schwangerschaftsabbrüchen habhaft wurden. Mehrere tausend Präparate gelangten so bis zum Ende der 1960er Jahre nach Göttingen, wurden dort von Blechschmidt begutachtet und gegebenenfalls für eine Präparation als dauerhaft haltbare histologische Schnittserie an eine technische Assistentin weitergegeben (Markert, 2020). Bis zu Blechschmidts Emeritierung im Jahre 1973 war die Sammlung auf 430 Schnittserien von menschlichen Embryonen und Feten angewachsen, die sich heute noch am dortigen Zentrum Anatomie befinden (siehe Abbildung 2).



Abbildung 2. Einer von fünf Schränken mit embryonalen Schnittserien (Foto: Michael Markert).

Die nur wenige Millimeter langen Embryonen geben jedoch auch unter dem Mikroskop kaum etwas von ihrem inneren Aufbau preis und gerade die Ausdehnung eines Organs oder Organsystems in den drei Raumdimensionen lässt sich daraus nicht ableiten. Die Lösung für dieses Anschauungsproblem bestand darin, dreidimensionale, anatomisch korrekte Repräsentationen der embryonalen Schnittserien anzufertigen. Diese waren vergrößerte körperliche Modelle ‚rekonstruierter‘, individueller Embryonen (Doll, 2019; Peter, 1906). Zur Herstellung dieser Modelle wurden Zeichnungen mikroskopischer Strukturen – etwa aller Schnitte eines embryonalen Gehirns – auf dünne Wachsplatten übertragen und diese dann aufeinander gestapelt. So ergab sich wieder jene, nun jedoch vergrößerte Form, die man zuvor zerschnitten hatte (siehe Abbildung 3). Zeichnungen dieser Modelle wurden dann in wissenschaftliche Aufsätze aufgenommen, da sie die eigentliche Referenz für die Charakterisierung der entsprechenden anatomischen Strukturen darstellten. Das Verfahren war bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts als zentrale embryologische Forschungsmethode im Einsatz und wurde dann von der digitalen Modellbildung am Computer abgelöst (Digital Embryology Consortium, 2018).

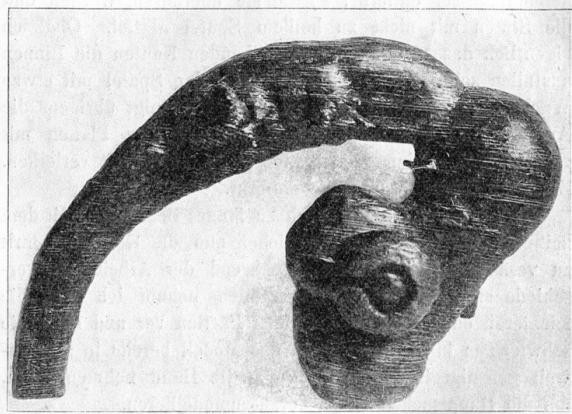
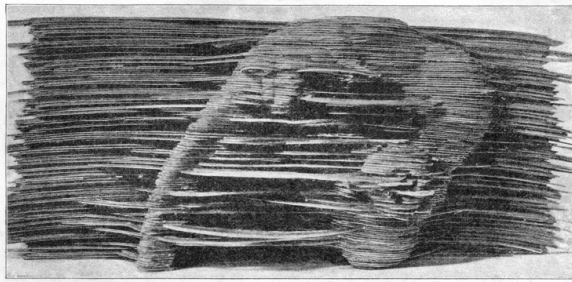


Abbildung 3. Wachsplattenmodellierung eines embryonalen Eidechsengehirns (Peter, 1906, S. 113, 120).

Auch Blechschmidt setzte dieses traditionelle Modellbauverfahren der Embryologie ein, entwickelte aber mit Unterstützung eines Ingenieurs eine besondere Variante, bei der die Modellkörper nicht aus Wachs sondern aufeinander gegossenen Kunststoffplatten mit eingelegten Metalldrähten bestanden. Dies erlaubte ihm, sehr große und detailreiche, dabei aber ausgesprochen stabile Modelle zu konstruieren (Markert, 2020). Für Blechschmidt waren diese Modelle die Arbeitsgrundlage für humanembryologische Aufsätze etwa zur Entwicklung der Gliedmaßen oder der Ohrmuschel (Blechschmidt, 1951, 1955). Er publizierte darüber hinaus bildgewaltige anatomische Atlanten mit detaillierten, oft farbigen Zeichnungen der Modelle (Blechschmidt, 1963, 1973), die sich an ein embryologische-anatomisches Fachpublikum richteten.

Zugleich waren und sind die embryologischen Modelle aber auch Lehrmittel für die Ausbildung von Mediziner*innen, wie dies seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts üblich ist. Der schon erwähnte Arzt und Embryologe Wilhelm His etwa, gab mit dem Lehrmittelhersteller Ziegler in Freiburg Serien zur Entwicklung von Huhn und Mensch heraus, die sich um die Wende zum 20. Jahrhundert in praktisch jeder anatomischen Sammlung fanden (Hopwood, 2002).

Keines der bisher bekannten (Lehr-)Modelle allerdings erreichte die Dimensionen und den Detaillierungsgrad jener Blechschmidts. Bis zum Ende der 1950er Jahre waren die Modellkörper auf Rollgestellen montiert und wurden nach Bedarf in den Hörsaal geschoben (siehe Abbildung 4). Später wurden diese Modelle durch die heute ausgestellten ersetzt.



Abbildung 4. Historische Modellsammlung Blechschmidts auf Rollen, ca. 1950 (Foto: Archiv der Blechschmidt-Sammlung, Kleinbildnegativ).

Im 1964 eröffneten Neubau der Anatomie sah Blechschmidt dann einen eigenen, jederzeit zugänglichen Ausstellungsraum für die Modelle in direkter Nachbarschaft des großen anatomischen Hörsaals vor. Abzüge dieser in Abbildung 5 zu sehenden Fotografie wurden von Blechschmidt als Neujahrsgruß an Ärzt*innen aus seinem Sammelnetzwerk verschickt. Im Geschoss darunter befand sich die ‚eigentliche‘ anatomische Lehrsammlung mit Präparaten von Embryonen, Feten und Erwachsenen sowie den weit verbreiteten Lehrmodellen von z. B. Torso, Auge oder Ohr. Die Verfügbarmachung des Modell-Teils einer humanembryologischen Fachsammlung als Lernort für Studierende ist, soweit bekannt, weltweit einmalig. An der Präsentationsweise dieser Ausstellung hat sich bis heute wenig geändert. Allerdings verlagerte Blechschmidts Nachfolger die humanembryologische Modellsammlung in das Untergeschoss und damit dorthin, wo sich zuvor die inzwischen stark verkleinerte anatomische Lehrsammlung befand.

Etwa zur gleichen Zeit, in der mit dem Umzug der Göttinger Anatomie in ihren Neubau eine öffentlich zugängliche, wenngleich primär für ein universitäres, embryologisches Fachpublikum gedachte Schau-sammlung entstand, begann Blechschmidt zudem ein nichtmedizinisches Publikum zu adressieren. Ein Jahr nach Nilssons Fotoband zur embryonalen Entwicklung



Abbildung 5. Die Modellsammlung kurz nach der Eröffnung des neuen Anatomischen Instituts (Archiv der Blechschmidt-Sammlung, E3).

des Menschen brachte Blechschmidt bei der Deutschen Verlags-Anstalt mit „Wie beginnt das menschliche Leben? Vom Ei zum Embryo“ eine 136 Seiten starke populärwissenschaftliche Darstellung „seiner“ Embryologie heraus, die bis 2008 in acht Auflagen erschien (Blechschmidt, 2008). Das umfangreich mit Mikrofotografien, Modellzeichnungen und schematischen Darstellungen illustrierte Buch vermittelt eine im Diskurs seiner Zeit und auch heute kaum anschlussfähige Vorstellung von Embryonalentwicklung, die sich durch Blechschmidts gesamtes Werk zieht: Alle Prozesse wurden rein mechanisch beschrieben und erklärt; evolutionäre, genetische oder entwicklungsbiologisch-physiologische Aspekte weitestgehend ausgeblendet. Blechschmidt verstand die Embryonalentwicklung vom Moment der Befruchtung an als weitgehend autonom und betrachtete „die körperliche Entwicklung als Vorentwicklung geistiger Fähigkeiten“ – so der Titel seines Schlusskapitels in „Vom Ei zum Embryo“. Menschlicher Intellekt und Kultur waren bei ihm vorrangig Ergebnis embryonaler Wachstumsvorgänge. In seinem mechanistischen Denken und Darstellen stand Blechschmidt den populärwissenschaftlichen Werken von Akteur*innen wie Fritz Kahn (1888–1968) näher als seinen embryologischen Fachkolleg*innen (siehe hierzu den Beitrag von [Rössler](#) in diesem Band). Tatsächlich ist für seine kruden Entwicklungsvorstellungen keine fachwissenschaftliche Rezeption nachweisbar, mit den populärwissenschaftlichen Darstellungen und vor allem der Modellsammlung erreichte Blechschmidt jedoch ein größeres Publikum, wie im Folgenden gezeigt wird.

3 Drei Lesarten der Modelausstellung

Unter einer wissenschaftlichen Ausstellung versteht man eine räumlich organisierte Kommunikationsform,

die üblicherweise zahlreiche Medien in sich vereint: dreidimensionale Gegenstände, Texte, Abbildungen, projizierte Bewegtbilder und Tondokumente etwa. Meist stehen als ‚authentisch‘ verstandene Dinge im Zentrum und sind von Objekten umgeben, die Kontextinformationen liefern, Dynamiken erklären, Rahmenbedingungen erläutern oder alternative Deutungsangebote liefern. Eine Ausstellung ist in diesem Sinne ein vielschichtiges Kommunikationsmedium, dessen Botschaften sich in ihren Objekten und deren Anordnung ausdrücken. Auch hat sie ein Publikum, das adressiert und – so jedenfalls hoffen es die Kurator*innen – auch erreicht wird.

Blechschmidt weist zwar in einer seiner Monographien darauf hin, dass die abgebildeten Rekonstruktionsmodelle in der Göttinger Anatomie aufgestellt sind (Blechschmidt, 1963), verwendet aber soweit bekannt nicht den Begriff Ausstellung. Betritt man den heute als Ausstellung bezeichneten Modellraum der Blechschmidt-Sammlung mit dieser Erwartungshaltung, so findet man geradezu deren Antithese vor: Zwar werden in einem ruhigen, weitläufigen Saal in Vitrinen ‚authentische‘ Objekte präsentiert, wie man sie auch in einem Museum finden könnte. Die mit einer musealen Ausstellung aber eigentlich verbundene Vermittlungsebene, in diesem für interessierte Lai*innen frei zugänglichen Raum, ist aber auch mit viel Mühe nicht zu erkennen. Weder finden sich Texte oder begleitende Gegenstände, die die Modellkörper erläutern, noch lässt sich überhaupt eine Bezeichnung des Raumes und seines Inhalts entdecken. Selbst für Medizinstudierende ist die Ausstellung ohne weiterführende Informationen kaum zugänglich. Das ganze Konstrukt erschien als unverständliches Kunstwerk, befände es sich nicht in einem anatomischen Institut, in der Nachbarschaft von Hör- und Präparationssälen und im gedruckten und digitalen Sammlungsführer der Universität Göttingen; ausgewiesen als öffentlich zugängliche, wissenschaftliche Ausstellung zur menschlichen Embryonalentwicklung (Männer, 2018; Sammlungsportal, 2020).

Dass der Raum tatsächlich Ausstellungsanforderungen erfüllen kann, wird deutlich, wenn der Arzt, Embryologe und Kustos der Sammlung PD Dr. Jörg Männer Studierende hindurchführt. Beim Abschreiten der Vitrinen erläutert er die Differenzierungsprozesse, die aus einer Zygote komplexe Organe entstehen lassen. Zu Beginn zeigt sich die Entwicklung vor allem in Form von Wanderungs- und Wachstumsbewegung von Zellhaufen – ein Thema, das Blechschmidt während seiner gesamten Laufbahn beschäftigte und

das er mit seiner Ausstellung darzustellen versuchte. In einer solchen Führung wird auch die innere Ordnung der nur scheinbar willkürlich verteilten Modelle deutlich: In einer U-förmigen Bewegung gelangt man vom entwicklungsjüngsten Modell eines kompletten Embryos nahe der Treppe – einem Zwei-Zell-Stadium und damit kurz nach Befruchtung – zu den entwicklungsältesten embryonalen Modellen vom Ende der achten Entwicklungswoche wiederum am Ein- bzw. nun Ausgang der Ausstellung. Um jeweils unterschiedliche anatomische Merkmale sichtbar machen zu können, wurden oft mehrere Modelle einer Entwicklungsstufe angefertigt, manchmal drei, manchmal auch sieben, die heute in kleinen Grüppchen stehen und vergleichend betrachtet werden können (siehe Abbildung 6). Diese *embryologisch-anatomische Lesart* des Raumes findet sich natürlich auch bei Individualbesucher*innen, die das entsprechende Vorwissen oder einen der embryologischen Atlanten Blechschmidts mitbringen. Da diese kommentierte Abbildungen der ausgestellten Modelle enthalten, ist denkbar, dass Blechschmidt seine Atlanten als eine Art „Ausstellungsführer“ dachte, auch wenn sich dafür kein Beleg finden lässt. Im Vorwort von „Der menschliche Embryo“ etwa erwähnt Blechschmidt zwar die Aufstellung der Modelle im Neubau des Anatomischen Instituts (Blechschmidt, 1963), weder ist damit aber eine Besuchseinladung verbunden noch wird eine öffentliche Zugänglichkeit erwähnt.



Abbildung 6. Drei ausgestellte Modelle (Höhe jeweils ca. 75 cm) zu einem Embryo mit 3,4 mm Körperlänge in vier Perspektiven ohne Sockel und Glashauben

(Fotos: Hannes Sydow).

Eine zweite, für eine wissenschaftliche Fachausstellung in einem anatomischen Institut zweifellos überraschende *moralisierende Lesart* der Ausstellung eröffnet ein Blick in das ausliegende Gästebuch, in dem es etwa heißt:

„Möge diese unvergesslich wichtige Ausstellung auch denen den Geist erhellen und zum Erkennen verhelfen, die meinen Embryonen schon vorm 3. Monat an Abtreiben zu können. Hier ist Leben von Anfang an, dieses zu zerstören bleibt Mord!“ [2004]

„Im Angesicht des Wunders der Menschwerdung sollte sich eine Frau, die gedenkt abzutreiben, überlegen was sie tut. Die Ehrfurcht vor dem Leben schlechthin wird einem nirgends so bewusst wie in dieser Ausstellung.“ [2010]

„Diese Ausstellung ist so beeindruckend, und verdeutlicht, dass das Embryo im 3. Monat schon lange ein Mensch ist und verboten werden sollte, abtreiben zu dürfen! Es ist so spannend zu sehen wie sich das Kind entwickelt (...) Gott ist so großartig!“ [2016]

Das bemerkenswerte an diesen Zitaten ist im Zusammenhang mit der fachwissenschaftlichen Ausstellung nicht nur ihre weltanschauliche Ausrichtung, sondern auch die Tatsache, dass sich die intensiven Eindrücke auf einen Raum ohne erkennbare Vermittlungsabsicht beziehen. Sie werden allerdings schnell verständlich, wenn man nicht Blechschmidts Modelle vor Ort, sondern sein populärwissenschaftliches Spätwerk fokussiert, das sich auf die Forschungsarbeit mit der Schnittserien- und Modellsammlung bezieht.

In „Vom Ei zum Embryo“, aber auch in Beiträgen für theologische Zeitschriften (Blechschmidt, 1975) argumentiert Blechschmidt für die Identität von Embryo und erwachsenem Mensch. Diese ist für ihn nicht nur ein biologische, sondern bezieht sich auch auf Verhalten und Persönlichkeit, die sich im Laufe des Lebens quasi ‚auswachsen‘, aber nicht verändern oder gar dabei entstehen. In seinen späteren, oft populärwissenschaftlichen Texten zieht Blechschmidt also aus seiner modellierenden Laborforschung zu embryonalen Wachstumsbewegungen überraschend weitgehende und weltanschaulich folgenreiche Schlüsse, die sich in den früheren fachwissenschaftlichen Arbeiten so nicht finden lassen. Unter Lebensschützer*innen galt Blechschmidt im

deutschsprachigen Raum zumindest bis in die 1990er Jahre mit seiner Forschung und Sammlung als wissenschaftliche Zentralfigur, die vermeintlich anatomisch-embryologisch bewiesen habe, dass ein Embryo schon immer ein Mensch im Sinne einer vollwertigen Person sei. Damit sei es vor einer „Ermordung“ durch Abtreibung zu schützen.

Die Verbindung zur Lebensschutzbewegung ist bei Blechschmidt nicht nur ideell, sondern auch formal nachweisbar, war er doch ab 1975 und damit zwei Jahre nach seiner Emeritierung Gründungsmitglied der „Europäischen Ärzteaktion“. Diese gehörte zu einer der zahlreichen Organisationen sogenannter „Lebensschützer“, die sich aus christlich-fundamentalistischer Perspektive für ein absolutes Verbot von Schwangerschaftsabbrüchen einsetzten. Bis heute ist die Bewegung mit anderen reaktionären Strömungen wie dem Antifeminismus verschränkt (Sanders et al., 2014; Sanders & Achtelik, 2018). In der Zeit Blechschmidts fielen vor allem völkisch-nationale Akteure wie Siegfried Ernst (1975–2001), Herausgeber der Mitgliederzeitschrift der „Europäischen Ärzteaktion“ „Medizin & Ideologie“ auf, die einen „volksvernichtenden Krieg gegen die wehrlosen unschuldigen ungeborenen Kinder Deutschlands“ (Ernst, 1984) konstatierten. Wie Ernst in seinem Artikel zu Blechschmidts 80. Geburtstag weiter ausführte, sei dessen Lebenswerk „[...] eine der Hauptstützen des Kampfes für das Lebensrecht der ungeborenen Kinder auf Weltebene. Millionen von Kindern verdanken ihm deshalb ihr Dasein“ (zu Blechschmidt als Lebensschützer vgl. auch Domdey, 2021).

Die Göttinger Modellausstellung ist daher bis heute eine Art Pilgerstätte für Abtreibungsgegner*innen, wie am Gästebuch deutlich wird. Ob dies auch in den 1970er Jahren schon so war, ist nicht mehr nachzuvollziehen. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass die Blechschmidt-Rezeption der Lebensschutzbewegung in den späten 1980er und frühen 1990er Jahren verstärkt Aufmerksamkeit auf die Modellsammlung lenkte. Diese selbst unterbreitet im Ausstellungsraum kein Deutungsangebot, sodass wie im Falle der embryologischen Lesart die interpretative Leerstelle mit Präkonzepten gefüllt wird. Sie sind bei diesen Besucher*innen nun allerdings nicht fachwissenschaftlich, sondern in spezifischer Weise weltanschaulich orientiert.

Eine physische Leerstelle wiederum steht im Zentrum einer dritten Lesart, die nach dem in der Ausstellung

offensichtlich Abwesenden – den zugrundeliegenden Embryonenpräparaten – fragt und ab den späten 1980er Jahren öffentlich wirksam wurde. In der einflussreichen linken Zeitschrift „konkret“ publizierte die Historikerin und Aktivistin gegen den §218 StGB Barbara Ritter unter dem Titel „Werkstoff Embryo“ 1989 einen Artikel über die eigenartige Modellausstellung im Keller der Göttinger Anatomie und die zugehörige, jedoch nicht sichtbare Präparatesammlung (Ritter, 1989, 1991). Ritter problematisierte in ihrem Text die Lesart der Ausstellung als wissenschaftlichen Beweis für die moralische Angemessenheit eines absoluten Abtreibungsverbots und warf Blechschmidt Doppelmoral vor: Er mache in seinen Publikationen keine Aussagen darüber, woher er die von ihm untersuchten und modellierten Präparate – also das den sichtbaren Modellen vorausgehende unsichtbare (bzw. im Schrank verwahrte) organische ‚Material‘ – ab seinem Stellenantritt im Jahre 1942 bezogen habe. Es entstehe der Eindruck, der Ursprung der Präparate werde verheimlicht und es sei deshalb davon auszugehen, dass sie, wie auch viele andere anatomische Erkenntnisse und Präparate der Zeit, aus Verbrechen in NS-Institutionen stammten (Hildebrandt, 2016). Schwangere, so Ritter weiter, seien eigens für Blechschmidts Arbeit ermordet worden, während mithilfe seiner Ausstellung heute behauptet werden würde, Abtreibung sei Mord. Der „Werkstoff“ in Ritters Titel verweist dabei auf den Leipziger Anatomen Herrmann Stieve (1886–1952), der die von ihm untersuchten Hinrichtungsoferten entmenschlichend als „Werkstoff“ bezeichnet hatte (Hildebrandt, 2013, S. 168). Mit den embryonalen Präparaten, so *die sammlungskritische Lesart* (Mildenberger, 2016), wurden im Ausstellungskontext gezielt die Frauen unsichtbar gemacht, von denen sie stammen, um die ihnen gegenüber ausgeübte, verbrecherische Gewalt – ein Morden auch im Dienste der Medizin – gleich mit zu verstecken.

4 Sammlungspraxis und unausgestellte Bestände

Zur Klärung von Ritters Vermutungen über eine Verwendung von menschlichen Überresten aus NS-Verbrechen für Blechschmidts Embryonensammlung führte ich von 2017 bis 2019 ein Provenienzforschungsprojekt durch, dass an anderer Stelle ausführlich beschrieben wird (Markert, 2021). Es fokussierte weniger die Modelle als vielmehr die nicht ausgestellten Bestände – embryonale Schnittserien, unbearbeitete Präparate, Briefe, Protokolle, Fotografien. Im Zentrum standen die Praktiken an der Göttinger Anatomie und damit die Herkunft und

Entstehung, sowie die Funktionen und Verwendungsweisen der vielfältigen Dinge, die zum Umfeld der Blechschmidt-Sammlung gehören. In dieser Perspektive ist die Sammlung eine Akteurin, deren Biographie mit der anderer Institutionen, Sammlungsdinge und nicht zuletzt Menschen – im vorliegenden Fall insbesondere Patient*innen, Forscher*innen und Ausstellungsbesucher*innen – verwoben ist. Durch den Zugriff auf die umfangreiche, bisher nicht ausgewertete archivalische Überlieferung zu Blechschmidt, seiner Arbeit und Sammlung am Zentrum Anatomie wurde eine umfassende Darstellung der historischen Entwicklung möglich, woraus sich auch eine differenzierte sammlungsethische Bewertung ableiten ließ (Markert, 2019).

Ausgehend von der humanembryologischen Sammlungspraxis an der Göttinger Anatomie von 1942 bis zu Blechschmidts Emeritierung 1973 konnte ich die Vorwürfe einer Beschaffung von Präparaten durch Verbrechen in NS-Institutionen weitgehend ausschließen und die weiter oben benannten Beschaffungsstrategien aufzeigen. Es bestätigte sich aber auch eine grundsätzliche Kritik Ritters an der Sammlung, und zwar, dass die Frauen, von denen die embryonalen Präparate stammen, nicht berücksichtigt wurden. Für diese interessierten sich im Kontext der Blechschmidt-Sammlung weder die Lebensschützer*innen mit ihrem Fokus auf die ‚Rechte des Ungeborenen‘, noch Blechschmidt selbst. Wie Blechschmidt einem liefernden Arzt schrieb, kam es ihm als Anatomen „[...] für die praktische Untersuchung nur auf den Erhaltungszustand bzw. die Größe der Embryonen [...]“ (Zentrum Anatomie, 1950) an und nicht auf deren Vorgeschichte. Diese wäre insbesondere für gynäkologische oder embryopathologische Forschungsfragen relevant gewesen, wie etwa den Zusammenhang zwischen Geschlechtskrankheiten und Eileiterschwangerschaften, der nach dem Zweiten Weltkrieg verstärkt untersucht wurde (Heberer, 1948). Von den Ärzt*innen mitgeschickte Anamnese- und Therapiedaten wurden anders als in vergleichbaren Sammlungen menschlicher Embryonen (Morgan, 2004) deshalb nur sporadisch und eher zufällig in die generell oberflächliche Sammlungsdocumentation übernommen, was ich in den Projektergebnissen als unprofessionelle, disziplinäre Standards unterlaufende Arbeitsweise charakterisiert habe (Markert, 2019). Für viele Präparate ist es deshalb heute nicht mehr möglich, sie zu ihrem institutionellen Ursprung zurückzuverfolgen oder gar herauszufinden, von wem sie stammen. Auch ist davon auszugehen, dass die an Blechschmidts Sammlung beteiligten Frauen nicht

darüber informiert wurden, dass ‚ihre‘ Embryonen und Feten für eine Forschungs- und Lehrsammlung genutzt wurden (Markert, 2019). Dies war zwar damals übliche Praxis, ist aber aus heutiger medizinethischer Perspektive und vor dem Hintergrund der inzwischen vorhandenen Regularien für die Lagerung und Beforschung von Patient*innengewebe durchaus diskussionswürdig.

Ein Diskussions- und vielleicht auch sammlungsethischer Handlungsbedarf besteht zudem für sehr viel mehr embryonale und fetale Präparate in der Göttinger Anatomie, als die oben gezeigten Schnittserien vermuten lassen. Unter anderem fand ich eine über verschiedene Räume verteilte und nie ausgestellte ‚Vorratssammlung‘ vor, bestehend aus würfelförmigen Objekten aus Paraffinwachs, in die Fetenteile für den Schnitt mit dem Mikrotom eingebettet sind (siehe Abbildung 7). Vor allem fand ich aber Präparategläser, die ganze Embryonen und Feten, aber auch abgetrennte Körperteile wie Köpfe und Gliedmaßen in Formalin oder Alkohol enthalten.



Abbildung 7. Fetenpräparat, eingebettet in Paraffinwachs (Sonderausstellung) (Foto: Michael Markert).

Diese insgesamt mehrere hundert Objekte – Rudimente einer ursprünglich deutlich größeren Sammlung – wurden vermutlich für eine spätere Präparation beziehungsweise Weiterverwendung vorgehalten und zwar über viele Jahrzehnte, wie ein Präparateglas zeigt, dass Blechschmidt 1943 von einem Kollegen aus Wien geschickt bekommen hatte (siehe Abbildung 8).

Viele Gläser haben keine oder eine kaum aussagekräftige Beschriftung wie „80 % Alk.“ und manche enthalten mehrere Embryonen oder -teile zugleich. In ihrer Masse, Beliebigkeit und Anonymität sind sie gewissermaßen das physische Gegenstück zu der aus dem zeitgenössischem Schriftwechsel herausgearbeiteten und aus heutiger Perspektive unprofessionellen Arbeitsweise Blechschmidts.

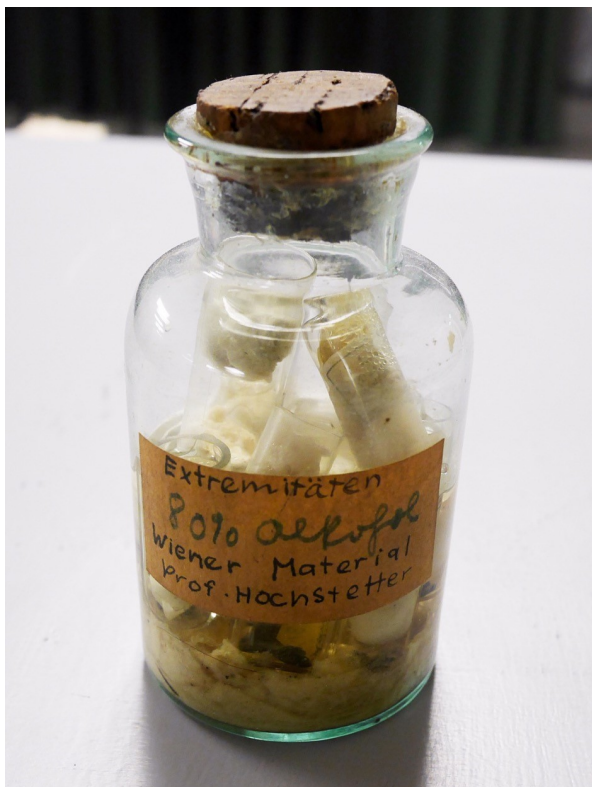


Abbildung 8. Embryonale Gliedmaßen von Ferdinand Hochstetter, Wien (Foto: Michael Markert).

Doch sie sind weit mehr als ‚nur‘ Quelle und Zeugnis für historische Zustände, denn sie haben das, was Reinhard Bernbeck in seiner Monographie „Materielle Spuren des nationalsozialistischen Terrors“ als „Evokationspotential“ bezeichnet. Bernbeck meint damit, dass die Bestände den Historiker*innen eine „disziplinierte Imagination“ (Bernbeck, 2017, S. 250) erlauben, ein (auch emotionales) Hineinversetzen in eine vergangene Situation, die das nüchterne wissenschaftliche Bearbeiten abstrakter Daten ergänzt, neue Perspektiven eröffnet und Gegenwartsrelevanz herstellt.

Die unscheinbaren Wachsquader und mehr noch die Präparategläser stellen in der historischen Beforschung mit ihrem Evokationspotential eine geradezu physische Verbindung her. Diese reicht von einer anonymen Schwangeren über das Personal etwa einer gynäkologischen Praxis in Lüneburg oder einer Klinik in München zu den Mitarbeitenden Blechschmidts, seiner Schnittseriensammlung und letztendlich auch zu den ausgestellten Modellen in der Göttinger Anatomie und ihren heutigen Betrachter*innen. Wie ich bei Führungen in der Sammlung für Kolleg*innen, aber auch im Rahmen kulturwissenschaftlicher und medizinethischer Seminare feststellen konnte, bringt

die Beschäftigung mit ihnen spannende und nicht notwendig historische Fragen hervor, wie sie auch für meine eigene Forschung an der Sammlung eine wichtige Rolle spielten: Berührt mich, was ich in den Gläsern sehe? War es für die Ärzt*innen ‚normal‘, Embryonen oder Feten, die sie gerade einer Schwangeren entnommen hatten, in Konservierungsflüssigkeit einzulegen? Wie war es wohl für Blechschmidts technische Assistentin, die ganze Zeit winzige Menschen in Scheiben zu schneiden, umgeben von diesen kleinen Körpern in Gläsern? Waren die Präparate mehr als Gewebe einer Patientin? Sind das Menschen, was ich in den Gläsern sehe und sollte man die Patientin als Mutter ansprechen? Wie lässt sich Blechschmidts weltanschauliche Position, in der jeder Embryo eine Person ist, mit einer respektlosen Vorratshaltung vereinbaren? Hätte ich es in Ordnung gefunden, dass ‚mein‘ Embryo für diese Sammlung verwendet wird und ich nicht gefragt werde, ob ich das in Ordnung finde? Wäre es für Besucher*innen der Ausstellung wichtig, dass solche Fragen auch im Modellsaal eine Rolle spielen? Und sollten dafür Objekte aus dem unsichtbaren ‚Embryonenvorrat‘ aktiviert werden?

5 Anders ausstellen

Geprägt ist der Ausstellungsraum, nicht zuletzt aufgrund seiner Verortung in einem anatomischen Institut, von der embryologischen Lesart. Auch die moralisierende zeigt sich in den ausgestellten Objekten, wenn man erst einmal um ihre Existenz weiß: Beim Betreten und Verlassen blickt man gegenüber der Treppe in die ‚Gesichter‘ von Embryonen und Feten, deren Köpfe gesondert modelliert und nebeneinander aufgestellt wurden, ähnlich den Portraitbüsten in einem Kunstmuseum. Lässt man von diesem Eindruck ausgehend den Blick durch den Raum schweifen, so fällt auf, dass alle Modelle für Erwachsene ‚auf Augenhöhe‘ – als gleichwertiges Gegenüber – montiert sind. Damit ist der Ausstellungssaal derzeit sehr deutlich mit den beiden Lesarten ‚belegt‘, die Blechschmidt selbst dafür mit seiner Publikations-tätigkeit vorgesehen hatte. Den Raum zu betreten ist eine Art Zeitreise, denn er verkörpert bis heute praktisch unverändert die eigenwillige embryologische Deutung und Vermittlungskonzeption Blechschmidts.

Das allerdings ist nicht nur interessant und kurios, sondern auch höchst problematisch. Es wird so ein moralisch fragwürdiger Umgang mit medizinischen Sammlungsbeständen stabilisiert, der in derselben Institution rundheraus abgelehnt würde, ginge es um

menschliche Präparate und daraus abgeleitete Repräsentationen (wie Modelle, Fotografien oder Zeichnungen) aus den letzten Jahrzehnten. Vor dem Hintergrund von informierter Einwilligung und – immerhin werden in der Anatomie auch Präparationskurse für Medizinstudierende durchgeführt – freiwilliger Körperspende haben Humanpräparate heute ganz offensichtlich zugleich Objekt- und Subjekteigenschaften (zur Geschichte dieses Verhältnisses vgl. Claes, 2019). Sie sind Untersuchungsobjekte für wissenschaftliche Tätigkeiten wie Forschung und Lehre, die Interessen der Subjekte, von denen sie stammen, bleiben aber immer im Blick. So finden für die in den Kursen ‚benutzten‘ Körperspender*innen jährliche Trauerfeiern statt, um ihnen dafür Respekt zu zollen, dass sie sich für Ausbildungszwecke zur Verfügung stellten. Es sollte deshalb zumindest suspekt erscheinen, in Form der Modelle nur Bleeschmidts (Forschungs-)Interessen an den embryonalen und fetalen Präparaten auszustellen und andere Perspektiven auszublenden, inklusive der, dass für diese Forschung Humanpräparate benötigt wurden. Neben der fehlenden Einwilligung seitens der Patientinnen sind damit weitere, für das Verständnis der Modellausstellung und Bleeschmidts Arbeit wichtige Aspekte vor Ort abwesend. Darunter etwa die Prozesse der Modellerstellung oder die eingangs erläuterte und in der Bildgeschichte der Embryologie schon immer praktizierte Unsichtbarmachung der Frau.

Weil die Ausstellung nicht erklärt und wichtig gewordenen Fragen ausweicht, ist sie ein Alien im Wortsinn – sie ist uns heutigen Betrachter*innen fremd. Mich hat das dazu bewogen, aus dem Forschungsprojekt heraus eine Sonderausstellung im Modellsaal zu planen. Sie wurde als Lehrforschungsprojekt im Fach Kulturanthropologie/ Europäische Ethnologie an der Universität Göttingen unter Beteiligung von zehn Masterstudierenden vorbereitet. Als Intervention sollte sie die Fragen aufgreifen, die die Studierenden sich beim ersten Ausstellungsbesuch gestellt hatten und damit relevante historische und aktuelle Themen in die Ausstellung einführen. Zugleich sollte der Raumeindruck so wenig wie möglich gestört werden, um den Bruch zwischen der ‚authentischen‘ Ausstellung und den Inhalten der Sonderausstellung besonders deutlich hervortreten zu lassen. Unser Plan war es, je ein für uns wichtiges Kontextfeld an jeweils einem neu in den Raum eingebrachten Objekt darzustellen, also eine Ausstellung im eingangs erläuterten Sinn entstehen zu lassen, bei der Objekte mit (hier nun sammlungs-historischem) Wissen verknüpft präsentiert werden.

Der erste „Lockdown“ der Covid19-Pandemie im Frühjahr 2020 verhinderte jedoch die Eröffnung der Sonderausstellung. Ersatzweise haben wir eine Online-Ausstellung untereingerichtet, die von einem ebenfalls online zugänglichen [Essay-Band](#) begleitet wird (Domdey et al., 2021). Im Oktober 2021 haben wir zudem eine Wandvitrine im Ausstellungsraum fertiggestellt, die die zentralen Inhalte unserer Konzeption dauerhaft vor Ort verankern soll (siehe Abbildung 9).



Abbildung 9. Wandvitrine im Ausstellungsraum (Foto: Michael Markert).

Darüber hinaus werden Sammlungsentstehung und -kontexte der Bleeschmidt-Sammlung im Frühjahr 2022 in Göttingen auch an einem zweiten Ort ausgestellt: im „Forum Wissen“. Das dann eröffnete Museum stellt wissenschaftliche Forschung, Lehre und Vermittlung an der Göttinger Universität in Geschichte und Gegenwart anhand von ‚authentischen‘ Objekten aus den Sammlungen der einzelnen Fachbereiche dar. Die Bleeschmidt-Sammlung ist dort unter anderem im Raum „Atelier“ vertreten, der die wissenschaftliche Bilderzeugung thematisiert. Anhand von Protokollauszügen, historischen Glasnegativen, histologischen Schnitten und mikroskopischen Zeichnungen wird die Umwandlung eines Embryos, zuerst in ein Präparat und dann in ein vergrößertes, künstliches Ausstellungsmodell, beschrieben.

Auch die sammlungskritische Perspektive findet sich im Forum Wissen, und zwar in einem Raum mit der Bezeichnung „Salon“, der das Verhältnis von Wissenschaft und Öffentlichkeit fokussiert. Dort wird die moralisierende Lesart der Bleeschmidt-Sammlung als ungewöhnliche und durchaus fragwürdige Kommunikationsform herausgearbeitet, die Wissenschaft zum ‚Beweis‘ für eine Weltanschauung machen sollte. Eines der zentralen Objekte zur Repräsentation der gesellschaftspolitischen Debatte ist hier ein, von Abtreibungsgegner*innen bis heute im Rahmen von Kampagnen vieltausendfach verschickter Plastik-

embryo. Dieser soll die Ähnlichkeit zu einem Neugeborenen herausstellen und so eine körperliche Autonomie des Embryos vortäuschen (siehe Abbildung 10). So falsch auch die Anatomie dieses Objektes für einen menschlichen Embryo am Ende der zehnten Schwangerschaftswoche ist, so ähnlich sind sich doch die gesellschaftspolitische Kommunikationsabsicht hinter diesem Modell und denen der Blechschmidt-Sammlung. Während uns das Blechschmidt-Modell als materialisiertes embryonales Gegenüber auf Augenhöhe begegnet, wird uns der kleine Plastik-Embryo als hilfloses Baby in die schützenden Hände gegeben. In beiden Fällen soll die ‚Greifbarkeit‘ des Modellierten Nähe und Bindung zwischen uns Erwachsenen und dem Ungeborenen herstellen.



Abbildung 10. Plastik-Embryo, wie er von Lebensschutzorganisationen verschickt wird (Foto: Michael Markert).

Eine ganz andere Art von Bindung würde ein Präparateglas mit fetalen Körperteilen herstellen. Eine solche Begegnung mit den körperlichen Überresten der engen Beziehung von Patient*innen und ‚ihren‘ Embryonen würde uns einen Einblick in die Laborprozesse erlauben. Die Zurichtung eines ‚Materials‘, durch die aus einer individuellen, in komplexe soziale und gesellschaftspolitische Verhältnisse eingebetteten Schwangerschaft ein wissenschaftliches Objekt hervorgebracht wurde. Diese Begegnung wäre vielleicht unangenehm und mit Blick auf die fehlende Zustimmung der Körperspender*innen auch moralisch fragwürdig. Zweifellos wäre sie aber sehr aussagekräftig, weil Sammlungsgeschichte sichtbar würde, von der die ästhetischen, bemalten Kunststoffkörper in der Ausstellung abzulenken scheinen. Doch sollen die Präparate von uns genauso für unsere Wissenschaft benutzt werden, wie Blechschmidt sie für seine benutzte? Würde unsere Nutzung dadurch legitimiert, dass wir über die

Geschichte aufklären wollen und damit ehrenhafte Ziele verfolgen?

Für unsere Sonderausstellung haben wir uns dagegen entschieden, ein fetales oder embryonales Präparat zu zeigen, wozu wir auch die mikroskopischen Schnittserien zählen. Unser Kompromiss sollte ein hier schon gezeigter Wachsquader sein, der seinen fetalen Inhalt nur als dunklen Schatten erahnen lässt (siehe Abbildung 7). Damit wäre es uns möglich gewesen, über embryologische Forschungspraktiken und den personalen Status menschlicher Überreste zu sprechen, ohne diese dadurch erneut gut sichtbar zum Untersuchungs- oder Ausstellungsobjekt zu machen. Während dies für die Sonderausstellung eine gute Lösung gewesen wäre, steht eine längerfristige Umsetzung für die Modellausstellung weiter aus. Fest im Raum verankert könnte sie ein sammlungshistorisches Gegengewicht zur ‚traditionellen‘ Erzählung der Kunststoff-Aliens schaffen, die sich auf Fachwissenschaft und „Lebensschutz“-Moral konzentriert.

6 Relevanz für die Wissenschaftsvermittlung

Zwei Punkte scheinen mir am dargestellten Umgang mit der Blechschmidt-Ausstellung und ihrer Geschichte und Gegenwart zentral. Erstens trifft auf sie geradezu beispielhaft Hans Peter Hahns Einschätzung materieller Kultur zu: „Dinge werden immer wieder anders wahrgenommen; ihr Wandel in Bedeutung und Relevanz muss als grundlegendes Potential materieller Kultur mit bedacht werden“ (Hahn, 2015, S. 38). Dieser Bedeutungswandel wird an den Umgangsweisen der vorgestellten Akteur*innen – Blechschmidt, die Lebensschützer*innen, Barbara Ritter, Michael Markert, die Studierenden des Lehrforschungsprojektes – deutlich, die die Modelle für ihre jeweiligen Argumente benutz(t)en. Während embryologische und moralisierende Lesart den Blick auf den dargestellten Gegenstand und damit den darin steckenden Sinn lenken, verweisen sammlungskritische Lesart und sammlungshistorische Analyse auf den Entstehungsprozess der Modelle und damit auch auf die Menschen, die mit ihnen verbunden sind. In die ausgestellten Modelle ist Blechschmidts Weltanschauung genauso eingeschrieben, wie die Sammlungsgeschichte, denn „The properties of materials are not attributes but histories“ (Ingold, 2013, S. 30). Auch ein Relevanzwandel lässt sich so nachzeichnen: Früher waren sie Kern eines anatomischen Lehrkonzeptes mit einem ungewöhnlichen Schwerpunkt auf Embryonalentwicklung.

Heute werden die Modelle kaum von Lehrenden und Medizinstudierenden in der Göttinger Anatomie genutzt, wobei letztere meiner Seminarerfahrung zufolge manchmal nicht einmal um deren Existenz wissen. Gleichzeitig ist die Sammlung ein relevanter Beitrag in einem ganz anderen Fachdiskurs geworden; dem der Ethik historischer, medizinischer Sammlungen menschlicher Überreste (Markert, 2021). Die Sammlungsobjekte sind damit gewissermaßen als materielle Knotenpunkte zu begreifen, die ganz unterschiedliche wissenschaftliche und gesellschaftliche Diskurse repräsentieren (Markert, 2020), zugleich aber auch über die Zeit hinweg eine Verbindung halten.

Zweitens verfügen Dinge vielleicht nicht über eine eigene Handlungsmacht, haben aber doch das Potenzial, ihre Umgebung und Verwendung stark zu beeinflussen. Die durch sie verkörperten Geschichten überdauern Lebensspannen und führen nicht selten zu Reibungen mit den Anforderungen der jeweils gegenwärtigen Nutzer*innen. Gudrun M. König (2012, S. 25) spricht vom „Veto“ der Dinge gerade im Kontext der Lehre: „Nicht zuletzt können die Widerworte der Dinge pädagogische Konzepte unterlaufen, denn das pädagogische Zeigen impliziert in der Regel die Stabilisierung und zugleich einen Ausschluss von Bedeutungen und Kontexten.“ So sehr das Zeigen im Falle der Blechschmidt-Ausstellung an diesem speziellen Ort ein fachwissenschaftliches sein soll, das sich nur an Studierende und Expert*innen richtet, so wenig Informationen zur Ausstellung sich vor Ort auch finden lassen und so schwer es ist, in den gut versteckten Modellsaal zu gelangen; die vielfältigen Kontexte von Sammlungsentstehung und -nutzung werden so nur vorübergehend unterdrückt und gelangen immer wieder an die Oberfläche. Genau das macht historische Dinge wie die Aliens im Untergeschoss der Göttinger Anatomie für Vermittlungsprozesse so wertvoll. Sie sind nicht einfach nur vielschichtig, sondern zwingen regelrecht dazu, sich mit allen ihren Bedeutungen auseinanderzusetzen und nicht nur das zu sehen, was man sehen will.

Literatur

- Bernbeck, R. (2017). *Materielle Spuren des nationalsozialistischen Terrors*. transcript.
- Blechschmidt, E. (1951). Die frühembryonale Formentwicklung der Gliedmaßen. (Entwicklung der Extremitäten beim Menschen. Teil II). *Zeitschrift für Anatomie und Entwicklungsgeschichte*, 115, 597–616.
- Blechschmidt, E. (1955). Entwicklungsfunktionelle Untersuchungen an der menschlichen Ohrmuschel. *Acta Anatomica*, 24, 204–220.
- Blechschmidt, E. (1963). *Der menschliche Embryo*. Schattauer-Verlag.
- Blechschmidt, E. (1973). *Die pränatalen Organsysteme des Menschen*. Hippokrates.
- Blechschmidt, E. (1975). Mensch von Anfang an. *Arzt und Christ*, 21, 1–4.
- Blechschmidt, E. (2008). *Wie beginnt das menschliche Leben. Vom Ei zum Embryo* (8. Aufl.). Christiana-Verlag.
- Bundeszentrale für Politische Bildung. (2019). *Abtreibung*<https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/290813/abtreibung>
- Claes, T. (2019). *Corpses in Belgian Anatomy, 1860–1914: Nobody's Dead*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-20115-9>
- Dienel, C. (1993). Das 20. Jahrhundert (I). Frauenbewegung, Klassenjustiz und das Recht auf Selbstbestimmung der Frau. In R. Jütte (Hrsg.), *Geschichte der Abtreibung: Von der Antike bis zur Gegenwart* (S. 140–168). C. H. Beck.
- Digital Embryology Consortium. (2018). *Digital Embryology Consortium*. https://embryology.med.unsw.edu.au/embryology/index.php/Digital_Embryology_Consortium_-_Information
- Doll, S. (2019). Wachsplattenrekonstruktionsmodelle aus der Heidelberger Anatomie. In S. Doll & N. Widulin (Hrsg.), *Spiegel der Wirklichkeit: Anatomische und Dermatologische Modelle in der Heidelberger Anatomie* (S. 65–72). Springer.

- Domdey, A. (2021). Das reaktionäre Weltbild eines medizinischen Pioniers. *Ariadne - Forum für Frauen- und Geschlechtergeschichte*, 77, 46–63.
- Domdey, A., Iffert, C. A., Krahl, J., & Walter, D. S. (2021). *Zwischen Mensch und Modell*. Universitätsverlag Göttingen. <http://www.univerlag.uni-gottingen.de/handle/3/isbn-978-3-86395-478-9>
- Ernst, S. (1984). Prof. Dr. Med. Erich Blechschmidt. *Medizin und Ideologie. Informationsblatt der Europäischen Ärzteaktion*, 6(Dezember 1984), 39.
- Gante, M. (1993). Das 20. Jahrhundert (II). Rechtspolitik und Rechtswirklichkeit 1927-1976. In R. Jütte (Hrsg.), *Geschichte der Abtreibung: Von der Antike bis zur Gegenwart* (S. 169–207). Beck.
- Hahn, H. P. (2015). Die geringen Dinge des Alltags. Kritische Anmerkungen zu einigen aktuellen Trends der Material Culture Studies. In K. Braun, C.-M. Dieterich, & A. Treiber (Hrsg.), *Materialisierung von Kultur. Diskurse, Dinge, Praktiken* (S. 28–42). Königshausen & Neumann.
- Heberer, H. (1948). Über Extrauteringraviditäten. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 8, 397–400.
- Hildebrandt, S. (2013). Anatomie im Nationalsozialismus: Stufen einer ethischen Entgrenzung / Anatomy in National Socialism: Stages of an ethical transgression. *Medizinhistorisches Journal*, 48(2), 153–185.
- Hildebrandt, S. (2016). *The anatomy of murder. Ethical transgressions and anatomical science during the Third Reich*. Berghahn Books.
- Hopwood, N. (2002). *Embryos in wax. Models from the Ziegler studio*. Cambridge University Press.
- Hopwood, N. (2015). *Haeckel's embryos. Images, Evolution, and Fraud*. University of Chicago Press.
- Hornuff, D. (2014). *Schwangerschaft. Eine Kulturgeschichte*. Wilhelm Fink.
- Ingold, T. (2013). *Making. Anthropology, archaeology, art and architecture*. Routledge.
- Jülich, S. (2015). The Making of a Best-Selling Book on Reproduction: Lennart Nilsson's A Child Is Born. *Bulletin of the History of Medicine*, 89(3), 491–525. <https://doi.org/10.1353/bhm.2015.0091>
- König, G. M. (2012). Das Veto der Dinge. In K. Priem, G. M. König, & R. Casale (Hrsg.), *Die Materialität der Erziehung. Kulturelle und soziale Aspekte pädagogischer Objekte* (S. 14–31). Beltz.
- Männer, J. (2018). Humanembryologische Dokumentationssammlung Blechschmidt. In U. Beisiegel (Hrsg.), *Die Sammlungen, Museen und Gärten der Universität Göttingen* (2., S. 52–53). Universitätsverlag Göttingen.
- Markert, M. (2019). *Die „Humanembryologische Dokumentationssammlung Blechschmidt“: Geschichte einer sensiblen Sammlung, 1939-1973. Ergebnisse und Empfehlungen des Provenienzforschungsprojektes*. <https://doi.org/10.3249/ugoe-publ-2>
- Markert, M. (2020). Modellerte Individualentwicklung. Humanembryologische Praktiken an der Universität Göttingen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. *NTM*, 28, 481–517. <https://doi.org/10.1007%2Fs00048-020-00275-3>
- Markert, M. (2021). Ethical Aspects of Human Embryo Collections: A Historically Grounded Approach to the Blechschmidt Collection at the University of Göttingen. *Cells Tissues Organs*, 209, 189–199. <https://doi.org/10.1159/000513176>
- Mildenberger, F. G. (2016). Anatomist, Anti-Abortionist, Anti-Darwinian The three lives of Erich Blechschmidt (1904–1992). *Medizinhistorisches Journal*, 51(3), 246–279.
- Morgan, L. M. (2004). A social biography of Carnegie embryo no. 836. *The Anatomical Record Part B: The New Anatomist*, 276B(1), 3–7.
- Morgan, L. M. (2009). *Icons of life. A cultural history of human embryos*. University of California Press.
- Peter, K. (1906). *Die Methoden der Rekonstruktion*. Gustav Fischer.
- Ritter, B. (1989). Werkstoff Embryo. *Konkret*, 10/89, 88–91.

Ritter, B. (1991). Werkstoff Embryo. Zur Geschichte der Embryologie und Gynäkologie. In Frauen gegen den § 218 - Bundesweite Koordination (Hrsg.), *Vorsicht „Lebensschützer“!: Die Macht der organisierten Abtreibungsgegner* (S. 118–125). Konkret-Literatur-Verl.

Sammlungsportal. (2020). *Humanembryologische Sammlung / Blechschmidt-Sammlung*. Sammlungsportal der Universität Göttingen. https://sammlungen.uni-goettingen.de/sammlung/slg_1000/

Sanders, E., & Achtelik, K. (2018). *Kulturkampf und Gewissen. Medizinethische Strategien der „Lebensschutz“-Bewegung*. Verbrecher Verlag.

Sanders, E., Jentsch, U., & Hansen, F. (2014). *„Deutschland treibt sich ab.“ Organisierte „Lebensschutz“, christlicher Fundamentalismus und Antifeminismus*. UNRAST-Verlag.

Stabile, C. A. (1997). Täuschungsmanöver „Fötus“. In C. Kravagna (Hrsg.), *Privileg Blick. Kritik der Visuellen Kultur*. (S. 125–153). Edition ID-Archiv.

Time Magazine. (2020). *Fetus, 18 weeks*. 100 Photographs | The Most Influential Images of All Time. <http://100photos.time.com/photos/lennart-nilsson-fetus>

Zentrum Anatomie (1950). Archiv Blechschmidt, E2, Blechschmidt an F., Saarbrücken, 17.07.1950

Medizingeschichte ausstellen in Echtzeit: Die Ingolstädter Maskentonne, die Pandemie und das Nicht-Wissen

Johanna Lessing

Georg-August-Universität Göttingen

Zusammenfassung

Der Herausforderung, eine Ausstellung über eine Pandemie während einer Pandemie zu gestalten, hat sich das Deutsche Medizinhistorische Museum Ingolstadt (DMMI) angenommen. Die Ausstellung „Die Ingolstädter Maskentonne. Eine Corona-Ausstellung mit medizinhistorischen Bezügen“ vom 10. Dezember bis zum 16. Mai 2021 thematisiert die lokalen Strategien der Pandemiebekämpfung in Ingolstadt. Im kuratorischen Prozess war die rasche Entwertung immer neuer Wissensstände zur Covid-19-Pandemie eine stete Begleitung. Die begrenzte Haltbarkeit und der vorläufige Charakter von Wissen zur Pandemie wurden szenografisch wie erzählerisch in der Ausstellung transparent gemacht. Als Ausstellung ist die "Ingolstädter Maskentonne" ein Zwischenstand. Sie verweist auf ihre Nähe zur Gegenwart, indem sie sich von ihr unterscheidet. Für die objektbasierte Vermittlung der (zukünftigen) Geschichte der Covid-19-Pandemie macht sie auf die Rolle von Museen und medizinhistorische Sammlungen aufmerksam.

Keywords: Museum, Ausstellung, Corona, Pandemie, Kuratieren

Summary

The challenge of creating an exhibition about a pandemic during a pandemic has been taken up by the Deutsche Medizinhistorische Museum Ingolstadt (German Medical History Museum Ingolstadt). The exhibition "Die Ingolstädter Maskentonne. Eine Corona-Ausstellung mit medizinhistorischen Bezügen" ("The Ingolstadt Masked Barrel. A Corona Exhibition with Medical History References") from December 10th to May 16th 2021, focuses on the local strategies of pandemic response in Ingolstadt. In the curatorial process, the rapid invalidation of new knowledge about the Covid 19 pandemic was a constant accompaniment. The limited shelf life and the provisional character of knowledge about the pandemic were made transparent in the exhibition, both scenographically and narratively. As an exhibition, the "Ingolstädter Maskentonne" ("Ingolstadt Masked Barrel") is an intermediate state. It points to its proximity to the present by distinguishing itself from it. For the object-based mediation of the (future) history of the Covid 19 pandemic, it draws attention to the role of museums and medical history collections.

Keywords: museum, exhibition, corona, pandemic, curation

“One thing seems certain: the futures of the study of culture will surely be ‘infected’ by this pandemic crisis” (Bachmann-Medick, 2020, S. 14).

1 Zeitlichkeit, Pandemie und Kuratieren

Herbst 2021

Der zeitgebundene Wissensstand einer Ausstellung ist kein Geheimnis, aber er wird selten explizit gemacht. In der Ausstellung „Die Ingolstädter Maskentonne. Eine Corona-Ausstellung mit medizinhistorischen Bezügen“ (2020) im Deutschen Medizinhistorischen Museum Ingolstadt (DMMI) blieb er von Beginn der Konzeption an zentral. Ausschlaggebend hierfür war die Covid-19-Pandemie. Die Pandemie veränderte gewohnte Zeiterfahrungen: Neben Berichten über Lieferengpässe von Alltagsprodukten aufgrund globaler Produktionsunterbrechungen, gewann die Covid-19-bezogene wissenschaftliche (virologische), und breiter gefasst die Berichterstattung zu medizin- und gesundheitsbezogenen Einrichtungen und Maßnahmen bis dato ungekannte öffentliche Aufmerksamkeit. Dass jede Art von Wissen, auch wissenschaftlich erzeugtes, immer einer zeitlichen und räumlichen Rahmung bedarf, nicht unbegrenzt gültig und ohne kontextuelle Marker schwer einzuordnen ist, war während des ersten Jahres der Corona-Pandemie eine verbreitete Rezeptionserfahrung. Die Plattform H-SOZ-KULT hat dazu eigens ein Forum eingerichtet: „Zeiterfahrung und Geschichte. Wie ändert die Corona-Pandemie unseren Blick auf die Vergangenheit?“. Der Historiker Achim Landwehr schreibt dort:

„Die Corona-Pandemie löste unmittelbar hektische Betriebsamkeit bei allen Zeichendeuter/innen und Bedeutungsanalytiker/innen aus, also auch und gerade in den Wissenschaften, die aus zahlreichen disziplinären Richtungen kommend mit Angeboten aufwarteten, was das denn nun alles zu bedeuten habe“ (Landwehr, 2020).

Landwehr versteht die Pandemie als „Ereignis“, das die Möglichkeit eröffne „das Verhältnis der Zeiten in diesem Sinne anders auszugestalten. Aber die Möglichkeit muss auch ergriffen werden“ (Landwehr, 2020). Die Ausstellung im Zentrum dieses Artikels verstehe ich als eine solche Möglichkeit. Sie ist der Versuch mitten in der Pandemie ausgewählte Facetten eines zukünftigen Phänomens der Medizingeschichte zu vermitteln. Dabei ist die Ausstellung selbst in wesentlichen Teilen ein von der Pandemie mitge-

staltetes Ereignis. Denn in allen Phasen des Projekts veränderte die Pandemie erwartet wie auch unerwartet dessen Bedingungen. Die Ausstellung machte diese Auswirkungen auf den Prozess ihrer Erarbeitung erkennbar. Sie stellt damit den vorläufigen Charakter von Wissen und medizinischer Wissenschaft in der ersten Phase der Pandemie in Deutschland heraus, weist aber darüber hinaus auch auf den vorläufigen und stets kontextgebundenen Charakter von ausgestellttem Wissen hin.

Thema der Ausstellung „Die Ingolstädter Maskentonne“ waren die lokalen Strategien der Pandemiebekämpfung während des ersten Lockdowns in Ingolstadt. Mehr als ein Jahr später sind das vom Museum gesammelte Quellenmaterial sowie die Ausstellung selbst historische Zeugnisse in der museologischen Medizingeschichte der Corona-Pandemie. Die Ausstellung wurde von der Historikerin Greta Butuci und mir kuratiert. Zusammen mit dem Team des Museums und dem Gestaltungsbüro *schneller-vorlauf gmbh* haben wir das Projekt konzipiert und umgesetzt. Mithilfe der Ausstellung als Fallbeispiel soll das Verhältnis von Zeitlichkeit und Kuratieren in zwei Richtungen aufgelöst werden. Erstens veranschaulicht die Ausstellung selbst und ihre Entstehungsgeschichte das Phänomen des sich selbst überholenden Wissens im ersten Jahr der Covid-19-Pandemie, wodurch sie, zweitens, das Potenzial der Medizingeschichte deutlich macht, unsere Gegenwart – zukünftige Gesundheitsgeschichte – zu dokumentieren und zu vermitteln.

Die Installation eines Nachrichtenschredders im Ausstellungskapitel „Impfstoff“ steht beispielhaft für diese Vorläufigkeit (siehe Abbildung 1). Es handelt sich um eine Installation, die Zeitungsartikel rund um die Impfstoffentwicklung auf einer deckenhohen Papierrolle aufgeklebt zeigt – und die, wenn neue Nachrichten die alten überholen, letztere schreddert, um Platz für die neuen zu machen. Die Figur der sich selbst vernichtenden Neuigkeiten verkörpert eine Medienerfahrung und ein Charakteristikum von Wissenschaft. Die Raspelbewegung des Nachrichtenschredders greift diese Erfahrung auf. Er ist ein kuratorisches Instrument, um das rasche Entwerten von Wissen deutlich zu machen. Denn wie sollten wir ein Ausstellungselement zur Corona-Impfung festlegen, wenn zu erwarten war, dass sich die Tatsachen dazu ständig vervielfältigen und im Verlauf der Ausstellung stets aktualisieren würden? Zur Verfügung stand nur der immer rasanter werdende Informationsfluss im Herbst 2020. Der Schredder greift die Unbestän-

digkeit vorhandenen Wissens und die daraus resultierende Vorläufigkeit jeder Wissenspräsentation auf. Er schreddert tagesaktuelle Nachrichten zur Entwicklung von Impfstoffen gegen SARS-CoV-2. Die Sonderausstellung, die das Exponat beherbergte, ist vorüber. Kaum jemand hatte sie besuchen können, denn die Museen waren den größten Teil ihrer Laufzeit geschlossen.



Abbildung 1. Der Nachrichtenschredder: Zeitungsartikel zur Impfstoffentwicklung werden im Schredder vernichtet (Foto: Ulrich Rössle).

Der vorliegende Beitrag ist ein Produkt meiner doppelten Funktion und Rolle als Mitarbeitende und Feldforschende innerhalb des Museumsgefüges. Von Oktober 2019 bis Dezember 2020 habe ich im Rahmen meiner Promotion ein sogenanntes ‚Praxisjahr‘ im Ingolstädter Museum verbracht. Ein Jahr war ich in die tägliche Arbeit integriert und gleichzeitig als beobachtende Forscherin vor Ort, die sich für Prozesse des Ausstellungen-Machens, Entscheidungen-Treffens, Zusammenarbeitens, für die Abläufe, Arbeitsbereiche, Zuständigkeiten und nicht zuletzt die Räume und Materialitäten des Museums interessierte. Wissen aus beiden Rollen und Funktionen bilden die empirische Basis des Artikels. Ich greife zurück auf Arbeitsmaterialien aus der Konzeptions- und Umsetzungsphase, Protokolle von Teamtreffen, Feldnotizen, Inter-

views aus der Recherchephase, formelle wie informelle Gespräche, Fotodokumente aus dem gesamten Projektverlauf, (digitale) Veranstaltungen im Rahmen der Ausstellung, Social Media, Presse und Museumsammlung, um über die Ausstellung, ihre Entstehungsgeschichte, ihre Konzeption und ihre Rezeption zu berichten. Zeitlich kann das Ausstellungsprojekt im engeren Sinn auf die Monate Juni 2020 (Team-Beschluss, eine Ausstellung zur Covid-Pandemie zu machen) bis Mai 2021 (Abbau der Ausstellung) datiert werden. Auf diese Phase geht der Hauptteil an Dokumenten, Erfahrungen und Beobachtungen zurück, auch wenn die Mitarbeit im Museum und die Reflexion der kuratorischen Tätigkeit jeweils auf Zeiten vor und nach der Ausstellung zurückgreifen. Die Geschichte der Maskentonnen-Ausstellung lässt sich in vier Phasen darstellen, die als Kapitel der folgenden Analyse dienen: Ausgangslage Frühjahr 2020, Konzeption Sommer 2020, Umsetzung Herbst 2020, Laufzeit Winter 2020/21.

2 Medizingeschichte „being in the making“

Frühjahr 2020

Die Covid-19-Pandemie ist ein gesellschaftlich weitreichendes Ereignis, das alle Lebensbereiche betrifft. Entsprechend schnell setzte die Bearbeitung direkter wie vermittelter Effekte, Folgen und Reaktionen seitens der historischen Wissenschaften ein. Bereits die Rhetorik bisher erschienener Titel stilisiert die Pandemie zum Zeitenbruch oder zum Moment des Neuanfangs: *Jenseits von Corona. Unsere Welt nach der Pandemie – Perspektiven aus der Wissenschaft* (Kortmann & Schulze, 2020), *Auf Abstand. Eine Gesellschaftsgeschichte der Coronapandemie* (Thießen, 2021), *Ist heute schon morgen? Wie die Pandemie Europa verändert* (Krastev, 2020), *Die Zukunft nach Corona. Wie eine Krise die Gesellschaft, unser Denken und unser Handeln verändern* (Horx, 2020), oder *Was war die Zukunft nach Corona? Ein Blick zurück nach vorn* (Landwehr, 2020). Für ein Museum, insbesondere ein medizinhistorisches, ist die Pandemie jenseits solcher aufmerksamkeitsökonomischer Sachbuch-Rhetoriken auch ein museologisches Ereignis mit unmittelbaren und dauerhaften Auswirkungen: Schließung für die Öffentlichkeit, Home Office für die Mitarbeiter*innen oder Beeinträchtigungen bestehender Vorhaben erforderten Reaktion, Anpassung und (Um-)Orientierung in verschiedenen Bereichen auf unvorhersehbare Zeit. Im Deutschen Medizinhistorischen Museum Ingolstadt entstand darüber hinaus schon in den Tagen vor dem Umzug ins heimische

Küchenbüro und vor dem ersten Lockdown der noch unbestimmte Eindruck, man „müsse doch irgendwie reagieren“. Er äußerte sich bei Treffen an der Kaffeemaschine und am Rande von Besprechungen als lose Überlegung in Bezug auf den Sammlungsbestand, auf die hausinterne Expertise, auf den Beitrag, den die Medizingeschichte möglicherweise zum Verständnis der aktuellen Geschehnisse leisten könnte.

Ausdruck fanden diese Überlegungen zunächst in den Objektgeschichten der digitalen Galerie [Covid-19 & History](#) (DMMI, 2020a). In der Zeit der Museums-schließung vom 18. März bis zum 17. Mai 2020 wurde auf der Website des Museums täglich eine Objektgeschichte veröffentlicht, die ein medizinhistorisches Objekt aus der Gegenwart des (nunmehr ersten zu nennenden) Lockdowns perspektivierte. Unter Schlagwörtern wie „Heilmittel“, „Kommunikation“ oder „Prävention“ spannen die kurzen Objektgeschichten Verbindungen zwischen früheren Krankheitsgeschehen und den Ereignissen 2020, beispielsweise dem Schutz vor Ansteckung durch bestimmte Kleidung oder der Vorbeugung durch Verwendung bestimmter Hilfsmittel. Das traf offenbar einen Nerv, denn schnell berichteten regionale und überregionale Medien über diese Galerie. Das öffentliche Interesse an medizinhistorischer Expertise wuchs. Das zeigte auch das Medienecho des Ingolstädter Museums vor allem am Beginn der Pandemie (DMMI, 2020b).

Zugleich musste das Museum bestehende Pläne für eine kommende Sonderausstellung aufgeben. Es begann stattdessen (regionale) Covid-19-bezogene Objekte zu sammeln. Damit verbunden war auch ein Sammelaufruf für medizinische Schutzmasken. Dieser wurde am 30. April 2020 veröffentlicht und lief bis Ende September 2020. Er galt den (Stoff-)Masken, die zu Beginn der Pandemie gebräuchlich waren und ihren individuellen Geschichten (DMMI, 2020c). Dazu passend stand mit einer blau-orangen Tonne ein markantes Objekt direkt vor meinem Schreibtisch. Das ist durchaus wörtlich gemeint, denn um die Hygiene-maßgaben – eine Person pro Raum bei längerem Aufenthalt – einzuhalten, arbeitete ich seit Mai 2020 überwiegend in der „Depotvorbereitung“. So wird der Multifunktionsraum zwischen Büro, Depot, Fotostudio und Werkstatt genannt. Hierhin kommen neu eingegangene Objekte, bis ihre Inventarisierung voranschreitet. Im DMMI entstand also auf institutioneller Ebene eine Lücke in der Ausstellungsplanung und auf inhaltlicher Ebene der wachsende Eindruck, die Bedürfnisse und Chancen, die die gegenwärtige Situation an das Museum herantrug, zu nutzen. Zudem wurde auf

Objektebene die materielle Basis dahingehend erweitert, rezente und ältere Objekte in einer Ausstellung zusammenbringen zu können.

3 Tonne im Museum – Konzeption

Sommer 2020

Nach dem Beschluss für eine Ausstellung zum Thema Pandemie im Juni 2020 begann die Recherche- und Konzeptionsphase mit Fokus auf dem städtischen Umgang mit den Pandemie-Beschränkungen und ihren Herausforderungen für die Menschen. Kennzeichnend für die Konzeption war das Wechselspiel von Datenerhebung, Ausstellungskonzeption und Objekterwerb.

Zentrales Objekt und verbindendes Element der Ausstellung wurde die im Laufe des Projekts so benannte, „Ingolstädter Maskentonne“. Bei ihr handelt es sich um eine ehemalige Papiertonne, der im April 2020 eine neue Aufgabe zukam. Sie wurde zur „Maskensammeltonne“. Der Deckel wurde mit einem Vorhängeschloss verriegelt, in die Vorderseite wurde stattdessen ein Schlitz eingefräst und verschiedene laminierte Hinweisschilder wurden angebracht. Schließlich wurde die Tonne angekettet und vor dem Eingang zum Rathaus auf dem Rathausplatz positioniert. Einwohner*innen waren aufgefordert, sogenannte Community-Masken, das heißt selbstgenähte Stoffmasken, zu spenden. Grund dafür war der allort grassierende Mangel an medizinischen Masken, der auch in Ingolstadt Pflegeheime und andere Sorge-Institutionen betraf.

Am 25. Mai 2020 wurde die Tonne als neues Sammlungsobjekt inventarisiert. Für Greta Butuci und mich war sie zunächst Ausgangspunkt für eine Interviewbasierte Recherche zur Logistik des Maskenmangels vor Ort. Von Juni bis November führten wir 13 ein- bis zweistündige Gespräche mit 17 Akteur*innen. Unsere Gesprächspartner*innen gehörten unter anderem zum zentralen Pandemiestab der Stadtverwaltung, zu den Verkehrsbetrieben, zur Feuerwehr, zur Führungsgruppe Katastrophenschutz (FüGK), zum Theater, zu diversen Hilfsorganisationen, waren beteiligt an Start-ups oder füllten Ehrenämter aus. Die Interviews hatten zum Ziel, Erfahrungen und Expertise in Bezug auf den ersten Lockdown in Ingolstadt zu dokumentieren. Sie fanden leitfadensbasiert statt und wurden in der Gesprächsführung bewusst offen gestaltet. Gegenstand der Gespräche waren die jeweiligen Tätigkeiten und Erfahrungen der Interviewten bei der Bekämpfung von und dem Umgang mit dem Maskenmangel in

Ingolstadt. Die Offenheit der Gespräche ermöglichte es den Interviewten, eigene Schwerpunkte in ihren Erzählungen zu setzen.

Allmählich rekonstruierten wir die Objektgeschichte der Maskentonne, gewannen Informationen zu den Abläufen der Maskenbeschaffung und -verteilung und erhielten zudem (Hinweise auf) potentielle Exponate aus diesen Zusammenhängen. Das waren zum Teil Leihgaben, zum Teil wurden neue Objekte in die Sammlung aufgenommen. Letzteres geschah spätestens bis zur Erstellung der Druckdaten für die Objektschilder in der Ausstellung, denn dort sollten auch die Leihgeber*innen oder Eigentümer*innen angezeigt werden – für neue Sammlungsobjekte also das DMMI. Beispielsweise nahm das Museum, nach Ablauf seiner Gebrauchszeit, das sogenannte Corona-Fahrtenbuch der Kommunalbetriebe in seine Sammlung auf. Darin wurden über mehrere Wochen die Fahrten des „Corona-Fahrers“ (so bezeichnet von der stellvertretenden Leitung der Ingolstädter Kommunalbetriebe) dokumentiert, darunter auch die Leerungen der Tonne vor dem Rathaus und, als einer der letzten Einträge, die Übergabe der Tonne samt Vorhängeschloss und Schlüssel an das Museum: „Übergabe / am 25.05.2020 / um: 13:00 (Uhr) / an: Herrn Unterkircher, Alois“ als „erledigt“ gezeichnet von Herrn Meier (Fahrtenbuch, 2021). Das Beispiel zeigt, wie die Ideen zur Ausstellung, ihre Exponate und deren Kontextrecherche sich wechselseitig entwickelten.

Ein weiteres Beispiel für das Zusammenwirken von Datenerhebung, Ausstellungskonzeption und Objekterwerb ist das spätere Ausstellungskapitel „Improvisation“. Anhand von zwei lokalen Initiativen wurden dort Herstellungsweisen und Materialien ausgestellt, die dazu beitrugen, die so dringend benötigten Masken aus alternativen Stoffen herzustellen. Die Näherei des Stadttheaters stellte Stoffproben und Schablonen zur Verfügung, in der benachbarten Vitrine fanden sich eine Rolle Filament sowie eine im 3D-Drucker hergestellte Schutzmaske, wie sie in größerer Stückzahl in den Druckern von acht Mittelschulen der Stadt zeitweise hergestellt wurden (siehe Abbildung 2). Begleitet wurden die Objekte durch zwei Zeitraffervideos, auf denen die Herstellungsprozesse parallel betrachtet werden konnten – einmal mit der Nähmaschine und einmal mit dem 3D-Drucker. Zunächst jedoch fanden die ausgestellten Materialien Erwähnung in den Erzählungen der Interviewten.



Abbildung 2. Links die Materialien aus der Theaterschneiderei, rechts die zum Drucken einer Maske im 3D-Drucker (Foto: Ulrich Rössle).

Zeitgleich arbeiteten wir an der Themenentwicklung für die Ausstellung, in der das Element des Selbermachens, des Notdürftigen, kurz des Improvisierens ein wichtiger Bestandteil war. Wir interessierten uns für die konkreten Abläufe und die Teilnehmenden der Maskenbeschaffung in Ingolstadt. Nur hatten wir dazu (noch) keine Exponate. Um nicht gegenstandslos auszustellen und gleichzeitig die Gelegenheit zu nutzen, die materielle Kultur des Maskenmangels in Ingolstadt zu sammeln und mit dem Originalton der Interviews zu verknüpfen, fragten wir unsere Interviewpartner*innen nach den dann von uns inszenierten und zuvor von ihnen verwendeten Utensilien. Zusätzlich fertigten sie jeweils Videos ihrer Maskenproduktionen an. Über Hörstationen sollten in der Ausstellung Ausschnitte aus den geführten Gesprächen zu hören zu sein.

Neben diesen rezenten Objekten waren seit März 2020 bereits für die digitale Galerie ältere medizinhistorische Objekte in den Fokus gerückt. Für die Ausstellung rund um die Tonne und den Mangel an Masken 2020 knüpften wir an das Prinzip der Aktualisierung und Perspektivierung an. Das Miteinander von Dingen der gegenwärtigen Pandemie und Exponaten früherer medizinhistorischer Zusammenhänge in einem Raum ließ erwartete und unerwartete Objektkombinationen möglich werden. Diese Dingnachbarschaften (te Heesen, 2011) verbanden mitunter große Zeiträume und unterschiedlichste Materialitäten und Kontexte. Durch die Nähe der Ausstellung wiederum zum individuell und gesellschaftlich geteilten Erfahrungsraum entstanden aktuelle Reibungen zu diesen Ding- und Zeitnachbarschaften. Solche Spannungen in Ausstellungen entstehen dem Medienwissenschaftler Hanno Loewy folgend unter anderem „zwischen Sakralem und Profanem“, „zwischen Vergangenheit und Gegenwart“ und durch die „räumliche Anordnung“. Dazwischen knüpfen die Besucher*innen, „die ihren eigenen Weg durch die Ausstellung finden – allein oder in Verhandlung mit anderen – ihr eigenes

Beziehungsnetz“. (Loewy, 2017, S. 89.) Loewy schreibt weiter in Bezug auf Spannungen beim Ausstellungsbesuch:

„Dabei kommt es darauf an, den Raum, den das Museum bietet, als Ensemble von Möglichkeiten zu betrachten, das dem Besucher reale Freiheiten einräumt, eigene Erfahrungen zur Geltung zu bringen, mit der Anschauung von Objekten in Beziehung zu setzen und mit anderen Besuchern zu kommunizieren. Die Mehrdeutigkeit der präsentierten Gegenstände, ihre räumliche Präsentation und ihre Kommentierung entfalten sich dabei entlang unterschiedlicher Spannungen“ (Loewy, 2017, S. 88f.).

Anschaulich wurde das in der Konstellation „Angst“ (siehe Abbildung 3). Hier trafen das kleinste und das größte Objekt der Ausstellung aufeinander – ein aus Elfenbein gestaltetes, filigranes Kunstkammerobjekt und das Funktionsmodell eines Beatmungsgeräts aus Sperrholz, Plastik und Baumarktelektronik.



Abbildung 3. Die Konstellation „Angst“ (Foto: Ulrich Rössle).

Die weiterentwickelte Version des Prototyps ist derzeit (2021) in der klinischen Erprobung für den indischen Markt (HELLA Geschäftsbericht, 2020/2021, S. 15). Während der sogenannte Wendekopf mit der Versinnbildlichung zur Vergänglichkeit – memento mori, (Gedenke des Todes) und carpe diem (Nutze den Tag) – aus dem 16./17. Jahrhundert sich still und hell erleuchtet den Blicken darbot und auf die Endlichkeit des Lebens sowie die Allgegenwärtigkeit des Todes verwies, klotzte der Prototyp raumgreifend auf einem

quadratischen Podest und gab bei Betätigung des Hauptschalters vernehmliche Saug- und Pustegeräusche von sich. Komplettiert wurde die Konstellation durch eine Grafik, die den unterschiedlichen Verlauf von Covid-19 in einzelnen Ländern anhand eines von der Süddeutschen Zeitung produzierten Verlaufsdiagramms darstellte. Der Ausstellungstext lautet wie folgt:

„Noch vor wenigen Jahrhunderten gehörten tödlich verlaufende Krankheiten zum Alltag der Menschen. Der Wendekopf stammt aus jenen Zeiten. Er zeigt Tod und Leben und erinnert an die eigene Sterblichkeit. Hoffnung und Angst begleiten auch die gegenwärtige Pandemie. Im März 2020 beherrschten Bilder und Schlagzeilen vom völlig überlasteten Gesundheitssystem in Norditalien die Nachrichten. Dadurch wuchs die Furcht, die ‚italienischen Verhältnisse‘ könnten sich auch in Deutschland einstellen. Während hier in Ingolstadt die intensivmedizinische Versorgung stets gegeben war, kamen in anderen Ländern die Gesundheitssysteme an ihre Grenzen. Einige deutsche Firmen begannen, einfache Beatmungsgeräte herzustellen. Dieser Prototyp ist bereits voll funktionsfähig und für die Beatmung von Covid-19-Kranken optimiert“ (Die Ingolstädter Maskentonne, 2020).

Diese Konstellation gewann ihre Spannung aus historischen und mit allen Sinnen wahrnehmbaren Gegensätzen. Zusätzlich konnten wir als kuratierendes Team auf ein gemeinsames Wissen des Publikums bauen. Zum Beispiel darauf, was mit „die italienischen Verhältnisse“ gemeint ist, auf die der Ausstellungstext Bezug nimmt und die in einer zukünftigen Ausstellung zur Covid-19-Pandemie wohl weit mehr erklärungsbedürftig sein werden, als sie es Ende 2020 zur Eröffnung der Ausstellung noch waren. Auch hier wird die in der Einleitung thematisierte Zeitspezifik deutlich.

4 Handeln im Ungewissen – Umsetzung

Herbst 2020

Die Produktionsphase der Ausstellung umfasste die Monate September bis November 2020. Organisatorische Ungewissheit und ständige Veränderungen der Pandemie und des Umgangs mit ihr machten schnell klar, dass wir zum Zeitpunkt einer Eröffnung und während einer mehrmonatigen Laufzeit kein vollständiges und vor allem kein stets aktuelles Bild der Covid-19-Pandemie würden liefern können. Klar war, dass, bevor das erste Publikum die Ausstellung gesehen haben würde, sie bereits historisch überholt sein würde.

Wir machten daher die Vorläufigkeit zum kuratorischen Prinzip.

Nachdem mit den steigenden Temperaturen der Sommerzeit die Maßnahmen der Kontaktbeschränkungen gelockert wurden und die Inzidenzen sanken, waren wir auch für unser Projekt optimistisch. Davon zeugt das Grobkonzept, datiert auf den 25. Juni 2020, in dem wir wie selbstverständlich (Präsenz-) Veranstaltungen prominent setzten. Wir rechneten zwar mit beschränkten Teilnehmendenzahlen, planten gleichwohl die Bestuhlung für den Ausstellungsraum und Podcasts zu den Veranstaltungen ein. Im Herbst jedoch wurde eine Ausstellungsöffnung immer unwahrscheinlicher. Anstatt an Führungen zu denken, hielten wir unsere Interviews nun telefonisch. Das Eröffnungsdatum wurde verschoben. Das bedeutete Unbeständigkeit in allen planerischen Belangen für die Ausstellungsproduktion. Ständig tauchten neue Themen, Fragen, Objekte auf, die auch noch ausstellungsrelevant schienen. Auf welcher Datenlage sollten wir Schaubilder, Definitionen oder auch nur kontextualisierende Informationen aufbauen? Der Horizont unserer Ausstellung veränderte sich täglich.

Ein Beispiel dafür ist die Chronologie-Tafel, die in der Ausstellung bestimmte Rahmeninformationen lieferte. Anhand von exemplarischen Daten brachte sie globale, nationale und lokale Ereignisse in Bezug zueinander. Das erste verzeichnete Datum berichtet von unbekanntem Krankheitsfällen in der Provinz Wuhan (China). Nach ungefähr einem Drittel der vorhandenen Fläche ist der 11. März 2020 verzeichnet. Ab diesem Tag sprach die Weltgesundheitsorganisation (WHO) von einer Pandemie (WHO, 2020). Am 12. März ist der erste Todesfall in Bayern vermerkt. Einer der letzten Einträge, vom 1. August 2020, verzeichnet erstmals mehr als 1.000 Neuinfektionen in Deutschland. Die Grafik wurde am 28. August final gestaltet und anschließend produziert. Die Ausstellung eröffnete am 9. Dezember. An diesem Tag betrug die Zahl der gemeldeten Neuinfektionen 20.815. Angesichts dieser verzehnfachten Zahl schien der Wert vom 1. August im Dezember beinahe lächerlich. Dennoch war er damals signifikant genug, einen Platz in der Übersicht zu verdienen. Bei der thematischen Unbeständigkeit blieb es nicht. Auch organisatorisch war die Unvorhersehbarkeit deutlich spürbar. Nach wie vor galten Personenzahlbeschränkungen und Home-Office auch für interne Besprechungen. Mögliche Besucher*innenzahlen wurden abhängig von der sogenannten Quadratmeterregel ermittelt, das heißt abhängig von der Größe des Raums und der aktuellen örtlichen Inzidenz.

Der tägliche Weg zum Museum führte durch die Innenstadt vorbei an zahlreichen Schildern, Absperrbändern, Aufstellern und Klebezetteln, die alle dazu dienten Hygienevorschriften zu kommunizieren und dadurch Körper auf Abstand zu halten. Abstand wurde zu einem grundlegenden Motiv der Ausstellungs-gestaltung. Leuchtend blaue Linien am Boden verbanden das zentral stehende Podest der Maskentonne mit den sieben thematischen Stationen (siehe Abbildung 4). Jede Linie wurde nach jeweils 1,5 Metern – dem in Deutschland empfohlenen Abstand zur nächsten möglicherweise infizierten bzw. gefährdeten Person – von einer entsprechenden Markierung unterbrochen. Diese Linien bildeten zusammen die räumliche Darstellung eines Netzwerks, das wir „Tonnen-Netzwerk“ nannten. (Butuci, Lessing & Unterkircher, 2021).



Abbildung 4. Blick in den Ausstellungsraum (Foto: Ulrich Rössle).

Der Zusammenfall von Zeitgeschehen, institutioneller Routine und kuratorischem Prozess bescherte uns kurz vor Abschluss der endgültigen Exponatliste eine Objektkonstellation, die die Kombination von Unvorhersehbarkeit und kuratorischer Möglichkeit vermittelt und kennzeichnend für die Umsetzung der Ausstellung gewesen ist. In der Konstellation „Übertragungswege“ gesellten sich zu Pomander (Duftstoffzubereitung, die bis ins 17. Jahrhundert aus medizinischen und ästhetischen Gründen in kugelförmigen Behältern am Körper getragen wurden), Cholerabriefen, Handfreitüröffner und Hygienehaken im September 2020 noch ein Herzstichmesser aus der Zeit um 1800 sowie ein abgelehnter Dienstreiseantrag des Sammlungsleiters vom 20. September 2020. Was haben ein alltägliches Format und ein Kuriosum der Sterbekultur des 19. Jahrhunderts in einer Ausstellung zu Praktiken der Pandemiebekämpfung zu suchen?

Das Herzstichmesser war eine Leihgabe des Naturhistorischen Museums Wien für die vorangegangene Sonderausstellung *Scheintot* (2019) gewesen, die im selben Raum stattgefunden hatte. Um Platz für *Die Ingolstädter Maskentonne* zu machen, war sie im September 2020 abgebaut worden. Die Leihgaben wurden im Anschluss wie üblich zur Rückgabe vorbereitet – im Falle des Herzstichmessers sollte das eine persönliche Übergabe sein. Eben diese fand allerdings nicht statt, denn der Dienstreiseantrag wurde abgelehnt: Wien war kurz zuvor von der Bundesregierung als Corona-Risikogebiet ausgewiesen worden, wie handschriftlich auf der Ablehnung vermerkt wurde. Damit waren dienstliche Reisen dorthin von einem Tag auf den anderen nicht mehr erlaubt und das Messer musste vorerst in Ingolstadt verbleiben. Der abgelehnte Dienstreiseantrag und das Herzstichmesser fanden also Platz neben den erwähnten Exponaten. In der Vitrine traf der gut lesbare Kommentar der Verwaltungsstelle auf dem Formular auf ein scheinbar völlig unpassendes Objekt. Die Nachbarschaft dieses Objekt-Duos zu gegenwärtigen und früheren Dingen, die jeweils auf Vorkehrungen zur Eindämmung oder Vermeidung von Krankheit verwiesen, setzte nicht nur mögliche eigene Erfahrungen von Besucher*innen mit ins Bild, sondern ermöglichte auch einen Blick in den Entstehungsprozess der Ausstellung, eingebettet in die Vorgänge im Haus und die Aufgaben seiner Mitarbeiter*innen.

5 Zu, auf, zu, auf – pandemisch öffentlich

Winter 2020/21

„Theater, Opern, Konzerthäuser und ähnliche Einrichtungen, Kinos, Freizeitparks und Anbieter von Freizeitaktivitäten (drinnen und draußen), Spielhallen, Spielbanken, Wettannahmestellen und ähnliche Einrichtungen, Prostitutionsstätten, Schwimm- und Spaßbäder, Saunen, Thermen, Fitnessstudios, Wellness-einrichtungen, Museen, Zoos und ähnliche Einrichtungen bleiben auf unabsehbare Zeit geschlossen“ (Bayerische Senatskanzlei, 2020).

So lautete der Kabinettsbeschluss der Bayerischen Landesregierung vom 29. Oktober 2020. Durchs Bundesland rollte eine hohe Infektionswelle, während die Impfkampagne verhalten anlief. Im März 2021 war ein Drittel der Gesamtlaufzeit der Ausstellung in Ingolstadt bereits vorüber und kein*e einzige*r Besucher*in hatte die Ausstellung gesehen. Um Publikum zu erreichen, brauchte es andere Formate der Vermittlung als die physische Ausstellung.

Das Museum weitete daher seine digitalen Aktivitäten auf die virtuelle Vermittlung der Ausstellung aus. Da lag es nahe, im Rahmen des laufenden Maskentonnen-Projekts etwas Neues zu versuchen. Viele Menschen waren nach einem knappen Jahr Pandemie an digitale Veranstaltungen nicht nur gewöhnt, sondern nutzten auch deren Vorteile, wie zum Beispiel räumliche oder terminliche Unabhängigkeit. Zusammen mit dem gewachsenen Interesse an medizinhistorischen Perspektiven im Rahmen der Covid-19-Pandemie, schien die Zeit für unerprobte Formate günstig. Während die Hygienevorschriften die Ausstellung selbst unzugänglich machten, motivierten sie Kollaborationen im virtuellen Raum. Am 2. März 2021 wurde eine virtuelle Video-Führung in zehn Episoden jeweils mit einer Länge zwischen drei und sechs Minuten gedreht. Der Teaser beginnt mit den Worten: „Seit Monaten haben die Museen in Deutschland geschlossen. Unsere Ausstellung musste im Verborgenen bleiben. Das wollen wir ändern“ ([DMMIvideo, 2021b](#)). Schrittweise bis Anfang April 2021 veröffentlicht, bietet die Video-Führung in Episoden einen dauerhaft verfügbaren ortsunabhängigen Einblick – auch Monate nach dem Ende der eigentlichen Ausstellung. Die Erzählung vom Mangel an Schutzkleidung über die Erinnerung an die sogenannten italienischen Zustände bis zum akustischen Eindruck des Nachrichtenschredders bleiben so über den Zeitraum der Sonderausstellung erhalten. Auch für die nachfolgenden Ausstellungen sind virtuelle Kurator*innenführungen auf dem Youtube-Kanal des Museums verfügbar. Was bei dieser Art des virtuellen Besuches jedoch fehlt, ist die persönliche konstellative Erfahrung im Ausstellungsraum: Im Video unterliegen die Zuschauenden dem Kamerablick und folgen der Erzählbewegung der Kurator*innen, anstatt eigene Wege finden zu können.

Wie die Ausstellung selbst machen sich auch die zehn Episoden ihre Zeitlichkeit zu eigen. Schon der Teaser macht klar: Wir stehen nicht mehr am Anfang, es liegen inzwischen Monate der Schließung hinter uns. Dass nur fünf Tage nach dem Videodreh, am 8. März, die Museen laut Beschluss der Bayerischen Staatsregierung vorübergehend öffnen durften, war am Tag des Videodrehs noch nicht absehbar. Die Landesstelle Museen in Bayern informierte damals auf ihrer Website wie folgt:

„Gemäß dem Beschluss der Bayerischen Staatsregierung können Museen und Kultureinrichtungen seit dem 8. März 2021 abhängig von der Krankenhausampel und dem Infektionsgeschehen vor Ort unter bestimmten

Bedingungen wieder öffnen (zunächst gültig bis einschließlich 24. November 2021)“ (Landesstelle, 2021).

14 Tage lang war auf den 8. März folgend die Ausstellung öffentlich zugänglich, bevor das Infektionsgeschehen wieder für die Schließung bis über die Laufzeit der Ausstellung hinaus sorgte. Die politische Beschlusslage zur Pandemie hatte das kuratorische Handeln Anfang März also zunächst überholt (Ankündigung der Öffnung ab 8. März kurz nach der Aufnahme der Videoankündigung), bevor sie wenig später wieder für die Schließung der Museen sorgte. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Textes, wiederum ein halbes Jahr später, markiert die Wortwahl der Videoführung bereits die zeitliche Differenz und das damit einhergehende unterschiedliche Wissen. Im Oktober 2021 empfahl die Ständige Impfkommission (STIKO) der Bundesregierung die Impfauffrischung für über 80-jährige, in Israel waren Alternativen zur Impfung mit Nadel im Gespräch und in der Europäischen Union waren zwei Drittel der Bevölkerung doppelt – wer weiß, wie lange „vollständig“ noch die adäquate Vokabel bleiben wird – geimpft. Das Tagesgespräch im Frühjahr 2021 hingegen drehte sich noch – und darauf bezieht sich der erzählerische Einstieg zu *Station 7 „Impfstoff“* – um die Vor- oder Nachteile der Impfung in puncto Wirksamkeit, Lieferqualitäten und Kosten verschiedener Impfstoff-Firmen ([DMMIvideo 2021a](#)).

Von Beginn der Konzeptionsphase an war ein dialogisches Veranstaltungsprogramm als Teil der Ausstellung vorgesehen. Noch im gedruckten Flyer im November 2020 hieß es: „Jeden Monat kommen unterschiedliche Akteur*innen der Pandemie miteinander und mit den Gästen ins Gespräch. Die Ausstellungsgespräche finden direkt im Ausstellungsraum statt, natürlich mit Corona-Sicherheitsabstand“ (DMMI, 2020d). Als integraler Teil der Ausstellung wurde die Gesprächssituation szenografisch im Raum eingebunden. Gegenüber der Stirnwand mit Chronologie und Hörstationen mit Podcasts der lokalen Akteure griff ein ovaler Teppich mit Kaffeetisch und Schalenstühlen die Originaltöne der Ausstellung auf. Diese Szenografie schaffte eine gestalterische Verbindung zu den angedachten Ausstellungsgesprächen – sowohl den öffentlichen als auch den spontanen bei einer Sitzpause mit Blick auf die Tonne und den Ausstellungsraum. Die Ausstellungsgespräche blieben indes als partizipative Veranstaltungsreihe eine Idee, die nicht umgesetzt werden konnte. Stattdessen schlossen wir die Ausstellung mit einer digitalen Finissage und *Tonnen-Talks* zum internationalen

Museumstag am 16. Mai 2021. Anstatt eines weit offenen Museums mit Führungen, kulinarischen Angeboten und Vorortbegegnungen, trafen Greta Butuci und ich drei Expert*innen zu interdisziplinären Gesprächen und offenen Fragerunden im virtuellen Raum (Butuci & Lessing, 2021).

6 Zur Haltbarkeit von Wissen in Ausstellungen

Herbst 2021

In jeder der vorgestellten Ausstellungsphasen – Ausgangslage, Konzeption, Umsetzung, Laufzeit – spielten Zeitlichkeit und Kuratieren in signifikanter Weise zusammen. Wie ein Zeitraffer ermöglichte *Die Ingolstädter Maskentonne*, das vorläufige Wissen und seine Rolle in der Ausstellung nachzuvollziehen. Bereits die Idee zur Ausstellung konnte nur in einer Gemengelage von Entscheidungen und Ereignissen entstehen, an denen die Pandemie in der einen oder anderen Weise Teil hatte. In Bezug auf die Entstehung der Ausstellung wirkte die Pandemie in dieser ersten Phase ermöglichend. In der Konzeptions- und anschließenden Umsetzungsphase querte sie immer wieder den Arbeitsprozess und setzt sich dabei bis ins räumliche Setting der Ausstellung fest. Während der Laufzeit schließlich geriert die Pandemie mitsamt ihren Auswirkungen zur schwierig berechenbaren Mitspielerin: Zunächst wurde die Schließung als kurzzeitiges Übergangsphänomen hingenommen, Anfang 2021 folgte dann die schließungsbedingte Übersetzung der Ausstellung in den digitalen Raum. In dieser Zeit hatte sich die Pandemie in die museologische und die ausstellende Arbeit eingeschrieben. Zumindest für die Ausstellung *Die Ingolstädter Maskentonne* kann sie als Akteurin für den Entstehungsprozess einbezogen werden.

Exemplarisch ausgehend vom Ingolstädter Projekt lassen sich einige Schlüsse ziehen. Für Museen und für medizinhistorische Sammlungen birgt die Pandemiephase Chancen und vielleicht auch den Auftrag zur Dokumentation sowie Vermittlung und Kommentierung in analogen wie in digitalen Formaten. Das kann beispielsweise einschließen: Das Akquirieren neuer Sammlungsobjekte und die damit verbundene mögliche Erweiterung der Sammlungskonzepte, die verstärkte Nutzung von zeithistorischen Dokumenten, methodische Flexibilisierung und die verstärkte Entwicklung alternativer Vermittlungsformate. Das Ausstellungen-machen als ganzheitlichen wissensgenerierenden Prozess zu nutzen, kann für solche Prozesse gewinnbringend sein. Denn hier, in einer

Ausstellung wie die der Maskentonne, können Dingverhältnisse erprobt, Geschichten vorgeschlagen und Formate getestet werden.

Als Ausstellung zur Covid-19-Pandemie ist *Die Ingolstädter Maskentonne* ein Zwischenstand. Gerade die Nähe des Ausgestellten zur Gegenwart kehrt die Differenz zu ihr hervor. Diese Differenz ist in der Ausstellung bemerkbar und wird kuratorisch eingesetzt. Die Maskentonnen-Ausstellung verdeutlicht exemplarisch, dass Ausstellungen als Resultate ihrer Entstehungsprozesse hochgradig zeitspezifische Angelegenheiten, ja historische Ereignisse eigener Kraft sind (te Heesen, 2012). Die Tätigkeit des Kuratierens umfasst dabei mehr als das Herstellen einer zeiträumlich begrenzten Konstellation (von Bismarck, 2021). In der Verquickung von Informationsgewinnung, Auswahl der Exponate, Sammlungserweiterung und Vermittlung wird Kuratieren als wissensgenerierende Tätigkeit erkennbar.

Die Wissenschaftshistorikern Anke te Heesen schreibt, Kuratieren könne „nur erlernt werden. Ausstellungen machen bedeutet über eine reiche Seherfahrung zu verfügen, ein geschultes Auge und Kenntnis von Sammlungen zu besitzen, Forschung zu betreiben und die immer neue Bereitschaft, sich zwischen Kennerschaft und Dilettantismus in ein Thema einzuarbeiten.“ (te Heesen, 2012, S. 190.) Dem Kuratieren ist also die vermittelnde, setzende, suchende und begrenzte Position inhärent. Dieses Handeln mit vorläufigem Wissen, sowohl in Bezug auf das persönliche Wissen der kuratierenden Personen als auch genereller in Bezug auf das zur Verfügung stehende Wissen, hat sich in der Maskentonnen-Ausstellung als produktiv und projekt-treibend erwiesen. Das Transparentmachen des erstens situativ hervorgekehrten und zweitens konstitutiv begrenzten Wissensstandes war also für die Maskentonnenausstellung eine kuratorisch tragfähige Entscheidung. Denn sie erlaubte das Reagieren und Integrieren von aktuellen Entwicklungen in Bezug zur Pandemie und deren regionalen Effekten sowohl im ausgestellten als auch im virtuellen Raum.

Die Ingolstädter Maskentonne als Zusammentreffen von Menschen, Orten und Dingen (von Bismarck, 2019, S. 70) tut also zweierlei: Erstens verweisen die Bedingungen und Effekte ihrer Entstehung mitten in der ersten Phase der Pandemie in Deutschland wissenshistorisch auf die Schnelligkeit, in der (aktuelle) Informationen zur Covid-19-Pandemie einander ablösen und entwerteten. Die Ausstellung ist ein Beispiel

für die Herausforderung vermittelnder öffentlicher Formate und Medien, diese Vorläufigkeit zu moderieren, ohne die Legitimität wissenschaftlicher Erkenntnisse einzubüßen. Die Ausstellung als begehbbare Konstellation stellt eine Verbindung zwischen den Besuchenden und ihrem (aktuellen) Wissen zur Pandemie her und dem Wissen, das zum Zeitpunkt der Ausstellung das jeweils gültige war. Die zeitliche Verortung und Begrenzung des kuratorischen Wissens wurden in der Ausstellung transparent gemacht und kuratorisch eingesetzt. Die Ausstellung wurde so von einem starren Konstrukt zu einem konzeptionell offeneren Raum, indem weitere Stimmen, Materialien und Zeitlichkeiten wie in einem Forum zusammenkamen (von Bismarck, 2019, S. 70).

Der Internationale Museumsrat formulierte 2019 den Vorschlag einer neuen Museumsdefinition: Museen sollten verstanden werden als „democratizing, inclusive and polyphonic spaces for critical dialogue about the pasts and the futures“ (ICOM, 05.11.2021). Diese Verhältnismäßigkeit beim Wort zu nehmen und Kuratieren als Handeln mit vorläufigem Wissen und als wissensgenerierende Tätigkeit zu praktizieren, kann die beteiligten Institutionen allmählich verwandeln; weg von Lern- und Musentempeln, hin zu polyphonen zeitgenössischen Räumen. Die begrenzte Haltbarkeit und Reichweite von Wissensordnungen oder auch das Wissen darum, dass wir etwas (jetzt oder nie) nicht wissen, stellt dann für Ausstellungen kein Defizit (mehr) dar. Carmen Mörsch entwickelte für die kritische Kunstvermittlung die „Sichtbarmachung der eigenen Person“ als notwendige Bedingung eines „transformativen Diskurses“ (Mörsch, 2009, S. 20). Ähnliches kann für das Kuratieren festgehalten werden. Der vorläufige Status von Wissen verhilft zu mehr Transparenz in der kuratorischen Arbeit. Das Nicht-Alles-Wissen-Können, Das Noch-Nicht-Wissen und das vorläufige Wissen entlasten vom finalen Alles-Wissen-Müssen. Ausstellungen als Formate der Wissensproduktion werden so anknüpfbar für weniger formalisiertes Wissen ebenso wie für wissenschaftliche Erkenntnisformen.

Die Pandemie dauert auch zum Zeitpunkt der Überarbeitung dieses Artikels im Frühjahr 2022 weiterhin an. Wie die Ausstellung bleibt also auch der Text ein Zwischenstand in der museologischen und kuratorischen Diskursivierung der Pandemie und ihrer Folgen. Längst gibt es zahlreiche weitere Sonderausstellungen, die hier keine Berücksichtigung gefunden haben, ebenso wie medizinische, medizinhistorische, kommunikationswissenschaftliche oder

kulturwissenschaftliche Analysen. Sie alle, Ausstellungen, Medienberichte oder Zeitzeug*innenformate werden zu einem historischen medizinisch-kulturellen Komplex werden. Dieser wird in zeitlichem Abstand auf seine Wechselwirkungen von (un)gesichertem Wissen und dessen Vermittlung und Ästhetisierung befragt werden – beispielsweise mithilfe einer Ausstellung.

Literatur

Bachmann-Medick, D. (2020). Futures of the Study of Culture: Some Opening Remarks. In: Dies., Kugele, J., Nünning, A. (Hrsg.): *Futures of the Study of Culture. Interdisciplinary Perspectives, Global Challenges*. 3–16. De Gruyter.

Bayrische Staatskanzlei (2020): *Pressemitteilung Nr. 178. Bericht aus der Kabinettsitzung*, 29.10.2020, <https://www.bayern.de/bericht-aus-der-kabinettsitzung-vom-29-oktober-2020/> (31.10.2021).

Bismarck, B. von (2019): Evidenz auf Probe. In: Krüger, K.; Werner, E.; Schalhorn, A. (Hrsg.). *Evidenzen des Expositorischen. Wie in Ausstellungen Wissen, Erkenntnis und ästhetische Bedeutung erzeugt wird*. 63–79. Transcript.

Butuci, G., Lessing, J. *Tonnen-Talks. Im Gespräch mit AkteurInnen der Pandemie*. Deutsches Medizinhistorisches Museum Ingolstadt, Online, 16.05.2021.

Butuci, G., Lessing, J., Alois Unterkircher, A. (2021): Im Netzwerk der Dinge. Die „Ingolstädter Maskentonne“ als ungewöhnliches Objekt der Covid-19-Pandemie. In: Beuerbach, J., Gülker, S., Karstein, U., Rösener, R. (Hrsg.): *Covid-19: Sinn in der Krise: Kulturwissenschaftliche Analysen der Corona-Pandemie*. 373–393. De Gruyter.

Deutsches Medizinhistorisches Museum (2020a). *Covid-19 & History*. <https://www.dmm-ingolstadt.de/covid-19/covid-19-history.html> (31.10.2021).

Deutsches Medizinhistorisches Museum (2020b). *Covid-19 & History. Medienecho*. <https://www.dmm-ingolstadt.de/covid-19/medienecho.html> (31.10.2021).

Deutsches Medizinhistorisches Museum (2020c). *Covid-19 & History. Sammelaufwurf: Masken!* <https://www.dmm-ingolstadt.de/covid-19/sammelaufwurf-masken.html> (31.10.2021)

Deutsches Medizinhistorisches Museum (2020d). *Die Ingolstädter Maskentonne*. Flyer zur Ausstellung. Deutsches Medizinhistorisches Museum.

Die Ingolstädter Maskentonne. Eine Corona-Ausstellung mit medizinhistorischen Bezügen. Sonderausstellung im Deutschen Medizinhistorischen Museum Ingolstadt, 9.12.2020–16.05.2021.

DMMIvideo (2021a): *Die Ingolstädter Maskentonne, Station 7: Impfstoff*. <https://www.youtube.com/watch?v=PFaR8XuOVQ8> (31.10.2021)..

DMMIvideo (2021b). *Die Ingolstädter Maskentonne: Virtuelle Führung in mehreren Episoden*, <https://www.youtube.com/watch?v=2Fjmq0NucXI> (12.10.2021).

Fahrtenbuch (2021). Deutsches Medizinhistorisches Museum. Eingangsnummer: E-2021/066.

Forum: Zeiterfahrung und Geschichte. Wie ändert die Corona-Pandemie unseren Blick auf die Vergangenheit? In H-Soz-Kult, 27.11.2020. www.hsozkult.de/debate/id/diskussionen-5076.

Heesen, Anke te (2012). *Theorien des Museums. Zur Einführung*. Junius.

Heesen, Anke te (2011): *Objet sentimental*. *Zeitschrift für Medien- und Kulturforschung* (2011/1), (Themenheft: Offene Objekte), 127–142.

HELLA. Geschäftsbericht 2020/2021, https://www.hella.com/hella-com/assets/media_global/2021.08.19_HELLA_Geschaeftsbericht_2020-2021_geschuetzt.pdf.

Horx, M. (2020): *Die Zukunft nach Corona. Wie eine Krise die Gesellschaft, unser Denken und unser Handeln verändern*. Econ.

ICOM. ICOM announces the alternative museum definition that will be subject to a vote, <https://icom.museum/en/news/icom-announces-the-alternative-museum-definition-that-will-be-subject-to-a-vote/> (05.11.2021).

Kortmann, B. & Schulze, G.G. (2020) (Hrsg.). *Jenseits von Corona. Unsere Welt nach der Pandemie – Perspektiven aus der Wissenschaft*. Transcript.

Krastev, I. (2020): *Ist heute schon morgen? Wie die Pandemie Europa verändert*. Ullstein.

Landesstelle Museen in Bayern: <https://www.museen-in-bayern.de/die-landesstelle/corona-hilfen.html> (31.10.2021).

Landwehr, A. (2020): Was war die Zukunft nach Corona? Ein Blick zurück nach vorn. In: *Forum: Zeiterfahrung: H-Soz-Kult*, 16.12.2020, www.hsozkult.de/debate/id/diskussionen-5080 (31.10.2021).

Loewy, H. (2017). Identität und Zweideutigkeit, in: Mörsch, C.; Sachs, A.; Siber, T. (Hrsg.): *Ausstellen und Vermitteln im Museum der Gegenwart*. 87–96. Transcript.

Mörsch, C. (2009): Am Kreuzungspunkt von vier Diskursen. Die documenta 12 Vermittlung zwischen Affirmation, Reproduktion, Dekonstruktion und Transformation. In: Dies. (Hrsg.) *Kunstvermittlung 2. Zwischen kritischer Praxis und Dienstleistung auf der documenta 12. Ergebnisse eines Forschungsprojekts*. 9–33. Diaphanes, hier S. 20.–

scheintot. Über die Ungewissheit des Todes und die Angst, lebendig begraben zu werden. Sonderausstellung im Deutschen Medizinhistorischen Museum Ingolstadt, 17.10.2019–13.09.2020.

Thießen, M. (2021): *Auf Abstand. Eine Gesellschaftsgeschichte der Coronapandemie*. Campus Verlag.

Weltgesundheitsorganisation (2020). *WHO erklärt Covid-19-Ausbruch zur Pandemie*, 12.03.2020, <https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>.

Das Deutsche Hygiene-Museum in Dresden und seine Sammlung „Körperwissen“

Susanne Roeßiger

Deutsches Hygiene-Museum Dresden

Zusammenfassung

Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden (DHMD) versteht sich heute als ein Forum für aktuelle Fragestellungen, die sich aus den gesellschaftlichen Umwälzungen unserer Gegenwart ergeben. Aktuell und anhand von historischen Perspektiven werden hier Aspekte des menschlichen Lebens wie Körperanatomie, Leben und Sterben, Sexualität und Ernährung behandelt. Das DHMD erlebte seit 1912 wechselnde politische Systeme und war in diesen maßgeblich an Kampagnen beteiligt. Die Ausstellungsstücke geben somit auch Auskunft über Wissenstand und Auffassungen ihrer Entstehungszeit und lassen einen Wandel in der Wissensvermittlung deutlich werden. Beispielhaft kann dies an der Sexualaufklärung anhand von Körpermodellen nachvollzogen werden. Die Modelle entwickelten sich von solchen, die die Schwangerschaft und Geburt zeigten und damit die Sexualität zwischen Mann und Frau zum Zwecke der Fortpflanzung propagierten, hin zu einer progressiven Sexualaufklärung, die eine Abkehr von dem normativen Zwei-Geschlechter-Modell durch bunte, teils flauschige intergeschlechtliche Genitalorgane zeigt. Ein solcher Wandel ist ebenfalls in der Kommunikation zu sexuell übertragbaren Krankheiten und Ernährungskampagnen zu beobachten, welche insbesondere durch Plakate in die Öffentlichkeit gebracht wurden. Im Gegensatz dazu ist in der Geschichte der Impfkampagnen so wenig Wandel zu beobachten, dass ein historischer DDR-Aufklärungsfilm aus dem Jahr 1968 genutzt wird, um für die Corona-Schutzimpfung zu werben.

Keywords: Museum, Sammlung, Ausstellungen, Sexualaufklärung

Summary

The Deutsche Hygiene-Museum Dresden (the German Museum of Hygiene in Dresden) sees itself today as a forum for current questions resulting from the upheavals of our time. Aspects of human life such as body anatomy, life and death, sexuality and nutrition are discussed based on current and historical perspectives. Since 1911, the museum has experienced changing political systems and has been significantly involved in campaigns. The exhibitions thus also provide information about the state of knowledge and perceptions at the time they were created and reveal a change in the way health-related knowledge is conveyed. This can be exemplified by sex education using body models as an example. The models developed from models, which showed pregnancy and birth and thus propagated sexuality between man and woman for the purpose of procreation (a normative binary-gender concept), to models of a progressive sexuality education, which shows colorful, sometimes fluffy intersex genital organs. Such a change can also be observed in communication about sexually transmitted diseases and nutrition campaigns, which have been brought to the public's attention, especially through posters. In contrast, there is so little change in the history of vaccination campaigns that a historical educational film from 1968 is still used to promote the Corona vaccination.

Keywords: museum, collection, exhibitions, sex education

Das DHMD und seine Sammlung „Körperwissen“

Die Gründung des Deutschen Hygiene-Museums in Dresden (DHMD) im Jahre 1912 als ein Museum neuen Typs auf dem Gebiet der Gesundheitspflege, geht zurück auf eine Initiative des Dresdner Industriellen und Odol-Fabrikanten Karl August Lingner (1861–1916). Diese neuen Museen wandten sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit populärwissenschaftlichen Präsentationen zu modernen, zeitgenössischen Themen an ein interessiertes bürgerliches Publikum. Ihrem Selbstverständnis nach waren sie keine Musentempel, sondern Volksbildungseinrichtungen (Vogel, 2003; Weinert, 2017).

Stets auf dem neuesten Stand der Gesundheitswissenschaften und anhand modernster Medien, vermittelte das DHMD Kenntnisse zur menschlichen Anatomie, aber auch zu Fragen der Gesundheitsvorsorge, des Seuchenschutzes, der Ernährung, der Säuglingspflege u. a. m. In der Weimarer Republik zog das Museum mit seinen allgemeinverständlichen und zugleich anschaulichen Wanderausstellungen sowie seinen Lehrmitteln für unterschiedlichste Bildungseinrichtungen ein Massenpublikum an. Ein Beispiel dafür ist die Berliner Ausstellung „Die Ernährung“ (1928), an der sich das DHMD maßgeblich beteiligte und die nach drei Monaten 800.000 Besucher*innen zählte. Ein begeisterter Besucher der Ausstellung war Walter Benjamin (Benjamin, 1991). Als größte Attraktion galt ab 1930 der Gläserne Mensch, der das Menschenbild der Moderne in der zukunftsgläubigen Verbindung von Wissenschaft, Transparenz und Rationalität verkörperte (Bienholz-Radtke & Roeßiger, 2022).

Nach 1933 stellte das DHMD sich in den Dienst der nationalsozialistischen Rasseideologie (Weinert, 2017). In der DDR nahm das Museum eine vergleichbare Aufgabe wahr, wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in der Bundesrepublik (Sammer, 2020). Nach 1991 erhielt das DHMD als Museum vom Menschen eine neue Konzeption.

Heute versteht sich das Deutsche Hygiene-Museum Dresden als ein öffentliches Forum für aktuelle Fragen, die sich aus den kulturellen, politischen und wissenschaftlichen Entwicklungen und Umbrüchen unserer Welt am Beginn des 21. Jahrhunderts ergeben. Die Frage „Wie wollen wir leben?“ kann hierbei als Kurzformel dienen. In den sieben Themenräumen der Dauerausstellung werden Aspekte des menschlichen Lebens aktuell und zugleich auch anhand von his-

torischen Perspektiven behandelt, wie etwa im Themenraum „Sexualitäten. Die Liebe, das Ich und die Vielfalt des Begehrens“. In seinem Sonderausstellungsprogramm geht das Museum vielfältigen Themen wie beispielsweise in den Ausstellungen *Der (Im)perfekte Mensch. Vom Recht auf Unvollkommenheit* (2000), *Das Wetter, der Mensch und sein Klima* (2008), *Das neue Deutschland. Von Migration und Vielfalt* (2014) oder *Future Food. Essen für die Welt von morgen* (2020/2021) nach.

Im Unterschied zum thematisch breitgefächerten Ausstellungsprogramm ist das Sammlungskonzept des DHMD inhaltlich eng begrenzt auf Körpergeschichte, geografisch auf Deutschland und zeitlich auf den Zeitraum 1900 bis in die Gegenwart. Sonderausstellungen wie etwa eine international ausgerichtete AIDS-Plakat-Sammlung ermöglichen punktuell thematische Erweiterungen. Körpergeschichte wird anhand von zwei exemplarisch ausgewählten Sammlungsschwerpunkten dokumentiert und analysiert: Alltagsdinge, die um einen weit gefassten Begriff der Körperpflege kreisen, sammelt das Museum mit einem grundsätzlichen Interesse an „Körperpraktiken“. Produkte und Medien von Präventionskampagnen, die über Krankheitsrisiken aufklären und Gesundheitsempfehlungen geben und seit Beginn des 20. Jahrhunderts eine immer größere Bedeutung gewannen, sammelt das Museum mit einem grundsätzlichen Interesse an populär vermitteltem „Körperwissen“.

Die historische Perspektive auf das Thema Gesundheitskommunikation – konkret auf Kampagnen und deren Mediengeschichte – ist also zentral für den Sammlungsschwerpunkt „Körperwissen“. Aufgrund der Tatsache, dass das Museum von 1912 bis 1990 in wechselnden politischen Systemen mit seinen Ausstellungen und Lehrmitteln maßgeblich an großen Kampagnen beteiligt war, ist die Sammlung „Körperwissen“ auch eng mit der Geschichte dieser Institution verbunden (Nikolow, 2015). Marktorientiert und politiknah etablierte sich das Museum als erfolgreicher Vermittlungsort von gesellschaftlich relevantem Wissen zum menschlichen Körper unter wechselnden gesundheitspolitischen Vorgaben.

Retrospektiv werden in diesem Sammlungsschwerpunkt die bedeutendsten Präventionsthemen der letzten 120 Jahre wie etwa Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und Aids, Krebs, Ernährung und Bewegung, Impfschutz und Säuglingspflege, Drogen und Sucht dokumentiert. Flugblätter, Plakate, Bro-

schüren, Diaserien und Filme, Lehrtafeln, Modelle und Moulagen, Ausstellungen und Facebook-Posts u. a. m. bezeugen Kontinuität und Veränderung in der Medienwahl.

Neben Mediengeschichte können anhand des Sammlungsbestandes gleichermaßen didaktischer Wandel und Strategien der Wissensvermittlung untersucht werden. Für welche Adressatengruppen wurden Kampagnen entwickelt und welches Wissen zentral vermittelt? In welchem institutionellen Umfeld wurden die Kampagnen entwickelt und verbreitet? Können gesundheitspolitische Konzepte und Positionen herausgefiltert werden? Welche Präventionskampagnen verweisen auf qualitative Quantensprünge, und welche Präventionskampagnen stehen eher für Stagnation oder gar für einen Flop?

Diesen und weiteren Fragen kann man durch Befragung, Analyse und Auswertung dieses Sammlungsbestandes nachgehen und neue Einblicke in die jüngere und jüngste Geschichte der Gesundheitskommunikation gewinnen. Dazu möchte ich im Folgenden beispielhaft einige Schlaglichter auf ausgewählte Medien (Körpermodelle und Plakate) und Präventionskampagnen (AIDS, Ernährung und Impfen) werfen und parallel dazu auf die Recherchemöglichkeiten im digitalen Sammlungskatalog [DHMD-Sammlung Online](#) hinweisen.

Körpermodelle

Mit Körpermodellen kann komplexes Körperwissen in reduzierter, abstrahierter, vereinfachter Form veranschaulicht und breiten Bevölkerungsschichten zugänglich gemacht werden. Aber auch wenn die naturgetreue Modellierung oftmals bis heute einer wissenschaftlichen Betrachtung standhalten kann, sind Modelle ihrer Entstehungszeit verpflichtet und dementsprechend kulturell codiert. Dies sowohl mit Blick auf die Beschreibung und Erklärung von wissenschaftlichen Sachverhalten, als auch mit Blick auf die gewählten Methoden des Vermittelns sowie der Gestaltung und des Stils. In der Summe verlieren die Modelle mit der Zeit mehr und mehr ihre originär intendierte Wirkung und können stattdessen Auskunft zu den historischen Gebrauchsweisen, zum Wissensstand und zu den Auffassungen ihrer Epoche geben.

Eine lange Tradition hat beispielsweise die Verwendung von Körpermodellen im Kontext von Sexualaufklärung. Dazu wurde im bereits erwähnten Themenraum „Sexualitäten“ in der Dauerausstellung

des Museums 2020 eine Vitrine „Sexualwissen“ neu konzipiert. Die darin präsentierten Körpermodelle aus der Museumssammlung verdeutlichen den Wandel in der Vermittlung von Sexualwissen im Laufe der Zeit (Falasca, 2021, 145-147).

Um 1900 ist das Bild von Sexualität stark negativ geprägt bzw. ist Sexualität vermeintlich tabuisiert (siehe dazu auch den Beitrag von Berlekamp in diesem Band). Darstellungen von Geschlechtsorganen in standardisierten Modellversionen und tradierten Blickführungen zirkulierten gleichwohl (oder gerade deshalb) in der Wissenschaft und – populär aufbereitet – in der Öffentlichkeit. Auf Jahrmarktsschauen wurden zunächst [männliche Beckenmodelle](#) mit Darstellungen von Geschlechtskrankheiten und [weibliche Beckenmodelle](#) im Kontext von Schwangerschaft und Geburt präsentiert (Meyer-Hermann, 2014). Geschlechtsverkehr – so die Botschaft – sollte zwischen Mann und Frau in der Ehe zum Zwecke der Fortpflanzung stattfinden. Geschlechterunterschiede wurden an traditionelle Geschlechterrollen geknüpft. Dennoch kann konstatiert werden, dass mit diesen Modellen der Zugang zu anatomisch-medizinischem Wissen ermöglicht wurde.

Der langsame Wandel hin zu einem die bürgerlichen Regulationsvorstellungen sprengendem Bild von Sexualität setzte in den 1920er Jahren ein und verstärkte sich deutlich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Im Kontext von Sexualaufklärung wurden nun anatomische Modelle mit schematischen Darstellungen von weiblichen und männlichen Geschlechtsorganen gezeigt. Wissensvermittlung wurde hierbei versachlicht und Geschlechterunterschiede in der Biologie des Körpers festgemacht. Gleichförmige Modelle – ausgeführt als Medianschnitte durch das [weibliche](#) bzw. [männliche](#) Becken – sind im Datierungszeitraum der 1930er bis 1990er Jahre in der Sammlung „Körperwissen“ verzeichnet.

Für eine progressive Sexualaufklärung und -bildung stehen seit einigen Jahren kreativ gestaltete Körpermodelle zur Verfügung, die sich grundlegend von den herkömmlichen Modellen unterscheiden (Absalon, 2021). Charakteristisch für den Hersteller „Vielma“ ist die Abkehr vom normativen Zwei-Geschlechter-Modell. Stattdessen veranschaulichen Vielma-Modelle die Vielfalt und Einzigartigkeit von primären Geschlechtsorganen anhand von individuellen Darstellungen von Penissen, Vulven und intergeschlechtlichen Genitalorganen, die zudem in vielen Farben angeboten werden. „Vielma“ plädiert für eine

„kreative, möglichst barrierefreie und zeitgemäße Sexuelle Bildung [...] für Menschen mit und ohne Behinderungen – für Menschen unterschiedlicher (kultureller) Herkunft – für unterschiedliche Alters- und Wissensstufen – für alle*“. Insgesamt wurden [24 Genitalmodelle von „Vielma“](#) 2020 in die Sammlung „Körperwissen“ des Museums neu aufgenommen (siehe hierzu den Flyer [„Sexualpädagogische Materialien“](#) (Rückseite)).

Darüber hinaus dokumentiert die Sammlung des DHMD mit Modellen der Firma Paomi ein weiteres progressives sexualpädagogisches Konzept. Für die Herstellung dieser [Vagina-/Vulva-Modelle](#) wurden flauschige Materialien verwendet. Ästhetik und Haptik der Objekte sollen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen helfen, Berührungängste zu überwinden. Diese Neuerwerbungen in der Modellsammlung sind als „Referenzobjekte der Jetztzeit“ (Mühlenberend & Roeßiger, 2014) ein Zugewinn für den Sammlungsbereich „Körperwissen“.

Plakate

Ein weiteres wichtiges Medium zur Vermittlung von Körperwissen ist das Plakat, das in der DHMD-Sammlung repräsentativ vertreten ist. Plakate, die im Rahmen von Gesundheitskampagnen entstanden sind, lassen gesundheitspolitische Debatten an der Schnittstelle zwischen individueller und gesellschaftlicher Verantwortung Revue passieren (Bonfadelli & Friemel, 2019). Viele Plakate fordern von den Betrachtenden Aufmerksamkeit für eine Gefahr, die die Betrachtenden selbst und deren Gemeinschaft betrifft. Abhängig vom Zeitgeist und den jeweiligen gesundheitspolitischen Strategien und Positionen, haben Aufklärungsplakate warnende oder verwarnende, informative oder belehrende, bittende, werbende oder befehlende Funktion. Um eine vereinfachte, markante Botschaft zu verankern, umfassen Plakate in bestimmten Zusammenhängen und Zeiträumen Einschüchterungs- und Disziplinierungsbotschaften. Ziel ist es, das Verhalten von Einzelpersonen einer Gesellschaft auf normative Vor- und Leitbilder wie etwa Nichtraucher zu orientieren¹.

Aidsaufklärungskampagnen

Mitte der 1980er-Jahre starteten die ersten Aids-Präventionskampagnen, und von Beginn an wurde dem Medium Plakat dabei eine zentrale Rolle zugewiesen. Das HI-Virus förderte weltweit Mitte der 1980er Jahre einen qualitativen Quantensprung in der Kommu-

nikation zu sexuell übertragbaren Krankheiten (Siehe dazu diese Kampagnen zu Geschlechtskrankheiten [der 1920er Jahren](#), der [Nachkriegszeit](#) und zu [HIV/AIDS der 1990er Jahre](#)).

Bei der Krankheit Aids ging es um eine angemessene Kommunikation zum Schutz vor einer unheilbaren, tödlichen Infektionskrankheit, um Sexualität, Ängste und Sterben – und um die Vermeidung einer Massenpanik und der damit einhergehenden Ausgrenzung Betroffener. Tabuthemen wie der Gebrauch von Kondomen und Homosexualität wurden erstmals in der öffentlichen Kommunikation in Wort und Bild(!) thematisiert. Neben anderen Medien wurde insbesondere das Plakat zur Bewältigung dieser Herausforderung gewählt: AIDS-Plakate mit ihren Text- und Bildbotschaften sind seitdem im urbanen Raum präsent. Heute sind es Zeitdokumente mit hohem Auswertungspotenzial. Die AIDS-Plakatsammlung des Museums ist aus diesem Grund ausnahmsweise international ausgerichtet. Sie umfasst bereits mehr als 10.000 Plakate aus 147 Ländern, repräsentiert den gesamten Kampagnenzeitraum und wird kontinuierlich mit aktuellen Postern vervollständigt (Cajkovic, 2015; Roeßiger, 2013). Für den Einstieg in eine Recherche im Aids-Plakatbestand im Online-Katalog der Sammlung ist die Suche nach dem Konvolut „Internationale Aidsplakatsammlung“ empfehlenswert.

Ernährungskampagnen

Neben AIDS ist auch das Thema Ernährung eng mit der Vermittlung von Körperwissen in der Gesundheitskommunikation verbunden. Der Slogan „Ernähre Dich gesund!“ mäandert daher beständig durch die Kampagnen der vergangenen 100 Jahre.

Ausschlaggebend für die Ernährungskampagnen sind neben den jeweils neuesten Erkenntnissen der Ernährungswissenschaften stets auch zeitgenössische Diskurse und Positionierungen. So werden Erwartungen, die mit tradierten Geschlechterrollen oder mit dem „richtigen“ Lebensstil verbunden sind, in den Kampagnen gespiegelt. Nachdem in der Mitte des 19. Jahrhunderts die Zusammensetzung der Nahrungsmittel, der Stoffwechsel und der Energiebedarf beforscht wurden, galten zunächst Frauen/Hausfrauen als „Gatekeeper“ der Ernährung und somit als erste wichtige Zielgruppe der Kampagnen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts (Lewin, 1943). Sie sollten beim Einkauf und der Zubereitung der Speisen die komplexen Erkenntnisse der Ernährungsforschung

berücksichtigen (siehe dazu die [Ausstellungstafel](#) "Gib dem Kind viel Obst" des DHMD).

Mit dem Wandel vom Lebensmittelmangel hin zum Überfluss in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts rückte die Kalorientabelle, das Idealgewicht und die Kombination der Themen Ernährung und Bewegung in den Vordergrund. Die Kampagnen richteten sich nun an die Allgemeinbevölkerung unter Verwendung verschiedener Medien wie [Poster](#), [Film](#) und [Broschüre](#).

Schließlich starteten in den 1990er Jahren Kampagnen zum Thema Essstörungen. Für eine [Aufklärungsbroschüre der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung](#) (BZgA) wird das Motiv „Familie“ zentral auf dem Cover platziert. Nicht die unmittelbar Betroffenen sowie die Frauen und Mütter stehen nunmehr im Fokus, sondern die ganze Familie und weitere Angehörige. Diese neue Themensetzung basiert auf neuen Erkenntnissen über eine ernsthafte Erkrankung im Umgang mit dem Essen und fordert auch eine Abkehr von alten Geschlechterklischees ein.

Impfkampagnen

Während die Ernährungskampagnen einem hohen Wandel unterworfen sind, ist die Geschichte der Impfkampagnen ein Lehrstück in Sachen Beständigkeit. Ganz gleich ob es um Masern, Diphtherie, [Pocken](#) oder [Grippe](#) geht – es wurde häufig das Motiv des Impfens (Darstellung einer [Person mit freiem Oberarm](#) und einer weiteren Person im weißen Kittel mit Spritze in der Hand) in Kombination mit der Botschaft „[Impfen schützt](#)“ verwendet.

Ebenso kontinuierlich werden Gegenreaktionen zu Impfkampagnen mit dem immer gleichen Narrativ „Impfungen sind gefährlich für den Menschen“ und auf der Grundlage einer Ablehnung von wissenschaftlichen Erkenntnissen publiziert. Auch diese Kampagnen werden anhand von unterschiedlichen Medien der vergangenen rund 100 Jahre – zumindest exemplarisch – in der Sammlung des DHMD dokumentiert². Der Historiker Malte Thießen (2016) konstatiert dazu, "dass das Impfen bei vielen Menschen Ängste auslöst. Das unterscheidet es von den allermeisten Errungenschaften der Medizin. Anders als die meisten Medikamente, die nie von den Menschen in Zweifel gezogen und als etwas Gutes gesehen werden, lösen Impfungen heute wie früher Ablehnung aus. Und auch wenn die Gründe hierfür irrational sein mögen, sie sind nun mal da.“

In der Summe offeriert der im Deutschen Hygiene-Museum Dresden vorhandene Bestand zu vergangenen Impfkampagnen und -debatten – auf den in diesem Beitrag nur ansatzweise eingegangen werden kann – mit seinem Umfang, seiner Medienvielfalt und angesichts des von ihm abgedeckten Zeitraums interessante Möglichkeiten für weiterführende Befragungen.

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang ein historisches [Filmdokument](#) aus dem Jahre 1968. In diesem Puppentrickfilm – der für das Impfprogramm der DDR wirbt – wird das Thema Angst kreativ und in Verbindung mit einem positiven Zukunftsszenario bearbeitet. Seit Beginn des öffentlichen Diskurses über Impfquoten in der aktuellen Corona-Pandemie wird der Film immer wieder nachgefragt. Aus diesem Grund entschied sich das Museum im Dezember 2021, die Verbreitung des [historischen \(!\) Films](#) zu Werbezwecken für die Corona-Schutzimpfung zu genehmigen.

Die aktuellen Impfkampagnen zu COVID-19 werden derzeit noch mit Zurückhaltung in der Sammlung dokumentiert. Die Zeugenschaft der Kampagnenprodukte wird sich erst in der Zukunft erweisen, denn für eine vergleichende Kontextualisierung dieser Impfkampagne fehlt bislang der historische Abstand. Das DHMD hat im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie einen Beobachtungsposten eingenommen und in 2021 den Sammelaufwurf „Alltag mit dem Corona-Virus. Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden sammelt Ihre Objekte und Geschichten“ gestartet (Stiftung Deutsches Hygiene-Museum Dresden, 2021). Erklärtes Ziel ist es, dass die Sammlung „Körperwissen“ auch in Zukunft vielfältige Erkenntnismöglichkeiten für eine historische Perspektive auf die Gesundheitskommunikation liefert. Die dargestellten Themen sind lediglich Beispiele für ein breites Spektrum an körper- und medien-geschichtlichen Themen mit einem enormen Auswertungspotenzial.

Literatur

Absalon, B. (2021). Anschauungsmaterial – Anfassmaterial. Neue Formen sexualpädagogischer Materialsammlungen im Dialog mit Objekten feministischer Gegenwartskunst. In Bühner, M., Rinner, R., Tammer, T., & Töpfer, K. (Hrsg.), *Sexualitäten sammeln. Ansprüche und Widersprüche im*

Museum, (S. 175–195). Köln: Böhlau Verlag.

Benjamin, W. (1991). Jahrmarkt des Essens. Epilog zur Berliner Ernährungsausstellung. In Rexroth, T. (Hrsg.), *Gesammelte Schriften, Bd. IV.1* (S. 527–533). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Bienholz-Radtke, J., & Roeßiger, S. (Hrsg.) (2022). *Gläserne Figuren. Objekte aus Kunststoff erforschen und erhalten*. Sandstein Verlag.

Bonfadelli, H., & Friemel, T. N. (2019). *Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich: Grundlagen und Anwendungen* (3rd ed.). UVK-Verl.-Ges.

Cajkovic, V. (Ed.). (2015). *AIDS - Nach einer wahren Begebenheit*. Verl. des Dt. Hygienemuseums.

Falasca, A. (2021). Sexualitäten ausstellen. Herausforderungen bei der Neukonzeption eines Themenraumes im Deutschen Hygiene-Museum – ein kritischer Erfahrungsbericht, In Bühner, M., Rinner, R., Tammer, T., & Töpfer, K. (Hrsg.), *Sexualitäten sammeln. Ansprüche und Widersprüche im Museum* (S. 133–154). Köln: Böhlau Verlag.

Lewin, K. (1943). *Forces behind food habits and methods of change. Bulletin of the National Research Council*, 108(1043), S. 35–65.

Meyer-Hermann, E. (2014): *Blicke! Körper! Sensationen! Ein anatomisches Wachskabinett und die Kunst*. Wallstein.

Mühlenberend, S. & Roeßiger, S. (2014). Referenzobjekte der Jetztzeit. 2000–2010. Ein Projekt des Deutschen Hygiene-Museums zum Sammeln in der Gegenwart. In Elpers S., & Palm, A. (Hrsg.), *Die Musealisierung der Gegenwart. Von Grenzen und Chancen des Sammelns in kulturhistorischen Museen* (S. 107-122). Bielefeld: transcript.

Nikolow, Sybilla (2015). *Erkenne Dich selbst! Strategien der Sichtbarmachung des Körpers im 20. Jahrhundert*. Böhlau Verlag.

Roeßiger, S. (2013). *Safer Sex und Solidarität – Die Sammlung internationaler Aidsplakate im Deutschen Hygiene-Museum. Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History*, 10, S. 502–514.

Sammer, C. (2020). *Gesunde Menschen machen ... Die deutsch-deutsche Geschichte der Gesundheitsaufklärung, 1945–1967*. (Ordnungssysteme, Bd. 57) Berlin und Boston.

Stiftung Deutsches Hygiene-Museum Dresden (2020). *Alltag mit dem Corona-Virus. Wir sammeln Ihre Objekte und Geschichten!*
<https://www.dhmd.de/sammlung-forschung/alltag-mit-dem-corona-virus/>

Thießen, M. (2016). Zwang bringt nichts. Der Historiker Malte Thießen über die Geschichte des Impfens, den Fortschritt der Medizin und die Frage, warum die Menschen aus der Vergangenheit nicht klug werden

<https://www.brandeins.de/magazine/brand-eins-wirtschaftsmagazin/2016/gesundheit/zwang-bringt-nichts>

Vogel, K. (2003). *Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden: 1911–1990*. Sandstein Verlag.

Weinert, S. (2017). *Der Körper im Blick: Gesundheitsausstellungen vom späten Kaiserreich bis zum Nationalsozialismus*. De Gruyter.

Endnoten

¹<https://sammlung.dhmd.digital/object/5301a5bd-dd48-41ea-b3a0-36d818b85d1e>

²<https://sammlung.dhmd.digital/object/64755caf-b577-4665-9c46-6e8327f4b5e1>;
<https://sammlung.dhmd.digital/object/ec9b2857-01c5-4fdd-bf0d-d3a671f54bad>;
<https://sammlung.dhmd.digital/object/945c3a1e-4ef5-4088-b5a9-f8db7a82e0e1>;
<https://sammlung.dhmd.digital/object/65cf76c8-15d0-47d7-a1f1-48b559054e2b>;

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – Seit 1967 eine Fachbehörde für moderne Gesundheitskommunikation

Uta Schwarz

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Zusammenfassung

Die Aufgabe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist es, verantwortungsbewusstes und gesundheitsgerechtes Verhalten der Bevölkerung zu fördern. Dazu gehören beispielsweise die Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen, die Suchtprävention und die Organspende. Die Strategien, Methoden und Konzepte zur Erfüllung dieser Aufgaben sind im stetigen Wandel. Sie orientieren sich an aktuellen Präventionskonzepten und einem zeitgenössischen themen- und zielgruppenspezifischen Medienmix. Dazu gehören zum Beispiel Ausstellungen, die nicht museal entrückt, sondern in das Setting der Bevölkerung geholt und aufmerksamkeitsregend in Innenstädten und Schulen aufgebaut werden. Während Plakate mit einprägsamen Slogans im Straßenbild für ein unmittelbares Wahrnehmen und Verstehen im Vorbeigehen eingesetzt werden, dienen Printbroschüren der Vermittlung von neuen oder umfangreichen Informationen. Im Gegensatz zu diesen historisch relativ konstanten Medienarten sind audiovisuelle Medien einem stärkeren und ständigem Wandel unterworfen, zu dem seit den 1990er Jahren das Internet hinzukam. Auf die seit den späteren 1980er Jahren in TV und Kino eingesetzten Filmspots folgen im Internetzeitalter nach Zielgruppen ausdifferenzierte Webpräsenzen mit neuen audiovisuellen Formaten. Erklärvideos, Podcast und Kanäle auf Youtube und Instagram sollen vor allem auch jüngere Menschen zeitgemäß ansprechen.

Keywords: Fachbehörde, gesundheitliche Aufklärung, Vermittlungsformate, Medienformate

Summary

The Federal Centre for Health Education (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) is charged with the promotion of responsible and healthy behavior among the population. This includes, for example, the prevention of HIV and other sexually transmitted infections, addiction prevention and organ donation. The strategies, methods and concepts used to fulfill these tasks are constantly changing. They are based on current prevention concepts and a contemporary mix of media specific to topics and target groups. These include, for example, exhibitions that are not designed for museum but put into the setting of the population and set up in downtown areas and schools to attract attention. While posters with bold slogans are used to grasp attention and quick understanding of people passing by, print brochures are used to convey new or extensive information. In contrast to these historically relatively constant media, audio-visual media is subject to a more profound and permanent change to which the Internet came along in the 1990s. TV and cinema commercials used since the later 1980s were now gradually replaced by Internet presence differentiated according to target groups and completed with new audio-visual formats. With explanatory videos, a podcast, and a presence on YouTube and Instagram, among others, channels are being used that appeal to young people in particular.

Keywords: specialized authority, health education, mediation formats, media formats

1 Aufgaben der BZgA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist als Bundesoberbehörde vom vorgesetzten Bundesministerium für Gesundheit gegründet worden. Im Errichtungserlass vom 20.07.1967 sind vier zentrale Aufgaben formuliert (BZgA, o.D.) :

1. Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien für Inhalte und Methoden der praktischen Gesundheits-erziehung
2. Ausbildung und Fortbildung der auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und -aufklärung tätigen Personen
3. Koordinierung und Verstärkung der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung im Bundesgebiet
4. Zusammenarbeit mit dem Ausland.

Die Erfüllung dieses Auftrags schließt die ständige Fortentwicklung von Theorie und Praxis der Gesundheitsaufklärung ein. Die BZgA arbeitet an Gesundheitsthemen und -problemen, die als dringlich identifiziert und beispielsweise als nationale Aktionspläne und -programme umgesetzt werden. Genannt seien hier das aktuelle Thema der Covid 19-Erkrankung (Von Rüden, Spura, & Horstmann et al., 2021) und die mittel- und längerfristigen Aufgaben zur Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) (BZgA, 2020, Müller, 2006); zur Suchtprävention mit einem Schwerpunkt im Bereich Alkohol (Schwarz & Goecke, 2021) und Tabak (Starker & Kuntz, 2022), mit Erweiterung auf verhaltensbezogene Suchtformen wie Mediensucht und Spielsucht (Orth & Merkel, 2020); und zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit. Gesetzliche Aufträge an die BZgA bestehen u. a. im Bereich der Sexualaufklärung und Familienplanung (seit 1993), der Organ- und Gewebespende (Watzke, 2012) und der Blut- und Plasmaspende (siehe dazu auch den Beitrag von Hansen in diesem Band). Bei der Umsetzung dieser Arbeitsschwerpunkte kommen jeweils übergreifend Evaluation und Qualitätssicherung einerseits, Koordination und Kooperation mit vielfältigen staatlichen und nichtstaatlichen Fachakteuren andererseits zum Tragen.

2 Strategieentwicklung der BZgA

Durch die Gründung der BZgA im Jahr 1967 wurde aus dem seit 1949 in Köln-Merheim angesiedelten „Deutschen Gesundheits-Museum e.V.“ (DGM e.V.) eine Fachbehörde für moderne Gesundheitskommunikation geschaffen (Sammer, 2020). Die Umwandlung des Museumsvereins in eine von kommerziellen Interessen unabhängige und zukunftsorientierte Fachinstitution entsprach dem Wunsch von Bund und Ländern. Für die als dringlich empfundene Aufgabe der gesundheitlichen Aufklärung sollten neuen Strategien, Methoden und Konzepte erarbeitet und umgesetzt werden. Gemäß der ständig wachsenden Alltagsbedeutung insbesondere des Fernsehens und einer Ausdifferenzierung der Printmediennutzung sollten diese für die Anliegen der Prävention genutzt werden. Die Eigenverantwortung der Bevölkerung für die eigene Gesundheit und die des persönlichen Umfeldes sollte dabei in den Fokus gerückt werden. Die Bürger*innen sollten befähigt werden, die sich ausweitenden Leistungen des Vorsorgesystems in der Bundesrepublik zu nutzen. Dabei ging man vom Leitbild des „mündigen Bürgers“ aus, durchaus im Sinne der klassischen Aufklärungsidee des ausgehenden 18. Jahrhunderts. Die Rhetorik der Mündigkeit verdeckte, dass auch die Mitte der 1960er Jahre beginnende „moderne“ Gesundheitsaufklärung, insbesondere Frauen als Zielgruppe im Auge hatte. Sie waren nach überkommenem Verständnis als Hausfrauen und Mütter für das Wohl von Ehe und Familie insgesamt verantwortlich und auch seitens der BZgA als „Gesundheitserzieherin“ von Ehemann und Kindern konzipiert. Sie waren es auch, die mehrheitlich Informationsmaterialien nachfragten und insofern als Multiplikatorinnen agierten (Pfätsch, 2017). Dieses Gender-Ungleichgewicht wird in der neueren gendersensiblen Forschung zur Geschichte der Gesundheitsaufklärung kritisch hinterfragt (Pfätsch, 2015).

Schon in den ersten zehn Jahren nach der Gründung der BZgA standen die Themen Tabak- und Alkoholprävention sowie Sexualaufklärung und Familienplanung im Vordergrund (siehe für die Kampagnen zur Sexualaufklärung auch die Beiträge von [Baumbach](#) und [Kretschmer](#) in diesem Band). Nach dem Film „Helga – Vom Werden des menschlichen Lebens“ (1967) über Familienplanung, Schwangerschaft und Geburt (Schwarz, 2012) und dem umstrittenen Sexualkunde-Atlas (BZgA, 1969) folgte in den 1970er Jahren „Jedes Kind hat ein Recht erwünscht zu sein“, eine umfassende Kampagne zur Familienplanung. Lebens-

und Aufgabenbereiche, die bisher traditionell weiblich definiert und innerfamiliär abgegrenzt waren, wurden dabei öffentlich sichtbar, dadurch aufgewertet und in ihrer Bedeutung stärker wertgeschätzt. Ein weiterer Innovationsschub erfolgte ab 1985, als die BZgA mit einer bundesweiten Informationskampagne gegen AIDS betraut wurde.

Heute gilt „Gib AIDS keine Chance“ als Musterkampagne des erfolgreichen Social Marketings (Pott, 2009), auch über den Gesundheitsbereich hinaus. Sie brachte der Aufgabe der präventiven massenmedialen Gesundheitsaufklärung eine bis dahin ungekannte hohe Akzeptanz und öffentliche Anerkennung. Auch der 1993 neu erfolgte Auftrag an die BZgA, im Zusammenhang mit dem Schwangeren- und Familienhilfegesetz bundesweit Informationsarbeit zu den Themen Sexualaufklärung und Familienplanung durchzuführen, und der nationale Aktionsplan Alkohol von 2003 brachten neue Impulse. Mit diesen und weiteren, sukzessive neu hinzukommenden Aufgaben war auch Personalzuwachs verbunden. Im März 2015 folgte der Umzug nach Köln-Braunsfeld an einen größeren Standort.

Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben orientiert sich die BZgA an den jeweils aktuellen Präventionskonzepten und der zeitgenössischen, für Ansprache und Erreichung der Zielgruppen bedeutsamen (Massen-)Medien. Dabei geht man – in grober Vereinfachung – im Sinne einer Theorie des sozialen Lernens am Modell davon aus, dass die Informationen über Gesundheitsaspekte des Alltags bei entsprechender Darbietung bei den Rezipienten zu Identifikation und Nachvollzug, Gespräch und Selbstbefragung führt. Durch die Aufnahme von Informationen, dem Zuwachs von Wissen und die Aneignung der dargebotenen Problematik kommt es auch zur Einstellungs- und letztlich zur gesundheitsgerechten Verhaltensänderung (Nöcker, 2016). Neben dem medialen Bereich Print (Broschüren und Anleitungen, Faltblätter, Anzeigen und Plakate) gehörten dazu insbesondere auch Film und Fernsehen, Radio und seit den 1990er Jahren in immer stärkerem Maße das Internet mit textlichen Webseiten und stärker dialogisch orientierten Social-Media-Aktivitäten (Quast & Nöcker, 2015).

3 Gesundheitsaufklärung: historische Materialien

Seit Bestehen der BZgA sind unzählige Kampagnen und Maßnahmen zu verschiedenen Präventionsthemen durchgeführt worden, vielfach in einem je themen- und zielgruppenspezifischen Medienmix. Diese Materialien

sind schon wegen der Bedeutung der BZgA, als eine zentrale Akteurin, Quellen ersten Ranges für die Geschichte der Gesundheitsaufklärung in der Bundesrepublik Deutschland seit Ende der 60er Jahre bzw. im wiedervereinigten Deutschland. Aus dieser Fülle wird im Folgenden ohne jeden Anspruch auf Vollständigkeit nur eine Auswahl von Materialien und Medienformaten genannt, die für die kommunikationswissenschaftliche und die historische Forschung gegebenenfalls interessante Ansätze bieten können.

Ausstellungen

Das Vermittlungsformat Ausstellungen konnte in der Bundesrepublik zunächst nicht an die großen Vorbilder des Deutschen Hygiene-Museums anknüpfen (siehe dazu den Beitrag von [Roeßiger](#) in diesem Band). Nach einer Großausstellung „Ein Ja dem Leben“ (1951) unterhielt man in Köln-Merheim nur eine auf einen einzigen Raum reduzierte Gesundheitsausstellung im sogenannten GIS (Gesundheits-Information-Schau). Sie war gedacht als Angebot für Schulklassen der Mittel- oder Oberstufe, wurde jedoch im Zusammenhang mit dem allgemeinen Medienwandel immer weniger nachgefragt. Die ebenfalls aus dem DGM e.V. hervorgegangenen Werkstätten der BZgA, die zeitweise „Gläserne Menschen“ hergestellt und exportiert hatten, wurden Anfang der 1990er Jahre endgültig geschlossen. Die Lehrmittelproduktion war bereits in den 70ern verkauft worden. Erst seit dem Umzug 2015 ist im Foyer des neuen Köln-Braunsfelder Standorts in einer Vitrine wieder eine „Gläserne Frau“ als Bestandteil der BZgA-Tradition zu bestaunen.

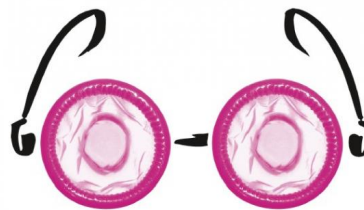
Seit den 1990er Jahren hat die BZgA genuin neue Ausstellungskonzepte entwickelt und umgesetzt (Studienarchiv der BZgA, 1994; Dauschek & Rymarcewicz, 1997). Aufsehenerregend designte Leuchtturm- und Erlebnisausstellungen wie „LiebesLeben“ und „Sehnsucht“ sowie „GROBE FREIHEIT liebe.lust.leben“ (2012–2018), die mit attraktiven, überraschenden Lernstationen das adressierte Publikum dort aufsuchten, wo es anzutreffen war: auf Mittelpunktplätzen in den städtischen Zentren und in Einkaufsmeilen, oder als kleiner, flexibel einsetzbarer „MitmachParcours“ an Schulen. Ein unverzichtbarer Kern dieser Ausstellungen waren und sind personalkommunikative Angebote: Entsprechend geschulte Fachkräfte stehen den vorrangig jungen Zielgruppen für Dialog und Austausch für Verfügung. Die publizierten Evaluationen einzelner Ausstellungseinsätze zeigen die hohe Akzeptanz und Resonanz dieser Angebotsform (siehe dafür den Beitrag von [Paschold](#) in diesem Band).

Plakate

Auch die gesundheitliche Aufklärung bedient sich der werblichen Möglichkeiten des Massenmarktes der Konsumgesellschaft (Stein & Cooter, 2015). Plakate werben mit Bild und Schrift um die Aufmerksamkeit der Rezipienten für ihre Aussagen und Botschaften. Für die BZgA ist es eine wichtige Grundlage, dass der Fachverband Außenwerbung e.V. (FAW) seit 1994 mit seinen Mitgliedsfirmen einzelne BZgA-Kampagnen durch die Bereitstellung von Großplakatflächen unterstützt. Deshalb und aufgrund der ubiquitären Plakatflächenverbreitung in Deutschland mit hohen Kontaktchancen sind Plakate in den Medienmix-Kampagnen der BZgA ein zentrales massenmediales Instrument. Diese städtische Werbeinfrastruktur ist eine gewachsene, so dass auch im historischen Rückblick über ein ganzes Jahrhundert das Medium Plakat als das historisch konstanteste und aufgrund seiner Werbewirkung als ein unentbehrliches Medium für das Ansprechen breiter Bevölkerungsgruppe erscheint (FAW, 2010).

BZgA-Kampagnen, die sich prominent mit Plakaten an die Allgemeinbevölkerung richte(te)n, sind „Gib AIDS keine Chance“ (heute „LIEBESLEBEN“ mit neuem Fokus, siehe dazu den Beitrag von [Schaller](#) in diesem Band), die langjährige Kampagne gegen das Rauschtrinken Jugendlicher („Alkohol? Kenn Dein Limit.“) und die Organspendekampagne (siehe dazu den Beitrag von Hansen in diesem Band). Die gestalterisch erreichte kommunikative Verdichtung und Zuspitzung, ein leicht kolportierbarer Slogan und die unmittelbare Verständlichkeit im Vorbeigehen, gewissermaßen „aus dem Augenwinkel“ sichern zusammen mit der regelmäßigen Erneuerung der Plakat-Motive eine stetige Präsenz als Zeichen der fortdauernden Gültigkeit der Botschaft. Im Verbund mit weiteren Medien und vor allem durch Hinzukommen des Internets konnte die AIDS-Plakat-Kampagne partizipativ durch einen öffentlichen Kreativwettbewerb in eine neue Aufmerksamkeitsebene gehoben werden (siehe Abbildung 1): Die erste „machsmit“-Großplakatkampagne 1993 wirkte dem damals nachlassenden Kampagnenkontakt jüngerer Menschen mit Plakatentwürfen von Design-Studierenden entgegen. Auch die nachfolgende „Gemüsekampagne“ (siehe hierzu Abbildung 2 im Beitrag von [Schaller](#)) brachte das Kondom in einer vorher kaum denkbaren visuellen Explizitheit auf Großplakate und trug dazu bei, das Präservativ zu enttabuisieren (BZgA, 2020).

Für Verliebte.



mach's mit.
machsmit.de

Abbildung 1. AIDS-Plakat-Kampagne "Für Verliebte". ©Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Zur kommunikationswissenschaftlichen Einordnung von Plakaten ist es unerlässlich, die Kontexte ihres Gesehen-Werdens zu berücksichtigen. Beispielsweise macht es einen Unterschied, ob Plakate massenkommunikativ als Litfaß- oder City-Light-Plakate in einer das Straßenbild geradezu „mitprägenden“ Weise eingesetzt wurden – gewissermaßen zur inhaltlichen Möblierung des städtischen Raumes. Oder ob sie, kleiner dimensioniert und nur im fachlichen Nahraum sichtbar, für einen Einsatz in personalkommunikativen Settings bestimmt waren – zum Beispiel in den Wartezimmern von Arztpraxen, bei Gesundheitsämtern oder Beratungsstellen, um dort Informationsangebote der BZgA bekanntzumachen und durch sie auch die vor Ort agierenden Multiplikator*innen zu unterstützen (Hafen, 2012). Im Studienarchiv der BZgA findet sich ein werbepsychologisches Gutachten zu mehreren Plakatentwürfen anlässlich des Weltgesundheitstages 1972 – eine Quelle, die zeigt, wie hoch die kommunikative Leistungsfähigkeit von Plakaten damals betrachtet und bewertet wurde (ITEM INSTITUT GMBH, 1972).

Print

Broschüren und andere Druckerzeugnisse wie Themen- und Merkblätter mit einem hohen Textanteil sind dann angezeigt, wenn es um die Vermittlung von neuen oder größeren Wissensbeständen oder um konkrete und differenzierte Handlungsvorschläge oder -anleitungen geht. Beim Thema Kinder- und Jugendgesundheit beispielsweise werden vorrangig Eltern und andere Betreuungspersonen mit Broschüren angesprochen, etwa wenn es um [Medienkonsum](#) oder die [Prävention von Übergewicht](#) geht. Die BZgA bringt zu praktisch jedem ihrer Aufklärungsthemen gedruckte Broschüren heraus, die auch als PDF heruntergeladen werden

können. Dass die gedruckte Version ohne technische Apparate individuell im privaten Umfeld gelesen und nachgelesen, mitgenommen oder weitergegeben werden kann, wird je nach medialer Vorerfahrung der Rezipierenden als Vorteil empfunden. Die Empfehlung und Weitergabe von Broschüren findet auch in Beratungsgesprächen vor Ort statt, beispielsweise durch die Fachkräfte der Beratungsstellen oder Gesundheitsämter. Textreduzierte Printmaterialien wie Leporellos sind für solche Zielgruppen bestimmt, denen das Verstehen durch Lesen weniger leicht fällt oder für die es ungewohnt ist. Zunehmend werden Informationen deshalb zusätzlich als Texte in leichter Sprache mit Illustration, in den Sprachen der größten Migrantengruppen in Deutschland und/oder als Video angeboten.

Zu den Printprodukten der BZgA gehören zudem Materialien für die Schule: Umfangreiche Unterrichtsmaterialien für die Hand der Lehrenden mit Vorschlägen zur Unterrichtsgestaltung und Kopiervorlagen, themenfokussierte Leitfäden zu Praxisfragen in der Schule und Broschürenreihen wie „[Gesund und munter](#)“. Für die Sexualaufklärung in der Schule (siehe dazu auch den Beitrag von [Kretschmer](#) in diesem Band) hat die BZgA schon seit den 1990er Jahren digitalisierte Aufklärungsangebote gemacht und diese stetig weiterentwickelt (früher: CD „loveline“, heute: schule.loveline.de).

Audiovisuelle Medien

Audiovisuelle Medien, insbesondere Film/Video, spielen in der Geschichte der BZgA-Aufklärungsarbeit ebenfalls eine herausragende Rolle. Umfang und Bedeutung sowie Verbreitungsweisen haben sich seit 1967 stetig ausdifferenziert und zeitspezifisch ausgeprägt (Schwarz, 2004). Die durchgreifenden technischen und gesellschaftlichen Wandlungsprozesse dieser Zeitspanne lassen sich in den audiovisuellen Formaten, ihrem Themenzugriff, der Art der Zielgruppenadressierung und insbesondere der Art und Reichweite ihrer Verbreitung nachvollziehen. Darin spiegeln sich außerdem die sich wandelnden oder überlagernden Präventionskonzepte und -strategien (z. B. Risikofaktorenmodell vs. Resilienz und Schutzfaktoren) und eine gegenseitige Bedingtheit, Einflussnahme und Verschlingtheit des präventiv-gesundheitsförderlichen und des medialen Professionsfeldes (Bengel & Lyssenko, 2016; Franzkowiak, 2018; Timmermann, 2010). Die Veränderungen lassen sich auch lesen als Quellen für die Geschichte des sich wandelnden Verhältnisses zwischen Experten – der

Gesundheits- und der Medienexperten – und den adressierten Bürgerinnen und Bürgern.

In den späten 1970er Jahren orientierte sich die mit dem NDR co-produzierte vierteilige Spiel- und Informationsserie „Kopfball“ (1979-1984) am Zusammenhang zwischen Lebenswelt und Gesundheit. Ein serieller Ansatz bestimmte auf andere Weise auch die Aidsaufklärung. Seit 1987 hat die BZgA mehr als 20 Jahre lang stetig neue TV-Spots zur Aidsaufklärung produziert, die im Fernsehen ausgestrahlt und im Kino eingesetzt wurden. Das aus der kommerziellen Produktwerbung entlehnte Format TV- und Kino-Spot bot sich für die Aidsaufklärung aus mehreren Gründen an: Die Bevölkerung war mit den Genrekonventionen der Spotwerbung vertraut und die öffentlich-rechtlichen Sender waren im „Aids-Schock“ bereit, für BZgA-Spots, die aufgrund ihrer kommunikativen Qualität als Programmbereicherung galten, reichweitenstarke Sendeplätze bereitzustellen. Dies trug dazu bei, das Vertrauen in die Handlungsfähigkeit von Regierung und Gesellschaft gegen das Virus zu stärken (Tümmers, 2013). Vor allem stärkte die stetig erneuerte Kommunikation über Safer Sex und Solidarität die von Bundesregierung, Experten- und Betroffenenverbänden gewählte inkludierende Strategie des sozialen Lernens – für Selbstwirksamkeit gegen das Virus, gegen die Ausgrenzung der Betroffenen. Wie die BZgA erfolgreich versuchte, der Aidsaufklärung auch nach dem kultigen „Supermarkt“ (1989) dauerhaft und unterhaltend Aufmerksamkeit zu verschaffen und die Geltung ihrer Botschaft zu verstetigen, lässt sich anhand der aufeinander folgenden Plakatserien („machsmitt“; „Gemüse-Kampagne“; „Liebesorte“) ebenso nachzeichnen (siehe den Beitrag von [Baumbach](#) in diesem Band) wie anhand der DVD „[TV- und Kinospots zur Aidsaufklärung 1987-2006](#)“. In die Fußstapfen der Mehrebenen-Kampagne zu HIV traten in den 2000er Jahren die Kampagnen „rauchfrei“, „Alkohol? Kenn Dein Limit.“ und die Organspende-Kampagne. Dabei wurden TV-Ausstrahlungen durch Schaltungen im Werbeblock der Kinoprogramme und zunehmend durch Internet-Präsenz ersetzt.

Internet

Den Einstieg ins Internet hat die BZgA seit den späteren 1990er Jahren begonnen, anfänglich, um die Abwicklung einer stetig anwachsenden Zahl von Medienbestellungen digital zu beschleunigen. Heute betreibt sie neben ihrer Hauptpräsenz (www.bzga.de) mit verschiedenen Subdomains insgesamt mehr als 50 Webseiten, fokussiert nach Themen und Zielgruppen

und fördert unterstützende Strukturen für Kooperationen und Vernetzungen unterschiedlichster Akteure der Gesundheitsförderung, etwa mit www.inforo.online zum Kommunalen Partnerprozess, den Frühen Hilfen und der Suchtprävention in Deutschland.

Beispielsweise werden im Bereich der jugendbezogenen Alkoholprävention mehrere Alters-Teilzielgruppen gezielt adressiert: www.kenn-dein-limit.info für Jugendliche ab 16 Jahren, www.null-alkohol-voll-power.de für Jugendliche zwischen 12 und 16 Jahren, www.alkoholfrei-sport-geniessen.de für Mittlerkräfte im Vereins- und Gruppensport, www.kinderstarkmachen.de als primärpräventiv ausgerichtete Maßnahme. Dabei umfassen die Webpräsenzen zielgruppenspezifische Informationen über die Risiken des Alkoholkonsums, Anregungen für Betreuungspersonen für konkretes Handeln im Alltag sowie Hinweise auf bestellbare Medien, Beratungs- und Hilfsangebote.

Aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht könnte besonders interessant sein, dass Erklärvideos in den vergangenen zehn Jahren zu einem zunehmend unverzichtbaren Bestandteil kampagnenbezogener Webpräsenzen der BZgA geworden sind (Schwarz, 2020). Dies entspricht der gestiegenen Nachfrage nach Bewegtbild-Erklärungen, wie sie unter anderem im Aufstieg der Plattform YouTube, eines (nicht nur) von jungen Menschen bevorzugten Videoportals, abzulesen ist. Jedoch sind nicht alle Internet-Videos der BZgA Erklärvideos im engen Sinne. Die fünf Videos „Vom Essen, Spielen und Einschlafen“ (2013) beispielsweise vermitteln anhand filmdokumentarischer Alltagsszenen mit Babys und Kleinkindern intuitiv die Bedeutung einer guten Eltern-Kind-Kommunikation für die gesunde Entwicklung des Kindes. Sie „zeigen“ oder „erklären“ aber keine Vorgänge.

Beispiele für durchgehend digitale, nur am Computer entstandene „Erklärvideos“ sind stärker fokussiert auf Anleitung oder auf die Vermittlung von Wissen; sie erklären beispielsweise den Ablauf der Blutspende, die Bedeutung der Masernimpfung, das Ausfüllen des Organspendeausweises oder die Hintergründe von Essstörungen. Der Rahmen der Wahrnehmung kann viel enger fokussiert werden als bei realfilmischen Szenen, in denen immer persönliche und atmosphärische Momente mitschwingen, die Aufmerksamkeit auf sich ziehen und vom Kommunikationsziel des Films ablenken können. Jedoch erscheint der Gebrauch von Realfilm dann wichtig, wenn es um die Bedeutung zwischenmenschlicher Kommunikation für

die Gesundheit geht. Verzicht auf Realfilm kann dann von Vorteil sein, wenn zum Beispiel beim Thema [Essstörungen](#), Diskriminierung oder Ausgrenzung vermieden werden soll.

Anders als bei aufwendig hergestellten und verbreiteten Kinospots ist bei digital verbreiteten Erklärvideos eine formelle Evaluation weniger dringlich. Nachvollziehen lässt sich ihre Rezeption in der *customer journey* und durch Klickzahlen sowie Likes und Dislikes. So kann beim Online-Videoeinsatz ein Eindruck von der Ansprechbarkeit der Zielgruppen gewonnen werden.

Die BZgA unterhält aktuell auf YouTube sowie auf Twitter, Facebook und Instagram institutionelle Kanäle und zusätzlich themenspezifische Auftritte der großen Kampagnen. Die Gesundheitsaufklärung über die sozialen Medien entspricht dem Ziel der BZgA, insbesondere junge Menschen mit heutigen Kommunikationsmitteln dort anzusprechen, wo sie sich aufhalten, um mit ihnen in einen stetigen Austausch zu treten. Auch dafür und für das Erringen und Halten von Aufmerksamkeit spielen (Bewegt-)Bild und Sound eine herausragende Rolle. Das Hörformat [Podcast](#) und seine kommunikative Leistung erprobt die BZgA derzeit beim Thema Organspende.

In der Vervielfältigung der Kanäle und Ansprechstrategien bleibt ein „traditionelles“ personalkommunikatives Angebot aber weiterhin erhalten: Die seit 1987 bestehende, thematisch mittlerweile stark diversifizierte Telefonberatung der BZgA ermöglicht das dialogische Gespräch von Mensch zu Mensch. Veröffentlichte Evaluationen der Aidsaufklärung liegen dafür für die Jahre [1988](#), [1989](#) und [1990](#) vor.

4 Evaluationen

Seit ihrem Bestehen hat die BZgA viele Gutachten zu Grundsatzfragen erstellen lassen, Leitlinien entwickelt und überaus zahlreiche Aufklärungsmedien und -maßnahmen evaluiert, zum Beispiel als Spot- oder Broschüren-Pretest (siehe den Beitrag von [Paschold](#) in diesem Band). Sie führt zudem im Sinne wissenschaftlicher Grundlegung der Kampagnen und Maßnahmen repräsentative Wiederholungsbefragungen durch, um Wissen, Einstellungen und Verhalten der Bevölkerung oder einzelner Gruppen zu präventionsrelevanten Themen zu erheben (z. B. „Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland“, „Drogenaffinitäts-Studie“). Auch Webseiten-Evaluationen werden durchgeführt.

Die Studien sind auf www.bzga.de/Forschung/Studien digital als PDF-Download zugänglich, teilweise können auf Anfrage Datensätze für Forschungszwecke bereitgestellt werden. Das nach 14 Themen gegliederte Studienarchiv reicht bis in die 1960er Jahre zurück, ab dem Jahr 1997 ist die Studiensammlung in neun Themengebiete gegliedert, die auch heute noch bearbeitet werden. Für die kommunikationswissenschaftliche Forschung zur Gesundheitsaufklärung können diese Studien wichtige Quellen sein, nicht nur für die konzeptionelle Seite, sondern vor allem auch für die Erforschung der Zielgruppenresonanz. Und auch historiografisch sind diese Studien von Interesse, weil sie Spuren des Wandels von Expertentum und seiner Wissenschaftlichkeit sichtbar machen lassen. Für das Comité Français d'Education a la Sante (CFES, später INPES, heute Sante Publique France), dem französische Pendant zur BZgA, liegt eine Studie zur Evaluation massenmedialer Kampagnen der 1970er und 1980er Jahre vor (Berlivet, 2020).

Die Wirkung von Maßnahmen nachzuweisen ist für Gesundheitsförderung und Prävention eine dringliche Herausforderung, um sie im Gesundheitswesen fest zu verankern. Gleichzeitig muss die Evidenzanforderung für den speziellen Arbeitsbereich operationalisiert und definiert werden. Zwei neuere Beiträge der BZgA zu dieser Herausforderung seien hier genannt:

Mit dem Online-Dokumentations- und Evaluationsystem für Gesundheitsprojekte www.devacheck.de steht seit 2020 ein digitales Instrument bereit, das in der Prävention und Gesundheitsförderung Tätige bei der Planung, Dokumentation und Beurteilung ihrer Maßnahmen unterstützt. Es wurde zusammen mit dem Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH in Bremen entwickelt und orientiert sich an Mindeststandards bezüglich Ausführung, Wirksamkeit und Reichweite der Einzelmaßnahme. Es macht zugleich die oftmals als zu hoch empfundene methodische Schwelle handhabbar und fördert den lernenden Austausch zur planerischen und evaluatorischen *good practise*, indem sich die Einzelprojekte in eine Datenbank einbringen können. Mit einem erst vor wenigen Monaten erschienenen Memorandum zur „Evidenzbasierung in Prävention und Gesundheitsförderung“ hat die BZgA gemäß ihrer übergreifenden Aufgabe der Sicherung von Qualität einen konsensorientierte Vorschlag geliefert (de Bock, Dietrich, & Rehfuess, 2020).

5 BZgA-Materialien für die Forschung

Als Bundesbehörde ist die BZgA prinzipiell angehalten, die im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung entstandenen Organisationsunterlagen und Veröffentlichungen gemäß den geltenden Bestimmungen des Bundesarchivgesetzes, insbesondere § 5 Abs. 1 BArchG, dem [Bundesarchiv](#) zur Archivierung zu übermitteln (Signatur B 310). Viele, auch ältere Publikationen sind jedoch direkt als downloadbare PDF-Dateien auf den Webseiten der BZgA zu finden, insbesondere die zahlreichen Beiträge zur Schriftenreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“, die neuere Online-Reihe „Konzepte“, Schulmaterialien und Broschüren, und die erwähnten älteren und neueren Studien.

Die BZgA sammelt die von ihr hergestellten und eingesetzten analogen Materialien – über eine erschlossene, öffentlich zugängliche Sammlung verfügt sie jedoch nicht. Sie betreibt als Ressortforschungseinrichtung eigene Grundlagen-, Begleit- und Wirkungsforschung und veröffentlicht diese im Internet. Eine regelrechte Aufnahme- und Betreuungsstruktur für die universitäre historische oder kommunikationswissenschaftliche Beforschung der gesundheitlichen Aufklärung besteht jedoch nicht. Dennoch bemüht sich die BZgA in jedem Einzelfall, kooperativ Fragen zu beantworten, gegebenenfalls weiter zu verweisen und von Forscherinnen und Forschern angefragte Materialien bereitzustellen, soweit es mit vertretbarem Aufwand möglich ist. Bei der Suche nach Materialien älteren Datums kann es auch lohnen, dort zu suchen, wo die BZgA-Materialien verwendet wurden und gegebenenfalls heute noch archiviert sind: bei Gesundheitsämtern und Beratungsstellen, Bildstellen der Länder, Kreise und Städte und bei Landesfilmdiensten. Bei lückenhafter Materiallage können gegebenenfalls Interviews mit (ehemaligen) Funktionsträger*innen weiterführen.

Literaturverzeichnis

[Bengel](#), J., & Lyssenko, L. (2016). *Resilienz und Schutzfaktoren*. doi:[10.17623/BZGA:224-i101-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i101-1.0)

Berlivet, L. (2020). *Body, Capital and Screens*. 4. Measuring Subjectification: The Reception of Health Education Campaigns and the Evaluation. Amsterdam University press. <https://doi.org/10.1515/9789048540310-008>.

- BZgA (1969). *Sexualkunde-Atlas: biologische Informationen zur Sexualität des Menschen*. Leske.
- BzGA (2020). *HIV- und STI-Prävention in Deutschland. Ein Überblick*. S. 53-56.
- BZgA (o.D.). *Aufgaben und Ziele – Gesundheitliche Aufklärung in Deutschland*. Abgerufen am 03. Juni 2022 von: <https://www.bzga.de/ueber-uns/aufgaben-und-ziele/>
- BZgA, Müller, W. (Red.) (2006). *GIB AIDS KEINE CHANCE. Die Kampagne zur Aidsprävention in Deutschland. The public AIDS prevention campaign in Germany. Dokumentation 1985-2007*. BZgA (Hrsg.), Köln.
- Dauschek, A., & Rymarczewicz, A. (Hrsg.) (1997). *Ausstellungen als Medium in der Gesundheitsförderung. Fachtagung, 21. bis 23. November 1996*. Dresden: Deutsches Hygiene-Museum.
- De Bock, F., Dietrich, M., & Rehfuess, E. (2020). *Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung – Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*, 6-9. <https://doi.org/10.17623/BZGA:2021-KON-DE-1.0>.
- Fachverband Aussenwerbung e.V. (FAW) (Hrsg.) (2010). *Typisch Plakatwerbung: Absatzförderung pur*. https://faw-ev.de/media/downloads/wirkungsstudie_plakat_2010.pdf
- Franzkowiak, P. (2018). *Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell*. doi:[10.17623/BZGA:224-i102-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i102-2.0).
- Hafen, M. (2012). *Mediatoren, Multiplikatorinnen, Mentoren, Drehpunkt- und Schlüsselpersonen in Prävention und Gesundheitsförderung*. In *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung*. 35(3), 66-70.
- ITEM INSTITUT GMBH (1972). *Gutachten – Entscheidungshilfen zur Bestimmung eines von acht Plakaten für den Weltgesundheitstag 1972*. Frankfurt am Main. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/forschung/dokumentationen/120008_Gutachten-EntscheidungshilfenZurBestimmungEinesVonAchtPlakatenF%C3%BCrDenWeltgesundheitstag1972.PDF
- Nöcker, G (2016) *Gesundheitskommunikation und Kampagnen, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. doi:[10.17623/BZGA:224-i056-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i056-1.0).
- Pfüttsch, P. (2015). *Männerspezifische Gesundheitsaufklärung durch die BZgA: Ein Beitrag zur Verfestigung des Gesundheitsdefizitdiskurses? (1970–1990) / Health Education for Men by the Federal Centre of Health Education: A Contribution to the Presentation of Men as unaware of Health? (1970–1990)*. *Medizinhistorisches Journal*, 175–199.
- Pfüttsch, P. (2017) *Das Geschlecht des "präventiven Selbst". Prävention und Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland aus geschlechter-spezifischer Perspektive (1949–2010)*. Stuttgart.
- Pott, E. (2009). *Social Marketing und Kampagnen in der Prävention und Gesundheitsaufklärung*. In R. Roski (Hrsg.), *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation: Akteure, Audience Segmentation, Anwendungsfehler (199–218)*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Quast, T., & Nöcker, G. (2015). *Social media: Forum webcare as a proactive information strategy in health promotion: Results of a pilot project by the BZgA*. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 966–975.
- Sammer, C. (2020). *Gesunde Menschen machen: Die deutsch-deutsche Geschichte der Gesundheitsaufklärung, 1945–1967*. *Ordnungssysteme*. De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110664171>
- Schwarz, U. (2004). *Gesundheit in der Mediengesellschaft. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 47, 927–933. <https://doi.org/10.1007/s00103-004-0912-6>
- Schwarz, U (2012). *Helga (1967): West German Sex Education and the Cinema in the 1960s*. In Sauerteig, L., Davidson, R. (Hrsg.), *Shaping Sexual Knowledge. A Cultural History of Sex Education in Twentieth Century Europe*. Routledge.
- Schwarz, U. (2020). *Gesundheitsaufklärung über digitale audiovisuelle Medien: Strategien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 63(6), 715–720. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03145-4>

Schwarz, T., & Goecke, M. (2021). Die bundesweiten Maßnahmen zur Alkoholprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64, 671–678. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03333.->

Starker, A., & Kuntz B. (2022). Zahlen und Fakten zum Konsum. In DHS Jahrbuch Sucht 2022 (Hrsg.) Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Lengerich: Pabst Science.

Stein, C., & Cooter, R. (2015). Die Geschichte des Gesundheits- und Hygieneplakats neu betrachtet. Die ökonomische Neuerfindung des Wissens über das Selbst. In: Nikolow, S. *Erkenne Dich selbst! Strategien der Sichtbarmachung des Körpers im 20. Jahrhundert*. Böhlau-Verlag, pp. 357-376

Studienarchiv der BZgA, Nr. 010044, Wanderausstellungen in der Gesundheitsförderung (1994). <https://www.bzga.de/forschung/studien/abgeschlossene-studien/studienarchiv/1-untersuchungen-und-studien-von-grundsuetzlicher/010044-wandershyaussystelshylogen-in-der-gesundheitsshyfoerderung>

Timmermann, C. (2010). Risikofaktoren: Der scheinbar unaufhaltsame Erfolg eines Ansatzes aus der amerikanischen Epidemiologie in der deutschen Nachkriegsmedizin. In M. Lengwiler & J. Madarász (Eds.), *Das präventive Selbst: Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik* (pp. 251–272). transcript Verlag.

Tümmers, H. (2013). „GIB AIDS KEINE CHANCE“. Eine Präventionsbotschaft in zwei deutschen Staaten. Abgerufen am 06. Mai 2022 von https://zeitgeschichte-digital.de/doks/frontdoor/deliver/index/docId/1502/file/ZF_3_2013_491_501_Tuemmers.pdf

Von Rüden, U., Spura, A., & Horstmann, S. et al. (2021). Bedarfsbezogene Kommunikationsstrategie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) während der COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64, 285-293. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03290-4>.

Watzke, D. (2012). *Aufklärung zur Organ- und Gewebespende in Deutschland: Neue Wege der Gesundheitskommunikation*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung 40, 2012.

Vom Radiobeitrag zum Podcast: eine Auswahl gesundheitsbezogener Hörformate seit 1979

Jana Sandrock

Universität Erfurt

Zusammenfassung

Die Ansprache von gesundheitsrelevanten wie -bezogenen Themen erfolgt heutzutage über die unterschiedlichsten Wege. Innerhalb der Medien stellen klassische Printmedien und Bewegtbildformate derweil die dominierenden Basismedien dar. Auditiven Medien, wie dem Radio oder dem Podcast, wird bisweilen eine vergleichsweise geringe Bedeutung zugesprochen. Einzelne Gesundheitskampagnen zogen in den vergangenen Jahren jedoch auch immer wieder verschiedene Hörmedien in Betracht. Vor diesem Hintergrund widmet sich der nachfolgende Beitrag dem Einsatz von auditiven Medien in der Gesundheitskommunikation. Hierzu wird die historische Entwicklung der ausgewählten Hörmedien skizziert sowie eine Auswahl historischer wie aktueller gesundheitsbezogener Hörformate vorgestellt. Darauf aufbauend wird der Stellenwert auditiver Medien innerhalb der Gesundheitskommunikation diskutiert.

Keywords: Auditive Medien, Radio, Podcast, Gesundheitskommunikation

Summary

Nowadays, health-related and health-relevant topics are addressed in a wide variety of ways. Within the media, classic print media and moving image formats are the dominant kind of media. Auditory media, such as radio or podcasts, has been used less. In recent years, however, individual health campaigns have repeatedly considered various audio media. Given this background the following article is dedicated to the application of auditory media in health communication. For this purpose, the historical development of the selected audio media is outlined and a selection of historical and current health-related audio formats are presented. Based on this, the significance of auditory media within health communication is discussed.

Keywords: Auditory Media, Radio, Podcast, Health Communication

1 Einführung

Die Ansprache von gesundheitsrelevanten wie -bezogenen Themen erfolgt über unterschiedliche Wege. Neben dem direkt-persönlichen Austausch mit dem ärztlichen Personal und dem Gespräch innerhalb der eigenen Peergroups, kommt vor allem den Medien eine große Bedeutung zu. Insbesondere Massenmedien wie Presse, Fernsehen, Internet und Hörfunk bergen hierbei das Potenzial, ein breites Publikum anzusprechen (Fromm et al., 2011).

Der Erhebung ARD/ZDF-Massenkommunikation Trends 2021 zufolge kommt auditiven Medien im Medienensemble dabei nach wie vor eine besondere Bedeutung zu. Die Untersuchung zeigt, dass rund 85 Prozent der deutschsprachigen Bevölkerung ab 14 Jahren derartige Formate täglich nutzt. Im Vergleich dazu werden andere Wahrnehmungsdimensionen, wie das Sehen (Bewegtbild), von 89 Prozent der deutschsprachigen Bevölkerung ab 14 Jahren und redaktionelle Texte (Lesen) demgegenüber von 45 Prozent täglich genutzt (Kupferschmitt & Müller, 2021). Der Stellenwert, wie auch die Bindung an auditive Medien im Allgemeinen, wird zudem anhand der Nutzungsdauer deutlich. So entfallen im Durchschnitt täglich 177 Minuten allein auf die Nutzung dieser (ebd.). Eine Vielzahl der Angebote ist dabei in ihrer Nutzung zudem nicht auf einen einzelnen Tagesabschnitt beschränkt, sondern begleitet die Nutzenden kontinuierlich über den Tag hinweg (Frees et al., 2019; Mai et al., 2019). Verschiedene auditive Medien bilden damit neben klassischen Printmedien und dem Bewegtbild einen weiteren wichtigen Zugangsweg zur Ansprache der Bevölkerung – so auch speziell im Gesundheitskontext.

Mit zunehmender Konvergenz der einzelnen Medienwelten verändert sich jedoch auch die Medienwahl sowie deren nutzendenseitiger Gebrauch. Digitale Verbreitungswege, wie das Internet, erweitern und bereichern das bekannte Angebot sowohl inhaltlich als auch formatseitig. Neben der klassischen, linearen Radionutzung über den Ultrakurzwellen-Empfang (UKW-Empfang) tritt somit beispielsweise auch vermehrt die Nutzung von On-Demand-Angeboten in Erscheinung, welche das orts- und zeitunabhängige Hören auditiver Medien ermöglichen (Mai et al., 2019). Diesen zugehörig ist beispielsweise auch das Audioangebot Podcast, welches sich in den vergangenen Jahren wachsender Aufmerksamkeit erfreute (Li et al., 2020). Verschiedene Streaming-Plattformen, die sich

traditionell allein auf Musikinhalte fokussierten, haben so mittlerweile auch Audiopodcasts in ihr Angebot aufgenommen (ebd.) und Betriebssysteme, wie Android oder iOS, integrierten spezifische Apps, die das direkte Anhören ermöglichen, bereits in ihren Werkseinstellungen (Puffer & Schröter, 2018). Die zunehmende Relevanz der neueren Angebote verdeutlicht sich weiterhin auch während der COVID-19-Pandemie: So hat beispielsweise laut aktuellem Google-Trend das Suchvolumen nach dem Begriff „Podcast“ seit Beginn des Jahres 2020 zugenommen (Google, 2020). Ergebnisse der Langzeitstudie ARD/ZDF-Massenkommunikation Trends 2021 sowie der aktuellen ARD/ZDF-Massenkommunikation Trends 2021 weisen zudem daraufhin, dass die Befragten während des (ersten) Lockdowns bzw. der gesamten COVID-19-Pandemie Podcasts häufiger anhörten als noch vor der Pandemie (Kupferschmitt & Müller, 2021). Darüber hinaus erweckt es den Anschein, dass ein*e jede*r zumindest schon einmal beiläufig von Prof. Dr. Christian Drosten und seinem Podcastformat „Coronavirus-Update“ gehört hat, welches der Norddeutsche Rundfunk (NDR) in Zusammenarbeit mit dem Virologen ausstrahlt (Hennig & Schulmann, 2020). Die große Reichweite legt die Vermutung nahe, dass derartige gesundheitsbezogene Hörangebote neben dem Unterhaltungszweck derweil durchaus auch als Informations- und Weiterbildungsmedien genutzt werden.

Ob diese Entwicklung an das gegenwärtige Format der Podcasts gebunden ist, oder auch ältere Formate, wie gesundheitsbezogene Hörfunkkampagnen oder Hörfunkspots in Verbindung mit dem Medium Radio, das Potenzial bergen, den Hörenden gesundheitsbezogene Inhalte näher zu bringen, steht im Fokus dieser Arbeit. Der vorliegende Beitrag soll so klären, ob und inwieweit derartige Medien bzw. Formate für die Gesundheitskommunikation geeignet sind und Anwendung finden. In Annäherung an die Beantwortung dieser Frage werden zunächst die einzelnen Hörmedien sowie ihre historische Entwicklung im Einzelnen vorgestellt. Neben den innerhalb von auditiven Medien häufig angewandten Botschaftsstrategien sollen in den darauffolgenden Abschnitten auch konkrete Beispiele für die Anwendung im Bereich der Gesundheitskommunikation, in Form von unterschiedlichen Hörformaten seit 1979 bis zur Gegenwart, näher vorgestellt und eingeordnet werden. Anschließend wird darauf aufbauend diskutiert, welche Chancen, Risiken aber auch Grenzen sich mit dem Einsatz von unter-

schiedlichen Hörmedien bzw. -formaten in der Gesundheitskommunikation ergeben. Der Beitrag schließt mit einer Zusammenfassung der bisherigen Erkenntnisse zur Nutzung von Hörmedien bzw. -formaten in der Geschichte der Gesundheitskommunikation sowie einem Ausblick auf mögliche zukünftige Forschungsinteressen.

2 Hörmedien

In der heutigen Zeit beschreiben auditive Medien einen ständigen medialen Begleiter und finden in vielfältiger Art und Weise im Alltag Anwendung. Zum besseren Verständnis der Rolle von auditiven Medien in der Gesundheitskommunikation sollen die beiden ausgewählten Hörmedien, Radio und Podcast, zunächst näher vorgestellt werden und spezifische Kommunikationseigenschaften der jeweiligen Kanäle herausgearbeitet werden. Parallel zum Status quo der Radio- und Podcastrezeption in Deutschland wie auch der Art der Nutzung, soll deshalb auch in einem kurzen Abriss die Entwicklungsgeschichte der jeweiligen Medien seit 1923 vorgestellt werden.

Hörmedium Radio

Einen festen Bestandteil im Medienalltag der deutschsprachigen Bevölkerung bildet das Radio als traditionelles Massenmedium (Mai et al., 2019; Mende, 2010; Puffer & Schröter, 2018). Rund 53,4 Millionen Menschen ab 14 Jahren nutzen das Radio täglich (Puffer & Schröter, 2018) und allein 149 Minuten der täglichen Audionutzung (189 Minuten) entfallen heute auf das Radio im klassischen Sinne (Mai et al., 2019). Krug (2019) stellt weiterhin fest, dass es sich bei diesem Hörmedium um „[...] ein flächendeckend etabliertes technisches Medium“ handelt (Krug, 2019, S. 15). Beispielsweise besaß im Jahr 2017 jeder Deutsche im Durchschnitt allein 3,5 Empfangsgeräte. Dazu zählten verschiedenste Geräte wie „[...] Kofferradios, Walkmans, Autoradios, Küchenradios, Radiowecker, Smartphones [...]“ aber auch Smart Speaker (ebd., S. 15). Das Radio beschreibt somit eines der derzeit meist genutzten wie auch verbreitetsten Massenmedien (Domenichini, 2020; Krug, 2019).

Seine Anfänge fand der Hörfunk in Deutschland im Oktober 1923 als erstes elektronisches wie auch rein akustisches Massenmedium mit einer Funksendung, die im Berliner Umland zu hören war (Wilke, 2008). Das neue Distributionsmedium war ausschließlich mit einem Empfangsgerät nutzbar und unterschied sich damit elementar von dem bisweilen von Papiermedien

dominierten Informations-, Kultur-, Werbungs- und Unterhaltungsmarkt (Wilke, 2008). Durch die Übertragung von Radiofassungen bekannter Dramen oder gelesener literarischer Klassiker verstand sich das frühe Radio allen voran als eine Art akustische Fortsetzung und Erweiterung der traditionellen Kultur. Anders als heute kam auch dem gemeinsamen Hören ein besonderer Stellenwert zu, da Radio in der Regel von zu Hause aus gehört wurde und kaum ein Haushalt über mehr als ein Empfangsgerät verfügte (Krug, 2019). Das Radio beschrieb in dieser Zeit ein „Dabei-Medium“ der Abendstunden, war von aufmerksamen Hörenden geprägt (Dussel, 2010; Wilke, 2008) und konkurrierte mit abendlichen Veranstaltungen in Kino, Theater und Oper (Krug, 2019).

Die Jahre zwischen 1933 und 1945 beschrieben eine Phase der Zentralisierung. Aus den einst regionalen Hörfunkgesellschaften wurden 1934 Reichssender und der Anteil der Eigenproduktionen durch die Sender sank erheblich (Krug, 2019; Proctor, 2002). Zur Steigerung der „Volks Gesundheit“ (siehe dazu die Beiträge von Graf und Schiefeneder sowie Wiedicke in diesem Band) wurden Frauen beispielsweise mittels Radiopropaganda aufgerufen, Krebszentren zur Vorsorgeuntersuchung aufzusuchen (Proctor, 2002). Mit Kriegsbeginn 1939 wurden Wehrmacht- und Frontberichte im Wortprogramm zunehmend präsenter. Im Juli 1940 wurde das Sendernetz schließlich vom Großdeutschen Rundfunk übernommen und zwischen 1944 und 1945 mittels Hörfunk hauptsächlich Luftwarnungen ausgegeben (Krug, 2019).

Nach Ende des Krieges fand das Radio schließlich nach und nach zum Regionalangebot zurück (Halefeldt, 1999). Neben Kulturwerten wurde die Programmphilosophie von da an ebenso von Information, Unterhaltung und Bildung geprägt. Quizsendungen, Krimis und wöchentliche Familienserien stellten in dieser Zeit beispielsweise beliebte Programmformate dar. Die technische Neuentwicklung des UKW-Empfangs ermöglichte erstmals auch die Wahl zwischen einzelnen Programmen und erweiterte so das bestehende Hörfunkangebot maßgeblich. Hörende konnten sich damit erstmalig bewusst bestimmten Programmen zu- oder abwenden. Der UKW-Empfang brachte aufgrund seiner geringen Reichweitenstärke jedoch zeitgleich auch eine Verstärkung der Regionalität mit sich, sodass die jeweiligen Programme lediglich Hörende in einem bestimmten Empfangsradius erreichten.

Aufgrund verbesserter Übertragungsqualität nahm gleichzeitig die Musikalisierung der Programme zu, während die Länge von Wortbeiträgen abnahm (Halefeldt, 1999; Krug, 2019). Mit der Einführung des Fernsehens im Jahr 1952 verschoben sich die Prioritäten der Hörenden maßgeblich und das Radio verlor seinen Status als elektronisches Monopolmedium. Das Fernsehen beendete schleichend das Hörfunkzeitalter. Neue Technik führte wiederum zur Habitualisierung des Nebenbeihörens des Radios. Durch erste mobile Transistorradios (Kofferradios) wie auch die Verbreitung von Autoradios wurde das Hören mobiler und war nicht mehr auf einen einzelnen Raum beschränkt (Krug, 2015). Derartige Entwicklungen führten zu einem langwierigen Neuorientierungsprozess des Hörmediums Radio, neuen Radioformaten und einer stärkeren Abgrenzung der einzelnen Programme untereinander. Verschiedene Radioformate fokussierten durch die Einführung von moderierten Morgen- und Mittagmagazinen nun mehr den nicht fernseh-dominierten Bereich. Ebenso führten stetige Erhöhungen der Übertragungsqualität zu einer Verschiebung des ehemals ausgeglichenen Wort- und Musikbeitrages hin zu einer Orientierung an der Pop- und Jugendkultur durch moderne Musikangebote. Wortbeiträge in Form von Reportagen und Statements bildeten weiterhin einen festen Programmbestandteil, beschränkten sich fortan in der Regel aber auf eine Dauer von fünf Minuten (Krug, 2019). Das Radio orientierte sich zunehmend stärker an den Nebenbeihörenden und implementierte in den 1970er-Jahren erstmals Service- und Begleitprogramme, die sich unter anderem durch stündliche Nachrichten und Verkehrsmeldung bewusst an das autofahrende Publikum richteten (Halefeldt, 1999). Durch die Einführung werbefinanzierter Privatsender entwickelte sich Mitte der 1980er-Jahre das duale Hörfunksystem, welches später durch nicht-kommerzielle Sender, wie Bürgerradios und offene Kanäle, ergänzt wurde. Die Anzahl der Sender explodierte (Krug, 2019).

Auch heute noch wird das Radio vornehmlich als Tagesbegleitmedium genutzt. Die Mehrzahl der Sender definiert sich über Musikgenres, die sich an einer bestimmten Zielgruppe orientieren. Der Informations- und Wortanteil innerhalb der Programme ist mit Ausnahme einiger weniger Sender (z. B. NDR Info) gering (Fromm et al., 2011). Die Radionutzung der Hörenden streckt sich über den gesamten Tag hinweg und beginnt in der Regel bereits mit dem Aufstehen. Je nach Altersgruppe der Nutzenden variieren die jeweiligen Hörgewohnheiten dabei (Mai et al., 2019; Oehmichen, 2001). Einhergehend mit der tages-

übergreifenden Nutzung erlangt das Radio selten die vollständige Aufmerksamkeit der Hörenden. Häufig wird es in Verbindung mit weiteren Tätigkeiten genutzt (Gattringer et al., 2019; Klingler & Müller, 2009). Oehmichen (2001) zufolge wird das Radio in insgesamt 34,4 Prozent der Nutzungsvorgänge bewusst gehört, Nutzende widmen sich jedoch auch während dieser Rezeption anderen Tätigkeiten. Lediglich 8,1 Prozent der Radionutzungsvorgänge können demnach als aufmerksames und konzentriertes Zuhören durch die Nutzenden eingestuft werden. Die übrigen Radionutzungsvorgänge lassen sich als teilbewusste Nebenbeinutzung charakterisieren, bei welcher die Konzentration primär auf der Nebentätigkeit liegt. Ebenso beschränkt sich „die Fähigkeit und Praxis bewusster Radiorezeption [...] stark auf die ältere Generation“ (ebd., S.140). Obwohl auch die Älteren das Radio heute vorwiegend als musikalisches Begleitmedium nutzen, ist ihre Bereitschaft, wortreichen Magazinangeboten aufmerksam zu folgen gegenüber den jüngeren Generationen höher (ebd.). Die Unterschiede des Zuwendungsverhaltens zum Radio stehen in engem Zusammenhang mit der Entwicklung des Radios in den vergangenen Jahrzehnten wie auch dem „Aufwachsen“ mit dem Medium. Oehmichen (2001) meint dazu, die „Entwicklung vom Freizeit- zum Tagesbegleitmedium, vom Familien- zum Individualmedium, die Veränderung und Reduktion seines Stellenwerts parallel zum Bedeutungszuwachs des Fernsehens [...] prägen generationsspezifisch unterschiedliche Kulturen der Funktionszuschreibung, des Umgangs und der Nutzung des Radios“ (S. 138).

Hörmedium Podcast

Mit der Einführung des massentauglichen Internets im Jahr 1990 traten neue Kommunikations- und Publikationsformate in den Vordergrund. Neu entstandene Onlineplattformen ermöglichten so unter anderem den Zugang zu digitalen Audiodateiformaten (Hurst, 2019; Krug, 2019). Mit der ständigen Weiterentwicklung des Internets wurde die klassische synchrone Audionutzung um neue Verbreitungs- und Nutzungswege ergänzt (Puffer & Schröter, 2018). Ebenso förderte die damit einhergehende Möglichkeit, eigene Audioinhalte zu erstellen, und das wachsende Interesse, diese eigenständig im Internet zu veröffentlichen, die Entwicklung und Beliebtheit von Audiopodcasts (Hurst, 2019; Mocigemba, 2007). Neben Audiopodcasts als rein auditives Medium existieren als audio-visuelles Pendant auch sogenannte Video-Podcasts (Krugmann & Pallus, 2008). Da der Schwerpunkt der Arbeit aber auf dem Einsatz von auditiven Medien in der Ge-

sundheitskommunikation liegt, richtet sich der Blick fortan auf Audiopodcasts im Speziellen.

Ähnlich wie das vorangegangene Hörmedium Radio, stellen Audiopodcasts (im Folgenden vereinfacht Podcast genannt) ein in der Forschungslandschaft vergleichsweise wenig beachteten Gegenstand dar. Gleiches vermag zu erklären, dass bis heute keine einheitliche Definition des Begriffes selbst existiert. „Podcasting“ beschreibt so einen Neologismus, der 2005 vom New Oxford American Dictionary zum Wort des Jahres gewählt wurde (Mocigemba, 2007). Vor der Verwendung dieser Bezeichnung wurden häufig Phrasen wie „Audio-Blogging“ und „Net-Casting“ verwendet (Hurst, 2019). Der Begriff selbst setzt sich aus den jeweiligen Abkürzungen von play on demand („pod“) und broadcast („cast“) zusammen. Wiederum andere Quellen meinen, dass die Abkürzung auf das populäre Speicher- und mobile Audioabspielgerät iPod der Firma Apple zurückgeht (Hurst, 2019; Puffer & Schröter, 2018). Allgemein hin beschreiben Podcasts, die online zum Download bereitgestellten Ausschnitte, Bearbeitungen oder Kopien eines linearen Programmbeitrags sowie eigens zum Streaming produzierte Audiostücke (Puffer & Schröter, 2018). Die Audioinhalte, meist in gesprochenem Wort, werden den Interessierten in der Regel kostenfrei angeboten sowie orts- und zeitunabhängig zur Verfügung gestellt. Damit gleichen sie grundsätzlich klassischen Radioangeboten, müssen aber nicht zu einer vorab festgelegten Zeit konsumiert werden. Vielmehr entscheiden die Hörenden selbst darüber, wann sie bestimmte Inhalte konsumieren oder erneut anhören (Krugmann & Pallus, 2008). Ebenso sind Podcast episodischer Natur und umfassen zumeist mehrere Folgen, die sich einem einheitlichen Themenschwerpunkt widmen und so tiefer beleuchten (Hurst, 2019). Die Anbietenden von Podcasts sind divers. So zählen neben privaten und öffentlich-rechtlichen Radiosendern sowohl Streamingdienste, Printanbieter, Influencer und Prominente aus der Musik-, Literatur- und Comedy-Szene zu den Produzierenden (Puffer & Schröter, 2018). Ähnlich wie bei anderen Onlineangeboten stehen somit professionelle Angebote denen von Amateur*innen gegenüber (Fromm et al., 2011).

Podcasts, die sich näher mit dem Thema Gesundheit befassen, können je nach Zielpublikum in zwei Arten eingeteilt werden: Podcasts, die für die studentische oder berufliche Ausbildung produziert werden (Cho et al., 2017; Little et al., 2020) und solche, die, vergleichbar mit Radiosendungen, für den gesamt-

gesellschaftlichen Konsum produziert werden. Wenn gleich nur wenige Studien das Hören von Podcasts, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten, näher untersucht haben, zeigen die bisherigen Befunde, dass es sich bei den Nutzenden tendenziell um jüngere Generationen handelt. Nutzende von Podcasts sind bisweilen überwiegend männlich, technik- wie medienerprobt und verfügen durchschnittlich über eine hohe Bildung (Domenichini, 2018; Kühn, 2010). Angesichts der rasanten Entwicklungen und Veränderungen innerhalb der Podcastlandschaft können die bestehenden Untersuchungen allerdings nur bedingt Aufschluss über den aktuellen Stand und das Nutzungsprofil der Hörenden geben (Lührmann, 2019). Der ARD/ZDF-Onlinestudie 2019 zufolge haben 28 Prozent der deutschsprachigen Bevölkerung ab 14 Jahren bereits verschiedene Podcastformate angehört. Unter den 14- bis 29-Jährigen sind es sogar 48 Prozent, die angaben, Podcasts in der Vergangenheit bereits gehört zu haben. Obwohl Podcasts im Vergleich zum Radio bislang nur geringe Tagesreichweiten erzielen, gaben die Hälfte der Podcasthörernden an, die Podcastnutzung als wöchentliche Routine integriert zu haben (Mai et al., 2019). Ein ähnliches Bild zeichnet sich durch erste Ergebnisse der ARD/ZDF-Massenkommunikation Trends 2021 ab. So gaben 16 Prozent der deutschsprachigen Bevölkerung ab 14 Jahren an, mindestens einmal wöchentlich verschiedene Podcastformate anzuhören.

Im Gegensatz zur klassischen Radionutzung, bei der sich der Aktionsradius auf die Auswahl und das gelegentliche Wechseln zwischen einzelnen Programmen beschränkt, bietet die Nutzung von Onlinemedien, wie dem Podcast, die Alternative der gezielten Entscheidung für bestimmte Audiobeiträge (Domenichini, 2020). Die Hinwendung zu ebendiesen Beiträgen findet in diversen Nutzungssituationen statt. Podcasts werden vom Aufstehen über das Entspannen bis hin zum Einschlafen über den gesamten Tag verwendet. Ebenso finden sie in zahlreichen Mobilitätsmomenten, wie bei der Fahrt in Auto, Bahn und Bus, sowie in der Freizeitgestaltung beim Sport oder im Haushalt Anwendung. Es zeigt sich, dass das Medium Podcast sowohl in Situationen, in denen die visuelle Aufmerksamkeit von anderen Tätigkeiten beansprucht wird, als auch in Situationen, in denen sie die alleinige und bewusste Aufmerksamkeit der Hörenden erhalten, genutzt wird (Mai et al., 2019). Untersuchungen bezüglich der Nutzungsmotive von Podcasts veranschaulichen, dass Hörende Podcasts vornehmlich zu Entspannungs- und Unterhaltungszwecken, aber auch zu Informations- und Bildungszwecken nutzen (Li et

al., 2020; McClung & Johnson, 2010). In einer Onlineumfrage durch ARD Sales & Service wurden Podcasthörer zu ihren Nutzungsgewohnheiten im Tagesverlauf befragt. Anders als bei der klassischen Radiorezeption konzentriert sich der Höhepunkt der täglichen Nutzung von Podcasts an Werktagen insbesondere auf den Abend. Durch den abendlichen Nutzungsschwerpunkt weisen Podcasts ein der klassischen, linearen Radiorezeption entgegengesetztes Muster auf. Neben dem Radio konkurrieren Podcasts so auch mit dem Zeitbudget anderer Medienaktivitäten, wie beispielsweise dem abendlichen Fernsehschauen (Domenichini, 2018; Mai et al., 2019).

Die vorangegangene Auseinandersetzung mit den Hörmedien Radio und Podcast verdeutlicht, dass beiden Varianten unterschiedliche Kommunikationseigenschaften zukommen. Während das Radio vornehmlich als Begleitmedium fungiert, werden Audiobeiträge im Podcastformat bewusst ausgewählt. Ebenso unterscheiden sich Charakteristika der Nutzenden wie auch die Nutzungsgewohnheiten, die in Verbindung mit Radio- und Podcastangeboten stehen. Beiden gemein ist jedoch, dass sie Nutzende in den verschiedensten Lebenssituationen dauerhaft begleiten. Damit beschreiben verschiedene Hörmedien zwar einen geeigneten Ansatzpunkt für die Platzierung und Verbreitung von gesundheitsbezogenen Inhalten in der Bevölkerung. Durch die spezifischen Kommunikationseigenschaften der beiden ausgewählten Medien, Radio und Podcast, erscheinen jedoch unterschiedliche Ansätze für die Applikation von Angeboten innerhalb von gesundheitsbezogenen Kommunikationskampagnen sinnvoll. Innerhalb von Kommunikationskampagnen, gesundheitsbezogen oder nicht, bedienen sich auditive Medien, wie auch andere Medienformen, einer Vielzahl gestalterischer Mittel. Ebendiese sollen zum besseren Verständnis im nachfolgenden Abschnitt näher beleuchtet werden.

3 Botschaftsstrategien in Hörmedien

Einen zentralen Bestandteil und gestalterisches Mittel einer jeden Kommunikationskampagne bilden Botschaften (Reifegerste & Ort, 2018). Der jeweiligen Botschaftsstrategie kommt somit eine hohe Relevanz innerhalb der Kampagnengestaltung zu, insbesondere bei derartigen Kampagnen, die nur auditiv wahrgenommen werden (Hastall, 2014) und somit gegenüber anderen Wahrnehmungsdimensionen, wie beispielsweise dem Sehen (Bewegtbild) oder dem Lesen (Printmedien und redaktionelle Texte), besonders flüchtig sind (Wilke, 2008). Auch wenn es im Rahmen

der vorliegenden Arbeit nicht möglich ist, alle in den auditiven Medien angewandten Botschaftsstrategien im Detail darzustellen, soll an dieser Stelle dennoch ein kurzer Überblick über häufig verwendete Strategien gegeben werden.

Entertainment-Education

Entertainment-Education, in einigen Fällen auch Edutainment genannt, wird definiert als „the process of purposively designing and implementing a mediating communication form with the potential of entertaining and educating people, in order to enhance and facilitate different stages of prosocial (behavior) change“ (Bouman, 1999, S. 25). Dieser strategische Ansatz zeichnet sich im Gesundheitsbereich durch die Einbindung von gesundheitsbezogenen Inhalten in Unterhaltungsangeboten aus (Fromm et al., 2011; Lampert, 2014), indem beispielsweise gesundheitsförderliche Botschaften in Dialoge und Handlungen integriert werden (Lampert, 2003). Das Publikum kann so innerhalb ihres täglichen Medienalltages, zu dem unter anderem auch Hörmedien zählen (siehe Kapitel 2), über Gesundheitsthemen informiert werden (Reifegerste & Ort, 2018). Als eine Unterart des Information-Entertainments beschreibt das Konzept zudem eine Art des spielerischen Lernens (Klöppel, 2008). Verschiedene Studien zur Wirksamkeit von Entertainment-Education zeigen, dass sich das Konzept insbesondere auf die Aufmerksamkeit und die Sensibilisierung gegenüber Gesundheitsthemen auswirkt, vereinzelt auch Änderungen in der Einstellung und dem Verhalten begünstigt (Fromm et al., 2011; Singhal et al., 2004; Singhal & Rogers, 1999).

Aufgrund des unterhaltenden Charakters der Medienbotschaften können vor allem diejenigen erreicht werden, die nicht direkt an Gesundheitsinformationen interessiert sind und diese beispielsweise nicht eigenständig suchen (Lampert, 2010; Lubjuhn & Bouman, 2019). Ebenso ist die Wahrscheinlichkeit einer Reaktanz gegenüber gesundheitsbezogenen Inhalten durch Desinteressierte in akzeptierten medialen Lebenswelten unwahrscheinlicher (Fromm et al., 2011). Anhand von Entertainment-Education werden somit sowohl Personen angesprochen, die der beabsichtigten Verhaltens- oder Einstellungsänderung positiv gegenüberstehen, als auch Personen, die eine ablehnende Haltung einnehmen (Slater & Rouner, 2002). Dies ist insbesondere im primärpräventiven Bereich der Gesundheitskommunikation von Bedeutung (Fromm et al., 2011) wie auch im Bereich von auditiven Medien, die sich häufig an ein großes

disperses Publikum richten (siehe Kapitel 2). Nicht zuletzt zielt das Konzept der Entertainment-Education durch den unterhaltenden Charakter auch auf die Peer-Kommunikation ab, um so den Austausch unter den Rezipierenden zu bestimmten Gesundheitsthemen sowie das kritische Hinterfragen bestehender sozialer Realitäten und Positionen zu fördern (Singhal et al., 2006).

Humor

Durch die Einbindung in Unterhaltungsformate steht Humor, als weitere Botschaftsstrategie, in engem Zusammenhang mit dem Konzept des Entertainment-Education-Ansatzes. Da Menschen nicht allein auf Grundlage von Wissen Entscheidungen treffen, sind neben kognitiven Aspekten emotionale Aspekte für eine Einstellungs- und Verhaltensänderung von zentraler Bedeutung (Hastall, 2014; Schwarz & Reifegerste, 2019). Die auf affektiver Ebene hervorgerufenen positiven Emotionen können auf die jeweilige Botschaft übertragen werden und führen so auf kognitiver Ebene dazu, dass kritische Informationsverarbeitungen gehemmt werden.

Humorbotschaften weichen zudem in der Regel von dem Erwarteten ab und generieren dadurch Aufmerksamkeit für ein Thema. Durch die intensivere Informationsverarbeitung können durch Humor präsentierte Botschaftsinhalte so häufig besser erinnert werden (Blanc & Brigaud, 2014; Schwarz & Reifegerste, 2019). Diese Aspekte sind im Bereich von auditiven Medien, wie dem Radio, von besonderer Bedeutung, da die ausgespielten Kampagnen sich so stärker vom normalen Hörfunkprogramm abheben und trotz fehlender Möglichkeit der direkten Wiederholung besser erinnert werden können (siehe Kapitel 2). Vorangegangene Erkenntnisse zeigen zudem, dass bestimmte gesellschaftliche Gruppen, wie Jugendliche oder sozioökonomisch schwächere Gruppen, häufig weniger anhand von kognitiven Appellen sondern vielmehr anhand von emotionalen, affektiv vermittelten Botschaften erreicht werden können (Lubjuhn & Bouman, 2019; Schwarz & Reifegerste, 2019). Umgekehrt können Humorappelle aber auch dazu führen, dass Botschaften nicht ernst genommen werden oder der Kern der Botschaft missverstanden wird (Nabi et al., 2007).

Fallbeispiele

Aufgrund der erschwerten Möglichkeit, Risiken im Rahmen von Hörmedien mittels Zahlen und Grafiken

für einzelne Hörende verständlich zu machen, finden im Bereich von verschiedenen Hörmedien Fallbeispiele häufig Verwendung. Als Fallbeispiele können entweder die Schilderungen von Betroffenen selbst als auch Personen, die sich gegenüber einem bestimmten Thema äußern, aufgefasst werden (Peter, 2019). Durch die Ansprache von Emotionen mittels Fallbeispielen können Menschen so einfacher auf Risiken aufmerksam gemacht werden und im Weiteren zu Verhaltensänderungen motiviert werden. Zu begründen ist dies mit der grundsätzlichen Orientierung des Menschen am Verhalten anderer (Peter, 2019).

Wird die gesamte Geschichte Betroffener dargestellt, wird die Schilderung auch als Narrativ bezeichnet. Anhand von Narrativen können Veränderungen im Zeitverlauf wie auch der Umgang mit eventuellen Rückschlägen kommuniziert werden (Busselle & Bilandzic, 2009). Im Bereich von Hörmedien sind diese beispielsweise von besonderem Stellenwert, um auch tiefere und weiterführenden Informationen an das Publikum vermitteln zu können (siehe Kapitel 2). Aufgrund intensiver Einblicke in die Entwicklung der Betroffenen, wie auch in die Motivation für eine etwaige Verhaltensänderung, kann sich das Publikum mit dem dargestellten Testimonial leichter identifizieren. Ebenso wirken Fallbeispiele wie auch Narrative auf die Rezipierenden oft weniger persuasiv und erfahren gegenüber Botschaften, die eine direkte Aufforderung formulieren, weniger Reaktanz (Reifegerste & Ort, 2018).

Anzumerken bleibt abschließend, dass Botschaftsstrategien im Einzelnen häufig nicht in ihrer Reinform eingesetzt, sondern bewusst miteinander kombiniert werden, um die Effekte verschiedener Ansätze zu nutzen und in ihrer Wirksamkeit zu steigern (Reifegerste & Ort, 2018). Ähnliches zeigen auch die im nachfolgenden Abschnitt präsentierten historischen wie aktuellen Beispiele von angewandten auditiven Medien und Formaten im Gesundheitsbereich

4 Gesundheitskampagnen in Hörmedien

Beim Einsatz von klassischen Medien in der Gesundheitskommunikation stellen verschiedenste Printmedien wie auch Bewegtbildformate die dominierenden Basismedien dar. Auditiven Medien, wie dem Radio, wird aufgrund ihres Nebenbeicharakters sowie der begrenzten Informationskomplexität hingegen eine vergleichsweise geringe Bedeutung zugesprochen (Fromm et al., 2011). Dennoch wurde in den vergangenen Jahren auch das Radio als potenzielles

Verbreitungsmedium in einzelnen Gesundheitskampagnen immer wieder in Betracht gezogen. Ebenso wächst die Anzahl der Podcasts, die sich näher mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzen. Daher soll eine Auswahl historischer wie auch aktueller Formate aus den unterschiedlichsten Themenbereichen der Gesundheitskommunikation, wie beispielsweise der Rauchentwöhnung sowie Impf- und Sexualaufklärung, im Folgenden kurz vorgestellt werden.

„Runter vom Rauchen – ein Kurs zum Abgewöhnen“

Die Kampagne „Runter vom Rauchen – ein Kurs zum Abgewöhnen“ entstand im November 1979 auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Im Rahmen eines Kooperationsprojektes mit dem Sender NDR wurde der bereits bestehende Volkshochschulkurs „Eine Chance für Raucher – Nichtraucher in 10 Wochen“ durch die Entwicklung eines medien-spezifischen Kursprogramms auf den Hörfunk adaptiert. Der so entwickelte „Fernkurs“ beinhaltete insgesamt acht Sonntag-nachmittagssendungen mit einer Dauer von 45 Minuten pro Lerneinheit. In den jeweiligen Lerneinheiten wurden neben Selbstbeobachtung, Reizkontrolle und Konfliktbewältigung auch verschiedene Entspannungstrainings, alternative Verhaltenstechniken sowie Kontraktmanagement thematisiert. Der Kurs schloss mit einer Einheit zur eigenständigen Weiterführung des Erlernten nach Beendigung des Programms. Die festen und regelmäßigen Sendezeiten sollten die Wahrscheinlichkeit einer regelmäßigen Teilnahme erhöhen. Durch die jeweiligen Lerneinheiten führten ein Moderator, der die Lernziele verständlich formulierte und das hörende Publikum aktivieren sollte, eine Moderatorin, welche die einzelnen Etappen der Sendung immer wieder in einfachen Worten zusammenfasste und zusätzlich weiterführende Informationen bereitstellte, sowie ein „skeptischer Raucher“, der sich in überspitzten Rollenspielen und Sketchen weigerte, vorgestellte Verhaltenstipps anzunehmen, porträtiert durch einen Komiker. Jede Sendung beinhaltete neben der direkten Ansprache der Radiohörenden zum eigenen Rauchverhalten auch Selbstkontrollregeln, die die Hörenden über die Woche hinweg als eine Art Hausaufgabe anwenden sollten. Zum Einstieg in das Thema wie auch zwischen den einzelnen Bestandteilen der Sendung wurden immer wieder Kurzinterviews mit Teilnehmenden aus dem Originalkurs eingespielt. In den Interviews äußerten sich die Teilnehmenden des Volkshochschulkurses zu Schwierigkeiten, die sie selbst bei der Bewältigung der Aufgabenstellung erfahren hatten, wie auch Erfolgen,

die sie im Umgang mit neuen Regeln erzielt hatten. Akustisch grenzte sich das Format durch eine wiederkehrende Titelmelodie zum allgemeinen Hörfunkprogramm ab (Institut für Markt- und Werbeforschung Köln, 1985).

Die lebendig gestaltete Unterhaltungssendung richtete sich vor allem an die rauchende Radiohörendenschaft, berücksichtigte aber auch alle Interessierten, die allgemeine Grundregeln der Verhaltensänderung erlernen wollten (ebd.). Durch die überspitzte Darstellung des skeptischen Rauchers in kurzen Rollenspielen und Sketchen, verband das Format gleichermaßen unterhaltende und bildende Elemente (siehe Kapitel 3). Es ist damit mit dem heutigen Format des Kabarett im Gesundheitskontext vergleichbar, beispielsweise dem „Medizinische[n] Kabarett“ von Eckart von Hirschhausen (Völzke et al., 2017). Durch den positiven Charakter des Humors, präsentiert durch den skeptischen Raucher, versuchte das Format möglicherweise Aufmerksamkeit zu erzielen und eine frühe Reaktanz der Hörenden zu meiden (siehe Kapitel 3). Dies entspricht der bekannten Zielstellung gängiger Humorformate (Reifegerste & Ort, 2018). Ebenso fanden durch das Einblenden der Interviews und die Begleitung des skeptischen Rauchers Fallbeispiele immer wieder Anwendung. Durch das Miterleben der Entwicklung der betroffenen Raucher ist anzunehmen, dass zusätzliches Vertrauen geschaffen wurde (siehe Kapitel 3). Ähnlich wie auch in anderen Formaten können sich Hörende so leichter mit den Fallbeispielen identifizieren und übernehmen eventuell beobachtete Verhaltensänderungen (Fromm et al., 2011).

„Dingsda Impfpass“

Inzwischen werden über das Radio anstelle von mehrteiligen Programmbeiträgen häufiger Hörfunkspots als kurze, das normale Hörfunkprogramm unterbrechende Wortbeiträge, ausgestrahlt. Im Rahmen der Aktion „Deutschland sucht den Impfpass“ machte die BZgA beispielsweise im Jahr 2012 unter anderem auch mittels verschiedener humorvoller Spots auf die Überprüfung des Impfschutzes aufmerksam. Impf-pässe kennzeichnen zwar den jeweiligen Impfstatus, häufig ist jedoch unklar, wo sich der Impfpass derzeit befindet. Der jeweilige Impfschutz ist daher oft unbekannt (BZgA, 2020). Im Mittelpunkt der Kampagne stand dabei die Empfehlung der Masernimpfung (Audiodatei verfügbar unter: www.impfen-info.de/mediathek/hoermedien.html).

Der Spot „Dingsda Impfpass“ grenzte sich zunächst durch ein akustisches Signal, welches an den Signalton einer Quizsendung erinnerte, vom übrigen Hörfunkprogramm ab. In den nachfolgenden 35 Sekunden beschrieben Kinder zunächst den Begriff Impfpass im Stil der Fernseh-Rateshow „Dingsda“ anhand äußerlicher Charakteristika wie Farbe, Material und Aussehen. Im Anschluss daran wurde durch einen Sprecher die Kampagne „Deutschland sucht den Impfpass“ musikuntermauert näher vorgestellt. Der Sprecher wandte sich dabei unmittelbar an die nach 1970 geborenen Radiohörenden und forderte sie dazu auf, ihren Masern-Impfschutz zu kontrollieren. Der Hörfunkspot schloss mit dem Verweis auf weiterführende Informationen auf der Kampagnenwebseite und damit auf den Urhebenden der Aktion (BZgA, 2020).

Das Hörfunkformat adressierte insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene, die die bestehenden Impfpfehlungen oft nicht kannten (BZgA, o. J.), und ergänzte somit das bestehende Informationsangebot für Eltern kleinerer Kinder. Ähnlich dem vorangegangenen beschriebenen Format „Runter vom Rauchen – ein Kurs zum Abgewöhnen“ kombinierte der Hörfunkspot in seiner Kürze sowohl unterhaltende Elemente, in Form der kindlichen Beschreibung eines Impfpasses, als auch bildende Elemente, in Form der Aufforderung zur regelmäßigen Kontrolle des Impfpasses mit der direkten Ansprache vulnerabler Gruppen. Aspekte des Entertainment-Education-Ansatzes lassen sich somit auch in moderneren Hörfunkformaten erahnen (siehe Kapitel 3). Ferner hob sich die kindliche und humorvolle Beschreibung des Impfpasses deutlich vom gewöhnlichen Hörfunkprogramm ab. Die vermittelten Informationen konnten so womöglich leichter erinnert werden, eine frühe Reaktanz unter den Hörenden vermieden und unter Umständen Aufmerksamkeit unter denjenigen, die sich nicht eigenständig über den Impfschutz informieren würden, erzielt werden (siehe Kapitel 3).

„Im Namen der Hose – der Sexpodcast von PULS“

In den vergangenen Jahren thematisierten neben verschiedenen Radioformaten auch immer mehr Podcasts Gesundheitsthemen wie Ernährung, Sport oder physische und psychische Gesundheit. Der Audio-Streamingdienst Spotify präsentiert in der Themenkategorie „Lifestyle und Gesundheit“ so unter anderem den Podcast [„Im Namen der Hose – der Sexpodcast von PULS“](#). Der Aufklärungspodcast des Bayerischen Rundfunks (BR) widmet sich in den

wöchentlich erscheinenden Episoden so beispielsweise der Thematik Sexualität. Neben sexuellen Praktiken werden so auch verschiedene Formen von Beziehungen, Geschlechtskrankheiten und der biologisch männliche wie weibliche Körper thematisiert. Die in der Regel einstündigen Episoden werden dabei durch Kurzepisoden von wenigen Minuten, sogenannten „Shorts“, ergänzt (Alter & Ebert, o. J.). Das Moderierendenduo um Ariane Alter und Kevin Ebert spricht dabei offen über ihre individuellen Erfahrungen und bezieht ebenso die Hörenden aktiv mit ein, indem Fragen wie „Was macht an, was tört ab? Was läuft im Bett und was geht gar nicht“ offen an die Community gestellt werden (BR, o. J.). In ausgewählten Episoden kommt es auch immer wieder zum Austausch mit themenspezifischen Expert*innen. In einer knapp einstündigen Episode vom 28. März 2020 suchte das Duo beispielsweise das Gespräch mit einem Urologen. Im Rahmen eines lockeren Interviews diskutierten sie eigene Fragen und beantworteten via Facebook, E-Mail und weiteren Messengerdiensten gesammelte Fragen der Hörenden rund um das Thema Männergesundheit (Alter & Ebert, o. J.).

Da die Episoden selbst in ihrer Länge stark voneinander variieren, können möglicherweise verschiedene Nutzende mit unterschiedlichem Zeitbudget erreicht werden. Die Themenvielfalt der Episoden deutet darauf hin, dass sich der Podcast generell an alle sexuell Interessierten, im Besonderen aber an jüngere Generationen, die ihre Sexualität und ihren Körper neu kennenlernen, richtet. Durch die lockere und humorvolle Art der Moderation, die durch die Themen und Episoden führt, werden auch hier im Sinne des Entertainment-Education-Ansatzes bildende mit unterhaltenden Elementen verbunden. Anhand von Humor kann für das Format so möglicherweise zum einen Aufmerksamkeit erzielt werden, zum anderen aber auch eine Entstigmatisierung der Thematik vorangebracht werden. Ebenso vermeidet der Einsatz von Humor eine frühe Reaktanz der Hörenden. Fallbeispiele, beispielsweise im Sinne einer Schilderung von eigenen Erfahrungen durch das Moderierendenduo, scheinen somit auch innerhalb von modernen Hörmedien, wie dem Podcast, immer wieder Anwendung zu finden (siehe Kapitel 3).

Diese Auswahl an unterschiedlichen Hörformaten im Gesundheitskontext verdeutlicht, dass auditive Medien seit dem Ende der 1970er-Jahre Anwendung in der Gesundheitskommunikation finden. Gleichbleibend über die Jahre hinweg ist die Einbindung von bildenden in unterhaltende Elemente analog des Entertainment-

Education-Ansatzes, die Verwendung von Humor sowie der Einbezug von Fallbeispielen und Narrativen innerhalb der Formate. Im Folgenden sollen nun abschließend die Chancen, Risiken und Grenzen der Hörmedien Radio und Podcast diskutiert und in den Kontext der Gesundheitskommunikation eingeordnet werden.

5 Chancen, Risiken und Grenzen von Hörmedien

Auditive Medien verfügen über niedrige Zugangsschwellen (Wilke, 2008). Gegenüber textbasierten Ressourcen erfordern Hörmedien weniger Lese- und Schreibkenntnisse und ermöglichen so einzigartige Zugangswege für die Hörenden, auch in der Gesundheitskommunikation (Volk et al., 2011). Ebenso beanspruchen diese im Vergleich zu Bewegtbildformaten weniger die visuelle Aufmerksamkeit der Nutzenden und ermöglichen somit neben der bewussten auch die Nebenbeinutzung in vielfältigen Alltagssituationen (Mai et al., 2019; Oehmichen & Schröter, 2009).

Anders als in seinen Anfängen beschreibt das Radio heute statt einem Dabei-Medium vor allem ein Begleitmedium (Krug, 2019). Durch den Gebrauch als Tagesbegleitmedium ist das Radio unter allen Generationen in der Bevölkerung präsent (Mai et al., 2019; Puffer & Schröter, 2018). Radiobeiträge erreichen im Gegensatz zu Podcastformaten, bei dem Nutzende Hörinhalte in der Regel basierend auf Interesse und Motivation bewusst auswählen, auch diejenigen Hörenden, die sich nicht eigenständig über ebendiese Themen informieren würden (sog. Information-Scanning) (Ruppel, 2016). In Verbindung mit seinem Status als akzeptierte mediale Lebenswelt (Fromm et al., 2011; Krug, 2019) erscheint eine Reaktanz gegenüber gesundheitsbezogene Themen daher seitens der Nutzenden unwahrscheinlich. Ebenso können durch das Radio im Vergleich zu anderen, neueren Medienkanälen insbesondere auch ältere Generationen, die sich als aufmerksame und lange Hörende beschreiben lassen, erreicht werden (Mai et al., 2019; Oehmichen, 2001). Im Bereich der Gesundheitskommunikation, insbesondere aus der Perspektive der Gesundheitsförderung, beschreiben ältere Generationen eine wichtige Zielgruppe, die es zu adressieren gilt (Stehr et al., 2021).

Die Ansprache der Zielgruppe erfolgt im Radio jedoch oft indirekt, weil Hörfunkbeiträge in der Regel von Fachbehörden, wie der BZgA, entwickelt und ausgewählten Sendern zur Verfügung gestellt werden

(siehe Kapitel 4). Die jeweiligen Radioredaktionen entscheiden dann über den Zeitpunkt der Ausstrahlung und die Einbettung in das übrige Hörfunkprogramm. So kommt Radiobeiträgen zwar eine hohe Glaubwürdigkeit zu, es bleibt jedoch unklar, ob die tatsächliche Zielgruppe der Kampagne erreicht werden kann (Kontaktqualität) (Krugmann & Pallus, 2008). Ferner sind Radiobeiträge vor allem flüchtig und zeitpunktbezogen. Gegenüber verschiedenen Podcastformaten können diese nicht wiederholt oder angehalten werden (Krug, 2019; Krugmann & Pallus, 2008). Im Gegensatz zum Podcast ist der Radiokonsum über Smartphones bislang nicht habitualisiert. Den bevorzugten Übertragungsweg stellt nach wie vor der klassische UKW-Empfang über die entsprechenden Empfangsgeräte dar. Weiterhin sind Radiosender aufgrund der Vielzahl öffentlich-rechtlicher wie privater Anbieter außerhalb ihrer eigenen Region weitestgehend unbedeutend und unbekannt (Regionalität). Da Hörende zusätzlich sendertreu sind und durchschnittlich lediglich 1,6 Programme nutzen (Krug, 2019), erscheint insbesondere die Senderauswahl über den Erfolg einer (gesundheitsbezogenen) Hörfunkkampagne im Radio zu bestimmen. Nicht zuletzt richten sich Hörfunkbeiträge immer an ein disperses Publikum. Nischenthemen, die für die breite Masse der Hörendenschaft zwar uninteressant, für kleinere Hörendengruppen aber relevant sind, sind nur schwer zu platzieren (Krugmann & Pallus, 2008).

Mit zunehmender Mobilität der Gesellschaft nimmt zeitgleich der Bedarf mobiler Medienträger wie auch orts- und zeitsouveräner Medienangebote zu (Kühn, 2010; Mai et al., 2019). Ebendieses ermöglichen Podcasts als On-Demand-Medium (Krugmann & Pallus, 2008; Kühn, 2010; Puffer & Schröter, 2018). Anders als das Radio unterliegt der Podcast keinerlei regionalen Realitäten, ist keinen anderen Beiträgen untergeordnet und jederzeit von überall aus abzurufen. Die jeweiligen Zielgruppen sind jederzeit zu erreichen (Krugmann & Pallus, 2008). Aufgrund der dauerhaften Verfügbarkeit können Podcastinhalte und -episoden, beispielsweise bei Verständnisschwierigkeiten, aber auch Hinweise auf weiterführende Informationen, beliebig oft wiederholt werden (Hurst, 2019). Ebenso können Anbietende gegenüber dem Radio über das Internet Inhalte gezielt, eigenständig, kostengünstig und schnell verbreiten. Auf der Seite der Nutzenden können Podcasts als Netzmedium leicht in anderen Kommunikationskanälen, wie Twitter, Instagram, Facebook, WhatsApp usw., geteilt werden. Speziell humorvoll aufbereitete Podcastformate mit hohem Unterhaltungswert werden so durch Hörende anhand

von Links oder im direkten Gespräch mit der jeweiligen Peergroup verbreitet und weiterempfohlen (Kühn, 2010). Kampagnen könnten demnach zusätzliche Aufmerksamkeit erhalten und (gesundheitsbezogene) Themen leichter gestreut werden. Durch ein Abonnement werden Nutzende weiterhin automatisch auf neue Beiträge hingewiesen (Krugmann & Pallus, 2008). Obwohl die jeweilige Gestaltung der einzelnen Podcastformate unterschiedlich ist, ist insbesondere das Diskussions- und Interviewformat üblich. Dieses erlaubt Fachexpert*innen, sich im Vergleich zu Hörfunkbeiträgen im Radio tiefgründiger mit spezifischen Themen zu befassen. Der natürliche Frage-Antwort-Rhythmus des Formats ist ebenfalls gut geeignet, um das Publikum bei Laune zu halten. Der episodische Charakter macht Podcasts zu einer idealen Plattform, um sich im Laufe der Zeit und über mehrere Episoden hinweg mit einem bestimmten (Gesundheits-)Thema auseinanderzusetzen (Hurst, 2019). Beispielhaft sein an dieser Stelle erneut der Podcast „Coronavirus-Update“ von Prof. Dr. Christian Drosten in Zusammenarbeit mit dem NDR genannt. In den einzelnen Episoden werden zahlreiche, aktuelle Themen der COVID-19-Pandemie aufgegriffen, erklärt und diskutiert (Hennig & Schulmann, 2020).

Den Vorteilen stehen aber auch einige Nachteile gegenüber: Wie bei allen Onlineangeboten stehen auch im Bereich der Podcasts professionelle Angebote neben denen der Amateur*innen und privaten Anbietenden. Da grundsätzlich jede*r Podcasts erstellen und verbreiten kann, fehlt es an der übergeordneten Qualitätskontrolle (Fromm et al., 2011). Analysen anderer Onlineangebote mit nutzendengenerierten Inhalten, wie beispielsweise YouTube, legen nahe, dass ein erheblicher Teil der Inhalte fehlerhaft und irreführend ist (Döring, 2017). So kann die große Themen- wie Angebotsvielfalt einerseits Vorteile mit sich bringen, andererseits für Nutzende Überforderung bedeuten und diesen ein hohes Maß an Einordnungs- und Bewertungskompetenzen hinsichtlich der Qualität und Glaubwürdigkeit der Beiträge abverlangen (Fromm et al., 2011; Kühn, 2010). Weiterhin können bekannte Podcastformate zwar anhand der Titel, Sprechenden und Autor*innen über die Suchmaske der jeweiligen Plattformen ermittelt werden, neue und unbekannte Formate jedoch nur schwer entdeckt werden (Mai et al., 2019). Mit dem Ausbau der Internetkonnektivität wie auch Car-Entertainment-Systemen mit leicht zu bedienenden Apps, könnte die Podcastnutzung zwar weiter steigen (Mai et al., 2019; Puffer & Schröter, 2018), dennoch sollte berücksichtigt werden, dass

Onlineaudioformate nicht für alle Nutzendengruppen relevant sind und für bestimmte Teile der Bevölkerung bisweilen nicht zum Medienalltag gehören (ebd.).

Die Gegenüberstellung der beiden Hörmedien Radio und Podcast verdeutlicht, dass – ähnlich wie bei allen anderen Medienkanälen – je nach Inhalt, Zielstellung und Zielgruppe der geplanten Kommunikationskampagne einzelne Hörmedien unterschiedlich gut geeignet sind. Im Radio sucht man „weniger aktiv nach Themen und Informationen, aber die Bereitschaft, sich überraschen zu lassen, Anregungen und Impulse zu bekommen wie auch ‚verführen‘ zu lassen, ist groß“ (Mende, 2010, S. 376). Für die umfassende Präsentation gesundheitsbezogener Informationen ist das Radio somit weniger gut geeignet (Fromm et al., 2011), es bietet jedoch die Möglichkeit, auf verschiedenste gesundheitsbezogene Themen aufmerksam zu machen, den jeweiligen Themen „Gehör zu verschaffen“ und im Zuge dessen auf tiefgehende Informationen anderer Medienkanäle, möglicherweise auch themenspezifische Podcasts, zu verweisen. Vor dem Hintergrund der Hörgewohnheiten, insbesondere älterer Menschen, erscheinen aus Sicht der Autorin möglicherweise Aufrufe zur Darmkrebsvorsorge aber auch zur jährlichen Grippeimpfung im Bereich der Gesundheitskommunikation über das Radio sinnvoll platziert.

Zwar verzeichnet das Radio gegenüber dem Podcast derzeit über alle Altersgruppen hinweg höhere Tagesreichweiten (Mai et al., 2019; Puffer & Schröter, 2018), durch die rasante Entwicklung der Podcastlandschaft ist jedoch ungewiss, wie sich dies in Zukunft gestalten wird. Für einige Hörende beschreiben Podcasts bereits heute ein weiteres Informations- und Weiterbildungsmedium im bekannten Medienensemble (Hurst, 2019; Li et al., 2020; McClung & Johnson, 2010). Dies wird insbesondere im Hinblick auf die aktuelle COVID-19-Pandemie deutlich (siehe Kapitel 1). Podcasts scheinen das Informationsbedürfnis der Hörenden zu treffen und unter Umständen eine willkommene Abwechslung im Home-Office-Alltag, der oft mit langen Bildschirmzeiten verbunden ist, darzustellen. Der NDR selbst bezeichnet den Podcast sogar als den „Mediengewinner“ der Krise (Zohrob, 2021). Auch wenn ein Großteil des Publikums in Deutschland derzeit noch über die klassischen Abspelwege erreicht wird, ergeben sich insbesondere beim Blick auf jüngere Generationen deutliche Unterschiede (Mai et al., 2019; Puffer & Schröter, 2018). Damit beschreiben Podcasts in der Gesundheitskommunikation möglicherweise

einen neuen Ansatz, um gezielt auch jüngere Generationen in der Bevölkerung ansprechen zu können und relevante Themen zu platzieren. Aus Sicht der Autorin erscheint für (Gesundheits-)Kampagnen dabei die Zusammenarbeit mit größeren und bereits bekannteren Podcastformaten besonders zielführend.

Ob sich Podcasts auch langfristig als (gesundheitsbezogenes) Informations- und Weiterbildungsmedium durchsetzen können (siehe Kapitel 1) bleibt weiter abzuwarten. Podcasts sind heute wie sich zeigt zwar „in aller Munde, jedoch [noch] nicht in aller Ohren“ (Puffer & Schröter, 2018, S. 375). Die Entwicklung der Hörmedien über die Jahre hinweg (siehe Kapitel 2 und 4) verdeutlicht jedoch, dass auditive Medien auch heute nach wie vor einen festen Bestandteil im Medienalltag der Bevölkerung beschreiben, angepasst an das jeweilige Nutzungsverhalten der Bevölkerung. Insgesamt wird somit deutlich, dass auditive Medien auch im Bereich der Gesundheitskommunikation ihre Berechtigung haben, bisweilen in unterschiedlichster Art und Weise Anwendung fanden (siehe Kapitel 4) und das bekannte Medienensemble stetig durch weitere neue Zugangswegen erweitern und bereichern.

Der Thematik von Hörformaten in der Gesundheitskommunikation wurde sich im Rahmen der Arbeit vornehmlich theoretisch genähert. Interessante Forschungsfragen, die es zukünftig anhand qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden näher zu erörtern gilt, sind unter anderem: Welche gesundheitsbezogenen Themen bieten die größten Potenziale für eine effektive Implementierung und Umsetzung innerhalb von Hörformaten? Was muss beim Einsatz von Hörformaten, sowohl im Radio als auch beim Podcast, in der Gesundheitskommunikation speziell beachtet werden? Ferner betrachtet die vorliegende Arbeit primär den Vergleich von verschiedenen Hörformatvarianten in der Gesundheitskommunikation untereinander. Darüber hinaus erscheint auch der Vergleich zu anderen Medienkanälen für zukünftige Untersuchungen interessant.

Literatur

- Alter, A. & Ebert, E. (Moderierende). (o. J.). Im Namen der Hose – Der Sexpodcast von PULS. *BR*. <http://www.br.de/mediathek/podcast/im-namen-der-hose-der-sexpodcast-von-puls/521>
- Blanc, N., & Brigaud, E. (2014). Humor in Print Health Advertisements: Enhanced Attention, Privileged Recognition, and Persuasiveness of Preventive Messages. *Health Communication*, 29(7), 669–677.
- Bouman, M. (1999). *The Turtle and the Peacock: Collaboration for Prosocial Change; the Entertainment-Education Strategy on Television*. Wageningen University and Research eDepot. <http://edepot.wur.nl/164907>
- BR. (o. J.). Sex- und Aufklärungs-Podcast – Im Namen der Hose. *BR*. <https://www.br.de/puls/programm/podcasts/im-namen-der-hose-der-sexpodcast-100.html>
- Busselle, R., & Bilandzic, H. (2009). Measuring Narrative Engagement. *Media Psychology*, 12(4), 321–347.
- BZgA. (o. J.). *Schutzimpfungen und persönlicher Infektionsschutz*. <https://www.bzga.de/programme-und-aktivitaeten/schutzimpfungen-und-persoenerlicher-infektionsschutz/>
- BZgA. (2020). *Hörmedien: Hörfunkspots der BZgA zum Thema „Deutschland sucht den Impfpass – Gegen Masern geimpft?“*. impfen-info. <https://www.impfen-info.de/mediathek/hoermedien.html>
- Cho, D., Cosimini, M., & Espinoza, J. (2017). Podcasting in medical education: A review of the literature. *Korean Journal of Medical Education*, 29(4), 229–239.
- Domenichini, B. (2018). Podcastnutzung in Deutschland. Ergebnisse einer empirischen Studie. *Media Perspektiven*, 2018(2), 46–49.
- Domenichini, B. (2020). Radio, Musik und Podcasts im digitalen Transformationsprozess. Audioversum-Studie 2020. *Media Perspektiven*, 2020(2), 53–61.

- Döring, N. (2017). Online-Sexualaufklärung auf YouTube: Bestandsaufnahme und Handlungsempfehlungen für die Sexualpädagogik. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 30(04), 349–367.
- Dussel, K. (2010). *Deutsche Rundfunkgeschichte* (3. Aufl.). Herbert von Halem Verlag.
- Frees, B., Kupferschmitt, T., & Müller, T. (2019). ARD/ZDF-Massenkommunikation Trends 2019: Non-lineare Mediennutzung nimmt zu. Ergebnisse der repräsentativen Studie im Intermediavergleich. *Media Perspektiven*, 2019(7–8), 314–333.
- Fromm, B., Baumann, E., & Lampert, C. (2011). *Gesundheitskommunikation und Medien: ein Lehrbuch*. Kohlhammer.
- Gattringer, K., Feierabend, S., & Turecek, I. (2019). Radio ist mehr als „nur“ hören. Vielfältige Interaktion der 14- bis 29-Jährigen mit ihrem Radioprogramm. *Media Perspektiven*, 2019(5), 221–231.
- Google. (2020, 10. Juli). *Google Trends: Podcast*. <https://trends.google.de/trends/explore?q=podcast&geo=DE>
- Halefeldt, H. O. (1999). Programmgeschichte des Hörfunks. In J. Wilke (Hrsg.), *Mediengeschichte der Bundesrepublik Deutschland* (S. 211–230). Böhlau.
- Hastall, M. R. (2014). Persuasions- und Botschaftsstrategien. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 399–412). Verlag Hans Huber.
- Hennig, K. & Schulmann, B. (Moderierende). (2020). Das Coronavirus- Update mit Christian Drosten [Podcast]. *NDR*. <https://www.ndr.de/nachrichten/info/podcast4684.html>
- Hurst, E. J. (2019). Podcasting in Medical Education and Health Care. *Journal of Hospital Librarianship*, 19(3), 214–226.
- Institut für Markt- und Werbeforschung Köln. (1985). „Runter vom Rauchen“ *Evaluierung des Trainingsprogramms der BZgA im Medium Hörfunk* (NDR) [Schlussbericht].
- Klingler, W., & Müller, D. K. (2009). ma 2009 Radio II: Radio gewinnt Hörer bei jungen Zielgruppen. Jahresbilanz auf Basis der erweiterten Grundgesamtheit Deutsche und EU-Ausländer ab zehn Jahren. *Media Perspektiven*, 2009(10), 518–528.
- Klöppel, M. (2008). *Infotainment. Zwischen Bildungsanspruch und Publikuserwartung – Wie unterhaltsam darf Information sein?* Tectum Verlag.
- Kühn, K. (2010). *Individuell und jederzeit: Anforderungen einer neuen Medientechnik an Nachrichten am Beispiel des Audio-Podcasting*. Logos.
- Kupferschmitt, T., & Müller, T. (2021). ARD/ZDF-Massenkommunikation Trends 2021: Mediennutzung im Intermediavergleich. Aktuelle Ergebnisse der repräsentativen Langzeitstudie. *Media Perspektiven*, 2021(7–8), 370–395.
- Krug, H. J. (2015). *Rapider Wandel: Über Medien und Massenmedien*. Heise Medien.
- Krug, H. J. (2019). *Grundwissen Radio: eine Chronik des Massenmediums*. UVK Verlag.
- Krugmann, D., & Pallus, D. P. (2008). *Podcasting – Marketing für die Ohren: Mit Podcasts innovativ werben, die Marke stärken und Kunden rund um die Uhr erreichen*. Gabler.
- Lampert, C. (2003). Gesundheitsförderung durch Unterhaltung? Zum Potenzial des Entertainment-Education-Ansatzes für die Förderung des Gesundheitsbewusstseins. *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 51(3–4), 461–477.
- Lampert, C. (2010). Entertainment-Education als Strategie für die Prävention und Gesundheitsförderung. *Public Health Forum*, 18(3), 20–22.
- Lampert, C. (2014). Gesundheitsrelevanz medialer Unterhaltungsangebote. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 228–238). Verlag Hans Huber.
- Li, A., Wang, A., Nazari, Z., Chandar, P., & Carterette, B. (2020). Do Podcasts and Music Compete With One Another? Understanding Users' Audio Streaming Habits. *Proceedings of The Web Conference 2020*, 1920–1931.

- Little, A., Hampton, Z., Gronowski, T., Meyer, C., & Kalnow, A. (2020). *Podcasting in Medicine: A Review of the Current Content by Specialty*. Cureus.
- Lubjuhn, S., & Bouman, M. (2019). Die Entertainment-Education-Strategie zur Gesundheitsförderung in Forschung und Praxis. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation* (S. 411–422). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Lührmann, K. (2019). *Podcasts als Raum politisch-medialer Kommunikation*. Tectum Verlag.
- Mai, L., Meinzer, N., & Schröter, C. (2019). Radio- und Audionutzung 2019: Standortbestimmung anhand der Studienreihe ARD/ZDF-Massenkommunikation Trends und der ARD/ZDF-Onlinestudie. *Media Perspektiven*, 2019(9), 406–420.
- McClung, S., & Johnson, K. (2010). Examining the Motives of Podcast Users. *Journal of Radio & Audio Media*, 17(1), 82–95.
- Mende, A. (2010). Das Radio in der digitalen Welt. Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2010 und einer qualitativen Untersuchung. *Media Perspektiven*, 2010(7–8), 369–376.
- Mocigemba, D. (2007). Sechs Podcast-Sendetypen und ihre theoretische Verortung. In S. Kimpeler, M. Mangold, & W. Schweiger (Hrsg.), *Die digitale Herausforderung* (S. 61–73). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nabi, R. L., Moyer-Gusé, E., & Byrne, S. (2007). All Joking Aside: A Serious Investigation Into The Persuasive Effect of Funny Social Issue Messages. *Communication Monographs*, 74(1), 29–54.
- Oehmichen, E. (2001). Aufmerksamkeit und Zuwendung beim Radio hören*. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in Hessen. *Media Perspektiven*, 2001(3), 133–141.
- Oehmichen, E., & Schröter, C. (2009). Podcast und Radio: Wege zu einer neuen Audiokultur? Befunde zur Akzeptanz und Nutzung von Audio-on-Demand und Podcast 2008. *Media Perspektiven*, 2009(1), 9–19.
- Peter, C. (2019). Fallbeispiele in der Gesundheitskommunikation. In Constanze Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation* (S. 505–516). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Proctor, R. N. (2002). *Blitzkrieg gegen den Krebs: Gesundheit und Propaganda im Dritten Reich*. Klett-Cotta.
- Puffer, H., & Schröter, C. (2018). Podcasts beflügeln den Audiomarkt: Angebot, Nutzung und Vermarktung von Audioinhalten im Internet. *Media Perspektiven*, 2018(7–8), 366–375.
- Reifegerste, D., & Ort, A. (2018). *Studienkurs Medien & Kommunikation: Gesundheitskommunikation*. Nomos.
- Ruppel, E. K. (2016). Scanning Health Information Sources: Applying and Extending the Comprehensive Model of Information Seeking. *Journal of Health Communication*, 21(2), 208–216.
- Schwarz, U., & Reifegerste, D. (2019). Humorappelle in der Gesundheitskommunikation. In Constanze Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation* (S. 459–470). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Singhal, A., & Rogers, E. M. (1999). *Entertainment-Education: A Communication Strategy for Social Change*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Singhal, A., Cody, M. J., Rogers, E. M., & Sabido, M. (2004). *Entertainment-Education and Social Change: History, Research and Practice*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Singhal, A., Rao, N., & Pant, S. (2006). Entertainment-Education and Possibilities for Second-Order Social Change. *Journal of Creative Communications*, 1(3), 267–283.
- Slater, M. D., & Rouner, D. (2002). Entertainment? Education and Elaboration Likelihood: Understanding the Processing of Narrative Persuasion. *Communication Theory*, 12(2), 173–191.
- Stehr, P., Weber, W., & Rossmann, C. (2021). Gesundheitsinformationsverhalten 65+: Erreichbarkeit älterer Zielgruppen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(1), 37–44.

Volk, R., Whitney, Jibaja-Weiss, M. L., Crouch, M., Zhang, H., & Volk, R. (2011). Promoting Knowledge of Statins in Patients With Low Health Literacy Using an Audio Booklet. *Patient Preference and Adherence*, 2011(5), 397.

Völzke, C., von Hirschhausen, E., & Fischer, F. (2017). Medizinisches Kabarett als Instrument der Gesundheitskommunikation. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 12(2), 91–95.

Wilke, J. (2008). *Grundzüge der Medien- und Kommunikationsgeschichte*. Böhlau.

Zohrob, D. (2021, 3. Februar). *How Podcasts Powered Through the Pandemic—and What Comes Next*. Chartable. https://chartable.com/blog/2020-year-in-review?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=feb_2021

Deutsche Organspende-Kampagnen zwischen 1996 und 2016: eine empirisch-ethische Kontextanalyse

Solveig Lena Hansen

Universität Bremen, Universitätsmedizin Göttingen

Zusammenfassung

*Seit der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes (TPG) im Jahr 1996 werden in Deutschland massenmediale Kampagnen zur Organtransplantation verbreitet. Plakataktionen sind ein wichtiger Teil dieser Kampagnen. In diesem Aufsatz wird die historische Entwicklung der Plakate mittels einer Kontextanalyse rekonstruiert, gestützt durch Expert*inneninterviews und multimodale Inhaltsanalysen. Dadurch werden Veränderungen identifiziert und die Kampagnenlandschaft wird als gewachsene Praxis von Akteuren des Gesundheitssystems reflektiert. Es zeigt sich erstens, dass die Kampagnen eng mit der Entwicklung des deutschen Transplantationswesens verknüpft sind. Ihre Ziele sind erklärungs- bzw. legitimierungsbedürftig: Aus historischer Sicht können sie sich mit ihren Kontexten ändern. Aus ethischer Sicht ist zentral, ob bestimmte Ziele der Kampagnen konfliktieren und wie diese Konflikte so gelöst werden können, dass sie möglichst wenig Schaden erzeugen. Es zeigt sich zweitens, dass Akteure auf Zäsuren im Transplantationswesen mit persuasiven Kommunikationsstrategien zur Erhöhung der Organspendebereitschaft reagierten. Zunehmend ist jedoch eine Offenheit in der Wahl der Botschaften zu erkennen und den Plakaten liegt heute die Förderung einer selbstbestimmten und gut informierten Entscheidung zu Grunde – ein zukunftsweisender Weg für das Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende, welches 2022 in Kraft getreten ist.*

Keywords: Organtransplantation, Deutschland, Multimodalität, Ethik, Autonomie

Summary

Since the passing of the Transplantation Act (TPG) in 1996, mass media campaigns on organ donation have been disseminated in Germany. Public posters are an important part of these campaigns. I reconstruct historical changes of such posters through a context analysis, supported by expert interviews and a multimodal content analysis. Thus, changes are identified and campaigns are reflected as an evolved practice of actors in the health care system. First, it is shown that the campaigns are closely linked to the development of the German transplantation system. Their goals require explanation and legitimization: from a historical perspective, goals may change with their contexts. From an ethical point of view, it is central whether certain goals of the campaigns conflict and how these conflicts can be resolved in such a way that they produce as little harm as possible. Second, it is apparent that actors have responded to changes in transplantation with persuasive communication strategies to increase willingness to donate organs. However, the choice of messages has changed. Today, posters are based on promoting self-determined and well-informed decision-making – a promising path for the next legal revision, which came into force in 2022.

Keywords: Organ Donation, Germany, Multimodality, Ethics, Autonomy

1 Einleitung

„Organspende schenkt Leben“, so lautete der einschlägige Slogan, mit dem die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 1996 nach dem Erlass des Transplantationsgesetzes bundesweit an die Bevölkerung appellierte, einen Organspendeausweis mit „Ja“ auszufüllen. „Organspende - Die Entscheidung zählt!“, lautet dieser Slogan seit 2016. Damit einher geht seitdem das Bestreben, die Informations- und Aufklärungspraxis offener zu gestalten, die informierte Entscheidung als Kampagnenziel zu bestimmen und somit auch ein Nein zur Organspende explizit als legitime Entscheidung zu thematisieren. Was ist in den Jahren dazwischen passiert? Welche Zäsuren, Umbrüche und Wiederholungen durchliefen deutsche Organspende-Kampagnen zwischen 1996 bis 2016? Diesen Fragen wird im vorliegenden Artikel durch eine Kontextanalyse, gestützt auf Expert*inneninterviews, nachgegangen. Zu verstehen, wer eine Kampagne gestaltet hat, wie sie finanziert wurde und welche Ziele mit ihr verfolgt wurden, weist dabei auf grundlegende gesundheitspolitische und ethische Fragen hin: Wie wurden die Entscheidungen für oder gegen bestimmte Appelle getroffen (z. B. strategisch oder deliberativ, hierarchisch oder transparent)? Sind sie konsistent mit anderen gesundheitspolitischen Handlungen? Welche Rolle spielten verschiedene Modi, Texte und Bilder?

Die Analyse baut auf der Beobachtung auf, dass eine Kontextanalyse deutscher Organspende-Kampagnen aus historischer Sicht bisher aussteht. Sie schlägt aufbauend auf methodischen Referenzpunkten (Geise & Lobinger, 2016; Guttman, 2000; Guttman et al., 2016; Lobinger, 2014) vor, systematischer als bisher die Rolle von Kampagnen als gewachsene Praxis von Akteur*innen des Gesundheitssystems zu reflektieren. Dabei sollen insbesondere Plakationen als Aufmerksamkeitsgeneratoren mit Blick auf ihre Text-Bild-Hybridität chronologisch eingeordnet und kommunikationsethisch analysiert werden: In einer solchen Perspektive geht es um implizite anthropologische, soziale und moralische Prämissen, die der Erstellung und Verbreitung von Kampagnen im öffentlichen Raum zugrunde liegen.

Insbesondere das Bild rückt diese Plakate in den Bereich des „Social Marketing“ pro Organspende (Čož & Kamin, 2020). Solche Strategien zielen darauf ab, die Vorstellungen der jeweiligen Zielgruppe zu verändern (Kotler & Zaltman, 1971). Dabei werden gezielt Werbestrategien in Bezug auf soziale oder moralische

Probleme eingesetzt (Atkin & Rice, 2012), oft gefolgt von einem hohen Aufwand durch verschiedene Strategien der Medienplanung (Harrison et al., 2008). Das Social Marketing stammt ursprünglich aus der Marktforschung und Betriebswirtschaft. Mit ihm soll „[d]urch strategisches Planen einer Kampagne oder eines Projekts [...] in einer Zielgruppe die Akzeptanz für eine soziale Idee oder Praxis erhöht werden.“ (Franzkowiak & Seibt, 2021). Gerade die eingesetzten Bilder können durch versteckte Argumente, implizite Forderungen, Emotionalisierung oder überzogene Repräsentationen weit mehr als Fakten zur Organspende vermitteln. Etwa ist das visuelle Framing, also die Rahmung durch Bilder/bildliche Elemente (Geise, 2013; Wagner 2019) der Transplantation als *Herzensangelegenheit* ein gängiges Motiv von Kampagnen, das sich bis heute hält (siehe <https://www.lebensritter.de/>).

Das Thema hat dabei nicht an Aktualität verloren. Während die Zahl der Personen, die laut Umfrage ihre Entscheidung bezüglich der Organspende getroffen haben, mittlerweile auf 62 Prozent angestiegen ist, können 37 Prozent der Bevölkerung als unentschieden gelten. Konstant geben jedoch etwas mehr als 80 Prozent der Befragten an, der Organtransplantation positiv gegenüberzustehen (BZgA, 2021). Im fachlichen und medialen Diskurs wurde diese Diskrepanz zwischen allgemeiner positiver Haltung und ausbleibender persönlicher Zustimmung häufig durch Uninformiertheit erklärt. Daher haben die Kampagnen das Ziel, das öffentliche Problembewusstsein (Awareness) sowie den Informationsstand und die Informationsbereitschaft zu erhöhen, wie der medizinische Vorstand der *Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO)* 2015, Dr. Axel Rahmel, im Interview ausführte: „Menschen, die gut informiert sind, tendieren eher dazu, ja zur Organspende zu sagen. Je besser man informiert ist, das ist unsere Erfahrung jedenfalls, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass man sich für Organspende entscheidet, weil dann diffuse Ängste genommen werden“ (Interview mit Axel Rahmel, 2015). Diese Wahrnehmung des Problems, dass gesteigerte, bessere oder umfangreichere Informationen eine Lösung für ein soziales oder moralisches Problem bieten, lässt sich mit Ward & Peretti-Watel (2020, S. 243) auf das Informations-Defizit-Modell zurückführen. Die Autor*innen charakterisieren ein Handeln gemäß dieses Modells wie folgt: „[An attitude] that emphasizes the lack of knowledge among laypeople, who are seen as insufficiently educated. It also underscores the many cognitive biases that are seen as affecting perception“.

Natürlich sind hinreichende, gute und tiefgehende Informationen wichtig für öffentliche Diskurse und letztlich auch für informierte alltägliche Entscheidungen im Gesundheitssystem. In Bezug auf die Organspende lassen sich jedoch ausgehend vom Informations-Defizit-Modell vier Probleme festhalten: Erstens kann eine fehlende Information nicht die bestehende Diskrepanz zwischen Spendenbereitschaft und dokumentierter Entscheidung erklären. Zweitens kann es sein, dass Personen sich nach hinreichender Information gegen die Organspende entscheiden oder gar verunsichert werden. Drittens könnte das eigentliche Problem gar nicht auf einer informationellen Ebene, sondern in Körper- und Identitätskonzepten (Schickanz & Wöhlke, 2017) oder tieferliegenden Ängsten liegen, sich mit dem eigenen Tod auseinanderzusetzen (Stoecker, 2019). Viertens gibt es bereits eine hohe Informationsdichte zum Thema Organspende und -transplantation, wie etwa an einer Vielzahl von Websites deutlich wird (Hansen, 2019). Statt auf *mehr* bzw. *besserer* Information zu beharren, ist also vielmehr die Frage zu stellen, welche Themen der Transplantationsmedizin bisher Leerstellen, gar Tabus, bilden, wie beispielsweise die Rolle der Familie in der Organspende (Hilbrich & Hansen, 2021). Es lässt sich auch fragen, welche Informationsbedürfnisse der Bevölkerung durch die gängige Praxis nicht abgedeckt sind und wo Interessen der Akteur*innen eine offene Aufklärung überlagert haben. Diese Erklärungsdefizite des Informations-Defizit-Modell werden gerade im historischen Verlauf der letzten 25 Jahren virulent.

2 Die deutsche Entscheidungslösung

Das deutsche [Transplantationsgesetz](#) (TPG) sieht die sogenannte *Entscheidungslösung* als eine Form der *erweiterten Zustimmungslösung* vor. Um Organe nach dem diagnostizierten Hirnfunktionsausfall entnehmen zu können, müssen Spendende zu Lebzeiten ihr Einverständnis gegeben haben. Ist die Präferenz nicht eindeutig bestimmbar, werden die Angehörigen angesprochen, um den mutmaßlichen Willen zu rekonstruieren. Eine Person kann der Spende auch widersprechen, die Entnahme einzelner Organe ausschließen oder die Entscheidung einer anderen Person übertragen.

Die Organspende in Deutschland ist damit als eine Sonderform des sogenannten Opt-in-Modells geregelt, wie wir es auch in Dänemark oder den USA finden. Im Gegensatz dazu sind in Opt-out-Ländern wie Spanien oder Österreich die Bürger*innen potenzielle Spenden-

de, solange sie diesen Status nicht ausdrücklich ablehnen (Überblick über verschiedene Consent-Modelle in Molina Perez et al. (2021)). Im Vergleich zu Opt-out-Systemen hat Deutschland eine relativ niedrige Organspenderate (berechnet als jährliche Anzahl der Spenden pro Million Einwohner), nämlich eine der niedrigsten in Europa (für Details siehe [hier](#)). Dementsprechend investieren Opt-in-Länder eher Ressourcen in Organspendekampagnen, Opt-out-Länder nutzen im Vergleich dazu seltener öffentliche Kampagnen, um die Bürger*innen zu motivieren (Miller et al., 2021). Speziell für Opt-in-Länder ist es wichtig zu verstehen, welche Effekte diese Kampagnen hervorrufen, ob hier Kommunikation überhaupt die richtige Maßnahme zur Entscheidungsfindung ist (Feeley & Moon, 2009) bzw. ob ihre Appelle sogar die Zurückhaltung erhöhen, was kontraproduktiv wäre (Rady et al., 2012).

Solche Kampagnen sind strategisch organisiert mit der Intention, vorher festgelegte Ergebnisse zu erzielen (Bonfadelli & Friemel, 2019). Sie streben inhaltlich und zeitlich abgestimmte Synergieeffekte in der Kommunikation an. Viele Kampagnen sind eng mit der Entwicklung des deutschen Transplantationswesens und den damit zusammenhängenden ethischen und gesellschaftlichen Debatten verknüpft, wie Elisabeth Pott – ehemalige Leiterin der BZgA – im Interview betonte:

Man muss a) immer neue wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigen. Man muss b) neue Gesetzesvorhaben oder Vorgaben berücksichtigen. Man muss strukturelle Veränderungen berücksichtigen, man muss gesellschaftliche Veränderungen berücksichtigen. Man muss den aktuellen Wissens- und Einstellungsstand berücksichtigen. Und man muss natürlich, wenn man das alles tut, dann anschließend für die Art der Darstellung und Gestaltung die Lese- und Sehgewohnheiten berücksichtigen. Die haben sich ja dramatisch geändert. Als wir damals mit der Organspendekampagne [...] begonnen haben, mit den ersten Motiven, gab es zum Beispiel überhaupt noch kein Internet. Und natürlich hat man damals anders, das sehen Sie ja auch in der Gestaltung von Magazinen, in der Gestaltung von Broschüren. Das sehen Sie in der Kunst, das sehen Sie in allen Bereichen, in der Zeitung, im Fernsehen, die Designlinien verändern sich entsprechend der Wahrnehmung in der Gesellschaft. (Interview mit Elisabeth Pott, 2015)

In diesem Zitat wird deutlich, wie komplex eine Kampagnenentwicklung ist und wie viele kontextuelle Faktoren es hierbei zu berücksichtigen gilt. Eine

Kampagne legt die Zielgruppe und das Ziel fest, wobei sie sowohl den rechtlichen und gesellschaftlichen Debattenstand als auch mediale Trends und Sehgewohnheiten der Zeit einbezieht.

Dabei ist wichtig zu bedenken, dass solche Ziele nicht selbstevident, sondern vielmehr erklärungs- bzw. legitimierungsbedürftig sind: Aus historischer Sicht können sie sich wandeln, wenn ihre diskursiven und praktischen Kontexte sich ändern, denn Umbrüche und Zäsuren im Transplantationswesen berühren auch die kommunikative Praxis der Akteur*innen.

Aus ethischer Sicht ist zentral, ob bestimmte Ziele der Kampagnen konfliktieren und wie diese Konflikte gelöst werden können, sodass sie möglichst wenig Schaden für alle Betroffenen erzeugen. Der zentrale Zielkonflikt in Bezug auf die Kommunikation findet sich direkt zu Beginn des Gesetzes. So heißt es im § 2 des TPG: „Die Aufklärung hat die gesamte Tragweite der Entscheidung zu umfassen und muss ergebnisoffen sein.“ Demgegenüber steht jedoch § 1 Abs. 1 des TPG. Er schreibt als Ziel fest, „die Bereitschaft zur Organspende in Deutschland zu fördern“. Die Akteur*innen sollen also einerseits neutral informieren und andererseits durch ihre Kommunikation die Bereitschaft der Bevölkerung zur Spende beeinflussen, wie Birgit Blome, Leiterin des Bereichs Kommunikation der DSO, nach der Vorlage dieses Manuskriptes ergänzt:

*Eine ergebnisoffene Aufklärung über eine Kampagne zu steuern ist schwierig. Irgendwo muss man auch Stellung beziehen bei diesem Thema. Und man muss das Positive auch benennen dürfen. Inzwischen hat sich ja insgesamt vieles geändert und es geht primär um die Entscheidung, unabhängig davon, wie diese ausfällt (Kommentar von Birgit Blome, 2022)**.*

Einerseits ist die unvoreingenommene Information und damit das Kampagnenziel der informierten Entscheidung in Deutschland gesetzlich vorgeschrieben, um die Neutralität des Staates zu gewährleisten. Um das Selbstbestimmungsrecht der Bürger*innen zu wahren, sollte die Organspende auf freiem Willen beruhen. Auf der anderen Seite gibt der normative Rahmen vor, dass ein weiteres Ziel darin bestehen soll, die Spenderate zu erhöhen und somit eine positive Spendeentscheidung zu forcieren. In der Folge wird der Begriff der *Aufklärung* im Bereich der Organspende sehr unterschiedlich ausgelegt, da sich die Akteure letztlich hinsichtlich der konfliktierenden Ziele positionieren müssen. Dies führt zu einem Spektrum

von Kommunikationstechniken (Schaper et al., 2019) bzw. der moralisch ambivalenten, aber häufig anzutreffenden Technik der Persuasion (Hansen & Schickentanz, im Erscheinen).

Von Information lässt sich sprechen, wenn kommunikative Mittel dazu benutzt werden, Fakten einem Publikum zugänglich zu machen. Dem Informieren ist dabei keine direkte Überzeugungsabsicht inhärent; es zielt also nicht im engeren Sinne darauf ab, eine Einstellungs- oder Verhaltensänderung zu bewirken. Informierende Botschaften haben evidenzbasierten Hinweisharakter und zielen darauf ab, Individuen mit einer fundierten Entscheidungsgrundlage auszustatten (Luehnen et al., 2017). Zugleich ist es nicht allein der Inhalt, der einen schmalen Grat zwischen Information und Persuasion ausmacht:

Ob Sie das mit der Intention machen, jemanden zu manipulieren, jemanden in eine bestimmte Richtung zu treiben oder ob Sie sagen, hier ist die Information, bilde dir eine Meinung. [...] Schon über eine persönliche Ausstrahlung, die man ausübt, im individuellen Gespräch kann man bestimmte Dinge auf die Art und Weise, wie man es vorträgt, zwischenmenschlich wahrscheinlich beeinflussen. (Interview mit Axel Rahmel, 2015)

Aus ethischer Sicht ist entscheidend: Wenn sie tatsächlich Fakten darstellen, sind solche Informationen streng genommen nicht in der Lage, moralisch zu überzeugen. Wer also in Bezug auf die Organspende informiert, kann dies nicht zugleich mit einem Argument pro Organspende verbinden – es sei denn, diese Person verlässt eben ihren Standpunkt der reinen Faktenvermittlung hin zu einer moralischen Argumentation, d. h. dem Geben von Gründen. Wer annimmt, dass allein mit evidenzbasierten Fakteninformationen die moralischen Fragen der Organspende gelöst werden können, argumentiert im Rahmen des Informations-Defizit-Modells (s. o.).

3 Methode

Die hier vorgestellte Analyse entspringt einem [interdisziplinären DFG-Projekt](#) zur Organtransplantation, welches in mehrjähriger Kooperation zwischen Soziologie und Bioethik durchgeführt wurde. In einem empirisch-ethischen Design wurden zum einen qualitative Daten (Fokusgruppen, Interviews) mit Personen durchgeführt, die mehrheitlich der Organspende kritisch oder unentschieden gegenüberstanden

(Sample und Methoden beschrieben in Pfaller et al., 2018). Diese wurden trianguliert mit Ergebnissen der multimodalen und ethischen Analysen von Organspende-Kampagnen, die sowohl verschiedene Plakate (Sample und Methoden beschrieben in Hansen & Schicktan, 2017; Hansen et al., 2018) als auch Webseiten (Sample und Methoden beschrieben in Hansen, 2019) umfassten. Insbesondere wurde in den Fokusgruppen und Einzelinterviews untersucht, wie einzelne Motive von skeptischen bzw. unentschiedenen Personen rezipiert wurden (Sample und Methoden beschrieben in Hansen et al., 2021). Über einen mehrjährigen Projektzeitraum ergab sich ein qualitatives, hypothesenbildendes Verfahren durch eine Kombination von multimodaler, kontextueller und sozialempirischer Analyse. Bisher ist allerdings keine explizit historische Analyse in Bezug auf das Material (Poster) erfolgt.

Datengrundlage für die vorliegende Analyse

Für die vorliegende Analyse werden die Projektergebnisse durch bisher nicht vertieft analysiertes Material deutscher Organspende-Kampagnen ergänzt, welches chronologisch geordnet wird. Weiteres Analysematerial bilden Interviews mit Expert*innen (Bogner et al., 2014), die geführt wurden, um Informationen über die Zielstellungen, Gestaltung, Durchführung und Finanzierung von Kampagnen zu erhalten. Diese Expert*inneninterviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring & Fenzl, 2019). Die vier interviewten Personen hatten zum Zeitpunkt der Interviewführung folgende Positionen inne: Prof. Dr. Elisabeth Pott (ehemalige Direktorin der BZgA), Dr. Heidrun Thaiss (Direktorin der BZgA), Dr. Axel Rahmel (medizinischer Vorstand der DSO) und Birgit Blome (Leiterin des Bereichs Kommunikation der DSO). Das Interview mit Heidrun Thaiss wurde auf ihren Wunsch schriftlich durchgeführt. Die anderen Interviews wurden mündlich aufgezeichnet und später transkribiert. Wie bei der Durchführung der Interviews mündlich vereinbart, wurde nach Abfassen dieses Artikels die Zitate aus den transkribierten Interviews erneut den Interviewpartner*innen vorgelegt. Die mit Asteriskchen (**) versehenen Zitate wurden modifiziert bzw. ersetzt. Die Originale können auf Wunsch bei der Autorin eingesehen werden.

Multimodalität und Kontextanalyse

Als *multimodal* lässt sich Kommunikation bezeichnen, die sich verschiedener Darstellungsmodi zugleich bedient, wie etwa Text und Bild (zur Text-Bild-Schere

in visueller Kommunikation siehe Renner, 2001). Angesichts der Allgegenwart multimodaler Medienangebote im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit werden diese Fragen auch für die Analyse von Gesundheitskommunikation in ihren verschiedenen Ausprägungen immer wichtiger (Hansen & Pfurttscheller, im Erscheinen). Dem Aspekt der Multimodalität und dem konkreten Ziel, öffentlich vorgebrachte Appelle im Kontext der Organspende zu analysieren, wird die Sozialesemiotik als theoretischer Ausgangspunkt am ehesten gerecht. Die Sozialesemiotik versteht Zeichen als Ausdruck und Bedingungen sozialer Ordnungen: Sie sind „Zeichenressourcen“ (Semiotic Resources, Kress, 2010), derer sich Akteur*innen bedienen und die beständiger Erweiterung und Veränderung unterliegen. Im Gegensatz zur klassischen Zeichenlehre fokussiert die Sozialesemiotik die Entstehung und Bedeutung dieser Zeichen in kulturellen, interaktiven Kontexten. Die Multimodalitäts-Forschung im Anschluss an die Sozialsemiotik untersucht auch die potentielle Wirkung auf die Betrachtenden und das Zusammenspiel von Text-Bild-Elementen (Jewitt & Henriksen, 2016). Sozialesemiotische Ansätze gehen dabei von drei sog. Meta-Funktionen, d. h. konstitutiven Regeln für visuelle Kommunikation aus: 1. Ein Bild repräsentiert Entitäten, d. h. Gegenstände, Handlungen, aber auch Gefühle etc. (Representational Meaning); 2. ein Bild etabliert eine bestimmte Art des Kontakts mit dem Betrachter (Interactive Meaning) und 3. ein Bild erzeugt eine Struktur durch die Anordnung einzelner Elemente (Compositional Meaning). Auf der repräsentativen Bedeutungsebene kann bspw. eine Kampagne daraufhin untersucht werden, welche Entitäten gezeigt (denotiert) werden. Auf der interaktiven Ebene wird untersucht, welche Beziehung zwischen Bild und Betrachtenden etabliert wird. Auf der kompositionellen Bedeutungsebene wird nach dem Informationswert der einzelnen Bestandteile und ihrem Verhältnis zueinander gefragt, d. h. welche Elemente der Kommunikation zentral bzw. nebensächlich sind.

Dies macht sie anschlussfähig für kommunikationsethische Analysen, da sie die Frage bearbeitbar macht, wie eine Kampagne als Bild-Text-Ressource von Akteur*innen genutzt wird, um Bedeutung zu generieren. Dabei lassen sich gerade die verwendeten Bilder als aktive Objekte verstehen, welche die soziale Wirklichkeit, also die komplexe Interaktion zwischen Medizinsystem, Spendepraxis und Normordnung beeinflussen sollen. Mit einem multimodalen Zugang lässt sich untersuchen, wie ein Bild eine verbale Botschaft unterstützt, untergräbt oder ihr sogar

widersprechen kann. Zum Beispiel können wir die Aussage lesen, „Jeden Tag sterben drei Menschen aufgrund von Organmangel“, unter einem Bild von einer Person, die sich weigert, einen Spendeausweis auszufüllen. Der Sprechakt selbst ist assertorisch (stellt eine Behauptung auf), kann aber in Kombination mit dem Bild eine tadelnde Wirkung auf Menschen haben, die nicht spenden wollen. Das Bild verstärkt hier die Botschaft, dass die Öffentlichkeit – und nicht die chronische Erkrankung – für den „Tod auf der Warteliste“ (Breyer et al., 2006) zur Verantwortung zu ziehen ist.

Neben der multimodalen Analyse, die auf Inhalte fokussiert, können Kampagnen durch eine Kompositions- und Kontextanalyse (Bock et al., 2011) in den größeren Diskurs um Organtransplantation eingeordnet werden. Eine solche Analyse sieht gerade Bilder als eine inszenierte und visuell verfestigte Performance, deren Verwendung stets in konkrete Situationen und Handlungen von Akteur*innen eingebettet ist (Schneider, 2011). Damit lässt sich also nicht nur das fertige, verbreitete „Medienbild“, sondern auch das „Konzeptbild“ einer Kampagne (Isermann & Knieper, 2010, S. 306) in den Blick nehmen, d. h. diejenigen Ideen, die im Entstehungs- und Produktionsprozess dem tatsächlichen materiell vorhandenen Bild vorausgehen.

Mit diesem Ansatz aus Multimodalität und Kontextanalyse, gestützt durch Wissen von Expert*innen, kann die Rolle von Kampagnen als semiotischer Ressource historisch und ethisch kritisch analysiert und reflektiert werden. Diese Reflexion kann auch darin bestehen, alternative, konträre Ansichten zu mobilisieren. Von diesem Punkt aus wird im Folgenden rekonstruiert, wie die beteiligten Institutionen und Akteur*innen mittels Kampagnen auf entscheidende Brüche und Zäsuren des Diskurses agieren.

4 Chronologie der Organspende-Kampagnen

Der Beginn: „Organspende schenkt Leben“

Der Ausgangspunkt für die deutsche Kampagnenentwicklung war der Erlass des Transplantationsgesetzes im Jahr 1997. Diesem Gesetz ging eine lange und kontroverse Debatte voraus, die insbesondere eine intensive Diskussion über den Hirntod als Voraussetzung für eine postmortale Transplantation beinhaltete (Birnbacher, 2021). Es wurde in den 1990er-Jahren sehr breit diskutiert, ob der Hirntod als unabänderliche Definition des Todes akzeptiert werden

sollte (Kleindienst et al., 1999; Wiesemann, 2006). Zwar hatte es vorher einzelne Informationsmaterialien von Initiativen und Vereinen gegeben, jedoch gibt es erst seit dem Inkrafttreten des Gesetzes flächendeckende Kampagnen zur Organspende, für die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verantwortlich ist. Im Rückblick betonte die damalige Leiterin der BZgA, Elisabeth Pott, 2015 hierzu die geringe Vorbereitungsmöglichkeit, Erfahrungstiefe und Mittelzuteilung trotz des Gesetzauftrags zur Aufklärungsarbeit:

Die Bundeszentrale hat zum ersten Mal bei dem ersten Transplantationsgesetz den Auftrag bekommen, Information und Aufklärung zu machen, und damals keine Mittel dafür bekommen und kein Personal. Und [sie] sollte trotzdem Aufklärung machen. Beziehungsweise es gab dann, glaube ich, für ein Jahr mal eine Million, und das war es. Also das ist natürlich ein Witz gewesen. (Interview mit Elisabeth Pott, 2015)

Das beispielhaft gewählte Plakatmotiv der ersten BZgA-Kampagne aus dem Jahr 1996 (siehe Abbildung 1) forderte zu einem Gespräch mit den Angehörigen und zum Ausfüllen eines Ausweises auf. Vordergründig wirkt es heute informativ, hat jedoch einen starken appellativen Charakter durch die explizite Formulierung im Text: „Damit Ihre nächsten Angehörigen Ihre Entscheidung zur Organspende kennen, ist es wichtig, daß Sie mit ihnen darüber sprechen. Außerdem sollten Sie eine Organspende-Erklärung ausfüllen und diese bei sich tragen.“ Diese frühe Kampagne verstehen wir heute als stark direktiv. Die argumentative Rolle des Bildes bleibt unklar. Die Wahl der Muscheln wirkt willkürlich oder kann auch als bewusste Irritation gelesen werden, um Aufmerksamkeit zu erzeugen. Aus dem Interview mit Elisabeth Pott, in dem betont wird, wie wenig Ressourcen die BZgA Mitte der 1990er-Jahre zugewiesen bekam, lässt sich jedoch eher auf eine arbiträre oder aleatorische Bildwahl schließen. Zwar bleibt die Bild-Text-Kombination damit inkohärent, verdeutlicht uns selbst jedoch die Kulturtechnik des Sehens: Um blinden Personen diese Lebensqualität ebenfalls zu geben, sollten wir einen Ausweis ausfüllen. Die moralische Botschaft wurde mit dem Leid blinder Menschen begründet.



Abbildung 1. Dieses Bild wird gezeigt, damit es bald auch jemand sehen kann, der vorher blind war (BZgA, 1996).

In den späteren Jahren bekam die BZgA ein etwas größeres Budget von ca. 2,4 Millionen DM (Deutscher Bundestag, 2003). Danach wurden diese Motive entsprechend kohärenter, d. h. das Bild wurde präsenter (und weniger willkürlich, als es noch die Muscheln waren). Der Text wurde stark verkürzt.

Neben dem stimmigen Text-Bild-Verhältnis wurden in den Kampagnen nun auch fokussiert bestimmte Zielgruppen angesprochen, wie beispielsweise in der Abbildung 2 ältere potenzielle Organspender*innen. Auch entstand der Slogan, der in den nächsten Jahren die Plakate begleitet sollte: „Organspende schenkt Leben“, anstatt „Organspende: Schenken Sie Leben.“ Das positive Framing, kombiniert mit einem sozialen Appell (Reifegerste, 2019) entstand.



Abbildung 2. Organspender zu sein ist keine Frage des Alters (BZgA, 2004).

Essener Skandal und konstatiertes „Organmangel“

Zehn Jahre nach Erlass des TPG, kam es 2007 zu einer Zäsur im Diskurs der Organspende, als öffentlich über einen medizinischen Korruptionsfall in Essen berichtet wurde. 2011 wurde der Chirurg Christoph Broelsch u. a. wegen Bestechlichkeit, Nötigung und Betrug zu drei Jahren Haft verurteilt (Ärzteblatt, 2011a). Die Presse thematisierte über 30 Fälle von Kunstfehlern, die gegen ihn vorgebracht wurden (Keller, 2009). Im selben Jahr wie dem Bekanntwerden des Essener Skandals konstatierte der Ethikrat einen „Organmangel“ in Deutschland (Nationaler Ethikrat, 2007, S. 18). Kurz zuvor war die Studie zum „Tod auf der Warteliste“ (Breyer et al., 2006) breit rezipiert worden. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass es in dieser für das Transplantationswesen äußerst kritischen Zeit keine offiziellen Plakatkampagnen der BZgA gab, sondern die DSO maßgeblich diese Rolle übernahm.

Positives Framing durch neue Akteur*innen

Seit 2008 führt die Initiative „Fürs Leben“ eigene Kampagnen durch, die ab 2009 in Treuhanderschaft der DSO übergang. Durch eine anonyme Spende verfügte

die Stiftung über ein Vermögen von einer Million Euro zur Finanzierung der Kampagnen (Interview mit Birgit Blome, 2015). Der Auftrag für die Kampagnen wurde an eine Agentur vergeben, mit der die DSO gemeinsam Workshops durchführte, um den Slogan „Fürs Leben“ und damit positiv besetzte Motive zu entwickeln und der Organspende eine positiv besetzte, „lebensbejahende“ Rahmung zu geben:

*Und Hintergrund war eben auch, dass wir gesagt haben, wir möchten das Thema, das auch immer noch eher kritisch und mit Angst besetzt war, positiv besetzen, wollen auch emotional Impulse setzen und möchten eine lebensbejahende Haltung vermitteln, aufklären, Akzeptanz schaffen und das Thema, das ja immer nur mit Tod in Verbindung gebracht wurde, ins Leben holen. Und so ist dann langsam daraus ein Konzept entstanden, mit diesem Logo "Fürd Leben. Für Organspende" mit den beiden abstrakten Herzhälften, die ineinander übergehen. (Interview mit Birgit Blome, 2015)***

In der historischen Rückschau zeigte sich Birgit Blome, damals Leiterin der Kommunikationsabteilung der DSO, von der Wirkungskraft der Kampagne (siehe Abbildung 3) jedoch wenig überzeugt.



Abbildung 3. Das Geschenk meines Lebens. Eine Lunge (DSO, 2008).

Diese Kampagnen seien als Entwürfe und Versuche zu werten, bei denen sich später zeigte, dass sie zu abstrakt waren, um als Auseinandersetzung mit dem Thema Organspende zu gelten: „Das ist im Grunde genommen eine Kampagne, die, glaube ich, nur sehr schwer verstanden wurde, die auch für alles andere hätte stehen können [...], ‚Das größte Geschenk‘, oder: ‚Mein größtes Geschenk, ein Herz, eine Lunge‘, so wurde die Kampagne dann erweitert“ (Interview mit Birgit Blome, 2015). Diese Poster sollten eigentlich posthum denjenigen danken, die ihr Organ gespendet

hatten; sie sollte eine Reaktion beim Betrachtenden evozieren, um das Glück der Organempfänger*innen verstehen zu können, sie zu unterstützen. Salient sind das Logo und die Schleife, die die Komposition des Bildes entlarven: Die Schleife im Comic-Modus, das Logo durch Foregrounding. Durch das Wechselspiel von Text und Bild, das hier erstmals im Sample zum Vorschein kommt, wird allerdings auch die Widersprüchlichkeit verstärkt. Denn dieses Bild lässt auch eine ganz andere, nicht intendierte (Kalch & Meitz, 2019) Lesart zu, wenn man nämlich die laufende Person nicht als Organempfängerin, sondern als -spenderin betrachtet. Dann entsteht die (zugespitzte) Lesart: „Ich bin dein potentielles Geschenk. Ich verspreche dir, dass du mein Organ nach meinem Tod bekommst. Ich bin bereits für dich verpackt, andere *entpacken* mich, wenn es so weit ist und ich nicht mehr laufen kann.“ Diese Interpretation war sicherlich nicht die Intention der Poster, gleichsam ist sie möglich. Die so erzeugte Ambivalenz enthüllt zugleich die Grenzen des Framings der Organspende als „lebensbejahendes“ Thema – denn lebensbejahend ist die Organtransplantation nur für Organempfänger*innen. Für potentielle Organspender*innen – und an diese richtet sich das Material – bleibt die Organspende zwangsläufig mit dem Ende ihres Lebens assoziiert. Konsequenterweise wird über das Thema Organspende mittlerweile von der BZgA vertieft im Kontext der [Patientenverfügung](#) informiert. In unserem Projekt wurde dieser Widerspruch durch die sehr unterschiedlichen Deutungen von auswertenden Wissenschaftler*innen sowie in Diskussionsrunden und Workshops einige Jahre nach der öffentlichen Präsentation der Kampagne deutlich. Interessanterweise entsteht diese missverständliche Deutung nicht durch das Bild. Sie entsteht durch den Text, der durch die Bejahung der Organspende, den Pro-Appell, die Möglichkeit einer kritischen Lesart zu überlagern versucht:

*Und, wir als DSO haben natürlich mit dieser Initiative Angriffspunkte geliefert, weil gesagt wurde, hier die ‚Fürs Leben‘-Kampagne ist sehr stark pro Organspende ausgerichtet, auch wenn wir als DSO immer großen Wert auf offene und sachliche Aufklärung gelegt haben. Trotzdem ist es natürlich eine Pro-Kampagne. (Interview mit Birgit Blome, 2015)***

Erneut kann hier die Analyse des Kontextes und der Strukturen helfen zu verstehen, wie es zu diesen Appellen kam. Denn die DSO war nie primär für die Aufklärung der Bevölkerung zuständig, sondern für die Koordination der postmortalen Organspende in Deutschland, also für die Überwachung der Organ-

entnahme und der Hirntoddiagnostik. Sie erweiterte jedoch selbst ihre Kernaufgaben im Zuge des öffentlichen Misstrauens aufgrund der Korruptionsfälle um Broelsch und der öffentlichen Aufmerksamkeitslenkung auf den Organmangel seitens des Ethikrats:

Die wichtige Frage ist halt, wer macht es am Ende des Tages? Und da ist in Deutschland [...] ein gewisses Vakuum entstanden. Ich glaube, das war auch der Grund, warum die DSO sich mit der „Stiftung fürs Leben“ in der Vergangenheit da eingebracht hat, wegen dieses gefühlten Vakuums. Aber das kann ja nicht sein, weil sich kein anderer drum kümmert, dass sich plötzlich die DSO drum kümmern muss, sondern da muss man [...] wirklich drüber nachdenken. (Interview mit Axel Rahmel, 2015)

So reflektierte der medizinische Vorstand der DSO die damalige Situation in der Rückschau, in der die DSO das „gewisse Vakuum“ der Zuständigkeit für Kampagnen füllte bzw. füllen sollte. Er führte weiter aus:

Sie werden aber von der DSO keine Hochglanzbroschüren mehr finden, gab es ja früher auch nicht, aber da war es dann die Stiftung „Fürs Leben“, in denen eben sehr allgemein Botschaften ohne unmittelbaren Bezug zu unserer Kerntätigkeit, existieren. So was werden Sie nicht mehr finden. Das werden wir nicht mehr haben. Weil das nicht unsere Aufgabe ist. Also das ist vielleicht am Anfang nicht so deutlich geworden, aber unsere Fokusgruppe sind die Krankenhäuser. Und nicht die allgemeine Bevölkerung. Mit der haben wir dann Kontakt, wenn wir an einem Angehörigenespräch beteiligt sind. Wir haben dann Kontakt, wenn wir bei Veranstaltungen mit eingeladen sind, in denen auch [...] die breitere Bevölkerung [...] angesprochen wird. Aber das ist auch wieder unsere Aufgabe, erläutern, was machen wir als DSO, die Tätigkeiten der DSO. Ich glaube, das ist ganz wichtig, dass die Menschen eben genau wahrnehmen, was sind unsere Kernaufgaben, was sind unsere Verantwortlichkeiten. (Interview mit Axel Rahmel, 2015)

Dieser Wechsel innerhalb der DSO, auf den im Interview angespielt wird, entstand, nachdem es 2011 zu massiver öffentlicher Kritik an der Ausrichtung, Struktur, dem Führungsstil und der Verwendung von Geldern gekommen war, was bis zum Rücktritt eines Vorstandsmitglieds sowie einer anschließenden Neustrukturierung führte (Ärzteblatt, 2011b; Siegmund-Schultze, 2012). Diese Reorganisation wiederum hatte auch Einfluss auf die Kommunikationspraxis. Denn

infolge dessen gab die DSO die Treuhandschaft für die „Stiftung fürs Leben“ 2014 auf und konzentrierte sich verstärkt auf die Informations- und Organisationsprozesse in den Kliniken (Interview mit Birgit Blome, 2015); ein Weg, der bis heute verfolgt wird.

Auch der Verein „Pro Organspende“ initiierte 2009 seine erste Kampagne, unterstützt von namhaften Sponsoren und Partnern, wie dem Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB).



Abbildung 4. Das kannst du auch! (DHZB, 2009).

Im Jahr 2010 wurde eine bundesweite Kampagne mit Unterstützung verschiedener Prominenter eingeführt (Danek, 2010, zur detaillierten Analyse dieser Kampagnen siehe Hansen et al., 2018). Im Gegensatz zu Initiativen unter der Schirmherrschaft der BZgA und der DSO ist nicht bekannt, wer diese Kampagnen finanzierte, da trotz intensiver Bemühungen kein Expert*inneninterview geführt werden konnte. Der Verein hat kurz nach dem Beginn unseres Projektes – ebenso wie die Stiftung fürs Leben – seine Homepages offline genommen.



Abbildung 5. Du bekommst alles* von mir. Ich auch von dir? (DZHB, 2010).

Neuorganisation der Kommunikationspraxis

2011, nach der Verurteilung von Christoph Broelsch, startete die BZgA ihre nächste Kampagne, die bezeichnenderweise den Titel „Organpatin“ trug (siehe Abbildung 6). Es kamen Menschen zu Wort, die von ihren persönlichen Erfahrungen als sog. Fallbeispiele (Peter, 2019) berichten. Die Verantwortung für die Organspende wurde allgemein an potentielle Organspender*innen zugeschrieben und die Unterstützung der Spende zu einer kollektiven Angelegenheit gemacht:

Der Begriff ‚Organpate‘ kommuniziert [...] das Thema aus einer positiven Perspektive. Eine Patenschaft ist etwas Lebendiges und Positives und beinhaltet die freiwillige Übernahme von Verantwortung. Organpaten sind Menschen, die sich für das Thema Organ- und Gewebespende einsetzen und andere motivieren, dies ebenfalls zu tun. Durch den positiven Zugang von ‚ORGANPATEN werden‘ soll die Auseinandersetzung mit dem Thema Organ- und Gewebespende gefördert und damit eine entscheidende Voraussetzung zur Erhöhung der Organspendebereitschaft geschaffen werden. (Interview mit Heidrun Thaiss, 2015)



Abbildung 6. Ich bin Organpatin (BZgA, 2011).

Mit dieser Kampagne wurde das Text-Bild-Verhältnis der BZgA-Motive deutlich kohärenter, indem Text und Bild zunehmend in ein dialektisches Verhältnis traten. Das Bild vermittelt in der heutigen Lesart eine positive und offene Grundhaltung, die uns direkt anspricht und die Patenschaft mit Zustimmung und Begründung ergänzt. Anknüpfend an die Praxis der BZgA Mitte der 2000er-Jahre, wurden auch hier gezielt verschiedene Zielgruppen angesprochen – etwa Jugendliche, da diese bereits ab dem Alter von 14 Jahren einer Organspende widersprechen können.

Das hellgraue, untere Plakatelement rahmt durch eine Trennlinie den Rest des Plakats, allerdings ist dieser Abschnitt transparent: Im Vordergrund ist zwar Logo und Slogan der BZgA, jedoch bleibt die Patin durch sie hindurch sichtbar. Blickt man auf die Figur, so sind der Rücken des Mädchens und ein Teil des hinteren Kopfes abgeschnitten. Zwischen dem Mädchen und der grauen Fläche auf der rechten Seite scheint es eine implizite Linie zu geben (Foregrounding).

Durch die großformatige Darstellung von Botschafter*innen der Organspende, blieb auch diese Kampagne allerdings missverständlich. Denn den

Rezipierenden blieb unklar, was ein „Organpate“ eigentlich sein soll? Was beinhaltet eine „Patenschaft“ für ein Organ, im Vergleich zur Patenschaft für einen Menschen? Pat*innen, so scheint die Botschaft zu sein, haben sich für die Aufgabe entschieden, sich zu Lebzeiten für die Spende einzusetzen oder sogar nach über ihren Tod hinaus für uns eine Patenschaft zu übernehmen, indem sie ihre Organe weitergeben. Jedoch treten Pat*innen gerade (für ihre Patenkinder) in Aktion, wenn deren Eltern versterben. Wie sich dieses Motiv auf die Organspende übertragen lässt, bleibt letztlich intransparent und damit dem eigentlichen Ziel – der bevölkerungsweiten Aufklärung im Sinne der Befähigung zur eigenen Urteilsbildung – wenig zuträglich.

Verteilungsunregelmäßigkeiten und Entscheidungslösung

Kurz nach dem Start dieser Kampagne wurde das deutsche Transplantationssystem 2012 von zwei Ereignissen geprägt: Erstens wurden neue Regelungen verabschiedet, welche die gesetzlichen Krankenkassen zur regelmäßigen Informierung ihrer Versicherten verpflichten. Sie müssen Informationsmaterial und einen Organspendeausweis bereitstellen. Zweitens wurde kurz nach Inkrafttreten der Entscheidungslösung in den Medien über Missstände bei der Zuteilung von Lebern bei der Postmortal spende berichtet: Deutschland erlebte fünf Jahre nach Christoph Broelsch seinen nächsten Transplantationsskandal. Hiernach sank die absolute Zahl der postmortalen Spenden weiter – dem Abwärtstrend seit 2010 folgend. Dies wurde in der Folge der Skandale jedoch als dramatischer Einbruch der Spenderate gedeutet. Aufgrund der Skandale sei das öffentliche Vertrauen gegenüber dem Transplantationssystem erschüttert und führe zu einer mangelnden Spenderbereitschaft innerhalb der deutschen Bevölkerung (Meyer, 2017; Pondrom, 2013; Shaw, 2013). Lange wurde angenommen, dass fehlendes Vertrauen in die Organspende zu den niedrigen Zahlen geführt habe. Zunehmend setzte sich allerdings die Erkenntnis durch, dass nicht allein mangelndes Vertrauen in die Transplantationsmedizin oder gar fehlende Information die Ursachen für rückläufige Spenderzahlen waren, sondern vielmehr Todes- und Körperkonzepte (Hansen & Beier, 2021; Schicktanz et al., 2016). Zudem gibt es eine Vielzahl von Ursachen, die neben soziokulturellen Faktoren auch im Medizinsystem selbst zu suchen sind, z.B. in fehlenden Anreizen der Spendermeldung, unzureichend gedeckter/geregelter Finanzierung, fehlender Freistellung der Transplantationsbeauftragten und der unzureichenden Angehörigenbetreuung.

Mit den zwei letzten Novellierungen des TPG wurde diesen systemischen Herausforderungen begegnet (Rahmel, 2020).

Klare Zuständigkeit der BZgA

Seit 2012 ist nur noch die BZgA für die Organspendekampagnen zuständig, die nun mit einem größeren Budget ausgestattet ist. Heute erhält die BZgA ca. 7,5 Mio. Euro/Jahr für die Gestaltung und Verbreitung von Kampagnen (Deutscher Bundestag, 2014). Seit 2013 werden die meisten Kampagnen in einer Kooperation zwischen der BZgA und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gestaltet (Hansen et al., 2018).

Die nachfolgenden Kampagnen versuchten, Vertrauen wiederherzustellen. Sie stiften Evidenz (im Sinne eines unmittelbaren Einleuchtens) für eine soziale Konformität gegenüber dem Thema Organspende, indem sie Prominente zu Wort kommen lassen (siehe Abbildung 7): „Zweck der Kampagne ist es, als Reaktion auf die Unregelmäßigkeiten bei Organvergaben an einigen Transplantationskliniken verloren gegangenes Vertrauen zurückzugewinnen. Die Zusammenarbeit mit prominenten Testimonials ist diesbezüglich ein bewährter Ansatz.“ (Interview mit Heidrun Thaiss, 2015).



Abbildung 7. „Ich entscheide mit Herz und Hirn.“ (BZgA, 2014).

Im Plakat selbst sind viele bekannte deutsche Prominente zu sehen. Sie werden von der Taille aufwärts (Mid Shot) aus einer Frontalperspektive mit neutralem, grauem Hintergrund gezeigt. Da das Bild direkt auf den Betrachtenden ausgerichtet ist, kann es als direkte Ansprache (Demand) eingestuft werden. Wir sehen eine dialektische Text-Bild-Beziehung, da wir zwischen Text und Bild oszillieren müssen, um die

Botschaft zu verstehen. Wir werden daran erinnert, dass der Organspendeausweis von großer Bedeutung ist und die Einstellung zur Organspende kognitive (Hirn) und emotionale (Herz) Bestandteile hat. Die zweite Äußerung bringt den Organspendeausweis mit Mode in Verbindung: „Das trägt man heute: den Organspendeausweis.“ Der Besitz eines Spendeausweises ist, so das Plakat, der Trend, der Mainstream. Indem diese Botschaft an die Prominenz geknüpft wird, wird gerade gesellschaftlichen Konformität kommuniziert und auf deren Verbindlichkeit gesetzt. Um Teil einer zukunftsweisenden Gruppe zu sein und um nicht als Außenseiter*in dazustehen, solle man einen Ausweis besitzen. Aus diesem Grund führte gerade diese Kampagne in Interviews und Fokusgruppen zu vielen negativen Reaktionen (Hansen et al., 2021). In unseren Befragungen der kritischen bzw. unentschiedenen Personen rief gerade dieser persuasive, eher Werbungs- und Lifestyle-bezogener, Slogan Kritik hervor. Die implizite Ermutigung, Teil der sozialen In-Group zu werden und die gesellschaftliche Bedeutung der Organspende zu teilen, haben die Befragten bei persuasiven Botschaften weniger gelassen rezipiert als bei Appellen pro Organspende.

Erst mit der Kampagne des Jahres 2015 wurden Vorbehalte und Skepsis angesprochen. Das Argument, dass die Entscheidung für eine Spende bedeutet, dass man ein entschiedener Mensch ist, wird nicht mehr mit anderen Argumenten kombiniert. Stattdessen werden nachdenkliche Personen dargestellt, die das Für und Wider einer Spende sorgfältig abwägen (siehe Abbildung 8). Dieses Motiv kann als Übergang zur heute noch präsenten, entscheidungsbasierten Kampagne gesehen werden.



Abbildung 8. Mein Ausweis – meine Entscheidung! (BZgA, 2015).

Diese Plakate waren nur kurz im öffentlichen Raum sichtbar; sie sind gleichwohl durch die vielfältige Darstellung der Pro- und Contra-Positionen zum Thema Organspende ein wichtiger Schritt in den heutigen Status quo. Denn erst seitdem wird Unentschiedenheit und Kritik von Personen thematisiert. Zuvor wurde in den Kampagnen als zentraler Ort gesundheitspolitischer Ansprache überwiegend das „Ja“ zur Organspende als eindeutig richtiges Verhalten gerahmt. Mit der aktuellen, seit 2016 verbreiteten Kampagne wird verstärkt auf die Entscheidungsfindung gesetzt.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Analyse der Kampagnen der letzten 20 Jahre einen gewissen Wandel in ästhetischer Hinsicht verdeutlicht: Während die Poster zu Beginn (1996/1998) sehr textlastig waren, erlangten sowohl das Bild als auch die direkte Ansprache der Betrachtenden vor allem ab 2004 immer größere Bedeutung und näherten sich damit Strategien der Werbung an. Hier zeichnet sich im Laufe der Zeit ein stärkerer Kontakt mit den Betrachtenden ab, der als konfrontative Aufforderung

verstanden werden kann. Dennoch sind die meisten Motive insofern als ambivalent zu sehen, als dass sie verschiedene, sich widersprechende moralische Appelle gleichzeitig bedienen. Gerade das Bild kann diese Widersprüchlichkeit befördern (Hansen et al., 2017).

Dieser Aufsatz hat aufgezeigt, dass die kommunikative Praxis insbesondere nach der ersten Zäsur, Mitte der 2000er-Jahre, mit Social Marketing auf die Veränderung in der Transplantationsmedizin reagierte. Zugleich finden sich immer wieder bei einzelnen Akteuren strategisch eingesetzte, persuasive Kommunikationselemente zur Erhöhung der Organspendebereitschaft. Doch, so zeigt die Rekonstruktion deutlich, das System und seine Akteure, haben sich auseinandergesetzt mit den Zäsuren und Umbrüchen der Transplantationsmedizin und zielen nun – ganz zu Recht – in ihren Kampagnen auf den Respekt vor der Autonomie, der Wiederherstellung bzw. Erhaltung des Vertrauens und der Intensivierung von Ressourcen in den Kliniken. Es folgt eine Abwendung vom Ziel der erhöhten Organspendebereitschaft zu Gunsten der Förderung von selbstbestimmter und gut informierter Entscheidung – für oder gegen Organspende. Elisabeth Pott formulierte treffend in unserem Gespräch:

[E]ine Kampagne, die lediglich eigentlich, mehr kann die nicht leisten, das Ziel hat, dass die Leute sich auseinandersetzen und eine Entscheidung treffen und die dokumentieren, die kann nicht gleichzeitig die Zahl der Organspenden sozusagen im Nebeneffekt erhöhen. Das ist eine falsche Erwartung. (Interview mit Elisabeth Pott, 2015)

Aus kommunikationsethischer Perspektive ist dabei zu betonen, dass sich die Bedingungen der visuellen Kommunikation verändert haben, und zwar auf eine Weise, die den Angesprochenen heute einen offeneren Diskurs über moralisch-praktische Fragen der Transplantationsmedizin eröffnet als Mitte der 1990er-Jahre – es wird weniger die Organspende selbst beworben, als die konfliktreiche Entscheidung für oder gegen sie thematisiert.

Es ließe sich nun einwenden, dass der oben identifizierte Zielkonflikt zwischen Erhöhung der Organspenden einerseits und Förderung einer ergebnisoffenen, selbstbestimmten Entscheidung andererseits durch einen konsequenten Verzicht auf das Social Marketing mit dem Ziel der Erhöhung der allgemeinen Organspendebereitschaft verschärft würde. Man könnte zudem denken, dass sich die

Ergebnisoffenheit negativ auf die Bereitschaft zur Organspende auswirken könnte. Jedoch teilen Befürwortende wie Kritisierende der Organspende die Idee, dass eine Aufklärung zur Organspende ergebnisoffen sein sollte, um die Autonomie der Spendenden zu respektieren. Allerdings wird dabei auf ein Autonomie-Verständnis zurückgegriffen, welches die Entscheidung bezüglich Organspende als Recht versteht, zwischen verschiedenen Informationsangeboten zu wählen. Wie Informationen in moralisch umstrittenen Bereichen so aufbereitet werden können, dass sie tatsächlich eine selbstbestimmte Entscheidung fördern, wird bisher selten diskutiert.

Zu einer Förderung der Autonomie in einem relationalen, d. h. soziokulturell situierten Sinne (Hansen, 2019; Oshana, 1998) würde allerdings gehören, dass gerade der Zielkonflikt offen thematisiert wird. Vielleicht würde gerade seine transparente Offenlegung dazu führen, dass sich die Bedingungen der Kommunikation über die Organspende ändern. Und vielleicht würde eine solche transparente Kommunikation dazu führen, dass sich die Angesprochenen als autonom erleben, d. h. sich befähigt fühlen, eine Entscheidung zu treffen (Wardrope, 2015). Hierfür wäre allerdings noch ein weiterer Schritt nötig, nämlich die *Partizipation* der Zielgruppen an der Kampagnenentwicklung (Neuhauser, 2017); und zwar eine Partizipation, die einer möglichst großen Pluralität und Diversität an moralischen Überzeugungen sowie soziokulturellen und anthropologischen Vorannahmen Raum gibt. Dies jedoch kostet viele (finanzielle und zeitliche Ressourcen), die in der derzeitigen Situation kaum gegeben sind.

Der Zeitpunkt für eine partizipative Gestaltung der Informationsmaterialien ist höchst aktuell, seitdem im Frühjahr 2020 erneut [Neuerungen des TPG](#) beschlossen wurden. Der Gesetzesentwurf, der im Frühjahr 2022 in Kraft getreten ist, sieht u. a. die Möglichkeit zum Festhalten der Entscheidung in einem Online-Register und die verstärkte, regelmäßige Beratung zum Thema Organspende durch Hausärzt*innen vor. Ersteres erfordert „eine entsprechende Aufklärung der Bevölkerung“, weshalb „die Aufklärungsunterlagen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entsprechend erweitert werden [müssen]“ (Deutscher Bundestag, 2020, S. 3). Für zweites „[hat] [d]ie Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [...] die Arztpraxen hierzu mit geeigneten Aufklärungsunterlagen auszustatten“ (ebd.). Der Blick zurück in 20 Jahre Organspende-Kampagnen kann hier hoffentlich helfen, einen konstruktiv-kritischen Blick nach vorn zu

werfen und den eingeschlagenen Weg konsequent weiterzuverfolgen – möglichst unter Beteiligung der Zielgruppen, d. h. sowohl der allgemeinen Bevölkerung als auch der Akteur*innen im Gesundheitssystem.

Danksagung

Zu danken ist an dieser Stelle den Teilnehmenden der Expert*inneninterviews sowie meinen Kolleg*innen, die durch Vorarbeiten, Datenerhebung und konzeptionelles Feedback zu den Ergebnissen beigetragen haben: Silke Schick Tanz, Marthe Irene Eisner, Felix Hagenström und Larissa Pfaller. Für kritische Kommentare zu diesem Text danke ich Christian Sammer und Doreen Reife-geste. Zudem bedanke ich mich beim Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen, für die langjährige Unterstützung meiner eigenständigen Forschung. Diese Forschung entstand im Rahmen des Projekts: „Ich möchte lieber nicht“. Das Unbehagen mit der Organspende und die Praxis der Kritik. Eine soziologische und ethische Analyse, gefördert von der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Förderkennzeichen: SCHI 631/7-3.

Literatur

Ärzteblatt. (2011a, 27. Juli). *Transplantationschirurg Broelsch muss Haftstrafe antreten*. <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=46775&s=broelsch>

Ärzteblatt. (2011b, 17. Oktober). *Schwere Vorwürfe gegenüber der Deutschen Stiftung Organtransplantation*. <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=81&typ=1&nid=47718&jahr=2011>

Anja, A. & Tino, M. (2019). Nicht-intendierte Medienwirkungen im Gesundheitsbereich. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation. Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (S. 383–396). Springer.

Atkin, C. K. & Rice, R. E. (2012). Theory and Principles of Public Communication Campaigns. In R. E. Rice & C. E. Atkin (Hrsg.), *Public Communication Campaigns* (4. Aufl., S. 3–19). Sage Publications.

Birnbacher, D. (2021). Determining Brain Death. Controversies and Pragmatic Solutions. In S. L. Hansen & S. Schick Tanz (Hrsg.), *Ethical Challenges of Organ Transplantation. Current Debates and International Perspectives* (S. 103–116). transcript.

Bock, A., Isermann, H. & Knieper, T. (2011). Ikonologische Kontextanalyse. In T. Petersen & C. Schwender (Hrsg.), *Die Entschlüsselung der Bilder – Methoden zur Erforschung visueller Kommunikation* (S. 56–72). Herbert von Halem Verlag.

Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Springer.

Bonfadelli, H. & Friemel, T. N. (2019). *Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen* (3. Aufl.). UVK Verlag.

Breyer, F., Van den Daele, W., Engelhard, M., Gubernatis, G., Kliemt, H., Kopetzki, C., Schlitt, H.J. & Taupitz, J. (2006). *Organmangel. Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar?* Springer.

BZgA. (2021). *BZgA-Repräsentativbefragung 2020* [Forschungsbericht]. organspende-info. https://www.organspende-info.de/fileadmin/Organspende/05_Mediathek/04_Studien/Bericht_Repraesentativbefragung_Organspende_2020.pdf

Čož, S. & Kamin, T. (2020). Systematic Literature Review of Interventions for Promoting Postmortem Organ Donation from Social Marketing Perspective. *Progress in Transplantation*, 30(2), 155–168. <https://doi.org/10.1177/1526924820913509>

Danek, S. (2010, 11. Mai). PRO Organspende: Du bekommst alles von mir. *Page*. http://page-online.de/kreation/pro_organspende_du_bekommst_alles_von_mir/

Deutscher Bundestag. (2003). *Schriftliche Fragen mit den in der Woche vom 3. November 2003 eingegangenen Antworten der Bundesregierung* (Drucksache 15/1949).

Deutscher Bundestag. (2014). *Unterrichtung durch die Bundesregierung: zweiter Bericht der Bundesregierung über den Fortgang der eingeleiteten Reformprozesse, mögliche Missstände und sonstige aktuelle Entwicklungen in der Transplantationsmedizin* (Drucksache 18/7269).

Deutscher Bundestag. (2020). *Gesetzentwurf. Bundestagsdrucksache* (Drucksache 19/11087).

- Feeley, H. T. & Shin-II Moon (2009). A Meta-Analytic Review of Communication Campaigns to Promote Organ Donation. *Communication Reports*, 22(2), 63–73. <https://doi.org/10.1080/08934210903258852>
- Franzkowiak, P. & Seibt, A. C. (2016). Erklärungs- und Veränderungsmodelle 3: Kommunikation, Diffusion, Marketing und Interessenvertretung. In: BZgA (Hrsg.) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i014-1.0>
- Geise, S. (2013). *Visual Framing. Perspektiven und Herausforderungen der visuellen Kommunikationsforschung*. Herbert von Halem Verlag.
- Geise, S. & Lobinger, K. (2016). Nicht standardisierte Methoden Visueller Kommunikationsforschung. In S. Averbek-Lietz & M. Meyen (Hrsg.), *Handbuch nicht standardisierte Methoden in der Kommunikationswissenschaft* (S. 499–512). Springer.
- Guttman, N. (2000). *Public Health Communication Interventions: Values and Ethical Dilemmas*. Sage Publications.
- Guttman, N., Siegal, G., Appel, N. & Bar-On, G. (2016). Should Altruism, Solidarity, or Reciprocity Be Used as Prosocial Appeals? *Journal of Communication*, 66(6), 909–936.
- Hansen, S. L. (2019). Kommunikation als Befähigung zur autonomen Entscheidung: eine ethische Analyse von Websites in der Transplantationsmedizin. *Bioethica Forum*, 12(3/4), 96–104.
- Hansen, S.L. & Beier, K. (2021). Appealing to Trust in Donation Contexts. Expectations and Commitments. In S. L. Hansen & S. Schicktanz (Hrsg.), *Ethical Challenges of Organ Transplantation. Current Debates and International Perspectives* (S. 81–102). transcript.
- Hansen, S. L., Eisner, M., Pfaller, L. & Schicktanz, S. (2018). “Are you in or are you out?!” Moral Appeals to the Public in Organ Donation Poster Campaigns: A Multimodal and Ethical Analysis. *Health Communication*, 33(8), 1020–1034. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1331187>
- Hansen, S. L., Pfaller, L. & Schicktanz, S. (2021). Critical Analysis of Communication Strategies in Public Health Promotion: An Empirical-Ethical Study on Organ Donation in Germany. *Bioethics*, 35(2), 161–172. <https://doi.org/10.1111/bioe.12774>
- Hansen, S. L. & Pfurtscheller, D. (im Erscheinen). Multimodality. In E. Ho, C. Bylund, J. Van Weert, I. Basnyat, N. Bol & M. Dean (Hrsg.), *International Encyclopedia of Health Communication*. Wiley.
- Hansen, S. L. & Schicktanz, S. (2017). Bilder fürs Leben: versteckte moralische Botschaften als Reaktion auf die Krise der Organspende. In A. Esser, A. Kahl, D. Kersting, C. G. W. Schäfer & T. Weber (Hrsg.), *Die Krise der Organspende – Anspruch, Analyse und Kritik aktueller Aufklärungsbemühungen im Kontext der postmortalen Organspende in Deutschland* (S. 85–114). Duncker und Humblot.
- Hansen, S. L. & Schicktanz, S. (im Erscheinen). Normative Aspects of Persuasion. In E. Ho, C. Bylund, J. Van Weert, I. Basnyat, N. Bol & M. Dean (Hrsg.), *International Encyclopedia of Health Communication*. Wiley.
- Harrison, T., Morgan, S. E. & Chewing, L. V. (2008). The Challenges of Social Marketing of Organ Donation: News and Entertainment Coverage of Donation and Transplantation. *Health Marketing Quarterly*, 25, 33–65. <https://doi.org/10.1080/07359680802126079>
- Hilbrich, I. & Hansen, S. L. (2021). Explorations About the Family’s Role in the German Transplantation System: Epistemic Opacity and Discursive Exclusion. *Social Epistemology*. <https://doi.org/10.1080/02691728.2021.1913662>
- Isermann, H. & Knieper, T. (2010). Bildethik. In C. Schicha & C. Brosda (Hrsg.), *Handbuch Medienethik* (S. 304–317). Springer.
- Jewitt, C. & Henriksen, B. (2016). Social Semiotic Multimodality. In N. Klug & H. Stöckl (Hrsg.), *Handbuch Sprache im multimodalen Kontext* (S. 145–164). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110296099>
- Keller, M. (2009, 17. September). Der Kassierer. *DIE ZEIT*.

- Kleindienst, A., Haupt, W. F. & Hildebrandt, G. (1999). Brain Death and Organ Donation in Germany: Analysis of Procurement in a Neurosurgical Unit and Review of Press Reports. *Acta Neurochirurgica*, 141, 641–645. <https://doi.org/10.1007/s007010050354>
- Kotler, P. & Zaltman, G. (1971). Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. *Journal of Marketing*, 35(3), 3–12. <https://doi.org/10.2307/1249783>
- Kress, G. (2010). *Multimodality. A Social Semiotic Approach to Contemporary Communication*. Routledge.
- Lobinger, K. (2014). Visuelle Kommunikation. In M. Karmasin, M. Rath & B. Thomaß (Hrsg.), *Kommunikationswissenschaft als Integrationsdisziplin* (S. 299–316). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Luehnen, J., Albrecht, M., Mühlhauser, I. & Steckelberg, A. (2017). *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation*. Leitlinie Gesundheitsinformation. <https://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/wp-content/uploads/2017/07/Leitlinie-evidenzbasierte-Gesundheitsinformation.pdf>
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 633–648). Springer VS.
- Meyer, L. (2017). *Gesundheit und Skandal. Organspende und Organspendeskandal in medialer Berichterstattung und interpersonal-öffentlicher Kommunikation*. Nomos.
- Miller, J., McGregor, L., Currie, S. & E O'Carroll, R. (2021). Investigating the Effects of Threatening Language, Message Framing, and Reactance in Opt-Out Organ Donation Campaigns. *Annals of Behavioral Medicine*, kaab017. <https://doi.org/10.1093/abm/kaab017>
- Nationaler Ethikrat. (2007). *Die Zahl der Organspenden erhöhen – zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland*.
- Neuhauser, L. (2017). Integrating Participatory Design and Health Literacy to Improve Research and Interventions. *Studies in Health Technology and Informatics*, 240, 303–329.
- Oshana M. (1998). Personal Autonomy and Society. *Journal of Social Philosophy*, 29(1), 81–102.
- Pérez, M., Delgado, A., Delgado, J. & Rodriguez-Arias, D. (2021). Defining Consent. Autonomy and the Role of the Family. In S. L. Hansen & S. Schicktanz (Hrsg.), *Ethical Challenges of Organ Transplantation. Current Debates and International Perspectives* (S. 43–64). transcript.
- Peter, C. (2019). Fallbeispiele in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastal (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation. Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (S. 505–516). Springer.
- Pfaller, L., Hansen, S. L., Adloff, F. & Schicktanz, S. (2018). 'Saying no to organ donation': an empirical typology of reluctance and rejection. *Sociology of Health and Illness*, 40(8), 1327–1346. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12775>
- Pondrom S. (2013). Trust is Everything. *American Journal of Transplantation*, 13(5), 1115–1116. <https://doi.org/10.1111/ajt.12277>
- Rady, M. Y., McGregor, J. L. & Verheijde, J. L. (2012). Mass Media Campaigns and Organ Donation: Managing Conflicting Messages and Interests. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 15, 229–241. <https://doi.org/10.1007/s11019-011-9359-3>
- Rahmel, A. (2020). Die Novellierungen des Transplantationsgesetzes von 2019 und 2020. *Transfusionsmedizin. Immunhämatologie – Hämotherapie – Transplantationsimmunologie – Zelltherapie*, 10(04), 235–239. <https://doi.org/10.1055/a-1119-1980>
- Reifegerste, D. (2019). Soziale Appelle in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastal (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation. Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (S. 493–504). Springer.
- Renner, K. N. (2001). Die Text-Bild-Schere. *Studies in Communication Sciences*, 1, 23–44. <https://doi.org/10.5169/seals-791149>
- Schaper, M., Hansen, S.L. & Schicktanz, S. (2018). Überreden für die gute Sache? Techniken öffentlicher Gesundheitskommunikation und ihre ethischen Implikationen. *Ethik in der Medizin*, 31, 23–44. <https://doi.org/10.1007/s00481-018-0507-7>

Schick Tanz, S. & Wöhlke, S. (2017). The Utterable and Unutterable Anthropological Meaning of the Body in the Context of Organ Transplantation. *Dilemata*, 27, 107–127.

Schick Tanz, S., Pfaller, L. & Hansen, S.L. (2016). Einstellungen zur Organspende – kulturell tief verwurzelt. *Deutsches Ärzteblatt*, 113(37), A1586–1588.

Schneider, P. (2014). Politische Ikonografie. In Netzwerk Bildphilosophie (Hrsg.), *Bild und Methode. Theoretische Hintergründe und methodische Verfahren der Bildwissenschaft* (S. 331–340). Herbert von Halem Verlag.

Shaw, D. (2013). Lessons From the German Organ Donation Scandal. *The Intensive Care Society*, 14(3). <https://doi.org/10.1177/175114371301400304>

Siegmund-Schultze, N. (2012). Deutsche Stiftung Organtransplantation: ein Gutachten und seine Folgen. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(18), A-902 / B-776 / C-771.

Stoecker, R. (2019). Philosophische Überlegungen zu Hirntod und Organspende. In S. M. Probst (Hrsg.), *Hirntod und Organspende aus interkultureller Sicht* (S. 85–101). Hentrich & Hentrich Verlag.

Wagner, A. (2019). Gewinn- und Verlustframing in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastal (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation. Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (S. 517–526). Springer.

Ward, J. & Peretti-Watel, P. (2020). Understanding Vaccine Mistrust: From Perception Bias to Controversies. *Revue française de sociologie*, 61, 243–273. <https://doi.org/10.3917/rfs.612.0243>

Wardrope, A. (2015). Relational Autonomy and the Ethics of Health Promotion. *Public Health Ethics*, 8(1), 50–62. <https://doi.org/10.1093/phe/phu025>

Wiesemann, C. (2006). The Contribution of Medical History to Medical Ethics. The Case of Brain Death. In C. Rehmann-Sutter, M. Düwell, D. Mieth (Hrsg.), *Bioethics in Cultural Contexts. Reflections on Methods and Finitude* (S. 187–196). Springer