

Vielfalt und Herausforderungen der Evidenzbasierung in der strategischen Gesundheitskommunikation

Doreen Reifegerste & Eva Baumann

1 Einleitung

Evidenzbasierung heißt, dass die gegenwärtig besten wissenschaftlichen Belege als Basis für Entscheidungen dienen. Dieser Grundsatz gilt sowohl für die Inhalte als auch für die Art und Weise der Aufbereitung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen. Damit sind u. a. konkrete Anforderungen an die methodische Qualität der zugrunde gelegten Studien (z. B. Reviews und Meta-Analysen basierend auf randomisierten kontrollierten Experimenten) verbunden (Reifegerste & Hastall, 2014). Darüber hinaus fordert die *evidenzbasierte Praxis* auch den Transfer der wissenschaftlichen Belege auf die situativen Kontexte im Einklang mit den Erfahrungen der Expertin oder des Experten (meist eine Medizinerin oder ein Mediziner) und den Erwartungen der individuellen Patientin oder des Patienten (EbM Netzwerk, 2018). Allerdings ist häufig unklar, wie sich diese, insbesondere aus der evidenzbasierten Medizin stammenden Prinzipien, auf die einzelnen Entwicklungsschritte strategischer Gesundheitskommunikation übertragen lassen. Hier müssen die wissenschaftlichen Evidenzen aus verschiedenen Arbeits- und Forschungsfeldern – z. B. Medizin, Public Health, Kommunikationswissenschaft, Marketing und PR, Journalistik – zusammengeführt werden, die teils mit sehr unterschiedlichen evidenzgenerierenden Methoden verbunden sind. Bei der Entwicklung strategischer Gesundheitskommunikation treffen somit verschiedene Kontexte aufeinander in denen Evidenzen generiert wurden und verwendet werden sollen.

So können verschiedene *Quellen der Evidenzen* (d. h. Entstehungskontexte von wissenschaftlichen Befunden) unterschieden werden. Neben den Evidenzen aus der Medizin- und Versorgungsforschung sowie der Epidemiologie zu Einflussfaktoren von Gesundheitszuständen und Behandlungsmethoden für Krankheitssymptome, spielt für die Entwicklung von Kommunikationsmaßnahmen auch die Frage der Informationsverarbeitung (insbesondere hinsichtlich Verständnis und Wissensaneignung) eine wich-

tige Rolle (Albrecht, Mühlhauser, & Steckelberg, 2014). Zur *Vermittlungsevidenz* gehören darüber hinaus Evidenzen aus der Publikumsforschung (d. h. die Themen- und Problemwahrnehmung in der Bevölkerung), der Medien- und Medieninhaltsforschung (d. h. der Belege über den kommunikativen Kontext), der Media- und Mediennutzungsforschung (d. h. Studien zur Zuwendung zu und Nutzung von Medien) sowie der Medienwirkungsforschung (z. B. Studien zur Wirkung verschiedener Narrations-, Persuasions- und Botschaftsstrategien). Auch sie stellen relevante Kontexte für die Evidenzbasierung einer Kampagnenentwicklung dar.

Im folgenden Beitrag möchten wir daher detailliert aufzeigen, welche unterschiedlichen Evidenzformen in der Entwicklung strategischer Gesundheitskommunikation zum Tragen kommen und mit welchen Herausforderungen dies verbunden ist. Um die Rolle wissenschaftlicher Evidenz im gesamten Kommunikationsplanungsprozess zu untersuchen, differenzieren wir die verschiedenen Stufen strategischer Informationsvermittlung und Kampagnenplanung und zeigen jeweils deren evidenzgenerierende Forschungsfelder (sog. Evidenzquellen) auf. Dadurch sollen zudem Ursachen für nicht intendierte Effekte der evidenzbasierten Gesundheitskommunikation und Dilemmata in ihren Zielen und Methoden deutlich werden.

2 Evidenzbasierung in der Medizin

Die Evidenzbasierung in der Medizin dient vor allem der Verbesserung von medizinischen Entscheidungen, die sowohl Maßnahmen der Prävention und Früherkennung als auch solche der Gesundheitsversorgung enthalten. Durch den Einbezug des aktuellen Wissensbestandes aus hochwertigen wissenschaftlichen Studien in den Entscheidungsprozess (Albrecht et al., 2014; Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996) soll sichergestellt werden, dass die bestmöglichen Entscheidungen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten getroffen werden (EbM Netzwerk, 2018). Damit verbunden sind vor allem Anforderungen an methodische Gütekriterien (wie randomisierte kontrollierte Experimente) sowie die Forderung nach übergreifenden zusammengefassten Studienergebnissen in Form von Reviews und Meta-Analysen (Babbie & Rubin, 2011; Reifegerste & Hastall, 2014).

Für die „Praxis der evidenzbasierten Medizin“, d. h. die Anwendung von Evidenz im klinischen Alltag wird zudem gefordert, dass die externe

Evidenz aus systematischer Forschung bestmöglich mit individueller klinischer Expertise verknüpft wird (EbM Netzwerk, 2018). Dafür sind folgende Schritte vorgesehen:

1. Ableitung einer relevanten, beantwortbaren Frage aus dem klinischen Fall
2. Planung und Durchführung einer Recherche der klinischen Literatur
3. Kritische Bewertung der recherchierten Literatur (Evidenz) bezüglich der Validität und Brauchbarkeit
4. Anwendung der ausgewählten und bewerteten Evidenz beim individuellen Fall
5. Bewertung der eigenen Leistung

Aus dieser Beschreibung der idealtypischen Vorgehensweise der Anwendung von Evidenzbasierung wird deutlich, dass neben (1) den systematischen Forschungsergebnissen auch (2) die Expertise des medizinischen Personals, (3) die Berücksichtigung individueller Patientenmerkmale sowie (4) die Evaluation der medizinischen Entscheidungen wichtige Bestandteile der evidenzbasierten Vorgehensweise in der Medizin sind (Dollaghan, 2007).

Im Folgenden gilt es nun zu klären, inwieweit sich die einzelnen Schritte auf die Vorgehensweise bei der Entwicklung strategischer Gesundheitskommunikation übertragen lassen.

3 Strategische (Gesundheits-)kommunikation und Evidenzquellen

Das Ziel strategischer Kommunikation ist die Beeinflussung von Meinungen, Einstellungen und Haltungen (sog. Wirkungsziele) mittels des intentionalen, d. h. zielgerichteten, geplanten und gesteuerten Einsatzes von Kommunikation (Röttger, Kobusch, & Preusse, 2018). Dies gilt für Kontexte der Unternehmenskommunikation (z. B. Pressemitteilungen zur Steigerung der Wertschöpfung eines Unternehmens) ebenso wie für Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich, die der Aufmerksamkeitslenkung sowie Verbesserung des Gesundheitszustandes und -verhaltens dienen sollen (Bonfadelli & Friemel, 2010).

Entsprechende Beschreibungen *idealtypischer Vorgehensweisen* aus diesen beiden Kommunikationskontexten enthalten (mit geringen unterschiedlichen Nuancen) meist folgende Schritte (Bonfadelli & Friemel, 2010; Merten, 2013; Rossmann, 2015):

1. Situationsanalyse
2. Zielgruppenanalyse
3. Zielbestimmung
4. Auswahl der Kampagnenstrategie
5. Durchführung der Kampagne mit Auswahl der Medien
6. Formative und summative Evaluation

Das bedeutet, dass in der strategischen Kommunikation ebenso wie in der Praxis der evidenzbasierten Medizin eine Anwendung auf den Einzelfall (in diesem Fall die Zielgruppe) sowie die Bewertung der eigenen Leistungen in Form einer summativen Evaluation enthalten ist. Rossmann (2015) benennt zudem die Theorie- und Evidenzbasierung als weitere wichtige Bestandteile strategischer Gesundheitskommunikation. Allerdings bleibt hier noch unklar, inwieweit sich die Evidenzbasierung konkret in den einzelnen Entwicklungsschritten der strategischen Kommunikation umsetzen lässt.

4 Evidenzbasiertes Vorgehen in der Gesundheitskommunikation

Betrachtet man die Evidenzbasierung detailliert für die einzelnen Schritte strategischer Gesundheitskommunikation wird erkennbar, welche unterschiedlichen Evidenzen hierbei Anwendung finden und welche Herausforderungen sich aus der Verwendung der unterschiedlichen wissenschaftlichen Quellen ergeben. Die *Situationsanalyse* dient der Untersuchung von Einflussfaktoren und Lösungsmöglichkeiten. Der systematische Studienüberblick (z. B. über Prävalenzraten, Forschung zur Genauigkeit diagnostischer Untersuchungen oder zur Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen) im Sinne der evidenzbasierten Medizin stellt hierbei nur eine Möglichkeit des evidenzbasierten Vorgehens dar. Darüber hinaus sind oft auch quantitative und qualitative Befragungen von Betroffenen und Expertinnen und Experten sowie Beobachtungen zur aktuellen Problemwahrnehmung, zum Kenntnisstand und zu den Einstellungen der Bevölkerung notwendig.

Die Situationsanalyse stellt zudem selbst eine *evidenzbasierte Methode* zur Generierung von Zielen, zur Identifikation relevanter Zielgruppen, zur Zielgruppensegmentierung sowie zur Definition relevanter Inhalte und Botschaften dar. Auf dieser Basis entwickelte Kommunikationskampagnen haben sich nachweislich als effektiver erwiesen als jene, die dies

nicht sind (Bonfadelli & Friemel, 2010; Rossmann, 2010). Eine Theoriebasierung dieser Analysen ist dabei elementar, um Selektions- und Kontaktwahrscheinlichkeiten, Wahrnehmungs- und Verarbeitungsmechanismen sowie Wirkungspotenziale identifizieren, verstehen, erklären sowie fundiert prognostizieren zu können. Ergänzend dazu dienen Theorien aus der Psychologie und den Gesundheitswissenschaften als Grundlage, um relevante Determinanten des Gesundheitsverhaltens (z. B. Risikowahrnehmung) zu identifizieren, die mit der Kommunikationsmaßnahme adressiert werden sollen (z. B. Betsch, Männel, Rossmann, & Wiehn, 2016).

Bei der *Entwicklung einer Botschaftsstrategie* und der *Auswahl des Mediums* gilt es, die Evidenz aus Medizin und anderen Forschungsfeldern noch klarer zu differenzieren. Während die Medizin Evidenzen dafür liefert, welche Informationen verbreitet werden sollten (z. B. Röntgen bei Rückenschmerzen ist sinnlos), liefert die kommunikationswissenschaftliche Forschung vor allem Evidenzen, wie diese Informationen aufbereitet und verbreitet werden sollten (z. B. Visualisierung als Infografik, integriert in eine Webseite), damit sie entsprechend wahrgenommen und möglichst elaboriert verarbeitet werden (Albrecht et al., 2014). Dabei werden auch aufmerksamkeitslenkende und motivationale sowie affektive Faktoren der Vermittlung von Gesundheitsinformationen berücksichtigt. Aus der Evidenz des Forschungsfeldes der Kommunikationswissenschaft ergeben sich somit die für die Zielgruppe und das Thema effektivsten Persuasions- und Botschaftsstrategien (Hastall, 2014; Keller & Lehmann, 2008) sowie mögliche Ursachen für nicht-intendierte Effekte und Abwehrreaktionen (Hastall, 2017). Als Grundlage dienen Experimente aus der Persuasionsforschung (z. B. Evidenz der Kommunikation von Risikoangaben) sowie Mediennutzungsanalysen (z. B. Evidenz über die Reichweite bestimmter Medienkanäle und Medienformate) und auch Studien zur Wirksamkeit spezifischer Medien in der Vermittlung bestimmter Inhalte (z. B. Ma, 2016).

Hieraus können sich unterschiedliche *Zielkonflikte* ergeben. Zum einen kann sich ein Dilemma zwischen dem inhaltlichen Anspruch (z. B. medizinisch korrekte Information der Zielgruppe als Ziel) und der Vermittlungsstrategie (z. B. Reichweite in der Zielgruppe als Ziel) ergeben. So könnte es beispielsweise aus Vermittlungsgründen effektiv erscheinen, einen Sachverhalt für die Zielgruppe anhand eines Fallbeispiels (statt als Statistik) oder in einem eher unterhaltsamen Medienformat (z. B. als Comic) darzustellen, was aber wiederum die medizinische Evidenz nur eingeschränkt wiedergeben kann (allenfalls in der Tendenz der Aussagen).

Aus medizinischer Sicht kann hingegen insbesondere die Darstellung von Unsicherheiten notwendig erscheinen, die allerdings mitunter zu Verwirrung und Reaktanz gegenüber den Inhalten führen kann (Hastall, 2017).

Dies macht den potenziellen Zielkonflikt zwischen Information und Persuasion ebenso wie zwischen Inhalts- und Vermittlungsevidenz deutlich, der beispielsweise an den Einladungen zum Brustkrebs-Screening (Dierks & Schmacke, 2014) illustriert werden kann: Sowohl ein Schreiben, das eine informierte Entscheidung fördern soll, als auch eines, das die Motivation zur Teilnahme erhöhen soll, ist mittels evidenzbasierter Vermittlungsstrategien möglich. Medizinische Evidenz (z. B. zur nur geringen Reduktion der Mortalitätswahrscheinlichkeit durch das Screening oder zu hohen Anteilen falsch-positiver Befunden) legt jedoch eindeutig nahe, dass die Einladung sich eher an der Zielstellung einer informierten Entscheidung orientieren sollte (Dierks & Schmacke, 2014; siehe hierzu auch den Beitrag von Link & Stehr im vorliegenden Band). Darüber hinaus ist auch die Forschung zum Medienkontext zu berücksichtigen, in dem strategische Kommunikationsmaßnahmen zum Einsatz kommen, z. B. der massenmedialen Berichterstattung über Brustkrebs. Ist dort bereits eine einseitige Argumentation gegeben, sollte dieser mit einer differenzierten Argumentation begegnet werden (Baumann, Ludolph, Rosset, Schlattmann, & Berens, 2017).

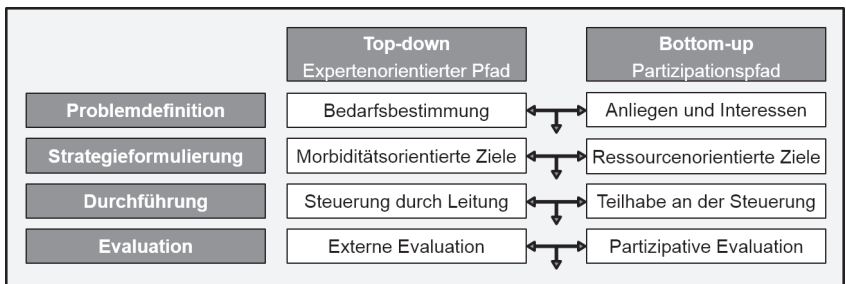
Für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen sind somit verschiedene Ziele sorgfältig gegeneinander abzuwägen. So kann der Fokus auf das Erreichen der Zielgruppe, die Aufmerksamkeitslenkung mit emotionaler Ansprache und die Verständlichkeit sich negativ auf die Vollständigkeit und Richtigkeit der Aussagen auswirken. Gleichzeitig könnte eine emotionale Ansprache aber auch eine Ratgeberfunktion erfüllen und Anregung zur tiefergehenden Auseinandersetzung mit den Inhalten geben. Letztlich sind auch inhaltlich korrekte und verständlich dargestellte Gesundheitsinformationen wertlos, wenn sie die Zielpersonen nicht erreichen und von ihnen nicht zur Kenntnis genommen werden. Allerdings ist es auch nicht hilfreich, wenn falsche oder verzerrte Informationen in der Zielgruppe verbreitet werden. Zu bedenken ist somit, dass es für alle angestrebten Vermittlungsziele jeweils eigene Evidenzquellen gibt.

Die in der evidenzbasierten Praxis geforderte *Integration von Fachwissen und Anpassung an die individuelle Situation* der oder des Betroffenen (Dollaghan, 2007) kann (und sollte entsprechend evidenzbasierter Forschung) in der strategischen Kommunikationsentwicklung in allen Phasen integriert werden (Keller & Lehmann, 2008). Es gilt, die für die Zielperso-

nen (und deren jeweiligen Lebens- und Gesundheitskontext) effektivste Strategie zu wählen und die Kommunikationsmaßnahme an deren Vorstellungen, Wissen und Einstellungen (Rossmann, 2010) und dem sonstigen Kommunikationsumfeld (z. B. der medialen Berichterstattung zum Thema oder der konkurrierenden interpersonalen Kommunikation) auszurichten. Evidenzen hierfür liefern zum einen die Situationsanalyse und zum anderen wissenschaftliche Studien zu soziodemografischen und sozioökonomischen Unterschieden hinsichtlich Kenntnisstand, Risikowahrnehmung, Informations- und Themeninteresse sowie Gesundheitskompetenz (Luehnen, Albrecht, Mühlhauser, & Steckelberg, 2017).

Hierbei sind somit sowohl die Sichtweisen Expertinnen und -experten (für Medizin und Kommunikation) als auch die Sichtweisen der Zielgruppen selbst (z. B. in Form einer partizipativen Entwicklung) zu berücksichtigen. Das Parallel Tracking Modell (Laverack, 2012) bietet eine strukturierte Grundlage, um diese beiden Perspektiven in den einzelnen Entwicklungsschritten (Problemdefinition, Strategieentwicklung, Durchführung und Evaluation) zu integrieren (siehe Abb. 1). Es beschreibt dafür einen expertenorientierten Pfad (top-down) und einen Partizipationspfad (bottom-up). Es bleibt allerdings die Frage, inwieweit die einzelnen Bestandteile der evidenzbasierten Praxis für eine konkrete Entscheidung in der Kampagnenentwicklung jeweils zu gewichten sind, insbesondere wenn sich die Tendenzen der Sichtweisen widersprechen (Borgelt, 2015).

Abbildung 1: Modell des Paralleltracking zur Integration von Experten und Laienperspektive (nach Wihofszky, 2015, S. 6)



Zur Evidenzgenerierung kommen neben kontrollierten Experimenten auch (aus Sicht medizinischer Evidenzforschung minderwertige) Methoden wie Expertenbefragung und quantitative und qualitative Beobachtungen oder Inhaltsanalysen zum Einsatz. Alle diese Methoden werden letztlich auch

in der formativen und summativen Evaluation eingesetzt, d. h. der Bewertung im Vorfeld, prozessbegleitend und im Nachgang der Kommunikationsmaßnahme. Hier gilt eher die Vorgehensweise und weniger die Verwendung von evidenzbasierter Information als evidenzbasiert.

5 Fazit

Unsere Ausführungen zeigen die Vielgestaltigkeit und Mehrdimensionalität der Evidenzbasierung und evidenzgenerierender Methoden im Entwicklungsprozess strategischer Gesundheitskommunikation (einschließlich der Evaluation). Evidenzbasierung erfordert zum einen die Nutzung von Evidenz für die verschiedenen kommunikationsstrategischen Maßnahmen, aber auch die Abwägung angemessener Maßnahmen für die jeweiligen Ziele und spezifische Zielgruppen. Zu diskutieren bleibt, inwieweit sich diese Vielfalt in Checklisten, methodischen Qualitätsforderungen (z. B. Reifegerste & Hastall, 2014) und Leitlinien für Gesundheitsinformationen (z. B. Luehnen et al., 2017) abbilden lässt, die zwangsläufig entweder pauschal und abstrakt bleiben müssen oder nur spezifische Themen, Ziele oder Informationsformate abdecken können.

Die Unterscheidung zwischen der Verwendung von Evidenz und der evidenzbasierten Vorgehensweise wird am *Umgang mit mangelnder Evidenz* besonders deutlich. Während für den Umgang mit widersprüchlicher Evidenz oder unsicherer Evidenzlage empfohlen wird, diese auch zu kommunizieren (Albrecht et al., 2014), gibt es in der Praxis verschiedene Strategien, wie mit einem völligen Mangel an Befunden aus systematischen und hochwertigen Studien umzugehen ist. Angesichts der dynamischen kommunikations- und medientechnologischen Entwicklungen und ihrer Nutzung liegt für ein konkretes Thema und Vermittlungsziel, für spezifische Zielgruppen oder ein spezifisches Medium häufig noch keine Vermittlungsevidenz (z. B. zu erfolgreichen Botschaftsstrategien) vor. Eine eher evidenzinformierte Vorgehensweise würde anstreben, Befunde aus anderen vergleichbaren Fragestellungen zu übertragen oder eigene Erhebungen (d. h. Primärbefragung oder Experiment, siehe hierzu auch den Beitrag von Link & Baumann im vorliegenden Band) zur formativen Evaluation durchzuführen. Vielfach wird beim Fehlen von Evidenz aber auf weniger evidenzinformierte Grundlagen wie die „gut feelings“ (Verhoef, Mulkins, Carlson, Hilsden, & Kania, 2007) zurückgegriffen. Möglich ist auch, dass aus Unsicherheit über die Evidenzen gänzlich auf die Vermitt-

lung zu einem Thema verzichtet wird. Das heißt, es wird nichts kommuniziert, wenn keine Evidenz vorhanden ist, selbst wenn möglicherweise ein hoher Informations- oder Beratungsbedarf zu dem Thema vorhanden ist. Im Sinne von Watzlawick (2011) hat aber auch die Nicht-Kommunikation eine kommunikative Bedeutung und kann ethisch bedenklich sein oder unerwünschte Folgen nach sich ziehen (Reifegerste & Hastall, 2015).

Letztlich resultieren auch im Hinblick auf *die interdisziplinäre Zusammenarbeit* verschiedene Herausforderungen für eine evidenzbasierte Entwicklung strategischer Gesundheitskommunikation. Dies ergibt sich vor allem aus dem unterschiedlichen Verständnis von Relevanz hinsichtlich einzelner Themen, Begriffe, Theorien und Methoden in den jeweiligen Disziplinen der Evidenzquellen (Reifegerste & Hastall, 2014). Daraus resultieren für eine evidenzbasierte Antwort auf konkrete Fragestellungen beispielsweise im Rahmen einer Leitlinienentwicklung ganz praktische Fragen, z. B. in welchen wissenschaftlichen Zeitschriften und Datenbanken mit welchen Schlagworten nach Befunden gesucht wird und wie diese Befunde (im Vergleich zu anderen) bewertet und eingeordnet werden sollen (z. B. bei der Einteilung in Evidenzklassen). Diese und ähnliche Fragen gilt es künftig im interdisziplinären Diskurs um Evidenzbasierung weiter zu diskutieren und zu klären.

Literaturverzeichnis

- Albrecht, M., Mühlhauser, I., & Steckelberg, A. (2014). Evidenzbasierte Gesundheitsinformation. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 142-158). Bern: Verlag Hans Huber.
- Babbie, E., & Rubin, A. (2011). *Research methods for social work*. Belmont, CA: Thompson Brooks/Cole.
- Baumann, E., Ludolph, R., Rosset, M., Schlattmann, M., & Berens, E.-M. (2017). Medien als Unterstützer einer informierten Entscheidung? Qualitätsaspekte der Presseberichterstattung über Brustkrebsfrüherkennung. In C. Lampert & M. Grimm (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation als transdisziplinäres Forschungsfeld*. Baden-Baden: Nomos.
- Betsch, C., Männel, J., Rossmann, C., & Wiehn, J. (2016). Entwicklung evidenzbasierter Gesundheitsbotschaften: Zur Identifikation elterlicher MMR-Impfeterminanten. In A.-L. Camerini, R. Ludolph, & F. Rothenfluh (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis* (S. 92-104). Baden-Baden: Nomos.
- Bonfadelli, H., & Friemel, T. N. (2010). *Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich: Grundlagen und Anwendungen* (2. Aufl.). Konstanz: UVK-Verl.-Ges.

- Borgelt, T. (2015). Wenn es keine Evidenz gibt ... *Forum Logopädie*, 29(1), 24-29.
- Dierks, M. L., & Schmacke, N. (2014). Mammografie-Screening und informierte Entscheidung—mehr Fragen als Antworten. *Gesundheitsmonitor*, 55-91.
- Dollaghan, C. A. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Baltimore: Brookes Publishing.
- EbM Netzwerk. (2018). Definitionen. Abgerufen am 06.06.2018 von <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/>
- Hastall, M. R. (2014). Persuasions- und Botschaftsstrategien. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 399-412). Bern: Verlag Hans Huber.
- Hastall, M. R. (2017). Abwehrreaktionen und negative Effekte von Gesundheitsinformationen. *Public Health Forum*, 25(1), 63-65.
- Keller, P. A., & Lehmann, D. R. (2008). Designing effective health communications: A meta-analysis. *Journal of Public Policy & Marketing*, 27(2), 117-130.
- Laverack, G. (2012). Parallel-tracking bottom-up approaches within chronic disease prevention programmes. *International Journal of Public Health*, 57(1), 41-44.
- Luehnen, J., Albrecht, M., Mühlhauser, I., & Steckelberg, A. (2017). *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation*. Abgerufen am 06.06.2018 von <http://www.leitlinie-e-gesundheitsinformation.de/leitlinie/>
- Ma, X. (2016). Developing design guidelines for a visual vocabulary of electronic medical information to improve health literacy. *Interacting with Computers*, 28(2), 151-169.
- Merten, K. (2013). Strategie, Management und strategisches Kommunikationsmanagement. In U. Röttger, V. Gehrau, & J. Preusse (Hrsg.), *SpringerLink. Strategische Kommunikation: Umrisse und Perspektiven eines Forschungsfeldes* (S. 103-126). Wiesbaden: Springer VS.
- Reifegerste, D., & Hastall, M. R. (2014). Qualitätssicherung in der Gesundheitskommunikation: Anregungen aus Debatten in Nachbarfächern. In E. Baumann, M. R. Hastall, C. Rossmann, & A. Sowka (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation als Forschungsfeld der Kommunikations- und Medienwissenschaft* (S. 37-47). Baden-Baden: Nomos.
- Reifegerste, D., & Hastall, M. R. (2015). Ethische Dimensionen und Dilemmata in der Gesundheitskommunikation. In M. Schäfer, O. Quiring, C. Rossmann, M. Hastall, & E. Baumann (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation im Spannungsfeld medialer und gesellschaftlicher Wandlungsprozesse* (S. 25-38). Baden-Baden: Nomos.
- Rossmann, C. (2010). Zur theorie- und evidenzbasierten Fundierung massenmedialer Gesundheitskampagnen. *Public Health Forum*, 18(68), 16.e1-16.e3.
- Rossmann, C. (2015). Strategic health communication: theory- and evidence-based campaign development. In D. R. Holtzhausen (Hrsg.), *Routledge handbook of strategic communication* (S. 409-423). New York NY u.a.: Routledge.
- Röttger, U., Kobusch, J., & Preusse, J. (2018). *Grundlagen der Public Relations: Eine kommunikationswissenschaftliche Einführung* (3., aktualisierte und erweiterte Auflage). Wiesbaden: Springer VS.

- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ: British Medical Journal*, *312*(7023), 71.
- Verhoef, M. J., Mulkins, A., Carlson, L. E., Hilsden, R. J., & Kania, A. (2007). Assessing the role of evidence in patients' evaluation of complementary therapies: A quality study. *Integrative Cancer Therapies*, *6*(4), 345-353.
- Watzlawick, P. (2011). *Man kann nicht nicht kommunizieren*. Bern: Huber.
- Wihofszky, P. (2015). Ein mittlerer Weg zwischen Top-down und Bottom-up in der Gesundheitsförderung. *Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung*, *88*(3), 5-6.

